

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CINARA MARIA FEITOSA BELEZA

**VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO *GERIATRIC INSTITUCIONAL ASSESSMENT*
PROFILE (GIAP) PARA O CONTEXTO BRASILEIRO**

Belo Horizonte/MG

2020

CINARA MARIA FEITOSA BELEZA

**VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO *GERIATRIC INSTITUCIONAL ASSESSMENT*
PROFILE (GIAP) PARA O CONTEXTO BRASILEIRO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para obtenção do título de Doutora em Enfermagem

Linha de pesquisa: Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Sônia Maria Soares

Belo Horizonte/MG

2020

Beleza, Cinara Maria Feitosa.
B428v Validação do instrumento Geriatric Institutional Assessment Profile (GIAP) para o contexto brasileiro [manuscrito]. / Cinara Maria Feitosa Beleza. - - Belo Horizonte: 2020.
177f.: il.
Orientador (a): Sônia Maria Soares.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Estudo de Validação. 2. Idoso. 3. Hospitalização. 4. Enfermagem. 5. Avaliação Geriátrica. 6. Dissertação Acadêmica. I. Soares, Sônia Maria. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WT 16

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ATA DE DEFESA DE TESE

ATA DE NÚMERO 164 (CENTO E SESENTA E QUATRO) DA SESSÃO DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA TESE APRESENTADA PELA CANDIDATA CINARA MARIA FEITOSA BELEZA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTORA EM ENFERMAGEM.

Aos 9 (nove) dias do mês de junho de dois mil e vinte, às 13:00 horas, realizou-se a sessão pública para apresentação e defesa da tese "*VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO GERIÁTRIC INSTITUCIONAL ASSESSMENT PROFILE (GIAP) PARA O CONTEXTO BRASILEIRO*", da aluna **Cinara Maria Feitosa Beleza**, candidata ao título de "Doutora em Enfermagem", linha de pesquisa "Cuidar em Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Sônia Maria Soares (orientadora), Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues, Elaine Maria Leite Rangel Andrade, Luciana Regina Ferreira Pereira da Mata e Mery Natali Silva Abreu, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

(X) APROVADA;

() REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 09 de junho de 2020.

Profª Drª. Sônia Maria Soares _____

Orientadora (Esc.Enf/UFMG)

Prof. Drª. Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues _____

(EERP/USP)

Profª. Drª. Elaine Maria Leite Rangel Andrade _____

(UFPI)

Profª. Drª. Luciana Regina Ferreira Pereira da Mata _____

(EEUFMG)

Profª. Drª. Mery Natali Silva Abreu _____

(Esc.Enf/UFMG)

Andréia Nogueira Delfino _____

HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 05/10/2020



Documento assinado eletronicamente por **Sonia Maria Soares, Diretor(a) de unidade**, em 19/09/2020, às 00:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **Luciana Regina Ferreira Pereira da Mata, Professora do Magistério Superior**, em 21/09/2020, às 08:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **Mery Natali Silva Abreu, Professora do Magistério Superior**, em 22/09/2020, às 10:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **ELAINE MARIA LEITE RANGEL ANDRADE, Usuário Externo**, em 25/09/2020, às 13:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

Documento assinado eletronicamente por **Andreia Nogueira Delfino, Assistente em Administração**, em 09/10/2020, às 15:44,

HOMOLOGADO em 05/10/2020



conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0267807** e o código CRC **1CCACE7D**.

HOMOLOGADO em 05/10/2020

**Esta pesquisa é vinculada ao Núcleo de Estudos e
Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento Humano da Escola de Enfermagem
Universidade Federal de Minas Gerais**

AGRADECIMENTOS

A Deus, primeiramente, pela oportunidade de mais essa conquista. Nos momentos mais difíceis, sua presença Invisível me acolhe e me dá forças para prosseguir e vencer meus propósitos.

Aos meus pais, Marlene Barbosa Feitosa Beleza e José Dilson de Souza Beleza, pelo amor incondicional, carinho, dedicação, otimismo e torcida incansável para o meu sucesso.

A minha irmã, Cíntia, pelo carinho e amizade. Sua confiança e apoio nos torna cada vez mais unidas.

A Profa. Dra. Sônia Maria Soares, que me acolheu de uma forma tão especial. Obrigada por acreditar em mim, pela orientação, pela sabedoria e por todos os ensinamentos profissionais, acadêmicos e pessoais. Seu afeto, disposição e força foram uma inspiração para mim ao longo dessa jornada. Serei eternamente grata a senhora e levarei tudo o que eu vivenciei durante esses anos para minha vida, principalmente, na função de docente.

Aos participantes do estudo, por colaborarem na concretização desse estudo. Meus sinceros agradecimentos!

A Escola de Enfermagem da UFMG e aos professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, pela excelente formação.

A professora Dra. Ilka Afonso Reis, por sua contribuição e disponibilidade para me ajudar com as análises estatísticas no decorrer de todo o trabalho. Obrigada pela dedicação e paciência.

As minhas amigas 'mineiras' Sumaya e Marielle, pela amizade e pelo carinho. Obrigada por estarem sempre comigo, pelo o apoio e o incentivo tão importante, principalmente quando se estar longe de casa. Serei eternamente grata a vocês.

Aos meus familiares e amigos por acreditarem na minha capacidade de vencer desafios.

Aos integrantes do Grupo de Pesquisa Núcleo de Estudos e Pesquisa em Cuidado e Desenvolvimento Humano pela troca de conhecimentos e pelos momentos partilhados.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, que financiou meus estudos.

A todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desse trabalho.

“Deixe tudo acontecer a você
Beleza e terror
Apenas continue
Nenhum sentimento é final”
(Rainer Maria Rilke)

RESUMO

BELEZA, Cinara Maria Feitosa. **VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO GERIATRIC INSTITUCIONAL ASSESSMENT PROFILE (GIAP) PARA O CONTEXTO BRASILEIRO**. 2020. 177f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte - MG, 2020.

INTRODUÇÃO: Devido à elevada proporção de doenças e agravos não transmissíveis, existe uma maior demanda por serviços de saúde especializados, e os idosos estão mais suscetíveis a doenças que conduzem incapacidades funcionais, dependência, e sequelas que impactam sua autonomia e qualidade de vida. O programa *Nurses Improving Care for Health System Elders* (NICHE) desenvolvido pelo Hartford Institute for Geriatric Nursing/ School of Nursing da New York University, facilita a integração de modelos de cuidados geriátricos em hospitais e sistemas de saúde. E, dentre seu conjunto de estratégias, inclui-se o instrumento *Geriatric Institutional Assessment Profile* (GIAP). **OBJETIVO:** Validar o instrumento GIAP em uma amostra de enfermeiros brasileiros que atuam em hospitais públicos de média e alta complexidade no país. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo metodológico com coleta de dados transversal, que propõe a análise das propriedades psicométricas do GIAP, ao considerar a validade de construto e confiabilidade. O GIAP é um instrumento criado pelo NICHE a partir de protocolos de práticas desenvolvidos por especialistas e fundamentado em estudos realizados por Champion e Leach (1989) e Solomon et al. (1993). É um instrumento autoaplicável que avalia o conhecimento pessoal, questões práticas, preocupações e o ambiente de prática de trabalho relevante para cuidados geriátricos. São 133 itens, distribuídos em 3 subescalas. A versão do português do Brasil do GIAP foi aplicada em uma amostra de 301 enfermeiros que atuavam na assistência a pacientes de cinco hospitais, localizados nos estados do Piauí e Minas Gerais. A confiabilidade do instrumento foi avaliada por meio da consistência interna (alfa de Cronbach), a reprodutibilidade por meio do coeficiente de correlação intraclassa (CCI), e a estabilidade estimada por meio do coeficiente de Kappa. Para a validade de construto, foi utilizada a análise fatorial exploratória. Utilizou-se o software IBM® SPSS, 19.0. Todos os aspectos éticos foram contemplados. **RESULTADOS:** A amostra de estudo compreendeu uma predominância de mulheres (83,7%); a média de idade foi de 34 anos; o tempo médio de atuação nos hospitais foi de 5 anos e de atuação profissional de 10 anos. Observou-se ainda que a sensibilidade psicométrica dos itens foi considerada adequada; a validade de constructo foi avaliada segundo a rotação Varimax com constructos correlatos: conhecimento geriátrico do GIAP (escala Geriatric Nursing Knowledge/Attitudes), um que envolve barreiras institucionais e facilitadores de melhores práticas (escala Geriatric Care Environment) e um que enfatiza a relação interpessoal e aspectos coordenativos da prática profissional (subescalas Professional Issues). Obteve-se alfa de Cronbach que variaram de 0,89 a 0,75 na avaliação da consistência interna, o que indica confiabilidade satisfatória. O ICC indicou uma correlação para o teste reteste duas semanas após a primeira abordagem, que conferiu estabilidade baixa a moderada. A análise fatorial exploratória indicou que na versão brasileira da escala Geriatric Nursing Knowledge/Attitudes, 30 itens apresentaram cargas fatoriais adequadas ($\geq 0,40$), que definiram seis fatores. O total de variância explicada foi de 40,5%. Na escala Geriatric Care Environment, 28 itens foram adequados, que explicaram cinco fatores. O total de variância explicada

foi de 59,27%. Nas subescalas Professional Issues, 45 itens foram adequados, que definiram seis fatores. O total de variância explicada foi de 57,78%. **CONCLUSÃO:** O GIAP obteve índices de ajustamento bons, ou seja, o instrumento é adequado para a amostra estudada, entretanto, a estrutura em relação à escala conhecimento e atitudes geriátricas e a sensibilidade do instrumento devem ser revisadas em estudos futuros.

Descritores: Estudo de validação. Idoso. Hospitalização. Enfermagem.

ABSTRACT

BELEZA, Cinara Maria Feitosa. **VALIDATION OF THE INSTRUMENT GERIATRIC INSTITUTIONAL ASSESSMENT PROFILE (GIAP) FOR THE BRAZILIAN CONTEXT.** 2020. 177f. Thesis (Doctorate in Nursing) - School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte - MG, 2020.

INTRODUCTION: Due to the high proportion of non-communicable diseases and conditions, there is a greater demand for specialized health services, and the elderly are more susceptible to diseases that lead to functional disabilities, dependence, and sequelae that impact their autonomy and quality of life. The Nurses Improving Care for Health System Elders (NICHE) program developed by the Hartford Institute for Geriatric Nursing / School of Nursing at New York University, facilitates the integration of geriatric care models in hospitals and health systems. And, among its set of strategies, the instrument Geriatric Institutional Assessment Profile (GIAP) is included. **OBJECTIVE:** To validate the GIAP instrument in a sample of Brazilian nurses who work in public hospitals of medium and high complexity in the country. **METHOD:** This is a methodological study with transversal data collection, which proposes the analysis of the psychometric properties of GIAP, when considering the construct validity and reliability. The GIAP is an instrument created by NICHE based on protocols of practices developed by specialists and based on studies carried out by Champion and Leach (1989) and Solomon et al. (1993). It is a self-applicable instrument that assesses personal knowledge, practical issues, concerns and the relevant work practice environment for geriatric care. There are 133 items, distributed in 3 subscales. The Brazilian Portuguese version of GIAP was applied to a sample of 301 nurses who worked in patient care at five hospitals, located in the states of Piauí and Minas Gerais. The reliability of the instrument was assessed by means of internal consistency (Cronbach's alpha), reproducibility by means of the intraclass correlation coefficient (ICC), and the stability estimated using the Kappa coefficient. For construct validity, exploratory factor analysis was used. The IBM® SPSS, 19.0 software was used. All ethical aspects were considered. **RESULTS:** The study sample comprised a predominance of women (83.7%); the average age was 34 years; the average length of experience in hospitals was 5 years and professional experience was 10 years. It was also observed that the psychometric sensitivity of the items was considered adequate; construct validity was assessed according to Varimax rotation with related constructs: geriatric knowledge of the GIAP (Geriatric Nursing Knowledge / Attitudes scale), one that involves institutional barriers and facilitators of best practices (Geriatric Care Environment scale) and one that emphasizes interpersonal relationships and coordinating aspects of professional practice (Professional Issues subscales). Cronbach's alpha was obtained, which varied from 0.89 to 0.75 in the evaluation of internal consistency, which indicates satisfactory reliability. The ICC indicated a correlation for the retest test two weeks after the first approach, which gave low to moderate stability. The exploratory factor analysis indicated that in the Brazilian version of the Geriatric Nursing Knowledge / Attitudes scale, 30 items had adequate factor loads (≥ 0.40), which defined six factors. The total explained variance was 40.5%. On the Geriatric Care Environment scale, 28 items were adequate, which explained five factors. The total explained variance was 59.27%. In the Professional Issues subscales, 45 items were adequate, which defined six factors. The total explained variance was 57.78%. **CONCLUSION:** The GIAP obtained good adjustment

rates, that is, the instrument is suitable for the studied sample, however, the structure in relation to the geriatric knowledge and attitudes scale and the sensitivity of the instrument should be reviewed in future studies.

Descriptors: Validation study. Aged. Hospitalization. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1	<i>Scree plot</i> para a análise fatorial da versão brasileira da escala <i>Geriatric Nursing Knowledge/Attitudes</i>	64
Gráfico 2	<i>Scree plot</i> para a análise fatorial da versão brasileira da escala <i>Geriatric Care Environment</i>	74
Gráfico 3	<i>Scree plot</i> para a análise fatorial da versão brasileira da escala <i>Geriatric Professional Issues</i>	85
Quadro 1	Tamanho de amostra necessário para analisar a análise fatorial	43
Quadro 2	Estatística de confiabilidade da versão brasileira da escala <i>Geriatric Nursing Knowledge/Attitudes</i>	56
Quadro 3	Teste de KMO e Bartlett da escala <i>Geriatric Nursing Knowledge/Attitudes</i>	60
Quadro 4	Estatística de confiabilidade da versão brasileira da escala <i>Geriatric Care Environment</i>	67
Quadro 5	Teste de KMO e Bartlett da versão brasileira da escala <i>Geriatric Care Environment</i>	71
Quadro 6	Estatística de confiabilidade da versão brasileira da escala <i>Geriatric Professional Issues</i>	77
Quadro 7	Teste de KMO e Bartlett da versão brasileira da escala <i>Geriatric Professional Issues</i>	81

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características demográficas e profissionais dos 301 enfermeiros participantes do estudo	55
Tabela 2	Estatísticas descritivas da versão brasileira da escala <i>Geriatric Nursing Knowledge/Attitudes</i>	57
Tabela 3	Estatísticas de itens totais da versão brasileira da escala <i>Geriatric Nursing Knowledge/Attitudes</i>	59
Tabela 4	Comunalidades da versão brasileira da escala <i>Geriatric Nursing Knowledge/Attitudes</i>	61
Tabela 5	Variação total explicada da versão brasileira da escala <i>Geriatric Nursing Knowledge/Attitudes</i>	63
Tabela 6	Matriz das Componentes Rotacionadas ^a da versão brasileira da escala <i>Geriatric Nursing Knowledge/Attitudes</i>	65
Tabela 7	Estatísticas descritivas da versão brasileira da escala <i>Geriatric Care Environment</i>	68
Tabela 8	Estatísticas de itens totais da versão brasileira da escala <i>Geriatric Care Environment</i>	70
Tabela 9	Comunalidades da versão brasileira da escala <i>Geriatric Care Environment</i>	71
Tabela 10	Variação total explicada da versão brasileira da escala <i>Geriatric Care Environment</i>	73
Tabela 11	Matrix das Componentes Rotacioanadas ^a da versão brasileira da escala <i>Geriatric Care Environment</i>	75
Tabela 12	Estatísticas descritivas da versão brasileira da escala <i>Geriatric Professional Issues</i>	78
Tabela 13	Estatísticas de itens totais da versão brasileira da escala <i>Geriatric Professional Issues</i>	80
Tabela 14	Comunalidades da versão brasileira da escala <i>Geriatric Professional Issues</i>	82
Tabela 15	Variação total explicada da versão brasileira da escala <i>Geriatric Professional Issues</i>	84

Tabela 16	Matrix das Componentes Rotacionadas ^a da versão brasileira da escala <i>Geriatric Professional Issues</i>	86
Tabela 17	Análise de concordância intertestes através do método Kappa da escala <i>Geriatric Nursing Knowledge/Attitudes</i>	90
Tabela 18	Coeficiente de Correlação Intraclasse do escore total da escala <i>Geriatric Nursing Knowledge/Attitudes</i> .	91
Tabela 19	Análise de concordância intertestes através do método Kappa da escala <i>Geriatric Care Environment</i>	92
Tabela 20	Coeficiente de Correlação Intraclasse do escore total da escala <i>Geriatric Care Environment</i>	93
Tabela 21	Análise de concordância intertestes através do método Kappa da escala <i>Geriatric Professional Issues</i>	94
Tabela 22	Coeficiente de Correlação Intraclasse do escore total da escala <i>Geriatric Professional Issues</i>	95

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE	Acute Care for Elderly
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AFE	Análise Fatorial Exploratória
CCI	Coeficiente de Correlação Intraclasse
EEUFMG	Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas
GCE	Escala <i>Geriatric Care Environment</i>
GIAP	<i>Geriatric Institutional Assessment Profile</i>
GRN	<i>Geriatric Resource Nurse</i>
HC-UFMG	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais
HELP	<i>Hospital Elder Life Programme</i>
IPSEMG	Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais
ITU-CV	Infecção do trato urinário associada ao cateter vesical
IVC	Índice de validade de conteúdo
KMO	<i>Kaiser-Mayer-Oklin</i>
NICHE	<i>Nurses Improving Care for Health System Elders</i>
PI	Subescalas <i>Professional Issues</i>
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
UTI	Unidade de tratamento intensivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
1.1 Objetivos	23
1.1.1 Objetivo geral	23
1.1.2 Objetivos específicos	23
2 REFERENCIAL TEÓRICO	24
2.1 O idoso hospitalizado e a prática do cuidado de enfermagem	24
2.2 Modelo conceptual de Aiken et al (1997) e o ambiente de prática de enfermagem geriátrica	26
2.3 O instrumento <i>Geriatric Institutional Assessment Profile</i>	30
3 REFERENCIAL METODOLÓGICO	35
3.1 Avaliação das propriedades psicométricas de um instrumento	35
4 METODOLOGIA	41
4.1 Tipo de estudo	41
4.2 Autorização de utilização do instrumento	41
4.3 Propriedades psicométricas do GIAP	41
4.3.1 Locais de estudo	41
4.3.2 Amostra	43
4.3.3 Instrumento e variáveis	44
4.4 Coleta dos dados	51
4.5 Análise dos dados	52
4.6 Aspectos ético-legais	54
5 RESULTADOS	55
5.2 Características gerais da amostra de estudo	55
5.3 Análise fatorial da versão brasileira do GIAP	56
5.3.1 Análise de validade da subescala 1: Melhor conhecimento de prática	56
5.2.2 Análise de validade da subescala 2: Melhor ambiente de prática	67
5.2.3 Análise de validade da subescala 3: Questões profissionais geriátricas	77
5.3 Teste e Reteste da versão brasileira do GIAP	90
6 DISCUSSÃO	96
7 CONCLUSÃO	106
REFERÊNCIAS	
APÊNDICES e ANEXOS	

APRESENTAÇÃO

Este trabalho integra o estudo “Adaptação cultural e validação para a versão em português do instrumento *Geriatric Institutional Assessment Profile* para o contexto cultural brasileiro”, iniciado em 2014, a partir do pós-doutorado da professora Sônia Maria Soares realizado na *School of Nursing* da *New York University*. O referido instrumento foi desenvolvido pelo *Nurses Improving Care for Health System Elders* (NICHE) que autorizou sua adaptação e validação para o nosso contexto.

A pesquisa foi realizada por integrantes do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento Humano, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas (EEUFMG), sob a coordenação da Prof.^a Sônia Maria Soares, que firmou parceria com o NICHE.

A pesquisa ocorreu em duas fases. A primeira inclui a adaptação cultural do instrumento, e resultou na dissertação de mestrado de autoria da enfermeira Maria Magda de Oliveira Souza e Silva. Este estudo foi delineado conforme as recomendações de Beaton et al.(2000), em seis etapas interdependentes. Foram realizadas as de tradução do instrumento para o português (I), síntese das traduções (II), retrotradução (*back translation*) (III) e avaliação por um comitê de especialistas (IV). Os resultados dessa etapa demonstraram que a versão final do GIAP adaptada apresentou adequada estrutura, com Índice de Validade de Conteúdo (IVC) geral de 93,9 de concordância e de face com IVC geral de 98,0%.

Quando ingressei no doutorado em 2016, a Prof.^a Sônia, ao assumir minha orientação, me propôs o desenvolvimento da segunda etapa da pesquisa. Esta incluiu a fase final da adaptação cultural do instrumento com a realização do pré-teste (V), e a validação por meio de análises psicométricas, referentes às principais propriedades de medida de instrumentos a confiabilidade e a validade.

A realização desse estudo envolveu muitos desafios e ao mesmo tempo possibilitou aprendizados como a aproximação junto à temática de validação de instrumentos e vivenciar experiências pessoais e profissionais relacionadas a uma nova perspectiva organizacional com o grupo de pesquisa e a EEUFMG.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, que tem ocorrido de forma lenta e gradativa em diversos países, com acentuadas diferenças regionais. Estima-se que entre 1970 e 2025 haverá um crescimento de 694 milhões de pessoas idosas no mundo e até 2050 será de dois bilhões, dos quais 80% estarão nos países em desenvolvimento (IBGE, 2012). Havia 703 milhões de pessoas com 65 anos ou mais no mundo em 2019. Globalmente, a participação desse grupo etário aumentou de 6% em 1990 para 9% em 2019. O envelhecimento da população tem sido mais rápido no Leste e Sudeste da Ásia e na América Latina e no Caribe (UNITED NATIONS, 2019).

O Brasil, em 2016, tinha a quinta maior população idosa do mundo, e, em 2030, o número de idosos ultrapassará o total de crianças entre zero e 14 anos. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, projetam que a população do país deverá crescer até 2047, quando chegará a 233,2 milhões de pessoas. Em 2060, um quarto da população (25,5%) deverá ter mais de 65 anos. O envelhecimento populacional é reflexo de um baixo crescimento demográfico aliado a menores taxas de natalidade e fecundidade, diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e aumento de morbidades não transmissíveis (IBGE, 2018).

Os idosos podem adquirir doenças, incapacidades e sequelas que exigem ações integrais do sistema de saúde. As principais causas de hospitalização e morte neste grupo etário são as doenças crônicas não transmissíveis, que comumente conduzem a incapacidades funcionais e dependência (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). No Sistema Único de Saúde (SUS), em 2016, 24,9% das pessoas hospitalizadas tinham acima de 60 anos e 14,2% mais de 70 anos (BRASIL, 2016). Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) mostram que, a partir dos 60 anos, os coeficientes de internação de idosos com 80 anos ou mais começam a aumentar de 9,9% para 18,2% (PAGOTTO; SILVEIRA; VELASCO, 2013).

O Ministério da Saúde (MS) divulgou estudo com dados inéditos sobre o perfil de envelhecimento da população no Brasil. O Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil) apontou que 75,3% dos idosos brasileiros dependem exclusivamente dos serviços prestados no SUS, destes 83,1% realizaram pelo menos

uma consulta médica nos últimos 12 meses. Nesse período, foi identificado ainda que 10,2% dos idosos foram hospitalizados uma ou mais vezes. Quase 40% dos idosos possuem uma doença crônica e 29,8% possuem duas ou mais como diabetes, hipertensão ou artrite. Ou seja, ao todo, cerca de 70% dos idosos possuem alguma doença crônica (PENIDO, 2018).

A recuperação física de idosos mais velhos é difícil e requer maior tempo de internação; muitas vezes eles precisam ser liberados para casas de repouso devido à perda da funcionalidade e a necessidade de ajuda. Quase 20% dos idosos hospitalizados serão readmitidos em 30 dias. Dentre os motivos, alguns estão relacionados ao estado clínico do paciente, como comorbidades, distúrbio músculo esquelético e outros; ao seu ambiente domiciliar e rede de apoio. Por isso, pesquisadores, gestores e profissionais de saúde têm investigado por que, em alguns casos, enquanto uma condição de saúde é curada ou controlada, emergem-se novas disfunções (ADMI et al., 2015).

As instituições hospitalares expandiram-se, e integralizaram em sua base administrativa funções médico-sociais, educacionais, de capacitação e pesquisa em saúde. Essas estruturas, que objetivam recuperar a saúde do indivíduo, constituem-se por normas, rotinas e regimentos padronizados, por vezes inflexíveis e com uma filosofia centrada na otimização de ações e resolutividade na recuperação de saúde. Assim, o cuidado em saúde acaba por abarcar padronizações que tendem a conectar o ser humano ao domínio da instituição, em detrimento da personalização do cuidado, o que massifica os procedimentos e orientações com a finalidade de atender à demanda dos serviços (CARRETTA; BETTINELLI; ERDMANN, 2011).

Historicamente, os hospitais foram projetados para atender uma população jovem que exige diagnóstico rápido e respostas médicas ou cirúrgicas para episódios únicos de doenças agudas. Esse ambiente não é o ideal para idosos, que têm comorbidades complexas. Por isso, a investigação cada vez mais converge para o reconhecimento de que adaptações no processo de cuidar são necessárias para atingir benefícios de forma consistente (WONG; RYAN; LIU, 2014).

A enfermagem pode oferecer avaliação e intervenção simultâneas para prevenir ou reduzir as complicações adquiridas no hospital. As evidências sugerem que enfermeiros adequadamente preparados, com melhores conhecimentos e

habilidades, e atitudes positivas em relação aos idosos melhoram os resultados dos pacientes, como na redução do tempo de internação, nas taxas de readmissão e na satisfação do idoso e da família. No entanto, os sistemas de saúde nos países em desenvolvimento não têm pessoal e infraestrutura especializados e adequadamente treinados para fornecer cuidados abrangentes à população idosa. Assim, quando a demanda por assistência de enfermagem excede a oferta, o cuidado é priorizado de acordo com a necessidade médica aguda. Conseqüentemente, algumas atividades básicas, mas essenciais de enfermagem, como mobilidade do paciente, comunicação, cuidados com a pele, hidratação e nutrição, são implicitamente racionadas (ABUDU-BIRRESBORN et al., 2019; BAIL, GREALISH, 2016).

Atualmente, os sistemas de saúde existentes no Brasil pela insuficiência, indiferença e frágil articulação estão longe de contrapor às necessidades dos idosos em situação de perda funcional ou dependência, os quais não funcionam de forma integrada. Afinal, a capacitação dos profissionais de enfermagem tem-se desenvolvido a um ritmo mais lento do que as alterações demográficas. Ao considerar o contexto de Enfermagem, a inclusão de Gerontologia e Geriatria nos currículos ainda não é uma realidade em todas as escolas, e quando isso acontece encontra-se dispersa por diferentes disciplinas. Além disso, poucos hospitais têm recomendações institucionais para orientar a técnica de profissionais, meios de formação e práticas instituídas que sirvam de suporte para o desenvolvimento de um cuidado com mais qualidade (TAVARES; SILVA, 2011).

O ensino dessa área nos cursos de graduação em enfermagem torna-se um grande desafio para coordenadores e docentes. Disciplinas exclusivas de geriatria e gerontologia, metodologias ativas e conteúdos norteados pelas políticas de atenção ao idoso estão presentes apenas de forma esporádica, com a ausência de um maior aprofundamento sobre as intervenções de enfermagem, e a disponibilização de atividades práticas relacionadas ao cuidado direto ao idoso (RODRIGUES et al., 2018).

Um modelo contemporâneo de saúde do idoso precisa reunir um fluxo de ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação de agravos. O modelo deve ser baseado na identificação precoce dos riscos de fragilização dos usuários (VERAS, 2016).

Contudo, a implementação de medidas eficazes de modelos geriátricos de cuidados é uma tarefa difícil, a transferência de conhecimentos e captação não é para mudar simplesmente o comportamento clínico individual; isto exige a incorporação de facilitadores que direcionem a missão institucional, recursos humanos e materiais de qualidade, e clima de trabalho favorável. Orientações e modelos de atenção também precisam ser flexíveis o suficiente para cada contexto local (CAPEZUTI; BRICCOLLI; BOLTZ, 2013).

O programa *Nurses Improving Care for Health System Elders* (NICHE) facilita a integração de modelos de cuidados geriátricos em hospitais e sistemas de saúde ao garantir que idosos recebam cuidados especializados (CAPEZUTI et al., 2012). O NICHE fornece a mais de 250 hospitais norte-americanos e canadenses, princípios e ferramentas para aumentar a capacidade de uma organização para prestar cuidados de envelhecimento-sensíveis. E, dentre seu conjunto de estratégias que coletivamente auxiliam os hospitais a alterar substancialmente a forma como conferem esse cuidado, inclui-se o instrumento *Geriatric Institutional Assessment Profile* (GIAP), que serve como ferramenta de gestão para avaliar o conhecimento pessoal, questões práticas, preocupações e o ambiente de prática de trabalho relevante para cuidados geriátricos (FULMER et al., 2002).

Na prática clínica, identificar atitudes positivas e negativas em relação aos pacientes idosos é muito importante para melhorar a qualidade dos cuidados prestados a eles. Quanto a outros instrumentos disponíveis - para o ambiente de trabalho, tem-se as escalas do *Practice Environment Scale do Nursing Work Index* (PES-NWI) que medem o ambiente da prática de enfermagem hospitalar. Uma nova subescala para o PES-NWI foi desenvolvida em 2010, e avalia a percepção dos enfermeiros sobre tecnologia de informação (WARSHAWSKY; HAVENS, 2011). A escala mais usada para medir a atitude dos enfermeiros em relação aos idosos é a escala *Kogan's Attitudes Toward Old People* (KATOP) de Kogan (KOGAN, 1961). Foi desenvolvido para avaliar atitudes em relação às pessoas idosas a respeito de normas e diferenças individuais.

O instrumento de pesquisa australiano, a *Older Patients in Acute Care Survey* examina as atitudes, o conhecimento e as práticas de enfermeiros em relação aos cuidados de pacientes idosos hospitalizados (COURTNEY; TONG; WALSH, 2000). A

Older People in Acute Care Survey - United States (DIKKEN et al., 2017) e o questionário *Attitudes Towards Hospitalized Older People* (MCLAFFERTY, MORRISON, 2004) também são instrumentos que medem as atitudes dos enfermeiros hospitalares em relação a esse grupo etário. O *Knowledge about Older Patients-Quiz* (KOP-Q) é designado com uma escala unidimensional que mede o conhecimento dos enfermeiros do hospital sobre pacientes mais velhos. Além disso, o KOP-Q mede um segundo construto unidimensional, a certeza dos enfermeiros sobre seus conhecimentos. O KOP-Q é desenvolvido e validado na Holanda (DIKKEN, HOOGERDUIJN, SCHUURMANS, 2015).

Contudo, o GIAP é o instrumento mais completo, pois permite obter informações sobre as percepções, atitudes e conhecimentos acerca de distúrbios geriátricos mais comuns; identificar as barreiras enfrentadas por enfermeiros no desenvolvimento de uma assistência com qualidade; fornece também dados sobre a qualidade do cuidado na Instituição, e a capacidade de satisfazer as necessidades do idoso (SILVA, 2015).

No Brasil, não existem estudos de identificação dos fatores que mais afetam o atendimento aos idosos em ambientes hospitalares. Em revisão integrativa, realizada em 2019, com o objetivo de verificar evidências sobre cuidados de enfermagem a idosos hospitalizados; os cinco artigos brasileiros inclusos avaliaram as percepções dos idosos sobre os cuidados de enfermagem, o ambiente de prática e principais dificuldades percebidas pelos enfermeiros, por meio de dados qualitativos e instrumento geral de satisfação do paciente (APÊNDICE A). Assim, a inexistência de publicações de natureza quantitativa, de avaliação do ambiente de cuidados geriátricos motivou a realização da adaptação e validação desse instrumento.

O processo de adaptação cultural do instrumento GIAP para o contexto brasileiro foi desenvolvido no período de 2015 a 2017. A avaliação do instrumento apresentou boa concordância entre os juízes. Nesta etapa, as equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual do GIAP no idioma português brasileiro foram avaliadas. Esses resultados estão expressos no artigo publicado na Reben (APÊNDICE B).

A pesquisa em estudo partiu, então, para a obtenção de evidências de validade e confiabilidade do GIAP por meio de testes, em amostras representativas, compostas

por diferentes grupos regionais. Assim, esta pesquisa propõe a validação do GIAP com o propósito de trabalhar com construtos bem definidos e validados para determinado país e cultura, de modo a permitir futuras avaliações do processo de cuidados de pacientes idosos, e para sistematizar conhecimentos, atitudes e percepções sobre as melhores práticas.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

- Validar o instrumento GIAP em uma amostra de enfermeiros brasileiros que atuam em instituições hospitalares.

1.1.2 Objetivos específicos

- Avaliar a consistência dos itens da versão adaptada do GIAP por meio do alfa de Cronbach;
- Avaliar a validade de constructo da versão adaptada do GIAP por meio da análise fatorial;
- Avaliar a reprodutibilidade da versão adaptada do GIAP por meio do teste-reteste;

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O idoso hospitalizado e a prática do cuidado de enfermagem

No hospital, um tipo particular de paciente é valorizado, são indivíduos com diagnósticos únicos, que permanecem o período de tempo esperado e respondem ao tratamento médico de maneira previsível. Quando os pacientes mais velhos ficam fora desse retrato ideal, a sociedade os descrevem como fardo econômico. A hospitalização, em diferentes ciclos da vida, é uma situação vivenciada com angústia, todavia para o idoso transforma-se em uma situação complexa, pela relação de dependência e morte (ROSA et al., 2018; PARKE, HUNTER, 2014).

As necessidades de saúde, principalmente expressas por doenças crônicas, são um dos principais determinantes da hospitalização em idosos. Embora a morbidade múltipla neste grupo etário seja altamente prevalente, suas estimativas dentro do ambiente hospitalar são escassas. No entanto, é bem conhecida sua associação com resultados ruins, tais como: diminuição da qualidade de vida, sofrimento psicológico, maior tempo de internação, mais complicações pós-operatórias, maior custo dos cuidados e maior mortalidade (RUIZ et al., 2015).

Muitos danos frequentemente experimentados por pessoas idosas no hospital podem ser prevenidos por avaliação proativa e gestão. Aqueles incluem ameaças à integridade da pele, mobilidade reduzida (inclusive quedas), má nutrição, problemas de continência e função cognitiva reduzida (por exemplo, demência ou delírio). Além disso, complicações médicas (como deterioração clínica, tromboembolismo venoso e infecções hospitalares relacionadas a dispositivos invasivos), problemas relacionados aos medicamentos e dor não resolvida também contribuem para danos evitáveis no hospital (MCGRATH, BOTTI, REDLEY, 2017).

No Brasil, pesquisa realizada com a base de dados da Pesquisa Nacional de Saúde encontrou prevalência de 10% na internação de idosos (BORDIN et al., 2018). Em um estudo com idosos hospitalizados, a prevalência de *delirium* foi de 17,9%, e esteve diretamente associado à infecção do aparelho urinário, insuficiência renal e demência (PEREIRA, LOPES, 2018). Em outra pesquisa com idosos em um hospital público, o índice de infecção hospitalar foi 3% superior à média mensal, que triplicou

o tempo médio de permanência no serviço, os idosos eram detectados com complicação infecciosa cerca de uma semana após serem admitidos (IZAIAS et al., 2014).

Os resultados de um estudo, realizado em um hospital de ensino do Rio Grande do Sul, apontam que o próprio idoso percebe a sucessão de perdas de capacidades, como a funcionalidade motora e o agravamento de seu quadro clínico. Esse confronto, com suas condições clínicas e psicossociais atuais, amplia o sentimento de perda, e fragiliza seus recursos internos de enfrentamento (ROSA et al., 2018).

Contudo, a redução desses danos pode ocorrer através de intervenções direcionadas, traduzidas em diretrizes de prática clínica. Apesar disso, o agravo ainda é perpetuado, pois, a complexidade não reconhecida do cuidado ao idoso persiste para muitos profissionais, políticos e, infelizmente, muitos enfermeiros. A prática do cuidado de enfermagem em nível hospitalar vem acompanhada de posições específicas ocupadas por determinadas profissões na rede de cuidado ao idoso. Protocolos rigorosos compartilham o atendimento humanizado pretendido, contudo, com ações facetadas e designadas uniformemente a todos os pacientes, logo, automatizadas. A racionalidade terapêutica, invariavelmente, ocupa seu espaço ao ordenar, fragmentar e despersonalizar as ações de cuidado. E o hospital, altamente tecnológico, prioriza procedimentos e rotinas necessárias ao pleno funcionamento da instituição (PARKE, HUNTER, 2014).

Em um estudo realizado com enfermeiras de um hospital do interior paulista no convívio com os idosos, as interferências identificadas foram voltadas a eles, por serem quietos e submissos à equipe; unidas à dinâmica de trabalho, com destaque para o acúmulo de tarefas e a escassez de tempo; e às inaptações ambientais e administrativas que atingem a qualidade do atendimento (PROCHET et al., 2012). Em outra pesquisa realizada com a equipe de enfermagem de 14 hospitais do Rio Grande do Sul, esses profissionais, na vigência da falta de capacitação, processam o cuidado dos pacientes idosos hospitalizados a partir da forma como o fenômeno apresenta-se em sua vida social; quanto à atitude, consideram a importância do preparo especializado em gerontogeriatría sem desconsiderar vocação pessoal para o cuidado de pessoas idosas como imprescindível (LEITE, GONÇALVES, 2009).

Logo, a avaliação do conhecimento, das práticas de cuidado e dos fatores contextuais é necessária para garantir a qualidade da assistência aos idosos. Sem avaliação, o dano pode surgir da omissão de conhecimentos, competências e padrões da prática de enfermagem gerontológica. Afinal, as ações dos enfermeiros no cometimento de boas intenções sem experiência gerontológica podem, na verdade, ser prejudiciais à saúde, ao bem-estar e à recuperação do idoso. Exemplos de bondade tão deslocada podem ser vistos em conter alguém para 'prevenir' quedas ou inserir um cateter urinário para evitar o incômodo, a dor ou o esforço envolvido em ir ao banheiro, todos os quais afetam a experiência de dignidade no ambiente hospitalar e representam risco potencial. (PARKE, HUNTER, 2014)

2.2 Modelo conceptual de Aiken et al (1997) e o ambiente de prática de enfermagem geriátrica

O conceito de ambiente de prática de cuidados é complexo e é definido como as características do contexto de trabalho que facilitam ou constroem a prática profissional. O constructo sugerido por Lake (2002) de ambiente de prática de enfermagem favorável inclui garantia de autonomia profissional, existência de um número de enfermeiros adequado às necessidades dos pacientes, envolvimento na tomada de decisão, boa relação entre os diferentes grupos profissionais (ex.: entre médicos e enfermeiros), programas de formação contínua, lideranças de enfermagem visíveis, gestão eficiente e percepção da posição do enfermeiro na hierarquia do hospital.

Um dos modelos pioneiros na compreensão e articulação do ambiente de trabalho, enfermeiros e qualidade do cuidado foi desenvolvido e testado por Aiken et al. (1997) com o objetivo de investigar a relação entre os modelos e atributos da organização hospitalar, e os resultados do cuidado para pacientes e enfermeiros.

Guiadas pelos resultados dos seus estudos, bem como pelas teorias da sociologia das organizações, Aiken et al. (1997) propõem um modelo conceptual denominado pelo autor de *Conceptual framework of the relationship between hospital organization forms, operant mechanisms, and outcomes*. O modelo está centrado no

princípio de que o cuidado de enfermagem e suas práticas profissionais são moldados pelo contexto organizacional no qual desenvolvem o seu trabalho.

Os autores buscaram o desenvolvimento de um arcabouço teórico que estabelecesse as ligações entre os atributos organizacionais do hospital e os resultados do paciente. Sobre essa base, construíram uma agenda de pesquisa multifacetada para examinar esses correlatos. Pois, uma melhor compreensão de quais aspectos da assistência hospitalar mais contribui para melhorar os resultados dos pacientes, pode resultar em um uso mais eficiente dos recursos. Com particular interesse em avaliar como a organização de enfermagem, a equipe hospitalar e a prestação de cuidados de enfermagem influenciam os resultados dos pacientes.

Aiken e autores teorizaram que os enfermeiros afetam os resultados do paciente por suas ações diretas e sua influência sobre as ações de outros funcionários do hospital. Assim, em contextos em que a autoridade do enfermeiro é consistente com sua responsabilidade, o enfermeiro exerceria seu julgamento profissional em tempo hábil, assim como, teria mais controle sobre o ambiente de prática para convergir recursos necessários ao bom atendimento do paciente e estabeleceria boas relações com os médicos, para facilitar o intercâmbio de informações clínicas importantes (AIKEN, SLOANE, SOCHALSKI, 1998).

Para isso, duas propriedades organizacionais melhorariam a relativa autonomia, controle e relações dos enfermeiros com os médicos. Primeiro, especialização. Em unidades hospitalares convencionalmente organizadas, os enfermeiros são responsáveis pelo atendimento de pacientes com múltiplos diagnósticos e problemas em diversas especialidades médicas, enquanto os médicos praticam, comumente, em uma única especialidade. Essa situação intensifica a lacuna de conhecimento e especialização técnica entre enfermagem e medicina, o que diminui a autoridade das enfermeiras. Segundo, diferenciação ou agregação do paciente. Em unidades por especialidade, enfermeiros e médicos desenvolvem conhecimentos profundos e competências no atendimento ao paciente que promovem uma maior colaboração (AIKEN, SLOANE, SOCHALSKI, 1998).

Para testar essa teoria, Aiken e colaboradores demonstraram empiricamente que os hospitais caracterizados por modelos de práticas profissionais de enfermagem em toda a instituição, como os hospitais magnéticos, têm menor mortalidade do que

os hospitais pareados sem essa organização de enfermagem. Os hospitais magnéticos, conhecidos por atrair enfermeiras, são hospitais onde estas relatam altos níveis de autonomia, controle sobre a prática e colaboração com os médicos (AIKEN, CLARKE, SLOANE, 2002).

Essas características permitem ações preventivas, de vigilância e apoio adequado e eficiente, principalmente, no contexto de pacientes frágeis. Com um ambiente que contribui para a qualidade da assistência, e promove resultados mais vantajosos. Nesse caso, para o paciente, traduz-se em satisfação com os cuidados recebidos, diminuição da taxa de mortalidade e de eventos adversos. Para os profissionais, resulta em maior bem-estar, menor intenção de deixar o emprego e menores níveis de *burnout*. Para a instituição, a ausência de características favoráveis à prática profissional, aumenta a rotatividade e as taxas de absenteísmo (FRIESE et al., 2008; MARCELINO et al., 2014; VAN BOGAERT et al., 2009).

Os idosos requerem vários tipos e níveis de cuidados individuais. Para prover um cuidado efetivo, é necessário criar planos e metas de atendimento personalizado, e proporcionar um tratamento contínuo, integrado e interdisciplinar a esses indivíduos. No entanto, percebem-se avaliações limitadas e mínimas dos requisitos de saúde e uma falta de intervenção de enfermagem baseada em evidências, que deve fundamentar-se na experiência clínica e na pesquisa científica para atender de maneira ideal às necessidades e desejos de cada idoso (KIM S, KIM K, KIM SJ, 2018).

Os enfermeiros necessitam de apoio ambiental específico para cuidar de idosos e suas famílias. Esses suportes compreendem recursos geriátricos, colaboração interprofissional e valor organizacional do cuidado de idosos, que juntos constituem o ambiente da prática de enfermagem geriátrica (KIM et al., 2009).

A prática de enfermagem geriátrica inclui cuidados centrados no paciente, na família e na função. Em uma revisão sistemática de 13 estudos controlados, idosos hospitalizados que receberam cuidados focados na otimização de seu funcionamento físico, cognitivo e psicossocial com uma abordagem centrada no paciente e na família, tiveram um atendimento de melhor qualidade, manifestado por menos perdas na capacidade de executar atividades de vida diária, redução de quedas e episódios de *delirium*, e menos internações em lares de idosos em comparação com aqueles que receberam cuidados habituais (FOX et al., 2012).

Os enfermeiros que atuam na assistência direta aos idosos referem estressores relacionados ao trabalho como barreiras para a adoção de práticas baseadas em evidências. Estes profissionais são frequentemente desafiados por barreiras de comunicação postas por necessidades físicas, cognitivas e emocionais de pacientes mais velhos. Conflitos entre os enfermeiros e entre os enfermeiros e pacientes/famílias também prejudicam o trabalho. Além disso, a falta de conhecimento sobre como avaliar as necessidades da família, que deseja ser envolvida no cuidado ao idoso, geralmente agrava esse problema (BOLTZ et al., 2010).

Desenvolvidos à luz de evidências de que as instituições de cuidados agudos não estavam preparadas para atender ao número crescente de idosos hospitalizados, modelos de cuidados geriátricos foram desenvolvidos com vista a educar os provedores de saúde em relação aos princípios geriátricos básicos, reduzir as complicações relacionadas a infecções adquiridas no hospital, e incorporar o paciente idoso e sua família no plano geral de atendimento (PALMER, 2018).

Nas últimas três décadas, ainda impulsionados por esses ímpetos, vários modelos de cuidados geriátricos importantes foram projetados. Dentre eles, o Serviço de Consulta Geriátrica, a unidade ACE (*Acute Care for Elderly*), a iniciativa NICHE, o modelo GRN (*Geriatric Resource Nurse*), *Senior-Friendly Hospitals*, HELP (*Hospital Elder Life Programme*), o modelo *Advanced Practice Nursing Transitional Care* e o programa *Care Transition Intervention*. Embora esses modelos tivessem alvos diferentes, todos empregam intervenções sensíveis ao envelhecimento e baseadas em evidências; ao promover comunicação interdisciplinar; e enfatizar o planejamento da alta (CHODOSH, WEINER, 2018).

Assim, os fatores que podem ajudar a melhorar os cuidados geriátricos incluem o ambiente físico do hospital, o conhecimento da equipe hospitalar e a atenção à fragilidade do paciente, atendimento multidisciplinar personalizado, qualidade do planejamento de alta e adaptação dos procedimentos de tratamento, e manejo de medicamentos para atender às necessidades dos idosos frágeis. Ter uma atitude positiva e um forte conhecimento e competências de trabalho em relação aos idosos são essenciais para melhorar a qualidade do atendimento, e os enfermeiros são atores fundamentais na prestação de cuidados diretos e na prevenção de eventos adversos. (PERSOON et al., 2015).

2.3 O instrumento *Geriatric Institutional Assessment Profile*

Ao longo das últimas três décadas emergiram inúmeros modelos de cuidados geriátricos que têm, em geral, como alvo prevenir as complicações que mais acometem os idosos e os fatores hospitalares que contribuem para essas complicações. O modelo mais implementado é o NICHE, cujo foco na melhoria de resultados, influencia positivamente o ambiente de prática de enfermagem geriátrica. Afinal, embora todos os modelos de cuidados geriátricos exijam a entrada significativa de enfermagem; apenas o NICHE alinha o envolvimento desses profissionais na tomada de decisão sobre o cuidado de idosos hospitalizados (BOLTZ, CAPEZUTI, FULMER, 2010; STEELE, 2010).

Desenvolvido em 1992 no Instituto Hartford de Enfermagem Geriátrica da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Nova York, o NICHE centra-se em programas e protocolos que são predominantemente influenciados pela prática de enfermagem; ou seja, em áreas nas quais suas intervenções têm um efeito substancial no atendimento ao paciente (CAPEZUTI; BRICCOLLI; BOLTZ, 2013). Na sua essência, o modelo exige uma mudança na cultura organizacional, pois baseia-se em princípios e ferramentas que aumentam a capacidade das instituições em prestar um cuidado de qualidade fundamentado nas melhores práticas (SILVA, 2015; BOLTZ et al., 2008a).

O quadro conceptual para o estudo do NICHE foi derivado do modelo desenvolvido e testado por Aiken, Sochalski e Lake (1997) para investigar a relação entre os modelos organizacionais hospitalares; atributos de suporte organizacional; e enfermeira, paciente, resultados organizacionais. Aiken e colegas postularam que as intervenções clínicas e os comportamentos das enfermeiras são moldados pelo contexto organizacional em que elas praticam, e que os atributos organizacionais do ambiente de prática são "mecanismos operantes" que influenciam os resultados do paciente e do enfermeiro. Neste caso, os mecanismos operantes são as dimensões do ambiente da prática da enfermeira geriátrica: valores de liderança em torno do cuidado de idosos e do enfermeiro, acesso a recursos geriátricos específicos e capacidade de colaboração interdisciplinar (BOLTZ et al., 2008b).

A literatura de enfermagem geriátrica relatou que os resultados para idosos hospitalizados podem ser melhorados em um ambiente onde são fornecidos recursos e programas clínicos de alta qualidade, específicos de geriatria (BOLTZ et al., 2008a). Um estudo mostrou uma relação positiva entre ambiente de prática de enfermagem geriátrica e qualidade percebida pelos enfermeiros em 96 hospitais que participam do programa NICHE. Deste modo, os resultados apresentados podem indicar que o suporte organizacional exerce uma importante influência à percepção da qualidade do cuidado geriátrico (BOLTZ et al., 2008b).

A realização desse modelo, baseado em evidências, requer hospitais para tornarem-se membros NICHE, e servir como recurso técnico e catalisador para a criação de redes em instalações comprometidas com a qualidade do cuidado geriátrico (CAPEZUTI et al., 2012). Único programa nacional americano, o NICHE está implantado em aproximadamente 330 hospitais nos Estados Unidos e em 100 sistemas de saúde no referido país, Canadá, Holanda e Portugal (SILVA, 2015). Um conjunto de estratégias auxiliam esses hospitais a alterar substancialmente a forma como conferem o cuidado aos idosos, inclui-se: protocolos de prática de enfermagem, modelos de enfermagem, o instrumento GIAP, um LISTSERV NICH0, e a certificação de enfermeiros em gerontologia on-line (FULMER et al., 2002).

O instrumento GIAP foi criado a partir de protocolos de práticas desenvolvidos por especialistas durante a ampliação do projeto NICHE e fundamentado em estudos realizados por Champion e Leach (1989) e Solomon et al. (1993). É usado por hospitais NICHE e permite que esses locais quantifiquem os conhecimentos, atitudes e percepções no cuidado de pacientes mais velhos que poderiam facilitar a integração de modelos ou iniciativas de cuidados geriátricos para garantir que os idosos recebam atendimento de alta qualidade durante toda a sua experiência hospitalar (CAPEZUTI et al., 2012; ABRAHAM et al., 1999).

O GIAP ajuda os hospitais a: (a) avaliar sua prontidão institucional para prestar atendimento de qualidade para idosos; (b) detectar mudanças antes e após a implementação de um programa ou modelo geriátrico; e (c) avaliar a qualidade dos cuidados prestados a esse grupo etário e, assim, servir como uma ferramenta de benchmarking para auxiliar os hospitais a identificar lacunas no conhecimento sobre

cuidados geriátricos, atitudes e percepções que influenciam a forma como o trabalho é desenvolvido com pacientes idosos (TAVARES, SILVA, 2013).

Foi, então, desenvolvido para identificar como os profissionais de enfermagem realizam o atendimento ao idoso hospitalizado quanto às quatro síndromes geriátricas mais comuns: incontinência urinária, problemas relacionados ao sono, uso de contenção e ocorrência de lesões por pressão. O instrumento também aborda o conhecimento das políticas institucionais, obstáculos organizativos à melhor prática, conflito sobre os cuidados adequados, conhecimento clínico, responsabilidade percebida para a prática inadequada e percepções de complementaridade no local de trabalho. Essas informações permitem a enfermeiros, gestores e organizações obterem o status da prática referente a problemas comuns enfrentados pelo idoso hospitalizado (SILVA, 2015).

O GIAP é um instrumento auto administrado, válido e confiável (ABRAHAM et al., 1999; BOLTZ et al., 2010) constituído por 67 questões, que inclui informações demográficas e profissionais, oito grandes escalas de percepção sobre o ambiente de prática com cuidados geriátricos, seis subescalas sobre questões profissionais, e uma sobre conhecimento de Enfermagem Geriátrica; compreende um total de 152 itens (FULMER et al., 2002; TAVARES; SILVA, 2011).

O primeiro estudo de validação do GIAP foi realizado em 1999, com uma amostra de 303 funcionários de saúde de um centro médico acadêmico dos EUA, no qual a maioria (86,5%) dos participantes era de enfermeiros. As análises fatoriais exploratórias (AFE) foram realizadas na escala *Geriatric Nursing Knowledge/ Attitudes* e na escala *Geriatric Care Environment* (GCE). Na primeira AFE, foi mantida uma solução de seis fatores: princípios de melhores práticas, conhecimento de prevenção iatrogênica, conhecimento inadequado, conhecimento de lesões por pressão, gerenciamento clínico e de tempo, e conhecimento de promoção da saúde. Esses fatores explicaram 41% da variância. Na AFE da escala GCE, cinco fatores emergiram: facilitadores institucionais de melhores práticas, obstáculos institucionais às melhores práticas, transferência de informações, valores institucionais sobre pacientes e funcionários, e restrições de tempo e recursos às melhores práticas. Esses fatores explicaram 62,65% da variância. O nível de consistência interna variou de 0,6 a 0,93 e foi menor na escala de *Geriatric Nursing Knowledge/ Attitudes*. Nesta

escala, as cargas fatoriais variaram de 0,32 a 0,81, e o índice Kaiser-Mayer-Okin (KMO) foi de 0,68. A escala GCE apresentou as melhores cargas fatoriais (0,33 a 0,82) e seu índice KMO foi de 0,92 (ABRAHAM et al., 1999).

Em 2007, foi feito um estudo para reexaminar as propriedades psicométricas da escala GCE, por meio de AFE e análise fatorial confirmatória em uma amostra total de 9.400 enfermeiros, que atuavam em diferentes hospitais. Uma abordagem diferente da AFE - extração de mínimos quadrados não ponderada e métodos de rotação Promax – foi utilizada parcialmente nessa amostra com a seleção aleatória de 3.874 enfermeiros. Ao utilizar esse método, foram extraídos quatro fatores: prestação de cuidados sensíveis ao envelhecimento (que representaram 34,6% da variância total), disponibilidade de recursos (10,18% da variância total), valores institucionais referentes a idosos e funcionários (7,44% da variação total) e capacidade de colaboração (2,62% da variação total). Os mesmos responderam por 54,68% da variância total. As cargas fatoriais na maioria dos itens foram boas, com variação de 0,33 a 0,83. O coeficiente alfa total de Cronbach foi de 0,93, e variou de 0,83 a 0,94. Uma análise fatorial confirmatória (AFC) foi realizada com parte da amostra, selecionada aleatoriamente, de 4.722 enfermeiros. Os resultados demonstraram que a estrutura fatorial, as cargas fatoriais e a covariância da escala GCE eram consistentes entre os grupos de funcionários que trabalhavam em diferentes tipos de hospitais (KIM et al., 2007).

Um estudo de confiabilidade teste-reteste das principais escalas do GIAP demonstrou confiabilidade boa a muito boa, com coeficientes de correlação intraclasse que variavam de 0,82 a 0,92 (BOLTZ et al., 2009). Esses resultados mostraram que há pouca variabilidade intraobservador e uma forte concordância entre teste e reteste (alta reprodutibilidade). A consistência interna no teste-reteste revelou que o coeficiente alfa de Cronbach variou de 0,65 a 0,92. Esse resultado foi consistente com outros estudos com coeficientes alpha de Cronbach semelhantes (ABRAHAM et al., 1999; BOLTZ et al., 2008a, 2008b; KIM et al., 2007, 2009; MCKENZIE et al., 2011).

O último estudo para validação foi realizado em 2010, e explorou a estrutura fatorial das subescalas de Questões Profissionais do GIAP. Foram obtidos seis fatores após uma AFE em amostra randomizada ($n = 1.103$): discordância entre equipes,

desacordo entre equipe/família/paciente, uso de serviços geriátricos, vulnerabilidade legal percebida, comportamentos perturbadores percebidos e carga de comportamentos perturbadores. A carga fatorial variou de 1,29 a 0,40, com a maioria superior a 0,50. O coeficiente alfa de Cronbach global foi de 0,90, e variou de 0,83 a 0,93 (boa e muito boa confiabilidade). Os resultados do AFC das subescalas Questões Profissionais (n = 1.108) foram consistentes com os encontrados no AFE e, portanto, confirmaram a adequação do modelo de seis fatores (BOLTZ et al., 2010).

Apesar de o GIAP ser um dos recursos do NICHE, seu uso não pode ser relacionado apenas a hospitais NICHE. Outros hospitais, com várias iniciativas geriátricas, o adotaram para avaliar as percepções e conhecimentos dos enfermeiros após a implementação de um programa (TAVARES, SILVA, 2013).

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

3.1 Avaliação das propriedades psicométricas de um instrumento

É altamente recomendável que, após o processo de tradução e adaptação do instrumento, as propriedades de medição necessárias para a aplicação pretendida sejam avaliadas. A nova versão deve manter as características de cada item, assim como as correlações do item com a escala e a consistência interna; além das características de confiabilidade e validade. Espera-se que a versão adaptada funcione de maneira semelhante ao instrumento original (BEATON et al., 2000).

VALIDADE

A validade verifica se o instrumento mede exatamente o que se propõe a medir. Isto é, avalia a capacidade de um instrumento medir com precisão o fenômeno a ser estudado. Pode-se considerar um instrumento válido quando ele consegue avaliar realmente seu objetivo, como, por exemplo, ansiedade e não outro constructo como estresse. Pode ser avaliada por meio dos seguintes métodos: validade de conteúdo, validade de constructo e validade relacionada a um critério (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Validade de conteúdo

Essa dimensão da validade é definida por alguns autores como um processo de julgamento, no qual os itens selecionados são avaliados quanto a sua eficácia em mensurar uma construção teórica e representar os aspectos relevantes do conceito a ser aferido. Logo, diz respeito a quanto um instrumento pode refletir do fenômeno estudado, na qual quanto mais aspectos forem contemplados, mais inferências podem ser efetuadas. Portanto, a validade de conteúdo permite avaliar se os itens de um índice composto refletem um domínio específico de acordo com o constructo teórico de interesse (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Vale notar que não se trata de uma avaliação estatística, mas um juízo em relação à propriedade e representatividade dos tópicos selecionados para formar o índice. Como não existe um teste estatístico específico para avaliação da validade de conteúdo, geralmente utiliza-se uma abordagem qualitativa, por meio da avaliação de um comitê de especialistas, e após uma abordagem quantitativa com utilização do Índice de validade de conteúdo (IVC) (SOUZA, ALEXANDRE, GUIRARDELLO, 2017; POLIT, BECK, 2006). No caso de adaptação cultural, esse comitê deve assegurar que a versão final seja totalmente compreensível e avaliar a sua equivalência cultural. Há a necessidade de existir equivalências semântica, idiomática, conceitual e experimental (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

O IVC mede a proporção ou porcentagem de juízes que consideram adequados determinados aspectos de um instrumento e de seus itens. Este método consiste de uma escala de Likert com pontuação de 1 a 4. Os itens que receberem pontuação de 1 ou 2 devem ser revisados ou eliminados. Para calcular o IVC de cada item do instrumento, basta somar as respostas 3 e 4 dos participantes do comitê de especialistas e dividir o resultado dessa soma pelo número total de respostas. O índice de concordância aceitável entre os membros do comitê de especialistas deve ser de no mínimo 0,80 e, preferencialmente, maior que 0,90 (SOUZA, ALEXANDRE, GUIRARDELLO, 2017).

A validade de face é um aspecto da validade de conteúdo. A primeira verifica se o instrumento aparenta estar medindo aquilo para qual foi projetado, refere-se a percepção e aceitação do mesmo pelos indivíduos; enquanto a segunda diz respeito à relevância de cada item do instrumento para a medição do tema abordado. Assim, as validades de conteúdo e de face são obtidas através do julgamento do comitê de especialistas durante o processo de tradução e adaptação (WEISSHEIMER, 2007; DINI, 2001).

A avaliação do GIAP, versão brasileira, apresentou boa adequação pelos juízes, com validade de conteúdo geral de 0,94. Os itens da versão traduzida avaliados como insatisfatórios pelos juízes foram reformulados com base nas ponderações dos profissionais de cada grupo. Participaram do pré-teste 31 sujeitos que consideraram o instrumento de fácil compreensão e sugeriram pequenas adequações em alguns itens (APÊNDICE B).

Validade de construto

A validade de constructo refere-se ao grau em que um instrumento de medida se relaciona consistentemente com outras medições assemelhadas derivadas da mesma teoria e conceitos medidos (MARTINS, 2006). Avalia o quanto se pode, legitimamente, fazer inferências a partir das operacionalizações de um estudo para o constructo teórico no qual tais operacionalizações foram baseadas, ao fazer a ligação entre o campo da teoria e da observação. Operacionalização, aqui, significa o ato de traduzir um constructo em suas manifestações, expressar a ideia que se quer mensurar em uma medida real. Ou seja, informa se os resultados de uma medida ou teste concordam com os de outras medidas que são consistentes com as hipóteses conhecidas para o constructo de interesse. Aqui não há padrão-ouro, mas comparação com outras medidas imperfeitas que, somadas, vão consolidar as teorias hegemônicas em relação ao objeto de estudo (RAYMUNDO, 2009).

A validade de constructo pode ser subdividida em: validade de constructo convergente, validade de constructo discriminante e análise fatorial (FAYERS; MACHIN, 2007). Na validade convergente, o teste deve correlacionar significativamente com outras variáveis com as quais o construto medido pelo teste deveria, pela teoria, estar relacionado. Quando não se correlacionar com as quais ele deveria diferir, define-se validade discriminante (PASQUALI, 2013).

A análise fatorial é uma técnica estatística aplicada a um único conjunto de variáveis na qual o pesquisador está interessado em descobrir quais variáveis no conjunto formam subconjuntos coerentes que são, relativamente, independentes uns do outro. Variáveis que são correlacionadas entre si, mas independentes de outros subconjuntos, são combinadas em fatores. Estes refletem processos subjacentes que criaram as correlações entre as variáveis (TABACHNICK; FIDELL, 2007).

As correlações entre os itens são explicadas, pela análise fatorial, como resultantes de variáveis-fonte que seriam as causas destas covariâncias. Estas variáveis-fonte são os construtos ou traços latentes de que fala a Psicometria. A análise fatorial também postula que um número menor de traços latentes (variáveis-fonte) é suficiente para explicar um número maior de variáveis observadas (itens). Desta forma, a validade de construto de um teste é determinada pela grandeza das

cargas fatoriais (que são correlações que vão de -1 a +1) das variáveis no fator, sendo aquelas a representação comportamental deste fator, que, por sua vez, é o traço latente para o qual elas foram inicialmente elaboradas como representação empírica (PASQUALI, 2013).

Na construção de instrumentos, a análise fatorial pode ser usada para identificar conjuntos de itens homogêneos (fatores) que irão compor as diferentes dimensões do constructo em foco: análise fatorial exploratória. Quando o pesquisador pretende comprovar as dimensões observadas no estudo inicial do instrumento, aplica a análise fatorial confirmatória (MONTEIRO; HORA, 2014).

CONFIABILIDADE

Fundamentalmente, confiabilidade diz respeito a quanto um experimento, teste ou qualquer procedimento de medição produz o mesmo resultado em repetidas tentativas. A confiabilidade de um teste é apresentada nos termos da variação dos índices obtidos individualmente em sucessivos testes independentes. Essa definição corrobora a afirmativa de que confiabilidade é a tendência em direção à consistência encontrada em repetidas medições do mesmo fenômeno (MONTEIRO; HORA, 2014).

Pode ser estimada mediante situações diversas, como a realização de testagem com a mesma população em dois momentos consecutivos (teste-reteste) e análise da consistência interna, com a verificação do alfa de Cronbach (PASQUALI, 2009).

A consistência interna é determinada com uma única aplicação do instrumento, através de indicadores com o alfa de Cronbach, com o qual se verifica a homogeneidade dos itens de modo que meçam as mesmas dimensões. Trata-se da medida de confiabilidade mais amplamente utilizada. E é calculado a partir da variância dos itens individuais e das covariâncias entre os itens. Seu resultado informa quanto a variância total é devida à variação do escore real (MONTEIRO; HORA, 2014).

Apesar de o coeficiente alfa de Cronbach ser o mais utilizado na avaliação da consistência interna, ainda não há consenso quanto a sua interpretação. Embora estudos determinem que valores superiores a 0,7 sejam os ideais, algumas pesquisas

consideram valores abaixo de 0,70 - mas próximos a 0,60 - como satisfatórios. É importante compreender que os valores do coeficiente alfa de Cronbach são fortemente influenciados pelo número de itens do instrumento de medida. Pequeno número de itens por domínio de um instrumento pode diminuir os valores de alfa, e afetar a consistência interna (SOUZA, ALEXANDRE, GUIRARDELLO, 2017).

Outro coeficiente que pode ser utilizado em conjunto com o coeficiente alfa é o coeficiente beta e, ainda, o coeficiente Kappa, que ajudam a determinar se o processo de média usado no cálculo do coeficiente alfa está mascarando alguns itens inconsistentes. O coeficiente Kappa (k) é a proporção de concordância depois que a concordância pelo acaso é removida de consideração. Esse coeficiente pode ser interpretado como o aumento da consistência na decisão que o teste oferece acima do acaso, expresso como uma proporção do aumento máximo possível sobre a consistência do acaso (MONTEIRO, HORA, 2014).

Um instrumento que apresenta uma adequada estabilidade por meio do teste reteste demonstra o mesmo resultado se o sujeito é testado em dois momentos diferentes. No entanto, um problema com esse método é o potencial para aprendizagem (o primeiro teste pode influenciar o segundo). O período de aplicação entre os dois testes também pode afetar a confiabilidade do teste reteste. Um curto intervalo de tempo demonstra os efeitos de transição em relação à memória, prática ou humor, o que provavelmente em longos intervalos aumentam as chances de uma mudança de status, assim, considera-se adequado um intervalo de 10 a 14 dias (ZANDONAI, 2015; PASQUALI, 2009).

O Coeficiente de correlação intraclassa (CCI) é um dos testes mais utilizados para estimar a estabilidade de variáveis contínuas, pois leva em consideração os erros de medida. Quanto à interpretação dos resultados, valores mínimos de 0,70 são considerados satisfatórios. Já quanto à amostra, um número de pelo menos 50 sujeitos é considerado adequado. (SOUZA, ALEXANDRE, GUIRARDELLO, 2017).

De acordo com Sappas e Zeller (2002), o poder de análise das propriedades psicométricas refere-se à determinação adequada do tamanho da amostra, por isso, a psicométrica tradicional aconselha 5 a 10 respondentes por item do questionário. Assim, acredita-se que será obtido um tamanho amostral acima do necessário, para obter-se uma conclusão satisfatória. No entanto, defendem a premissa de que uma

amostra com 100 indivíduos é suficiente para verificar as propriedades psicométricas de um instrumento que será testado em outra população, e uma amostra de 50 para verificar as propriedades psicométricas iniciais de um instrumento (ZANDONAI, 2015).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo metodológico com coletas de dados transversal, cuja proposta foi realizar a validação do instrumento GIAP em uma amostra de enfermeiros que atuam em instituições hospitalares.

4.2 Autorização de utilização do instrumento

Previamente, solicitou-se a permissão, para adaptar e validar o instrumento GIAP para a língua portuguesa e cultura do Brasil à coordenação do NICHE, gerenciada pela Dr^a Elizabeth Capezuti, por meio de correio eletrônico, no início de 2014. Meses seguintes, as negociações foram interrompidas devido às mudanças de gestão ocorridas no grupo NICHE. No segundo semestre de 2014, assume uma nova coordenadora, a Dr^a Barbara Bricoli, os contatos são reiniciados e autorização para o uso do instrumento é concedida em janeiro de 2015 (ANEXO A).

4.3 Propriedades psicométricas do GIAP

4.3.1 Locais de estudo

O estudo foi realizado em cinco instituições hospitalares: duas localizadas em Belo Horizonte, Minas Gerais (Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais/Ebserh e Hospital da Previdência - Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais) e três em Teresina, Piauí (Hospital São Marcos, Hospital Getúlio Vargas e Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí/Ebserh).

É importante ressaltar que estes hospitais foram incluídos por atenderem aos seguintes critérios: média e alta complexidade (serviços agudos, pois têm a maior parte de unidades de especialidades médicas e cirúrgicas) e ser caracterizado como de grande porte (grandes instalações de saúde com maior número de leitos, pacientes internados e enfermeiros por hospital). Essas características foram tidas em consideração, a fim de assegurar uma amostra diversificada de respostas.

O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG) / Ebserh é um hospital universitário, público e geral que realiza atividades de ensino, pesquisa e assistência, é referência no sistema municipal e estadual de saúde no atendimento aos pacientes portadores de patologias de média e alta complexidade. Possui uma estrutura composta por 504 leitos ativos, destes 414 leitos gerais, 90 leitos de terapia intensiva, além de 34 salas cirúrgicas e 344 consultórios distribuídos nos nove prédios do seu complexo hospitalar. Por dia, cerca de 20 mil pessoas transitam pelo HC-UFMG.

O Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG) é um hospital público, geral, que proporciona assistência à saúde e previdenciária de forma regionalizada, com objetivo de permitir a seus beneficiários, acesso facilitado aos serviços prestados. Hoje o hospital conta com 344 leitos em uso e tem uma média de 12 mil internações anuais.

O Hospital São Marcos é hospital filantrópico reconhecido como centro de referência na prevenção, tratamento e controle do Câncer no Estado do Piauí, mantido pela Associação Piauiense de Combate ao Câncer. Para cumprimento de seu objetivo estatutário dedica 60% de sua capacidade de atendimento à prestação de serviços ao SUS. Atualmente, dispõe de cerca de 380 leitos. O Hospital Getúlio Vargas é um hospital público, um dos maiores e mais bem equipados da região Meio Norte do país. É também um centro de referência para o ensino, pesquisa e extensão. Possui uma estrutura composta por 349 leitos, destes 176 leitos cirúrgicos, 20 leitos de terapia intensiva, além de 19 salas cirúrgicas e 62 consultórios.

O Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí/Ebserh é um hospital público e geral que realiza atividades de ensino, pesquisa e assistência. Oferece serviços de alta e média complexidade, e não há atendimento de urgência e emergência. Por ser um hospital referenciado, o encaminhamento de pacientes para serviços ambulatoriais é regulado pela Secretaria Municipal de Saúde. Hoje, oferece serviços em 32 especialidades médicas, possui 190 leitos de internação, 15 de UTI e dez salas cirúrgicas.

4.3.2 Amostra

Participaram do estudo os enfermeiros que trabalhavam em unidades médicas especializadas (cardiologia, clínica médica, nefrologia, neurologia, oncologia, pneumologia e reumatologia), unidades cirúrgicas (cirurgia geral, vascular, maxilofacial, urologia, cardiotorácica, ortopédica, neurocirurgia e cirurgia de queimaduras), e unidades de cuidados intensivos (UTI, coronária, gastroenterologia e departamento de emergência) das instituições hospitalares mencionadas acima. Foram excluídos os enfermeiros que trabalhavam em unidades que assistem principalmente adultos mais jovens ou crianças (por exemplo, pediatria, maternidade e transplantes hepáticos) e os gerentes e supervisores de enfermagem.

O processo de validação ocorreu com uma amostra composta por 300 sujeitos, dos quais 150 eram de enfermeiros residentes em Teresina e 150 em Belo Horizonte.

A amostra mínima requerida com base em McQuitty (2004) deve ser calculada e identificada antes da coleta de dados. Quanto ao tamanho da amostra, não há um consenso entre os pesquisadores sobre o número de participantes, conforme apresentado no quadro abaixo.

Quadro 1. Tamanho de amostra necessário para a análise fatorial

Autores	Tamanho da amostra
Guilford (1954)	Pelo menos 200 casos.
Lawley e Maxwell (1971)	O número é 51 casos maior que as variáveis.
Cattell (1978)	Com base na proporção variável de 3:1-6:1. O tamanho de amostra menor possível é 250.
Gorsuch (1983) e Kline (1979)	Pelo menos 100, apesar do número de variáveis.
Gorsuch (1983)	Pelo menos 200 casos, independentemente da razão de sujeitos para variáveis.
Comrey e Lee (1992)	Sugerem uma amostra de 500 ou mais casos sempre que aplicável.
Hatcher (1994)	A amostra deve ser cinco vezes maior que o número de variáveis.
Hair, Anderson, Tatham, e Black (1995)	Deve ser vinte vezes maior que o valor das variáveis (relação de 20:1).

Bryant e Yarnold (1995)	10 casos em cada item, e a proporção sujeito-variável não é menor que cinco.
Hutcheson e Sofroniou (1999)	150 - 300 casos e 150 casos para variáveis fortemente correlacionadas.
Norušis (2010)	Pelo menos 300 casos.
Suhr (2006).	100 casos e a proporção sujeito-variável não deve ser menos que cinco.
Garson David (2008)	10 casos para cada item.

Fonte: Blbasab e Kadir (2019)

Para este estudo, usou-se Norusis (2010) como referência. O autor sugere que a amostra deve conter pelo menos 300 casos. Assim, o tamanho da amostra que formou a base de dados da análise fatorial é satisfatório, pois, seu número é de 301 casos com 133 itens.

4.3.3 Instrumento e variáveis

A versão GIAP, cedida pelo NICHE, contém 25 grandes questões, que totalizam 133 itens (ANEXO B). Em suma as questões são avaliadas em uma escala tipo Likert de 5 pontos, na qual escores mais altos indicam menos barreiras para a prática de qualidade (BOLTZ et al., 2010; TAVARES; SILVA, 2011).

Para delinear o perfil sociodemográfico dos participantes, o instrumento é composto por perguntas abertas e fechadas que permite o levantamento de dados, como: ocupação profissional, escolaridade, maior titulação em áreas que não seja enfermagem, anos de experiência profissional, tempo que atua na instituição, unidade/serviço que trabalha, sexo, idade e cor.

Trata-se de um instrumento auto administrado, composto por três grandes escalas e várias subescalas conforme descrito abaixo:

Geriatric Nursing Knowledge/Attitudes Scale: mede o conhecimento da avaliação e gestão de enfermagem em quatro síndromes geriátricas comuns: lesões por pressão, incontinência, o uso de contenções e distúrbios do sono;

Geriatric Care Environment (GCE scale): avalia o ambiente de prática do cuidado ao idoso, formada pelas seguintes subescalas:

- *Institutional Values Regarding Older Adults and Staff:* avalia as percepções do enfermeiro acerca de direitos dos idosos, envolvimento dos mesmos e suas famílias na tomada de decisão, assim como o apoio organizacional, a autonomia concedida ao enfermeiro e o incentivo ao crescimento pessoal;
- *Capacity for Collaboration:* avalia a percepção do enfermeiro sobre o conhecimento em geriatria, o uso de protocolos geriátricos, e o grau de conflito entre a equipe no processo de tomada de decisão sobre o cuidado ao idoso;
- *Resource Availability:* avalia a percepção do enfermeiro sobre o acesso aos recursos humanos e materiais específicos para cuidar de idosos e o apoio à gestão da comunicação com pacientes e famílias;
- *Aging-sensitive Care Delivery:* avalia o cuidado geriátrico específico, baseado em evidências, como um cuidado individualizado que possibilita a tomada de decisão informada e contínua em todas as suas definições.

Professional Issues (PI subscales): escala que avalia questões profissionais do profissional de enfermagem a respeito do cuidado ao idoso, como:

- *Staff Disagreement:* avalia a presença de discordâncias entre a equipe em relação ao tratamento de síndromes geriátricas comuns;
- *Staff / Family / Patient Disagreement:* avalia a presença de discordâncias entre os membros da equipe e os pacientes/famílias sobre o tratamento de síndromes geriátricas comuns;
- *Use of Geriatric Services:* avalia a percepção do uso adequado dos serviços geriátricos e práticas profissionais de aquisição e disseminação de conhecimento (conferências, revistas, grupos de discussão);
- *Perceived Legal Vulnerability:* avalia a vulnerabilidade jurídica percebida, relacionada com úlceras de pressão, quedas, o uso de assentos, infecção nosocomial e lesões relacionadas ao uso de medicações sedativas;
- *Perceived Upsetting Behaviors:* avalia a frequência percebida de comportamentos do paciente que são considerados perturbadores,
- *Burden of Upsetting Behaviors:* avalia a percepção do grau em que os comportamentos do paciente são onerosos para o profissional de saúde

A escala *Geriatric Nursing Knowledge / Attitudes Scale* possui 35 itens respondidos em uma escala de medida do tipo Likert, com cinco alternativas que variam entre “concordo fortemente” e “discordo fortemente”. Neste caso, quanto maior a pontuação, maiores o conhecimento e atitudes positivas em síndromes geriátricas. Para a análise dos dados, os 35 itens de conhecimento e atitudes geriátricas têm pontuação reversa. Abaixo, os itens desta escala:

1. A maioria das lesões é prevenível;
2. As úlceras por pressão ocorrem em cerca de metade dos idosos hospitalizados;
3. Quase sempre é possível evitar as lesões de pele;
4. Os calcâneos são uma das regiões mais susceptíveis à ruptura de pele em pacientes idosos acamados;
5. Úlceras por pressão podem levar à osteomielite;
6. Massagem regular sobre proeminências ósseas reduz lesões de pele;
7. O hospital valoriza o tempo gasto com a prevenção de úlceras por pressão;
8. Eu não tenho tempo para realizar avaliações diárias da pele dos idosos sob meus cuidados;
9. A nutrição adequada é o elemento mais essencial na prevenção de lesões na pele;
10. Problemas do sono em idosos hospitalizados contribuem negativamente para o resultado hospitalar;
11. Os sedativos evitam alucinações e agitação em idosos com distúrbios do sono;
12. A maioria dos problemas do sono em idosos hospitalizados requer o uso de sedativos;
13. Problemas do sono devem ser sempre tratados agressivamente;
14. Nós fazemos um bom trabalho identificando e prevenindo distúrbios do sono;
15. O tempo gasto em prevenção de problemas do sono é valorizado neste hospital;
16. Sem o auxílio de sedativos eu não tenho tempo para ajudar a prevenir problemas do sono);
17. A prevalência da incontinência em idosos hospitalizados é de cerca de 20 por cento);
18. Os problemas com continência urinária são uma parte normal do envelhecimento;
19. Os exercícios de Kegel são bons para todos os tipos de problemas de incontinência;

20. A constipação pode levar à incontinência urinária;
21. O hospital valoriza o tempo gasto no gerenciamento da incontinência urinária, sem a utilização de cateteres, roupas para incontinência ou fraldas;
22. Eu tento evitar o uso de cateteres de demora em idosos, mesmo que isso signifique que eles fiquem ocasionalmente molhados;
23. Nós usamos fraldas ou absorventes geriátricos durante a noite para a maioria dos nossos idosos;
24. Cateteres urinários são adequados no tratamento da incontinência, desde que seu uso seja interrompido após 10 dias;
25. Reduzir o uso de cateter vesical de demora cria demandas significativas sobre o tempo da equipe;
26. Cateter vesical de demora é a principal causa de septicemia em idosos hospitalizados;
27. Idosos confusos estão mais seguros quando contidos no leito ou em cadeiras;
28. Lesões dos nervos podem resultar do uso de dispositivos de contenção;
29. O uso de contenções com frequência contribui para a confusão mental em idosos;
30. Eu verifico os idosos contidos pelo menos de hora em hora;
31. Quando o uso de contenção diminui, o uso de drogas sedativas aumenta;
32. Neste hospital, todas as alternativas razoáveis são tentadas antes de conter os idosos;
33. Os médicos, enfermeiros e demais profissionais precisam de melhores diretrizes para ajudar a determinar o que é cuidado apropriado para idosos;
34. Muitos idosos preferem deixar seu cuidador tomar a decisão sobre qual é o melhor tratamento;
35. A minha opinião sobre o cuidado adequado dos idosos é valorizada pelos meus colegas.

A escala GCE possui quatro subescalas. A primeira, *Institutional Values Regarding Older Adults and Staff*, possui 7 itens com cinco alternativas que variam entre “concordo fortemente” e “discordo fortemente”. Neste contexto, quanto maior a pontuação, maiores os valores institucionais relativos aos idosos e a equipe de profissionais. Na análise dos dados, os itens da *Institutional Values Regarding Older Adults and Staff* têm pontuação reversa. Abaixo, os itens desta subescala:

1. A equipe do hospital (administrativa e assistencial) trabalha junto para resolver os problemas dos idosos;
2. Você pode discordar de seu supervisor em relação ao cuidado do idoso;
3. A participação do funcionário é buscada na determinação de políticas e diretrizes sobre cuidados geriátricos;
4. Os idosos são sempre tratados com respeito;
5. Funcionários adequados são envolvidos com as decisões sobre cuidados geriátricos;
6. O crescimento pessoal é encorajado;
7. Os direitos dos idosos são protegidos.

A segunda subescala de GCE, *Capacity for Collaboration*, possui três itens e a terceira *Resource Availability* dispõe de oito, ambas com cinco alternativas que variam entre “não interfere” e “interfere expressivamente”. E, quanto maior a pontuação, melhor o ambiente de prática. Para a análise dos dados, os itens destas subescalas têm pontuação reversa. Abaixo, os itens de cada um dos domínios:

- *Capacity for Collaboration*

1. Falta de conhecimento sobre o cuidado ao idoso;
2. Falta de (ou inadequadas) normas e procedimentos geriátricos escritos;
3. Diferença de opinião entre profissionais da equipe (entre diferentes áreas) sobre problemas geriátricos comuns.

- *Resource Availability*

1. Falta de serviços especializados para os idosos (por exemplo, cuidado oral, podologia);
2. Falta de equipamentos especiais (por exemplo, assentos sanitários elevados, colchões especiais);
3. Exclusão das enfermeiras das decisões dos cuidados geriátricos;
4. Pressões econômicas para limitar o tratamento ou duração da estadia;
5. Falta de pessoal / limitações de tempo;
6. Dificuldades de comunicação com os idosos e suas famílias;
7. Exclusão dos idosos das decisões de cuidados;
8. Confusão sobre quem é o responsável por tomar as decisões apropriadas.

A quarta subescala de GCE, *Aging-sensitive Care Delivery*, possui 10 itens com cinco alternativas que variam entre “pouco insatisfeito” e “muito satisfeito”. Nesta situação, quanto maior a pontuação, melhores os cuidados geriátricos. A seguir, os itens desta subescala:

1. Os cuidados individualizados prestados pelos funcionários;
2. A prestação de cuidados necessários aos idosos;
3. A forma com que a equipe aborda as questões sobre os cuidados geriátricos;
4. A equipe está familiarizada com a forma como o envelhecimento afeta a resposta ao tratamento;
5. O envelhecimento é considerado um fator no planejamento da assistência e avaliação geral dos idosos;
6. Os idosos recebem as informações que precisam para tomar decisões sobre seu cuidado/tratamento;
7. As famílias recebem as informações e apoio que precisam para ajudar seus idosos;
8. Os funcionários obtêm informações sobre os dados de saúde prévios a hospitalização dos idosos;
9. A existência de uma continuidade adequada do cuidado entre sua instituição e os diferentes serviços de saúde;
10. A existência de uma continuidade adequada do cuidado em todos os setores do hospital.

A escala PI possui seis subescalas. A primeira, *Staff Disagreement*, e a segunda, *Staff/Family/Patient Disagreement*, possuem a mesma quantidade de itens (dez) e o mesmo conteúdo com cinco alternativas que variam entre “muito pouco” e “muito frequentemente”. Então, quanto maior a pontuação, menor a presença de discordâncias em relação ao tratamento - na primeira, entre os membros da equipe, e na segunda, entre a equipe de profissionais e os pacientes/família. Para a análise dos dados, *Staff Disagreement* e *Staff/Family/Patient Disagreement* têm pontuação reversa. Segue os itens destas subescalas:

1. Restrições mecânicas (por exemplo, faixas para contenção, coletes para contenção, cadeiras geriátricas);
2. Medicação para dormir ou intervenções químicas (calmantes/tranquilizantes);
3. Absorventes para incontinência/dispositivos para incontinência;

4. Vestimentas para incontinência (por exemplo, fralda, roupa íntima para incontinência);
5. Cateteres urinários (sondas vesicais);
6. Colchões para alívio de pressão;
7. Dispositivos adaptativos (por exemplo, adaptadores de espuma- encosto conforto triângulo, almofadas, etc -, alarmes de cama);
8. Medicação para a dor;
9. Alimentação por sonda;
10. Tratamento de úlceras por pressão (por exemplo, mudança de posição (decúbito) em idosos acamados).

A terceira subescala de PI, *Geriatric resource use*, possui sete itens com alternativas que variam entre “diariamente” e “raramente”. Neste caso, quanto maior a pontuação, maior o uso de recursos geriátricos. Na análise dos dados, *Geriatric resource use* tem pontuação reversa. Segue, os itens desta subescala:

1. Enfermeiro especialista em geriatria ou enfermeira geriátrica;
2. Geriatra;
3. Assistente social geriátrica;
4. Psicólogo/ psiquiatra geriátrico;
5. Corridas de leito e serviços internos geriátricos;
6. Textos e revistas geriátricas;
7. Conferências/ workshops geriátricas, regionais ou nacionais.

A quarta subescala de GCE, *Perceived legal vulnerability*, possui seis itens com cinco alternativas que variam entre “muito vulnerável” e “nem um pouco vulnerável”. E, quanto maior a pontuação, menor a percepção de vulnerabilidade legal. Abaixo, os itens retratados:

1. O desenvolvimento de úlceras por pressão em idosos;
2. Quedas de idosos;
3. Acusações por contenções ilegais;
4. Lesões decorrentes do uso de dispositivos de retenção;
5. Infecção hospitalar relacionada ao uso de cateter;
6. Lesões decorrentes do uso de medicação sedativa.

A quinta, *Perceived upsetting behaviors*, e a sexta subescala de PI, *Burden of Upsetting Behaviors*, possuem a mesma quantidade de itens (sete) e o mesmo conteúdo com três alternativas que variam entre “frequentemente” e “nunca”. Então, quanto maior a pontuação, menor a frequência de comportamentos perturbadores percebidos – na subescala *Perceived upsetting behaviors*; na *Burden of Upsetting Behaviors*, menor a percepção de comportamentos onerosos.

1. Exigentes;
2. Argumentativos/críticos;
3. Não cooperativos;
4. Procurando garantias / buscando reafirmação/atenção/auxílio na tomada de decisão;
5. Acordados durante a noite;
6. Vagando durante o dia;
7. Confusos / agitados.

A validação de face e conteúdo do GIAP para o português do Brasil foi realizada no ano de 2015 e a versão adaptada encontra-se finalizada (APÊNDICE B).

4.4 Coleta dos dados

A coleta de dados ocorreu no período de 2017 a 2018, em 3 etapas distintas:

- **1ª etapa: Contato com as instituições hospitalares**

Em 2017, foi realizado o contato com os Comitês de Ética em Pesquisa dos cinco locais de estudo, via e-mail ou telefone, para esclarecimento sobre o projeto de pesquisa e os documentos necessários para sua submissão.

- **2ª etapa: Aproximação com os sujeitos do estudo**

Após a emissão do parecer favorável pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, a coleta foi iniciada, primeiramente, nos três hospitais localizados em Teresina. A pesquisadora entrava em contato, de forma presencial, com o gerente de enfermagem de cada instituição, explicava a pesquisa e solicitava a escala dos enfermeiros nos três turnos de trabalho e por unidade de serviço. Isso para que a abordagem dos sujeitos acontece de forma organizada e confiável, assim como,

permitir ao pesquisador otimizar o tempo de procura dos mesmos. A coleta na referida cidade ocorreu entre os meses de janeiro e março de 2018.

Posteriormente, a pesquisa ocorreu nos dois hospitais localizados em Belo Horizonte, no período de agosto a outubro de 2018. A aproximação com os sujeitos ocorreu da mesma forma que em Teresina. Para esta coleta, a pesquisadora principal contou com a colaboração de uma bolsista de iniciação científica do curso de graduação de enfermagem da UFMG, que foi devidamente treinada.

- **3ª etapa: Aplicação do instrumento**

O instrumento foi aplicado mediante entrevista, conduzida pela própria pesquisadora, e realizado nas unidades hospitalares durante todos os dias da semana, nos turnos manhã, tarde e noite. Em todos os hospitais os participantes do estudo foram procurados individualmente e convidados a participar voluntariamente. Neste momento era entregue o GIAP, que é autoaplicável; os sujeitos entregaram o instrumento respondido, preferencialmente, após essa abordagem inicial. Mas, alguns optaram por levar para casa e devolver alguns dias depois.

4.5 Análise dos dados

A análise das propriedades psicométricas seguiu as recomendações de Pasquali (2009), que compreende a validação de construto e de confiabilidade. A caracterização dos participantes do estudo foi realizada mediante análise descritiva dos dados. Para resumir os escores obtidos na pontuação geral, foram calculados médias e desvio-padrão.

A análise de confiabilidade foi realizada por meio do coeficiente alfa de Cronbach e considerado aceitáveis valores acima de 0,70 (NUNNALLY; BERNSTEIN, 1994) para as três subescalas e seus respectivos domínios (fatores).

Para testar a validade de construto procedeu-se a análise fatorial exploratória (AFE). Nesta pesquisa realizou-se a AFE para cada uma das três escalas do GIAP: uma focada nos itens de conhecimento e atitudes que se acredita serem essenciais para o cuidado de enfermagem geriátrica, uma que envolve barreiras institucionais e facilitadores de melhores práticas e uma que enfatiza a relação interpessoal e aspectos coordenativos da prática profissional. Trinta e cinco itens foram utilizados na

primeira análise fatorial. A segunda análise envolveu 28 variáveis, e a terceira incluiu 47 itens.

A adequação da AFE foi testada, com a finalidade de avaliar se o teste de esfericidade de *Bartlett* era significativo ao nível de 0,05 e o índice KMO > 0,70 (TABACHNICK, FIDELL, 2007). Essas observações foram elucidadas pelo *screeplot* de escarpa, que ordena os autovalores do maior para o menor. Quando nenhuma rotação é feita, os autovalores da matriz de correlação igualam-se às variâncias dos fatores. Desse modo, o padrão ideal é uma curva acentuada, seguida de uma dobra e depois de uma linha reta.

A identificação de um novo modelo estrutural, pelo método dos componentes principais por meio da rotação Varimax (rotação ortogonal fatores não correlacionados), método esse que para cada componente principal, existem apenas alguns pesos significativos e todos os outros sejam próximos de zero. Isto é, o objectivo é maximizar a variação entre os pesos de cada componente principal, foi definida de acordo com as validações exploratórias anteriores (originais) consideradas como polo empírico desse estudo.

Para isso, foi considerada **carga fatorial mínima de 0,40**, para que o item pudesse ser considerado um representante útil do fator (STACCIARINI; PACE, 2017; UMANN et al., 2017). Para avaliação da comunalidade, ou seja, o quanto da variância de cada item é explicado por cada fator gerado na análise fatorial, considerou-se satisfatório valor > 0,40 (STACCIARINI; PACE, 2017). Medidas de comunalidade inferiores sugerem uma contribuição pequena do item ao modelo construído (UMANN et al., 2017; SILVA et al., 2015) e, por isso, deve ser excluído do instrumento.

Para a análise de estabilidade teste-reteste dos itens, dos escores das dimensões e do escore total do GIAP foram utilizados o Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) e a estatística Kappa ponderado máximo possível, em uma amostra de 91 sujeitos, com um intervalo de 15 a 20 dias entre as entrevistas, e o *p* valor de significância do respectivo coeficiente Kappa.

O CCI foi medido a partir da soma dos itens que permaneceram nas subescalas depois da análise fatorial, com as exclusões dos itens de acordo com as baixas cargas fatoriais e comunalidades, e foram calculados a média e o desvio padrão na nova estrutura; assim como, análise semelhante ocorreu com o reteste.

Para todas as estatísticas foram estimados intervalos de 95% de confiança; para avaliação do Kappa adotaram-se os critérios propostos por Landis e Koch (1977) para interpretação do grau de concordância: a) quase perfeita: 0,81 a 1,00; b) forte: 0,61 a 0,80; c) moderada: 0,41 a 0,60; d) regular: 0,21 a 0,40; e) discreta: 0 a 0,20; f) pobre < 0. Para avaliação do CCI foram utilizados os seguintes critérios: a) alta: 1 a 0,75; b) moderada 0,4 a 0,74; c) fraca < 0,4 (FLEISS, COHEN, 1973).

Nesse estudo, adotou-se o nível de significância de 5% para todos os testes estatísticos. Os dados coletados foram armazenados em uma planilha eletrônica de dados, importada para análise no programa SPSS 19.

4.6 Aspectos ético-legais

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o Parecer nº 555.096 (ANEXO C).

Em vista tratar-se de uma amostra formada por enfermeiros atuantes em unidades hospitalares, o projeto de pesquisa foi submetido ao CEP das instituições de estudo para recebimento de parecer favorável para sua realização. Todas as pessoas que aceitaram participar do estudo receberam orientações sobre o mesmo e após esclarecimentos de dúvidas, assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE C).

5 RESULTADOS

5.2 Características gerais da amostra de estudo

A amostra foi composta por 301 enfermeiros. Destes, 73,1% declarou ser especialista em diferentes áreas, e 15% possuíam apenas bacharelado, enquanto, 10,3% eram enfermeiros mestres e 1,0% doutores.

A maioria dos entrevistados era do sexo feminino (83,7%) e 46,5% era parda. A média de idade foi de 34 anos (DP: 11,31). Possuíam em média 10 anos de experiência nesta profissão (DP: 6), dos quais, em média, 5 anos estavam na instituição (DP: 5,6). Os entrevistados trabalhavam, principalmente, em unidades de terapia intensiva (22,9%) e unidades médicas/cirúrgicas (22,6%). Os resultados estão indicados na **tabela 1**.

Tabela 1. Características demográficas e profissionais dos enfermeiros participantes do estudo.

Variáveis	Amostra de estudo (n=301)		
	N (%)	Média	DP
Idade		34	11,31
Sexo			
Masculino	49 (16,3%)		
Feminino	252 (83,7%)		
Raça/etnia			
Branco	113 (37,5%)		
Pardo	140 (46,5%)		
Preto	26 (8,6%)		
Amarelo	6 (1,99%)		
Prefiro não responder	1 (0,3%)		
Em branco	21 (6,97%)		
Grau de escolaridade			
Bacharel	45 (15%)		
Especialista	220 (73,1%)		
Mestre	31 (10,3%)		
Doutorado	3 (1%)		
Em branco	1 (0,3%)		
Unidade/serviço principal que atua			
Clínica geral	33 (11%)		
Clínica médica/cirúrgica	68 (22,6%)		
UTI	69 (22,9%)		
Unidade coronariana	31 (10,3%)		
Anos de experiência na profissão		10	6
Anos de trabalho na instituição		5	5,6

DP: desvio-padrão

5.3 Análise fatorial da versão brasileira do GIAP

A análise fatorial será apresentada para cada uma das três escalas do GIAP: uma focada nos itens referentes a escala *Geriatric Nursing Knowledge/Attitudes* (escala de Conhecimentos e Atitudes de Enfermagem Geriátrica); a segunda análise envolveu as variáveis da escala *Geriatric Care Environment* (GCE) (escala do Ambiente de Cuidado Geriátrico) e a terceira incluiu os itens da escala *Geriatric Professional Issues* (escala Questões Profissionais Geriátricas).

5.3.1 Análise de validade da sub-escala 1: Melhor conhecimento de prática

Os itens de conhecimento da prática no GIAP compõem às questões 18 e 19 do instrumento adaptado (ambas são tituladas: Indique o grau em que você discorda ou concorda com as afirmações), referentes a escala *Geriatric Nursing Knowledge/Attitudes*. De acordo com as classificações, nota-se que o alfa de Cronbach foi considerado de confiabilidade satisfatória (**Quadro 2**).

Quadro 2. Estatística de confiabilidade da versão brasileira da escala *Geriatric Nursing Knowledge/Attitudes*

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach baseado em itens padronizados	N de Itens
0,76	0,76	35

Nos 35 itens mensuráveis que contém a escala, constata-se que os entrevistados assinalaram pontos que favoreceram a obtenção de média de 93,49($\pm 10,99$), com desvio padrão de 10,99.

Os itens que apresentaram maiores médias de acordo com a aplicação do instrumento foram: 18m (problemas de sono devem ser tratados agressivamente/ M: 4,06; DP: 0,80), 18p (sem auxílio de sedativos eu não tenho tempo para ajudar a prevenir problemas de sono/ M: 3,54; DP: 0,88), 18h (eu não tenho tempo para realizar avaliações diárias da pele dos idosos sob meus cuidados/ M: 3,48; DP: 1,1), 18u (o hospital valoriza o tempo gasto no gerenciamento da incontinência urinária, sem a utilização de cateteres, roupas para incontinência ou fraldas/ M: 3,38; DP: 1,01), 18l (a maioria dos problemas de sono em idosos hospitalizados requer o uso de sedativos/ M: 3,21; DP: 0,94), 19e (idosos confusos estão mais seguros quando contidos no leito

ou em cadeiras/ M: 3,2; DP: 1,03) e 19b (cateteres urinários são adequados no tratamento da incontinência, desde que o uso seja interrompido após 10 dias/ M: 3,0; DP: 0,94) (**Tabela 2**).

Tabela 2. Estatísticas descritivas da versão brasileira da escala *Geriatric Nursing Knowledge/Attitudes*

Itens	Média (N=301)	Desvio Padrão
q18a (A maioria das lesões é prevenível)	1,69	0,78
q18b (As úlceras por pressão ocorrem em cerca de metade dos idosos hospitalizados)	2,78	1,06
q18c (Quase sempre é possível evitar as lesões de pele)	1,86	0,78
q18d (Os calcâneos são uma das regiões mais susceptíveis à ruptura de pele em pacientes idosos acamados)	2,33	1,05
q18e (Úlceras por pressão podem levar à osteomielite)	1,81	0,70
q18f (Massagem regular sobre proeminências ósseas reduz lesões de pele)	2,60	1,23
q18g (O hospital valoriza o tempo gasto com a prevenção de úlceras por pressão)	2,79	1,16
q18h (Eu não tenho tempo para realizar avaliações diárias da pele dos idosos sob meus cuidados)	3,48	1,10
q18i (A nutrição adequada é o elemento mais essencial na prevenção de lesões na pele)	2,34	1,01
q18j (Problemas do sono em idosos hospitalizados contribuem negativamente para o resultado hospitalar)	1,98	0,79
q18k (Os sedativos evitam alucinações e agitação em idosos com desordens do sono)	2,82	1,01
q18l (A maioria dos problemas do sono em idosos hospitalizados requer o uso de sedativos)	3,21	0,94
q18m (Problemas do sono devem ser sempre tratados agressivamente)	4,06	0,80
q18n (Nós fazemos um bom trabalho identificando e prevenindo desordens do sono)	2,74	0,98
q18o (O tempo gasto em prevenção de problemas do sono é valorizado neste hospital)	3,25	1,01
q18p (Sem o auxílio de sedativos eu não tenho tempo para ajudar a prevenir problemas do sono)	3,54	0,88
q18q (A prevalência da incontinência em idosos hospitalizados é de cerca de 20 por cento)	2,95	0,84
q18r (Os problemas com continência urinária são uma parte normal do envelhecimento)	2,51	0,93
q18s (Os exercícios de Kegel são bons para todos os tipos de problemas de incontinência)	2,84	0,76
q18t (A constipação pode levar à incontinência urinária)	2,88	0,79
q18u (O hospital valoriza o tempo gasto no gerenciamento da incontinência urinária, sem a utilização de cateteres, roupas para incontinência ou fraldas)	3,38	1,01

q18v (Eu tento evitar o uso de cateteres de demora em idosos, mesmo que isso signifique que eles fiquem ocasionalmente molhados)	2,44	0,99
q19a (Nós usamos fraldas ou absorventes geriátricos durante a noite para a maioria dos nossos idosos)	2,00	0,89
q19b (Cateteres urinários são adequados no tratamento da incontinência, desde que seu uso seja interrompido após 10 dias)	3,00	0,94
q19c (Reduzir o uso de cateter vesical de demora cria demandas significativas sobre o tempo da equipe)	2,71	1,00
q19d (Cateter vesical de demora é a principal causa de septicemia em idosos hospitalizados)	2,76	0,97
q19e (Idosos confusos estão mais seguros quando contidos no leito ou em cadeiras)	3,20	1,03
q19f (Lesões dos nervos podem resultar do uso de dispositivos de contenção)	2,46	0,89
q19g (O uso de contenções com frequência contribui para a confusão mental em idosos)	2,25	0,91
q19h (Eu verifico os idosos contidos pelo menos de hora em hora)	2,79	1,05
q19i (Quando o uso de contenção diminui, o uso de drogas sedativas aumenta)	2,95	0,99
q19j (Neste hospital, todas as alternativas razoáveis são tentadas antes de conter os idosos)	2,36	1,07
q19k (Os médicos, enfermeiros e demais profissionais precisam de melhores diretrizes para ajudar a determinar o que é cuidado apropriado para idosos)	1,85	0,77
q19l (Muitos idosos preferem deixar seu cuidador tomar a decisão sobre qual é o melhor tratamento)	2,38	0,91
q19m (A minha opinião sobre o cuidado adequado dos idosos é valorizada pelos meus colegas)	2,35	0,78

Verifica-se que com a exclusão do 19k, o alfa de Cronbach aumenta em apenas 0,3% com média da escala para 91,64 com uma variância máxima de 119,80. Observa-se, na **tabela 3**, que a partir dos itens contidos nas questões 18e a 18v, estes não são capazes de alterar a confiabilidade dos dados do instrumento traduzido e adaptado a realidade brasileira, mantendo-se estável na maioria das questões, diminuindo assim sua variância. Ou seja, a retirada de nenhum dos itens da escala resultaria em uma melhor consistência interna da mesma.

Tabela 3. Média, variação e alfa de Cronbach se os itens forem excluídos versão brasileira da escala *Geriatric Nursing Knowledge/Attitudes*

Itens	Média da escala se o item for excluído	Variação da escala se o item for excluído	Correlação total de itens corrigidos	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
q18a	91,80	116,29	0,24	0,42	0,75
q18b	90,70	111,78	0,35	0,26	0,75
q18c	91,63	116,16	0,24	0,44	0,75
q18d	91,15	114,32	0,24	0,23	0,75
q18e	91,67	118,40	0,13	0,21	0,76
q18f	90,88	112,64	0,26	0,24	0,75
q18g	90,70	113,47	0,24	0,39	0,75
q18h	90,00	115,13	0,19	0,38	0,75
q18i	91,14	113,76	0,28	0,27	0,75
q18j	91,50	116,23	0,23	0,34	0,75
q18k	90,66	113,74	0,28	0,25	0,75
q18l	90,27	115,66	0,21	0,26	0,75
q18m	89,42	115,19	0,29	0,37	0,75
q18n	90,74	114,95	0,23	0,33	0,75
q18o	90,23	112,06	0,36	0,56	0,74
q18p	89,95	115,68	0,23	0,34	0,75
q18q	90,54	114,49	0,32	0,22	0,75
q18r	90,97	114,75	0,26	0,21	0,75
q18s	90,64	116,01	0,26	0,15	0,75
q18t	90,61	117,27	0,17	0,17	0,75
q18u	90,10	112,52	0,34	0,46	0,75
q18v	91,04	116,60	0,15	0,19	0,76
q19a	91,48	115,56	0,24	0,18	0,75
q19b	90,48	112,53	0,37	0,35	0,74
q19c	90,77	113,84	0,28	0,23	0,75
q19d	90,72	113,95	0,29	0,26	0,75
q19e	90,28	114,39	0,24	0,23	0,75
q19f	91,02	117,01	0,16	0,25	0,75
q19g	91,23	116,46	0,18	0,29	0,75
q19h	90,69	114,64	0,23	0,22	0,75
q19i	90,54	114,46	0,25	0,28	0,75
q19j	91,12	114,01	0,25	0,39	0,75
q19k	91,64	119,80	0,03	0,22	0,76
q19l	91,10	115,83	0,21	0,20	0,75
q19m	91,13	113,85	0,38	0,31	0,75

O **Quadro 3** apresenta os resultados da avaliação da qualidade da análise fatorial aplicado aos itens da escala *Geriatric Nursing Knowledge/Attitudes*, versão brasileira. Considera-se que o tamanho amostral utilizado, de acordo com parâmetro estimado, foi adequado para a análise fatorial observado através da medida do teste de KMO de 0,72, considerado moderado; assim como, o teste de esfericidade de Bartlett mostrou-se de extrema significância estatística ($p=0,00$), indicando que a matriz é fatorável (TABACHNICK; FIDELL, 2007), e rejeitando a hipótese nula de que a matriz de dados é similar a uma matriz-identidade.

Quadro 3. Teste de KMO e Bartlett da escala *Geriatric Nursing Knowledge/Attitudes*

Medida de Kaiser-Meyer-Olkin da adequação da amostragem.		0,72
	Aproximada qui-quadrado	2078,05
Teste de esfericidade de Bartlett	Graus de liberdade	595
	Valor p	0,00

No tocante as comunalidades, verificou-se que a extração dos itens do instrumento apresentou quantidades de variâncias de cada variável capaz de ser explicada pelos fatores, ou seja, capacidade de ser explicada por um único fator ou em diversos fatores. Assim, quanto maior a comunalidade, maior será o poder de explicação daquela variável por um único fator. De acordo com as referências adotadas, as comunalidades devem ser superiores a 0,4. Assim, observou-se que os itens 18d, 18e, 18f, 18i, 18k, 18n, 18q, 18s, 18v, 19a, 19c, 19d, 19e, 19f, 19h, 19k e 19l apresentaram valores inferiores a 0,4, indicando que diversos fatores podem estar atrelados ao item investigado. Observa-se ainda, que as comunalidades variaram de 0,188 (18s) a 0,652 (18o) (**Tabela 4**).

Tabela 4. Comunalidades da versão brasileira da escala *Geriatric Nursing Knowledge/Attitudes*

Itens	Inicial	Extração
q18a	1,00	0,56
q18b	1,00	0,45
q18c	1,00	0,62
q18d	1,00	0,31
q18e	1,00	0,30
q18f	1,00	0,37
q18g	1,00	0,44
q18h	1,00	0,53
q18i	1,00	0,30
q18j	1,00	0,46
q18k	1,00	0,38
q18l	1,00	0,51
q18m	1,00	0,51
q18n	1,00	0,38
q18o	1,00	0,65
q18p	1,00	0,43
q18q	1,00	0,23
q18r	1,00	0,44
q18s	1,00	0,18
q18t	1,00	0,43
q18u	1,00	0,56
q18v	1,00	0,27
q19a	1,00	0,33
q19b	1,00	0,43
q19c	1,00	0,28
q19d	1,00	0,38
q19e	1,00	0,38
q19f	1,00	0,35
q19g	1,00	0,44
q19h	1,00	0,25
q19i	1,00	0,44
q19j	1,00	0,48
q19k	1,00	0,35
q19l	1,00	0,22
q19m	1,00	0,40

Método de Extração: Análise de Componentes Principais.

Quanto aos itens do instrumento adaptado, observa-se a presença de onze componentes explicados com autovalores maiores que 1,00, que expressam 57,02% da variância total dos dados. No entanto, ao considerar o estudo de Abraham et al. (1999); que definiu seis fatores como essenciais para explicar a variância da escala *Geriatric Nursing Knowledge/Attitudes*, decidiu-se realizar a análise fatorial conforme os pressupostos do polo empírico para o analítico com uma variância superior a 40%. Neste trabalho, foi observada uma variância de 40,50%, resultado semelhante ao de Abraham et al.(1999), que foi de 41%.

Nota-se que, no instrumento traduzido e adaptado a realidade brasileira, o primeiro fator é responsável por uma variância de 11,64%, o segundo fator por 8,98%, terceiro por 7,07%, o quarto por 4,65%, o quinto por 4,15% e o sexto por 4,00%. Verifica-se assim, após o sexto componente, que o percentual de variância explicada pelos autovalores agrega pouco significado ao constructo em estudo (**Tabela 5**).

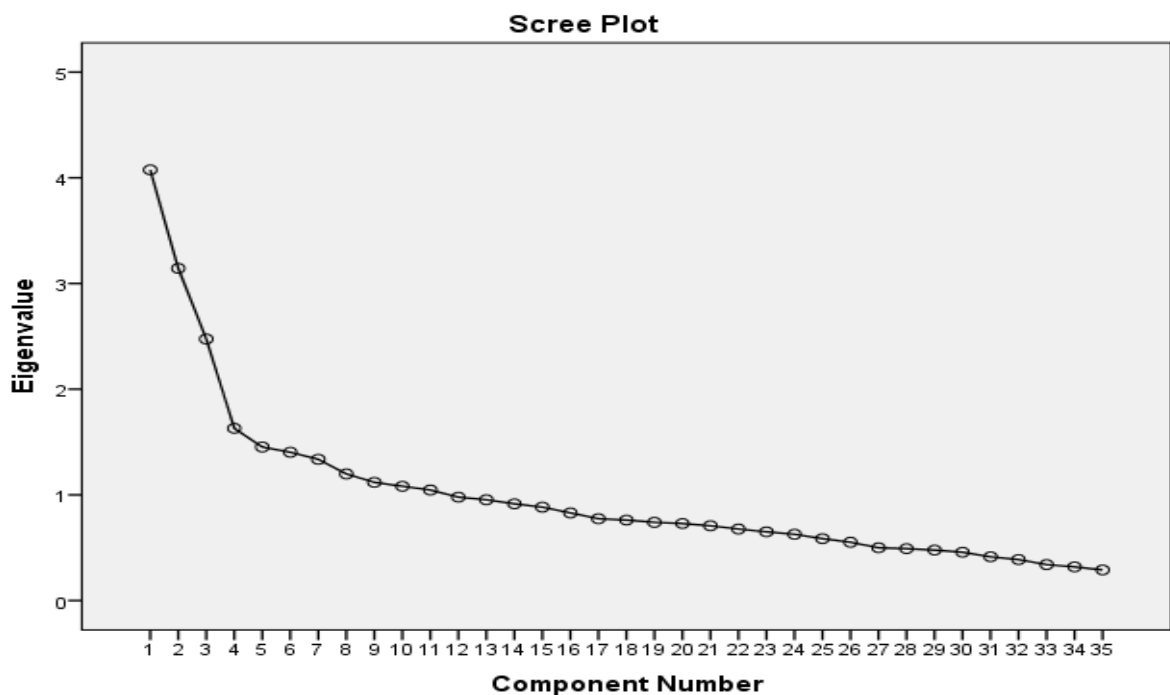
Tabela 5. Variação total explicada da versão brasileira da escala *Geriatric Nursing Knowledge/Attitudes*

Componente	Autovalores iniciais			Soma das cargas extraídas			Soma das cargas rotacionadas		
	Total	% Variância	% Cumulativa	Total	% Variância	% Cumulativa	Total	% Variância	% Cumulativa
1	4,07	11,64	11,64	4,07	11,64	11,64	3,41	9,74	9,74
2	3,14	8,98	20,62	3,14	8,98	20,62	2,41	6,90	16,65
3	2,47	7,07	27,69	2,47	7,07	27,69	2,15	6,15	22,80
4	1,62	4,65	32,34	1,62	4,65	32,34	2,11	6,03	28,84
5	1,45	4,15	36,50	1,45	4,15	36,50	2,09	5,99	34,83
6	1,40	4,00	40,50	1,40	4,00	40,50	1,98	5,67	40,50
7	1,33	3,81	44,32						
8	1,19	3,42	47,75						
9	1,11	3,19	50,94						
10	1,08	3,09	54,03						
11	1,04	2,98	57,02						
12	0,97	2,79	59,82						
13	0,95	2,72	62,54						
14	0,91	2,61	65,16						
15	0,88	2,52	67,68						
16	0,82	2,36	70,05						
17	0,77	2,21	72,26						
18	0,76	2,17	74,44						
19	0,74	2,11	76,55						
20	0,72	2,08	78,63						
21	0,70	2,02	80,66						
22	0,67	1,93	82,59						
23	0,65	1,85	84,45						
24	0,62	1,79	86,24						
25	0,58	1,67	87,91						
26	0,55	1,57	89,49						
27	0,50	1,42	90,92						
28	0,49	1,40	92,32						
29	0,47	1,36	93,69						
30	0,45	1,30	94,99						
31	0,41	1,18	96,18						
32	0,38	1,10	97,28						
33	0,34	0,97	98,26						
34	0,31	0,91	99,17						
35	0,29	0,82	100,00						

Método de Extração: Análise de Componentes Principais.

Essas observações são elucidadas pelo *screeplot* de escarpa, que exibe o número do fator versus seu autovalor correspondente. Com isso, a curva acentuada antes do primeiro ponto que inicia a tendência da linha ocorrer após o sexto componente, observado no **gráfico 1** abaixo.

Gráfico 1. Scree plot para a análise fatorial da versão brasileira da escala Geriatric Nursing Knowledge/Attitudes



Ao aplicar a rotação **varimax**, observou-se que, dos 35 itens da escala, cinco apresentaram valores de comunalidades inferiores a 0,40. Assim, os itens 18e, 18f, 18q, 18s e 18v obtiveram valores inferiores a 0,4 em pelo menos um dos fatores. Com isso, verificou-se a distribuição de 30 itens na matriz teórica dividida em seis fatores. Identificou-se duplicidade de itens entre os fatores do instrumento apenas na questão 18m. Ainda, verificou-se ausência de itens em nenhum dos fatores (**Tabela 6**).

Os itens 18g, 18n, 18o, 18u, 19h, 19j, 19k, 19m formaram o fator 1; os itens 18i, 18j, 19d, 19f, 19q compuseram o fator 2; os itens 18b, 18h, 18m, 18t, 19b, 19c formaram o fator 3; os itens 18a, 18c e 18 d compuseram o fator 4; os itens 18k, 18l, 18m, 18p, 19i formaram o quinto fator do instrumento e os itens 18r, 19a, 19c e 19l compuseram o sexto fator.

Tabela 6. Matriz das Componentes Rotacionadas^a da versão brasileira da escala *Geriatric Nursing Knowledge/Attitudes*

Itens	Componentes					
	1	2	3	4	5	6
q18g	0,649					
q18n	0,584					
q18o	0,796					
q18u	0,701					
q19h	0,425					
q19j	0,661					
q19k	-0,418					
q19m	0,505					
q18i		0,486				
q18j		0,652				
q19d		0,590				
q19f		0,540				
q19g		0,586				
q18b			0,424			
q18h			0,665			
q18m			0,485		0,435	
q18t			0,480			
q19b			0,539			
q19c			0,408			
q18a				0,735		
q18c				0,775		
q18d				0,511		
q18k					0,575	
q18l					0,693	
q18p					0,610	
q19i					0,502	
q18r						0,619
q19a						0,566
q19e						0,403
q19l						0,432
q18e						
q18f						
q18q						
q18s						
q18v						

Método de Extração: Análise de Componentes Principais.

Método de rotação: Varimax com normalização de Kaiser.

a. A rotação convergiu em 7 iterações.

Logo, ao utilizar os critérios descritos anteriormente, seis fatores foram obtidos. Os resultados da análise fatorial exploratória foram revisados e discutidos, e os fatores 1, 2, 4 e foram mantidos (ABRAHAM et al.1999), enquanto, os fatores os 3, 5 e 6 foram renomeados pela equipe de autores desse estudo.

Síntese dos resultados da análise fatorial exploratória da versão brasileira da escala *Geriatric Nursing Knowledge /Attitudes* (N = 301)

Fator 1 Princípios de boas práticas (α de Cronbach = 0,401, k = 8)

O hospital valoriza o tempo gasto com a prevenção de lesões por pressão
 Nós fazemos um bom trabalho identificando e prevenindo desordens do sono
 O tempo gasto em prevenção de problemas do sono é valorizado neste hospital
 O hospital valoriza o tempo gasto no gerenciamento da incontinência urinária, sem a utilização de cateteres, roupas para incontinência ou fraldas
 Eu verifico os idosos contidos pelo menos de hora em hora
 Neste hospital, todas as alternativas razoáveis são tentadas antes de conter os idosos
 Os médicos, enfermeiros e demais profissionais precisam de melhores diretrizes para ajudar a determinar o que é cuidado apropriado para idosos
 A minha opinião sobre o cuidado adequado dos idosos é valorizada pelos meus colegas

Fator 2 Conhecimento – Prevenção iatrogênica (α de Cronbach =0,606, k = 5)

A nutrição adequada é o elemento mais essencial na prevenção de lesões na pele
 Problemas do sono em idosos hospitalizados contribuem negativamente para o resultado hospitalar
 Cateter vesical de demora é a principal causa de septicemia em idosos hospitalizados
 Lesões dos nervos podem resultar do uso de dispositivos de contenção
 O uso de contenções com frequência contribui para a confusão mental em idosos

Fator 3 Conhecimento – Síndrome do idoso frágil (α de Cronbach =0,588, k = 6)

As lesões por pressão ocorrem em cerca de metade dos idosos hospitalizados
 Eu não tenho tempo para realizar avaliações diárias da pele dos idosos sob meus cuidados
 Problemas do sono devem ser tratados agressivamente
 A constipação pode levar à incontinência urinária
 Cateteres urinários são adequados no tratamento da incontinência, desde que o uso seja interrompido após 10 dias
 Reduzir o uso de cateter vesical de demora cria demandas significativas sobre o tempo da equipe

Fator 4 Conhecimento – Lesão por pressão (α de Cronbach =0,589, k = 3)

A maioria das lesões por pressão é prevenível

Quase sempre é possível evitar as lesões de pele

Os calcâneos são uma das regiões mais susceptíveis à ruptura de pele em pacientes idosos acamados

Fator 5 Conhecimento e Atitudes – Problemas de sono e uso de sedativos (α de Cronbach =0,578, k = 4)

Os sedativos evitam alucinações e agitação em idosos com desordens do sono

A maioria dos problemas do sono em idosos hospitalizados requer o uso de sedativos

Sem o auxílio de sedativos eu não tenho tempo para ajudar a prevenir problemas do sono

Quando o uso de contenções mecânicas diminui, o uso de drogas sedativas aumenta

Fator 6 Conhecimento inadequado (α de Cronbach =0,404, k = 4)

Os problemas com incontinência urinária são uma parte normal do envelhecimento

Nós usamos fraldas ou absorventes geriátricos durante a noite para a maioria dos nossos idosos

Idosos confusos estão mais seguros quando contidos no leito ou em cadeiras

Muitos idosos preferem deixar seu cuidador tomar a decisão sobre qual é o melhor tratamento

5.2.2 Análise de validade da sub-escala 2: Melhor ambiente de prática

Os itens de ambiente de prática do GIAP compõem às questões 10 (título: No hospital que você trabalha, quão satisfeito você está), 11 (título: No processo de decisão acerca do cuidado ao idoso, os seguintes obstáculos são encontrados. Até que ponto cada um interfere no cuidado em seu hospital?) e 17 (título: Até que ponto você discorda ou concorda com estas afirmações sobre seu hospital) do instrumento adaptado, referentes a escala *Geriatric Care Environment* (GCE). De acordo com as classificações, nota-se que o alfa de Cronbach foi considerado de confiabilidade satisfatória (**Quadro 4**).

Quadro 4. Estatística de confiabilidade da versão brasileira da escala GCE

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach baseado em itens padronizados	N de Itens
0,75	0,72	28

Constata-se que, os entrevistados assinalaram pontos que favoreceram a obtenção de média de 91,00 nos 28 itens mensuráveis, e desvio padrão de 10,86. Os itens que apresentaram maiores médias de acordo com a aplicação do instrumento foram: 10a (cuidados individualizados prestados pelos funcionários/ M:3,77; DP: 0,87) e 10b (prestação de cuidados necessários aos idosos/ M: 3,75; DP: 0,77) (**Tabela 7**).

Tabela 7. Estatísticas descritivas da versão brasileira da escala GCE

Itens	Média (N=301)	Desvio padrão
q10a (os cuidados individualizados prestados pelos funcionários)	3,77	0,87
q10b (a prestação de cuidados necessários aos idosos)	3,75	0,77
q10c (a forma com que a equipe aborda as questões sobre os cuidados geriátricos)	3,58	0,85
q10d (a equipe está familiarizada com a forma como o envelhecimento afeta a resposta ao tratamento)	3,51	0,89
q10e (o envelhecimento é considerado um fator no planejamento da assistência e avaliação geral dos idosos)	3,55	0,90
q10f (os idosos recebem as informações que precisam para tomar decisões sobre seus cuidados/tratamento)	3,35	1,01
q10g (as famílias recebem as informações e apoio que precisam para ajudar seus idosos)	3,58	0,93
q10h (os funcionários obtém informações sobre os dados de saúde prévios à hospitalização dos idosos)	3,34	1,00
q10i (a existência de uma continuidade adequada do cuidado entre sua instituição e os diferentes serviços de saúde)	3,18	1,01
q10j (a existência de uma continuidade adequada do cuidado em todos os setores do hospital)	3,36	0,98
q11a (falta de conhecimento sobre o cuidado ao idoso)	3,01	1,09
q11b (falta de (ou inadequadas) normas e procedimentos geriátricos escritos)	3,18	1,12
q11c (diferença de opinião entre profissionais da equipe (entre diferentes áreas) sobre problemas geriátricos comuns)	2,98	1,13
q11d (falta de serviços especializados para os idosos (por exemplo, cuidado oral, podologia)	3,45	1,12
q11e (falta de equipamentos especiais (por exemplo, assentos sanitários elevados, colchões especiais)	3,62	1,15
q11f (exclusão das enfermeiras das decisões dos cuidados geriátricos)	3,62	1,20

q11g (pressões econômicas para limitar o tratamento ou duração da estadia)	3,29	1,31
q11h (falta de pessoal / limitações de tempo)	3,66	1,12
q11i (dificuldades de comunicação com os idosos e suas famílias)	3,32	1,16
q11j (exclusão dos idosos das decisões de cuidados)	3,46	1,11
q11l (confusão sobre quem é o responsável por tomar as decisões apropriadas)	3,40	1,17
q17a (a equipe do hospital (administrativa e assistencial) trabalha junto para resolver os problemas dos idosos)	2,88	1,20
q17b (você pode discordar de seu supervisor em relação ao cuidado do idoso)	2,47	1,11
q17c (a participação do funcionário é buscada na determinação de políticas e diretrizes sobre cuidados geriátricos)	3,11	1,24
q17d (os idosos são sempre tratados com respeito)	2,15	1,03
q17e (funcionários adequados são envolvidos com as decisões sobre cuidados geriátricos)	3,03	1,22
q17f (o crescimento pessoal é encorajado)	2,94	1,24
q17g (os direitos dos idosos são protegidos)	2,29	0,96

Verifica-se que com a exclusão do 10h, o alfa de Cronbach aumenta apenas em 1%, com média da escala para 87,66 e obtém-se uma variância máxima de 118,11; visto que, esse respectivo item é negativo para o constructo que visa medir e apresenta força nula ($r=-,049$). Observa-se que a partir dos itens contidos na questão 10a a 10e, estes não são capazes de alterar a confiabilidade dos dados do instrumento traduzido e adaptado a realidade brasileira, mantendo-se estável na maioria das questões, diminuindo assim sua variância. Nesse sentido, decidiu-se manter esse item na referida escala GCE (**Tabela 8**).

Tabela 8. Média, variação e alfa de Cronbach se os itens forem excluídos da versão brasileira da escala GCE

Itens	Média da escala se o item for excluído	Variação da escala se o item for excluído	Correlação total de itens corrigidos	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
q10a	87,22	116,45	0,04	0,49	0,75
q10b	87,24	117,36	0,00	0,64	0,75
q10c	87,41	116,74	0,03	0,53	0,75
q10d	87,48	116,41	0,04	0,49	0,75
q10e	87,45	116,56	0,03	0,52	0,75
q10f	87,64	116,95	0,00	0,58	0,75
q10g	87,41	116,81	0,01	0,53	0,75
q10h	87,66	118,11	-0,04	0,43	0,76
q10i	87,81	117,36	-0,01	0,48	0,75
q10j	87,63	115,54	0,07	0,53	0,75
q11a	87,98	106,36	0,46	0,54	0,73
q11b	87,82	104,54	0,53	0,68	0,72
q11c	88,01	104,65	0,52	0,53	0,72
q11d	87,54	104,92	0,51	0,54	0,72
q11e	87,37	105,66	0,46	0,52	0,73
q11f	87,37	103,34	0,53	0,52	0,72
q11g	87,70	104,70	0,43	0,42	0,73
q11h	87,34	104,69	0,52	0,56	0,72
q11i	87,67	104,48	0,51	0,53	0,72
q11j	87,53	104,55	0,53	0,52	0,72
q11l	87,59	103,41	0,55	0,56	0,72
q17a	88,11	111,03	0,22	0,48	0,74
q17b	88,52	114,91	0,08	0,14	0,75
q17c	87,88	111,75	0,18	0,52	0,74
q17d	88,84	112,33	0,21	0,48	0,74
q17e	87,96	110,53	0,23	0,58	0,74
q17f	88,06	109,92	0,25	0,55	0,74
q17g	88,71	112,02	0,24	0,52	0,74

Considera-se que o tamanho amostral utilizado de acordo com parâmetro estimado foi adequado para a análise fatorial, observado através da medida de KMO de 0,88, considerado excelente; bem como o teste de esfericidade de Bartlett mostrou-se de extrema significância estatística ($p=0,000$) e indica que a matriz é fatorável

(TABACHNICK; FIDELL, 2007), rejeitando a hipótese nula de que a matriz de dados é similar a uma matriz-identidade (**Quadro 5**).

Quadro 5. Teste de KMO e Bartlett da versão brasileira da escala GCE

Medida de Kaiser-Meyer-Olkin da adequação da amostragem.		0,88
	Aproximada qui-quadrado	4059,50
Teste de esfericidade de Bartlett	Graus de liberdade	378
	Valor p	0,00

De acordo com os referencias adotados, as comunalidades devem ser superiores a 0,4. Observa-se na **tabela 9**, que as comunalidades variaram de 0,407 (17b) a 0,695 (11b).

Tabela 9. Comunalidades da versão brasileira da escala GCE

Itens	Inicial	Extração
q10a	1,00	0,67
q10b	1,00	0,78
q10c	1,00	0,63
q10d	1,00	0,58
q10e	1,00	0,62
q10f	1,00	0,61
q10g	1,00	0,56
q10h	1,00	0,55
q10i	1,00	0,61
q10j	1,00	0,59
q11a	1,00	0,56
q11b	1,00	0,69
q11c	1,00	0,67
q11d	1,00	0,59
q11e	1,00	0,50
q11f	1,00	0,53
q11g	1,00	0,45
q11h	1,00	0,66
q11i	1,00	0,61
q11j	1,00	0,58
q11l	1,00	0,60
q17a	1,00	0,53
q17b	1,00	0,40
q17c	1,00	0,65

q17d	1,00	0,59
q17e	1,00	0,71
q17f	1,000	0,62
q17g	1,000	0,60

Método de Extração: Análise de Componentes Principais.

No tocante aos itens do instrumento, observa-se a presença de seis componentes explicados com autovalores maior que 1,00, que expressam 63,14% da variância total dos dados. No entanto, ao considerar a pesquisa de Abraham et al. (1999), em que os autores definiram que cinco fatores seriam essenciais para explicar a variância da escala GCE, decidiu-se realizar a análise fatorial respeitando os pressupostos do polo empírico para o analítico com uma variância superior total dos dados maior que 40%. Neste estudo observa-se em 59,27%, um resultado semelhante ao de Abraham et al.(1999), que foi de 62,6%.

Constata-se que, no instrumento traduzido e adaptado a realidade brasileira, o primeiro fator é responsável por uma variância de 27,54%, o segundo fator por 15,28%, terceiro fator por 7,90, quarto fator por 4,51 e o quinto fator 4,03 (**Tabela 10**).

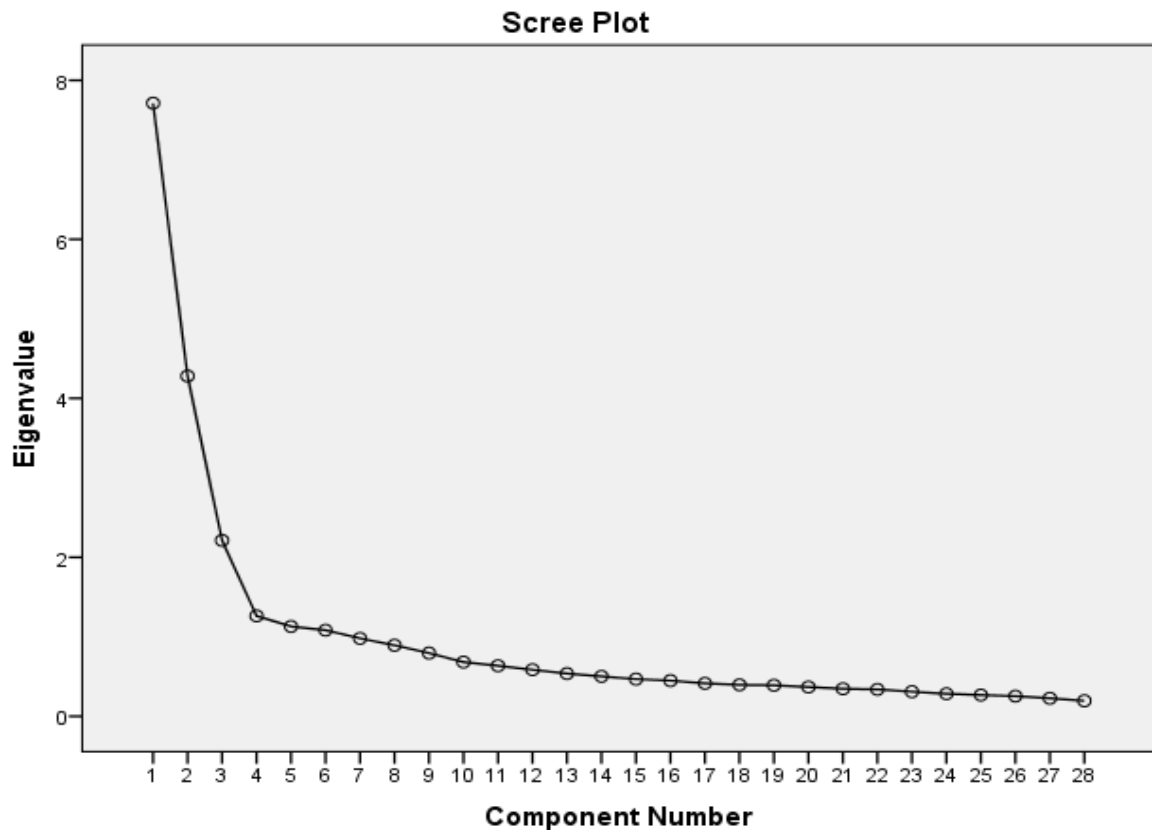
Tabela 10. Variação total explicada da versão brasileira da escala GCE

Componente	Autovalores iniciais			Soma das cargas extraídas			Soma das cargas rotacionadas		
	Total	%	%	Total	%	%	Total	%	%
	Variância Cumulativa			Variância Cumulativa			Variância Cumulativa		
1	7,71	27,54	27,54	7,71	27,54	27,54	5,75	20,53	20,53
2	4,28	15,28	42,82	4,28	15,28	42,82	4,14	14,78	35,32
3	2,21	7,90	50,73	2,21	7,90	50,73	3,50	12,52	47,84
4	1,26	4,51	55,24	1,26	4,51	55,24	2,04	7,30	55,14
5	1,13	4,03	59,27	1,13	4,03	59,27	1,15	4,12	59,27
6	1,08	3,86	63,14						
7	0,98	3,50	66,64						
8	0,89	3,19	69,83						
9	0,79	2,84	72,67						
10	0,68	2,43	75,11						
11	0,63	2,27	77,38						
12	0,58	2,09	79,47						
13	0,53	1,91	81,39						
14	0,50	1,79	83,19						
15	0,46	1,67	84,86						
16	0,44	1,60	86,46						
17	0,41	1,47	87,94						
18	0,39	1,41	89,35						
19	0,39	1,39	90,74						
20	0,36	1,31	92,06						
21	0,34	1,23	93,30						
22	0,33	1,20	94,51						
23	0,31	1,10	95,61						
24	0,28	1,01	96,63						
25	0,26	,95	97,58						
26	0,25	,90	98,49						
27	0,22	,80	99,30						
28	0,19	,69	100,00						

Método de Extração: Análise de Componentes Principais.

Essas observações são elucidadas pelo *screeplot* de escarpa, no qual, exibe o número do fator versus seu autovalor correspondente. Com isso, a curva acentuada antes do primeiro ponto que inicia a tendência da linha ocorrer após o 10º componente (**Gráfico 2**).

Gráfico 2. Scree plot para a análise fatorial da versão brasileira da escala GCE



Ao aplicar a rotação **varimax** observou-se que nenhum item do instrumento apresentou valor de comunalidade inferior a 0,40. Com isso, verificou-se a distribuição de 28 itens na matriz teórica dividida em cinco fatores. Não se identificou duplicidade de itens entre os fatores do instrumento.

Os itens das questões 11 formaram o fator 1; os itens 10d a 10j compuseram o fator 2; os itens contidos nas questões 17a, 17c a 17gd formaram o fator 3; os itens das questões 10a a 10c compuseram o fator 4 e o item 17b formou o quinto fator do instrumento, com valor inferior a 0,4 em pelo menos um dos fatores rotacionados (**Tabela 11**).

Tabela 11. Matrix das Componentes Rotacionadas^a da versão brasileira da escala GCE

Itens	Componentes				
	1	2	3	4	5
q11a	0,691				
q11b	0,769				
q11c	0,729				
q11d	0,716				
q11e	0,688				
q11f	0,713				
q11g	0,629				
q11h	0,728				
q11i	0,719				
q11j	0,725				
q11l	0,738				
q10d		0,639			
q10e		0,711			
q10f		0,734			
q10g		0,702			
q10h		0,647			
q10i		0,731			
q10j		0,729			
q17a			0,685		
q17c			0,739		
q17d			0,632		
q17e			0,810		
q17f			0,748		
q17g			0,697		
q10a				0,770	
q10b				0,804	
q10c				0,612	
q17b					0,415

Método de Extração: Análise de Componentes Principais.

Método de rotação: Varimax com normalização de Kaiser.

a. A rotação convergiu em 6 iterações.

Logo, ao utilizar os critérios descritos anteriormente, cinco fatores foram obtidos. Os resultados da análise fatorial exploratória foram revisados e discutidos, e os fatores 1, 2 e 3 foram mantidos (ABRAHAM et al.1999), enquanto, os fatores os 4 e 5 foram renomeados pela equipe de autores desse estudo.

Síntese dos resultados da análise fatorial exploratória da versão brasileira da escala GCE (N = 301)

Fator 1 Disponibilidade de recursos (α de Cronbach = 0,907, k = 11)

- Falta de conhecimento sobre o cuidado ao idoso*
- Falta de (ou inadequadas) normas e procedimentos geriátricos escritos*
- Diferença de opinião entre profissionais da equipe*
- Falta de serviços especializados para os idosos*
- Falta de equipamentos especiais*
- Exclusão das enfermeiras das decisões dos cuidados geriátricos*
- Pressões econômicas para limitar o tratamento ou duração da estadia*
- Falta de pessoal/limitações de tempo*
- Dificuldades de comunicação com os idosos e suas famílias*
- Exclusão dos idosos das decisões de cuidados*
- Confusão sobre quem é o responsável por tomar as decisões apropriadas*

Fator 2 Prestação de cuidados sensíveis ao envelhecimento (α de Cronbach = 0,861, k = 7)

- A equipe está familiarizada com a forma como o envelhecimento afeta a resposta ao tratamento
- O envelhecimento é considerado um fator no planejamento da assistência e avaliação geral dos idosos
- Os idosos recebem as informações que precisam para tomar decisões sobre seus cuidados/tratamento
- As famílias recebem as informações e o apoio que precisam para ajudar seus idosos
- Os funcionários obtêm informações sobre os dados de saúde prévios à hospitalização dos idosos
- A existência de uma continuidade adequada do cuidado entre sua instituição e os diferentes serviços de saúde
- A existência de uma continuidade adequada do cuidado em todos os setores do hospital

Fator 3 Valores institucionais relativos a idosos e funcionários (α de Cronbach = 0,851, k = 6)

- A equipe do hospital trabalha junto para resolver os problemas dos idosos*
- A participação do funcionário é buscada na determinação de políticas e diretrizes sobre cuidados geriátricos*
- Os idosos são sempre tratados com respeito*
- Funcionários adequados são envolvidos nas decisões sobre cuidados geriátricos*

O crescimento pessoal é encorajado*

Os direitos dos idosos são protegidos*

Fator 4 Prestação de cuidados da equipe (α de Cronbach = 0,798, k = 3)

Os cuidados individualizados prestados pelos funcionários

A prestação de cuidados necessários aos idosos

A forma como a equipe aborda as questões sobre cuidados geriátricos

Fator 5 Falta de autonomia profissional

Você pode discordar de seu supervisor em relação ao cuidado ao idoso*

*Item com pontuação reversa

5.2.3 Análise de validade da sub-escala 3: Questões profissionais geriátricas

Os itens dos aspectos profissionais do GIAP compõem às questões 8 (título: Com que frequência surge desentendimentos/discórdias entre a equipe (profissionais de diferentes áreas) sobre o uso dos seguintes tratamentos?), 9 (título: Com que frequência surge desentendimentos/discórdias entre a equipe e os idosos e/ou sua família sobre o uso dos seguintes tratamentos?), 12 (título: Com que frequência você utiliza esses serviços geriátricos?), 14 (título: O quanto você se sente vulnerável ou desprotegido com relação à responsabilidade legal sobre), 15 (título: Alguns idosos podem apresentar comportamentos considerados perturbadores. Com que frequência os idosos sob seus cuidados ficam) e 16 (título: Em que medida o incomoda quando os idosos sob seus cuidados ficam) do instrumento adaptado, referentes a escala *Professional Issues* (PI). De acordo com as classificações, nota-se que o alfa de Cronbach foi considerado de confiabilidade boa (**Quadro 6**).

Quadro 6. Estatística de confiabilidade da versão brasileira da escala PI

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach baseado em itens padronizados	N de Itens
0,89	0,89	47

Constata-se, portanto, que os entrevistados assinalaram pontos que favoreceram a obtenção de média de 129,57 e desvio padrão de 25,59 nos 47 itens mensuráveis que contém a escala. Os itens que apresentaram maiores médias de acordo com a aplicação do instrumento foram: 12g (conferências/workshops

geriátricas/ M: 5,45; DP: 0,80), 12f (textos e revistas geriátricas/ M: 5,40; DP: 0,97), 12a (enfermeiro especialista em geriatria ou enfermeira geriátrica/ M: 5,36; DP: 1,28), 12c (assistente social geriátrica/ M:5,28; DP: 1,29) e 12d (psicólogo/psiquiatra geriátrico/ M: 5,03; DP: 1,52) (**Tabela 12**).

Tabela 12. Estatísticas descritivas da versão brasileira da escala PI

Itens	Média (N=301)	Desvio padrão
q8a (restrições mecânicas (por exemplo, faixas para contenção, coletes para contenção, cadeiras geriátricas)	2,22	1,41
q8b (medicação para dormir ou intervenções químicas (calmantes/tranquilizantes)	2,29	1,39
q8c (absorventes para incontinência/dispositivos para incontinência)	2,24	1,52
q8d (vestimentas para incontinência (por exemplo, fralda, roupa íntima para incontinência)	2,25	1,57
q8e (cateteres urinários (sondas vesicais)	2,26	1,42
q8f (colchões para alívio de pressão)	2,45	1,65
q8g (dispositivos adaptativos (por exemplo, adaptadores de espuma- encosto conforto triângulo, almofadas, etc -, alarmes de cama)	2,53	1,72
q8h (medicação para a dor)	2,37	1,47
q8i (alimentação por sonda)	2,31	1,43
q8j (tratamento de úlceras por pressão (por exemplo, mudança de posição (decúbito) em idosos acamados)	2,26	1,49
q9a (restrições mecânicas (por exemplo, faixas para contenção, coletes para contenção, cadeiras geriátricas)	2,51	1,36
q9b (medicação para dormir ou intervenções químicas (calmantes/tranquilizantes)	2,47	1,34
q9c (absorventes para incontinência/dispositivos para incontinência)	2,28	1,46
q9d (vestimentas para incontinência (por exemplo, fralda, roupa íntima para incontinência)	2,26	1,47
q9e (cateteres urinários (sondas vesicais)	2,32	1,38
q9f (colchões para alívio de pressão)	2,40	1,57
q9g (dispositivos adaptativos (por exemplo, adaptadores de espuma- encosto conforto triângulo, almofadas, etc -, alarmes de cama)	2,36	1,61
q9h (medicação para a dor)	2,43	1,37
q9i (alimentação por sonda)	2,39	1,36

q9j (tratamento de úlceras por pressão (por exemplo, mudança de posição (decúbito) em idosos acamados)	2,37	1,41
q12a (enfermeiro especialista em geriatria ou enfermeira geriátrica)	5,36	1,28
q12b (geriatra)	4,18	1,93
q12c (assistente social geriátrica)	5,28	1,29
q12d (psicólogo/ psiquiatra geriátrico)	5,03	1,52
q12e (corridas de leito e serviços internos geriátricos)	4,62	1,89
q12f (textos e revistas geriátricas)	5,40	0,97
q12g (conferências/ workshops geriátricas, regionais ou nacionais)	5,45	0,80
q14a (o desenvolvimento de úlceras por pressão em idosos)	2,48	1,26
q14b (quedas de idosos)	2,32	1,16
q14c (acusações por contenções ilegais)	2,75	1,37
q14d (lesões decorrentes do uso de dispositivos de retenção)	2,67	1,23
q14e (infecção hospitalar relacionada ao uso de cateter)	2,45	1,13
q14f (lesões decorrentes do uso de medicação sedativa)	2,86	1,25
q15a (exigentes)	1,99	0,73
q15b (argumentativos/críticos)	2,13	0,76
q15c (não cooperativos)	1,83	0,67
q15d (procurando garantias / buscando reafirmação/ atenção/ auxílio na tomada de decisão/apoio)	2,07	0,85
q15e (acordados durante a noite)	1,76	1,04
q15f (vagando durante o dia)	2,70	1,35
q15g (confusos / agitados)	1,61	0,62
q16a (exigentes)	2,44	0,90
q16b (argumentativos/críticos)	2,60	0,88
q16c (não cooperativos)	2,18	0,88
q16d (procurando garantias / buscando reafirmação/ atenção/ auxílio na tomada de decisão/apoio)	2,61	0,87
q16e (acordados durante a noite)	2,49	1,14
q16f (vagando durante o dia)	3,01	1,33
q16g (confusos / agitados)	2,07	0,87

Verifica-se que com a exclusão do 12e, o alfa de Cronbach aumenta em apenas 0,3% com média da escala para 124,95, e obtém-se uma variância máxima de 641,50; visto que, este respectivo item é positivo para o constructo que visa medir e apresenta força nula ($r=0,107$). E que, a partir dos itens contidos na questão 12b, 12c e 12d, estes não são capazes de alterar a confiabilidade dos dados do instrumento traduzido

e adaptado a realidade brasileira, e mantêm-se estável na maioria das questões ao diminuir, assim, sua variância (**Tabela 13**).

Tabela 13. Média, variação, alfa de Cronbach se o item for excluído da versão brasileira da escala PI

Itens	Média da escala se o item for excluído	Varição da escala se o item for excluído	Correlação total de itens corrigidos	Correlação múltipla ao quadrado	Alfa de Cronbach se o item for excluído
q8a	127,34	621,93	0,44	0,60	0,89
q8b	127,28	622,79	0,44	0,63	0,89
q8c	127,33	606,40	0,61	0,75	0,89
q8d	127,32	605,48	0,61	0,77	0,89
q8e	127,31	615,56	0,53	0,67	0,89
q8f	127,12	599,80	0,65	0,75	0,89
q8g	127,04	597,68	0,64	0,75	0,89
q8h	127,20	607,65	0,62	0,71	0,89
q8i	127,25	607,19	0,65	0,73	0,89
q8j	127,30	601,59	0,70	0,71	0,89
q9a	127,05	635,13	0,26	0,45	0,89
q9b	127,10	628,50	0,37	0,54	0,89
q9c	127,29	609,22	0,60	0,72	0,89
q9d	127,31	605,20	0,66	0,77	0,89
q9e	127,24	612,62	0,59	0,67	0,89
q9f	127,16	602,87	0,64	0,72	0,89
q9g	127,21	605,32	0,59	0,69	0,89
q9h	127,14	620,55	0,48	0,64	0,89
q9i	127,18	622,73	0,45	0,72	0,89
q9j	127,19	611,57	0,59	0,68	0,89
q12a	124,21	644,51	0,14	0,41	0,89
q12b	125,39	633,47	0,18	0,48	0,89
q12c	124,29	650,88	0,04	0,64	0,89
q12d	124,54	646,52	0,08	0,61	0,89
q12e	124,95	641,50	0,10	0,54	0,90
q12f	124,16	648,22	0,12	0,70	0,89
q12g	124,11	647,46	0,17	0,70	0,89
q14a	127,08	641,19	0,19	0,68	0,89
q14b	127,25	642,69	0,19	0,67	0,89
q14c	126,82	633,88	0,28	0,73	0,89
q14d	126,90	636,37	0,28	0,79	0,89

q14e	127,11	640,40	0,23	0,58	0,89
q14f	126,71	632,21	0,34	0,65	0,89
q15a	127,58	647,07	0,20	0,60	0,89
q15b	127,43	645,25	0,24	0,56	0,89
q15c	127,74	647,61	0,21	0,43	0,89
q15d	127,50	642,65	0,27	0,49	0,89
q15e	127,81	646,46	0,14	0,47	0,89
q15f	126,87	640,14	0,19	0,62	0,89
q15g	127,96	649,54	0,16	0,48	0,89
q16a	127,13	637,94	0,36	0,80	0,89
q16b	126,97	637,30	0,38	0,80	0,89
q16c	127,39	639,64	0,33	0,62	0,89
q16d	126,96	639,33	0,34	0,67	0,89
q16e	127,08	639,43	0,25	0,55	0,89
q16f	126,55	639,20	0,21	0,64	0,89
q16g	127,50	639,21	0,34	0,63	0,89

Considera-se que o tamanho amostral utilizado de acordo com parâmetro estimado foi adequado para a análise fatorial observado através da medida de KMO de 0,84, considerado excelente; bem como o teste de esfericidade de Bartlett mostrou-se extrema significância estatística ($p=0,00$) indicando que a matriz é fatorável (TABACHNICK; FIDELL, 2007), rejeitando a hipótese nula de que a matriz de dados é similar a uma matriz-identidade (**Quadro 7**).

Quadro 7. Teste de KMO e Bartlett da versão brasileira da escala PI

Medida de Kaiser-Meyer-Olkin da adequação da amostragem.		0,84
	Aproximada qui-quadrado	9273,52
Teste de esfericidade de Bartlett	Graus de liberdade	1081
	Valor p	0,00

De acordo com os referencias adotados, as comunalidades devem ser superiores a 0,4. Assim, observou-se que as questões: 15e, 15f e 16f apresentaram valores inferiores a 0,4, indicando que diversos fatores podem estar atrelados ao item investigado. Observa-se na **tabela 14**, que as comunalidades variaram de 0,26 (15f) a 0,77 (14d).

Tabela 14. Comunalidades da versão brasileira da escala PI

Itens	Inicial	Extração
q8a	1,00	0,47
q8b	1,00	0,45
q8c	1,00	0,67
q8d	1,00	0,73
q8e	1,00	0,63
q8f	1,00	0,68
q8g	1,00	0,63
q8h	1,00	0,61
q8i	1,00	0,62
q8j	1,00	0,65
q9a	1,00	0,39
q9b	1,00	0,45
q9c	1,00	0,61
q9d	1,00	0,70
q9e	1,00	0,68
q9f	1,00	0,65
q9g	1,00	0,59
q9h	1,00	0,65
q9i	1,00	0,67
q9j	1,00	0,63
q12a	1,00	0,43
q12b	1,00	0,40
q12c	1,00	0,59
q12d	1,00	0,53
q12e	1,00	0,50
q12f	1,00	0,46
q12g	1,00	0,45
q14a	1,00	0,64
q14b	1,00	0,64
q14c	1,00	0,66
q14d	1,00	0,77
q14e	1,00	0,60
q14f	1,00	0,66
q15a	1,00	0,68
q15b	1,00	0,59
q15c	1,00	0,53
q15d	1,00	0,55
q15e	1,00	0,26

q15f	1,00	0,26
q15g	1,00	0,44
q16a	1,00	0,74
q16b	1,00	0,72
q16c	1,00	0,65
q16d	1,00	0,66
q16e	1,00	0,47
q16f	1,00	0,31
q16g	1,00	0,61

Método de Extração: Análise de Componentes Principais.

No tocante aos itens do instrumento observa-se a presença de onze componentes explicados com autovalores maiores que 1,00, que expressaram 71,44% da variância total dos dados. No entanto, ao considerar o estudo de Boltz et al. (2010), que definiu seis fatores como essenciais para explicar a variância das escalas *Geriatric Professional Issues*, decidiu-se realizar a análise fatorial respeitando os pressupostos do polo empírico para o analítico com uma variância superior a 40%, aqui observado em 57,78%.

No instrumento traduzido e adaptado a realidade brasileira observa-se, na **tabela 15**, que o primeiro fator é responsável por uma variância de 21,94%, o segundo fator por 12,03%, terceiro fator por 8,62%, quarto fator por 6,18%, o quinto fator 4,70% e o sexto por 4,29%. Nota-se assim, após o sexto componente, o percentual de variância explicada pelos autovalores agrega pouco significado ao constructo em estudo.

Tabela 15. Variação total explicada da versão brasileira da escala PI

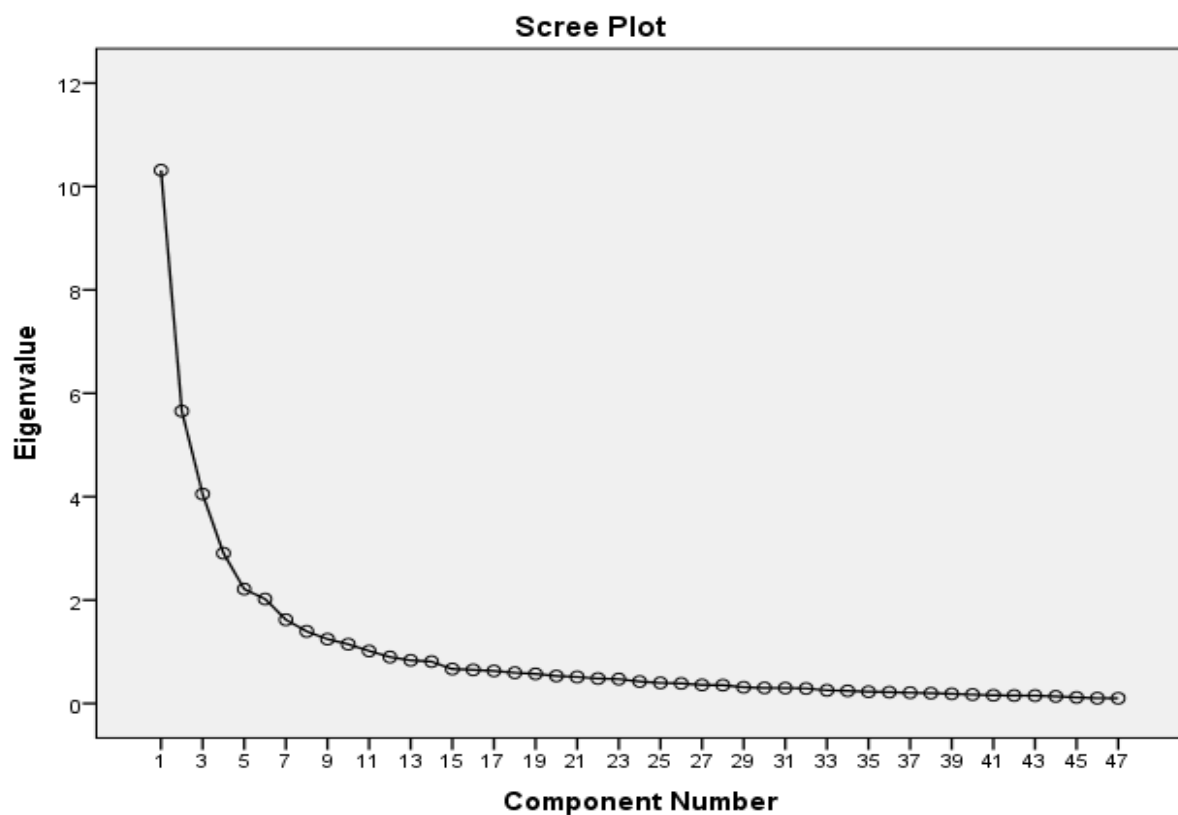
Componente	Autovalores iniciais			Soma das cargas extraídas			Soma das cargas rotacionadas		
	Total	% Variância	% Cumulativa	Total	% Variância	% Cumulativa	Total	% Variância	% Cumulativa
1	10,31	21,94	21,94	10,31	21,94	21,94	6,85	14,57	14,57
2	5,65	12,03	33,97	5,65	12,03	33,97	5,28	11,24	25,82
3	4,05	8,62	42,59	4,05	8,62	42,59	4,24	9,03	34,85
4	2,90	6,18	48,77	2,90	6,18	48,77	4,19	8,92	43,78
5	2,21	4,70	53,48	2,21	4,70	53,48	3,67	7,82	51,60
6	2,02	4,29	57,78	2,02	4,29	57,78	2,90	6,17	57,78
7	1,62	3,44	61,22						
8	1,39	2,96	64,19						
9	1,24	2,65	66,84						
10	1,14	2,43	69,28						
11	1,01	2,16	71,44						
12	0,89	1,91	73,35						
13	0,83	1,77	75,13						
14	0,81	1,72	76,85						
15	0,66	1,41	78,27						
16	0,65	1,38	79,65						
17	0,63	1,34	80,99						
18	0,59	1,26	82,26						
19	0,57	1,21	83,48						
20	0,53	1,13	84,61						
21	0,51	1,09	85,70						
22	0,48	1,02	86,73						
23	0,47	1,00	87,73						
24	0,42	0,90	88,64						
25	0,39	0,84	89,48						
26	0,38	0,82	90,31						
27	0,35	0,76	91,07						
28	0,35	0,75	91,82						
29	0,31	0,66	92,49						
30	0,30	0,64	93,13						
31	0,29	0,63	93,77						
32	0,29	0,61	94,39						
33	0,25	0,54	94,93						
34	0,24	0,52	95,45						
35	0,22	0,48	95,93						
36	0,22	0,47	96,40						
37	0,20	0,44	96,85						

38	0,19	0,42	97,27
39	0,18	0,39	97,67
40	0,17	0,36	98,03
41	0,15	0,33	98,37
42	0,15	0,32	98,70
43	0,15	0,32	99,02
44	0,13	0,29	99,31
45	0,11	0,24	99,56
46	0,10	0,21	99,78
47	0,10	0,21	100,00

Método de Extração: Análise de Componentes Principais.

Essas observações são elucidadas pelo *screeplot* de escarpa, no qual, exibe o número do fator versus seu autovalor correspondente. Com isso, a curva acentuada antes do primeiro ponto que inicia a tendência da linha ocorrer após o sexto componente (**Gráfico 3**).

Gráfico 3. Scree plot para a análise fatorial da versão brasileira da escala PI



Ao aplicar a rotação **varimax**, observou-se que dois dos 47 itens do instrumento apresentaram valores de comunalidades inferiores a 0,40. Na **tabela 16**, constatou-se que os itens 15e e 15f apresentaram valores inferiores a 0,4 em pelo menos um dos fatores. Com isso, verificou-se a distribuição de 45 itens na matriz teórica dividida em seis fatores. Identificou-se duplicidade de itens entre os fatores do instrumento nas questões 9c, 9d, 9f e 9g; neste caso, foi considerado o critério da maior carga fatorial. Ainda, verificou-se ausência de itens em nenhum dos fatores.

Os itens 8a a 8j, 18g representaram o fator 1; os itens 9a a 9j compuseram o fator 2; os itens 16a a 16g formaram o fator 3; os itens 14a a 14f compuseram o fator 4, os itens 12a a 12g formaram o quinto fator do instrumento e os itens 15a a 15g compuseram o sexto fator, com exclusão dos itens 15e e 15f.

Tabela 16. Matrix das Componentes Rotacionadas^a da versão brasileira da escala PI

Itens	Componentes					
	1	2	3	4	5	6
q8a	0,667					
q8b	0,634					
q8c	0,788					
q8d	0,836					
q8e	0,770					
q8f	0,792					
q8g	0,741					
q8h	0,725					
q8i	0,716					
q8j	0,698					
q9a		0,605				
q9b		0,647				
q9c	0,406	0,660				
q9d	0,426	0,708				
q9e		0,750				
q9f	0,517	0,595				
q9g	0,482	0,582				
q9h		0,769				
q9i		0,774				
q9j		0,692				
q16a			0,832			
q16b			0,800			

q16c		0,799			
q16d		0,770			
q16e		0,682			
q16f		0,419			
q16g		0,749			
q14a			0,783		
q14b			0,794		
q14c			0,793		
q14d			0,870		
q14e			0,765		
q14f			0,781		
q12a				0,645	
q12b				0,614	
q12c				0,749	
q12d				0,699	
q12e				0,704	
q12f				0,675	
q12g				0,660	
q15a					0,814
q15b					0,722
q15c					0,670
q15d					0,701
q15g					0,595
q15e					
q15f					

Método de Extração: Análise de Componentes Principais.

Método de rotação: Varimax com normalização de Kaiser.

a. A rotação convergiu em 6 iterações.

Logo, ao utilizar os critérios descritos anteriormente, seis fatores foram obtidos. Os resultados da análise fatorial exploratória foram revisados e discutidos, e todos os fatores foram mantidos, conforme o estudo de Boltz et al. (2010).

Síntese dos resultados da análise fatorial exploratória da versão brasileira das escalas PI (N = 301)

Fator 1 Discordâncias entre funcionários e familiares sobre o uso do tratamento (α de Cronbach = 0,927, k = 10)

Restrições mecânicas (por exemplo, faixas para contenção, coletes para contenção, cadeiras geriátricas) *

Medicação para dormir ou intervenções químicas (calmantes/ tranquilizantes) *

Absorventes para incontinência/dispositivos para incontinência*

Vestimentas para incontinência (por exemplo, fralda, roupa íntima para incontinência) *

Cateteres urinários (sondas vesicais)*

Colchões para alívio de pressão*

Dispositivos adaptativos (por exemplo, adaptadores de espuma - encosto conforto triângulo, almofadas, etc -, alarmes de cama) *

Medicação para a dor*

Alimentação por sonda*

Tratamento de lesão por pressão (por exemplo, mudança de posição (decúbito) em idosos acamados) *

Fator 2 Discordâncias entre os funcionários sobre o uso do tratamento (α de Cronbach =0,917, k = 10)

Restrições mecânicas (por exemplo, faixas para contenção, coletes para contenção, cadeiras geriátricas) *

Medicação para dormir ou intervenções químicas (calmantes/ tranquilizantes) *

Absorventes para incontinência/dispositivos para incontinência*

Vestimentas para incontinência (por exemplo, fralda, roupa íntima para incontinência) *

Cateteres urinários (sondas vesicais)*

Colchões para alívio de pressão*

Dispositivos adaptativos (por exemplo, adaptadores de espuma - encosto conforto triângulo, almofadas, etc -, alarmes de cama) *

Medicação para a dor*

Alimentação por sonda*

Fator 3 Carga de comportamentos perturbadores em pacientes idosos (α de Cronbach = 0,852, k = 7)

Exigentes

Argumentativos/críticos

Não cooperativos

Procurando garantias / buscando reafirmação/atenção/ auxílio na tomada de decisão/apoio

Acordados durante a noite

Vagando durante o dia

Confusos / agitados

Fator 4 Percepção de vulnerabilidade legal (α de Cronbach = 0,898, k = 6)

Desenvolvimento de lesões por pressão em idosos

Quedas de idosos

Acusações por contenções ilegais

Lesões decorrentes do uso de dispositivos de retenção

Infecção hospitalar relacionada ao uso de cateter

Lesões decorrentes do uso de medicação sedativa

Fator 5 Uso de serviços geriátricos (α de Cronbach = 0,801, k = 7)

Enfermeiro especialista em geriatria ou enfermeira geriátrica*

Geriatra*

Assistente social geriátrica*

Psicólogo/ psiquiatra geriátrico*

Corridas de leito e serviços internos geriátricos*

Textos e revistas geriátricas*

Conferências/ workshops geriátricas, regionais ou nacionais*

Fator 6 Comportamentos perturbadores percebidos em pacientes idosos (α de Cronbach = 0,780, k = 5)

Exigentes

Argumentativos/críticos

Não cooperativos

Procurando garantias / buscando reafirmação/atenção/ auxílio na tomada de decisão/apoio

Confusos / agitados

*Item com pontuação reversa

5.3 Teste e Reteste da versão brasileira do GIAP

- Escala *Geriatric Nursing Knowledge/Attitudes*

Em relação a reprodutibilidade da escala *Geriatric Nursing Knowledge/Attitude*, constata-se que todos os itens apresentaram coeficiente Kappa forte ou quase perfeito; isso significa que o instrumento apresenta boa estabilidade temporal entre uma aplicação e outra nos itens **representativos** da avaliação conhecimento/atitude do GIAP. Observa-se, na **tabela 17**, que os valores de Kappa variaram de 0,61 a 1,00, com extrema significância estatística a maioria dos itens. Com isso, vislumbra-se que a hipótese nula é afirmada, no qual afirma que as medidas dos itens não se alteram com o passar do tempo. De acordo com Landis e Koch (1977), 25 itens apresentaram concordância forte (os que variaram de 0,61 a 0,80) de reprodutibilidade, enquanto que 10 itens apresentaram concordância quase perfeita (os valores variaram entre 0,81 a 1,00).

Tabela 17. Análise de concordância intertestes através do método Kappa da escala *Geriatric Nursing Knowledge/Attitudes*

Item	Kappa	p-valor
18a	0,89	0,010
18b	0,78	0,030
18c	0,94	<0,001
18d	0,72	0,004
18e	0,91	0,001
18f	0,94	0,001
18g	0,68	0,002383
18h	0,70	0,001333
18i	0,82	<0,0016
18j	0,84	<0,001
18k	0,71	<0,001
18l	0,67	0,005
18m	0,78	<0,001
18n	0,93	<0,001
18o	0,72	0,004
18p	0,94	<0,001
18q	1,00	<0,001
18r	0,77	0,0343
18s	0,81	<0,001
18t	0,65	0,002

18u	0,69	0,004
18v	0,62	0,036
19a	0,74	0,005
19b	0,61	0,008
19c	0,64	0,009
19d	0,72	0,001
19e	0,65	0,011
19f	0,69	0,015
19g	0,73	0,001
19h	0,78	0,001
19i	0,62	0,0082
19j	0,71	0,001
19k	0,71	0,001
19l	0,71	0,001
19m	0,72	<0,001

A confiabilidade teste-reteste das dimensões foi avaliada pelo Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) com seu intervalo de confiança de 95%. Observa-se, na **tabela 18**, que os CCIs apresentaram valores que variaram entre -0,177 a 0,020. Assim, constata-se que as médias reduziram na etapa do reteste de forma majoritária, e que todos os coeficientes foram baixos (CCI<0,4).

Tabela 18. CCI do escore total da escala *Geriatric Nursing Knowledge/Attitudes*.

	Média(DP) T1	Média (DP) T2	CCI	IC 95%
Fator 1	26,23 (±4,53)	24,91 (±5,47)	-0,062	-0,258 – 0,140
Fator 2	18,40 (±2,95)	14,47 (±4,77)	-0,014	-0,144 – 0,134
Fator 3	17,06 (±3,33)	17,91 (±3,11)	-0,177	-0,364 – 0,025
Fator 4	11,98 (±2,21)	9,15 (±3,80)	-0,049	-0,191 – 0,111
Fator 5	13,51 (±2,71)	15,15 (±4,92)	-0,057	-0,242 – 0,138
Fator 6	14,57 (±2,26)	12,22 (±3,51)	-0,118	-0,282 – 0,064
Total	101,78 (±9,93)	93,83 (±16,16)	0,020	-0,151 – 0,199

- Escala *Geriatric Care Environment*

Em relação a reprodutibilidade constata-se que todos os itens apresentaram coeficiente Kappa forte ou quase perfeito; isso significa dizer que o instrumento

apresenta boa estabilidade temporal entre uma aplicação e outra nos itens representativos da avaliação ambiental do GIAP. Observa-se, na **tabela 19**, que os valores de Kappa variaram de 0,74 a 1,00, com extrema significância estatística em todos os itens. Com isso, vislumbra-se que a hipótese nula é afirmada, no qual afirma que as medidas dos itens não se alteram com o passar do tempo.

De acordo com Landis e Koch (1977), dois itens apresentaram concordância forte (os que variaram de 0,74 a 0,76) de reprodutibilidade, enquanto 18 itens apresentaram concordância quase perfeita (os que valores variaram entre 0,87 a 1,00).

Tabela 19. Análise de concordância intertestes através do método Kappa da escala GCE

Item	Kappa	p-valor
10a	1,000,31	<0,001
10b	1,000,39	<0,001
10c	1,000,30	<0,001
10d	0,88,21	<0,003
10e	0,920,29	<0,001
10f	1,000,30	<0,001
10g	0,910,26	<0,001
10h	0,890,24	<0,001
10i	1,000,31	<0,001
10j	0,900,25	<0,001
11a	0,890,23	<0,001
11b	0,890,23	<0,001
11c	0,740,12	<0,032
11d	0,880,21	<0,001
11e	0,890,25	<0,001
11f	0,760,13	<0,001
11g	0,870,20	<0,001
11h	0,880,22	<0,001
11i	0,870,20	<0,001
11j	0,910,28	<0,001

Em relação aos itens dessa escala, observou-se na **tabela 20** que os CCIs apresentaram valores que variaram entre 0,246 a 0,621. Assim, constata-se que as médias reduziram na etapa do reteste em alguns fatores, como o 1, 3, 4, 5 e o total. Com isso, nota-se que os coeficientes foram todos moderados ($0,4 \geq CCI \leq 0,74$), exceto o fator 5 que foi fraco ($CCI < 0,4$).

Tabela 20. CCI do escore total da escala GCE

	Média(DP) T1	Média (DP) T2	CCI	IC 95%
Fator 1	36,47 ($\pm 9,77$)	33,98 ($\pm 9,51$)	0,475	0,300 – 0,618
Fator 2	26,43 ($\pm 5,56$)	26,62($\pm 5,00$)	0,584	0,431 – 0,704
Fator 3	19,83 ($\pm 5,59$)	18,89($\pm 4,82$)	0,621	0,478 – 0,733
Fator 4	7,51 ($\pm 1,62$)	7,29 ($\pm 1,37$)	0,453	0,275 – 0,600
Fator 5	3,50 ($\pm 1,21$)	3,42 ($\pm 1,12$)	0,246	0,043 – 0,429
Total	93,76 ($\pm 11,28$)	90,21 ($\pm 11,34$)	0,465	0,289 – 0,610

- Escala *Geriatric Professional Issues*

Em relação a reprodutibilidade constata-se que todos os itens apresentaram coeficiente Kappa moderada; isso significa dizer que o instrumento apresenta boa estabilidade temporal entre uma aplicação e outra nos itens representativos dos valores profissionais do GIAP. Observa-se, na **tabela 21**, portanto que os valores de Kappa variaram de 0,29 a 0,62, com extrema significância estatística a maioria dos itens. Com isso, vislumbra-se que a hipótese nula é negada, em que afirma que as medidas dos itens não se alteram com o passar do tempo. De acordo com Landis e Koch (1977), oito itens apresentaram concordância regular (os que variaram de 0,21 a 0,40) de reprodutibilidade, enquanto 20 itens apresentaram concordância moderada (os que valores variaram entre 0,41 a 0,60) e dois itens apresentaram concordância forte (0,61 a 0,80).

Tabela 21. Análise de concordância intertestes através do método Kappa da escala PI

Item	Kappa	p-valor
8a	0,3005	0,03353
8b	0,3913	0,0237
8c	0,3509	0,027161
8d	0,3812	0,02546
8e	0,3005	0,03334
8f	0,4518	0,0102
8g	0,4417	0,01509
8h	0,3711	0,02763
8i	0,4215	0,0192
8j	0,4215	0,0109
9a	0,3200	0,032929
9b	0,3206	0,029268
9c	0,3711	0,02763
9d	0,3711	0,02752
9e	0,3812	0,02532
9f	0,3913	0,0231
9g	0,3913	0,02336
9h	0,2903	0,032510
9i	0,4417	0,01503
9j	0,4114	0,02010
12a	0,3207	0,029279
12b	0,6235	<0,001
12c	0,5023	<0,001
12d	0,5124	<0,001
12e	0,5830	<0,001
12f	0,5529	<0,001
12g	0,5931	<0,001
14a	0,5529	<0,001
14b	0,5931	<0,001
14c	0,5023	0,003
14d	0,5225	<0,001
14e	0,4215	0,01904
14f	0,5326	0,002
15a	0,4518	<0,0012
15b	0,4417	0,015119
15c	0,6133	<0,0010,207
15d	0,3711	0,02705
15e	0,3710	0,027045
15f	0,4820	<0,0015

Em relação aos itens dessa escala, observou-se na **tabela 22** que os coeficientes de correlação intraclasse apresentaram valores que variaram entre 0,350 a 0,504. Assim, constata-se que as médias reduziram na etapa do reteste em alguns fatores, como o 1, 2, 4, 6 e o total. Com isso, nota-se que os coeficientes foram todos moderados ($0,4 \geq CCI \leq 0,74$), exceto os fatores 2 e 3 que foram fracos ($CCI < 0,4$).

Tabela 22. CCI do escore total da escala PI

	Média(DP) T1	Média (DP) T2	CCI	IC 95%
Fator 1	36,69 ($\pm 13,54$)	35,44 ($\pm 11,75$)	0,470	0,294 – 0,614
Fator 2	36,43 ($\pm 11,60$)	35,46($\pm 11,24$)	0,390	0,202 – 0,550
Fator 3	14,31($\pm 4,32$)	15,06($\pm 3,95$)	0,350	0,160 – 0,516
Fator 4	14,34($\pm 5,62$)	14,02($\pm 5,39$)	0,497	0,326 – 0,636
Fator 5	6,88($\pm 7,11$)	7,59($\pm 8,30$)	0,476	0,301 – 0,619
Fator 6	9,07($\pm 1,97$)	8,65($\pm 2,04$)	0,467	0,292 – 0,611
Total	117,75($\pm 27,54$)	116,25 ($\pm 24,95$)	0,504	0,334 – 0,642

6 DISCUSSÃO

A caracterização da amostra em relação ao sexo apresenta semelhança com outros estudos que também identificaram a maioria dos enfermeiros participantes como do sexo feminino. A supremacia do sexo feminino entre os profissionais de enfermagem reflete a organização própria da profissão, nacional e internacionalmente (ARAUJO et al. 2017; LANDEIRO et al. 2015).

Observa-se, também, uma média de idade de 34 anos, e 10 anos de exercício profissional. A equipe de Enfermagem é um contingente jovem, 61,7% têm até 40 anos de idade (SILVA; MACHADO et al., 2019). Logo, é possível perceber que a enfermagem é uma profissão em processo de rejuvenescimento, associado ao fato de uma maior oferta de cursos nos últimos anos, e baseado no expressivo aumento do número de concluintes no Brasil. Segundo dados recentes do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, o número de formandos passou de 7.046 em 2001 para 42.940 em 2010, um crescimento de mais de 500%. (MACHADO et al. 2016).

Os dados da pesquisa mostram que a grande maioria dos enfermeiros fez alguma Pós-Graduação, uma porcentagem representativa mestrado e doutorado. No estudo realizado por Machado (2016), que realizou uma pesquisa perfil da enfermagem no Brasil, entre os enfermeiros, 4,7% são doutores, 14,5% são mestres e 72,8% têm Especialização. Isso mostra, que o desejo de se qualificar é um anseio do profissional de Enfermagem brasileiro, que busca melhorar sua posição no mercado de trabalho.

O objetivo do presente trabalho foi avaliar as propriedades psicométricas do GIAP em uma amostra de enfermeiros. Os dados observados permitem concluir que os resultados da validação são satisfatórios e que a escala se comporta de forma adequada em enfermeiros brasileiros.

O GIAP é um instrumento complexo e extenso de auto avaliação, com diferenças nas taxas de resposta, embora, o tempo médio para concluir o questionário tenha sido de 20 minutos. A coleta de dados foi realizada por meio de estratégias que exigiram tempo, energia e recursos dos participantes e pesquisadores. Por esse motivo, conforme Tavares e Silva (2013), a maioria dos estudos é realizada nos

hospitais NICHE - instituições que formalizaram um contrato com o programa NICHE. A existência de um banco de dados do GIAP nesses hospitais possibilita o desenvolvimento de estudos retrospectivos, com acesso a grandes amostras e menor custo financeiro para a pesquisa. Por outro lado, o uso do GIAP em hospitais não-NICHE exige mais esforço na aplicação e coleta de dados da pesquisa.

O primeiro estudo de validação do GIAP foi realizado em 1999 por Abraham et al., com uma amostra de 303 funcionários de saúde de um centro médico acadêmico, no qual a maioria (86,5%) dos participantes era de enfermeiros. As AFEs foram realizadas na escala *Geriatric Nursing Knowledge/Attitudes* e na escala GCE. Em 2007, uma nova AFE foi realizada na escala GCE (KIM et al., 2007), e resultou em quatro subescalas (valores institucionais em torno de idosos e funcionários, capacidade de colaboração, disponibilidade de recursos e prestação de cuidados sensíveis ao envelhecimento). Em 2008, houve uma mudança no GCE associado ao NICHE, e Boltz et al. (2008b) considerou as primeiras três subescalas como medidas do ambiente de prática de enfermagem geriátrica. A prestação de cuidados sensíveis ao envelhecimento foi mantida como uma medida separada. Um estudo de validação foi realizado em 2010, e explorou a estrutura fatorial das subescalas geriátricas de PI (BOLTZ et al., 2010).

No que concerne à fidelidade da escala, a consistência interna foi avaliada através do Alpha de Cronbach. A escala *Geriatric Nursing Knowledge/Attitudes* apresentou valores de Alpha de Cronbach baixos (0,40-0,60), e inferiores aos citados por Abraham et al. (1999) (0,60-0,65); e Tavares (2014) (0,60-0,67), que validou o GIAP para a população portuguesa. Contudo, essa escala não avalia um constructo ou atributo unidimensional, afinal, alguns enfermeiros podem ter mais conhecimento sobre uma determinada síndrome geriátrica e menos sobre outra. Segundo Kottner & Streiner (2010), valores elevados do Alpha de Cronbach podem não ser um critério válido para estabelecer a fidelidade das escalas que avaliam o conhecimento, e que para muitos instrumentos e escalas não é essencial que todos os itens sejam homogêneos.

Para a validade de construto, a escala *Geriatric Nursing Knowledge/Attitudes*, a AFE revelou alguns problemas. Apesar do valor de KMO de 0,72 e *Bartlett's test of sphericity* $p < .01$ demonstrarem adequação para realizar a AFE, o modelo fatorial

obtido apresentou como limitação, um número elevado de *cross-loading*. Assim, foi testada a solução de seis fatores proposta por Abraham et al. (1999). Quando analisada a solução obtida, problemas estatísticos e teóricos emergiram. A percentagem total da variância explicada boa (40,5%), contudo, com valores do Alpha de Cronbach inadequados, que variaram de 0,41 a 0,79 nos fatores. Resultados similares ao estudo de Abraham et al. (1999), cujo os fatores explicaram 41% da variância, e as cargas fatoriais variaram de 0,32 a 0,81 e o KMO foi de 0,68. Em Tavares (2014), a percentagem total da variância foi de 38%, os valores do Alpha variaram de 0,1 a 0,5 nos fatores, e o KMO foi de 0,74.

Do ponto de vista teórico (conteúdo), quatro fatores (princípios de boas práticas; conhecimento – prevenção iatrogênica; conhecimento – lesão por pressão; conhecimento inadequado) apresentaram coerência e continuidade ao modelo fatorial original. Todavia, incluía alguns itens relacionados com outros fatores. O fator “conhecimento – síndrome do idoso frágil” apresentou uma solução fatorial que, do ponto de vista teórico, é ilógica e divergente dos resultados de Abraham et al. (1999). Estes resultados aludem para a necessidade de rever os itens desta escala com o objetivo de melhorar sua validade de constructo. Apesar destas considerações, os resultados obtidos podem ser relevantes para a prática, uma vez que possibilitam avaliar o nível de conhecimento e atitudes dos enfermeiros no cuidado à pessoa idosa hospitalizada.

Em suma, os itens da escala adaptada ao contexto brasileiro confirmaram a estrutura a priori do instrumento original. A maioria dos itens pertencia às áreas clínicas de geriatria de uso de restrição, tratamento da incontinência urinária, problemas do sono e prevenção e tratamento de lesões por pressão. A importância das lesões por pressão, a preocupação mais temida nos cuidados hospitalares geriátricos, é confirmada no fator Conhecimento - Lesão por Pressão (fator quatro). No entanto, os maiores valores de análise fatorial da escala de Conhecimento surgiram com os temas abrangentes das boas práticas (fator um). Os fatores destacam os princípios gerais que são críticos para as melhores práticas e os justapõem ao conhecimento inadequado, mas não incomum (fator seis). As melhores práticas também são determinadas pela capacidade coletiva dos enfermeiros de prevenir problemas geriátricos iatrogênicos (fator dois), ao mesmo tempo em que

destaca problemas relacionados a incontinência urinária (fator três). A capacidade de gerenciar problemas de sono, especificamente o uso de sedativos, também surgiu como uma dimensão importante (fator cinco).

Percebe-se, então, algumas diferenças entre a versão *Geriatric Nursing Knowledge/Attitudes* adaptada e a original. Na versão em português brasileiro, no fator “princípios de boas práticas” os itens permanecem os mesmos da escala original, exceto por 01 (um) que é acrescido (eu verifico os idosos contidos pelo menos de hora em hora) e outro que existe somente no fator original (eu tento evitar o uso de cateteres de demora em idosos, mesmo que isso signifique que eles fiquem ocasionalmente molhados). A ausência deste item, talvez ocorra por diferenças culturais na abordagem do uso de cateter vesical. A infecção do trato urinário associada ao cateter vesical (ITU-CV) pode ser considerada um indicador de qualidade assistencial por existirem medidas preventivas para diminuir sua incidência. Nos Estados Unidos, o *Center for Medicare & Medicaid Service* decidiu não mais incluir pagamento adicional para as ITU-CV por entender que estas constituem erros no processo de assistência à saúde (CONTERNO; LOBO; MASSON, 2011).

No fator “conhecimento – prevenção iatrogênica”, a versão em estudo é formada por quatro itens que também contém no fator original; e por um novo (a nutrição adequada é o elemento mais essencial na prevenção de lesões na pele). A original foi composta por mais três itens, que formaram outros fatores do GIAP adaptado (cateteres urinários são adequados no tratamento da incontinência, desde que o uso seja interrompido após 10 dias/fator conhecimento – fator 3; nós usamos fraldas ou absorventes geriátricos durante a noite para a maioria dos nossos idosos – fator 6; quando o uso de contenções mecânicas diminui, o uso de drogas sedativas aumenta/conhecimento e atitude – fator 5).

Outra diferença foi a reconfiguração dos fatores na versão em português brasileiro com a extração do fator “gerenciamento clínico e de tempo”. Também na reconfiguração, a subescala original “conhecimento de promoção da saúde” não aparece em nossa análise fatorial como um fator. Surgem, então, dois novos fatores: conhecimento de Incontinência urinária; e conhecimento e atitude sobre problemas de sono e uso de sedativos. Na assistência de enfermagem, é rotina a instalação de fraldas, principalmente em idosos restritos ao leito, incontinentes ou não, sem

avaliação do seu estado de continência ou dependência. Essa assistência direcionada à rotina institucional não atende à prática baseada em evidências, e ocasiona agravos como dermatites associadas à incontinência urinária, que tem sido relacionada com o aumento do risco de lesão por pressão, e infecção urinária, além do aumento de dependência e perda de autonomia (GOES et al., 2019).

Dentre as alterações provocadas pelo envelhecimento encontra-se a do sono, que, no idoso, torna-se mais superficial e fragmentado e, portanto, tem menor eficiência e pior qualidade. Situações também alteram o padrão de sono, como a hospitalização, que pode levar à prescrição de medicamentos como hipnóticos, com risco de iatrogenia. Em estudo realizado com idosos hospitalizados, destaca-se que 15,62%, os quais não faziam uso de ansiolíticos em casa, receberam prescrição desses medicamentos no hospital. Deve-se lembrar ainda que os hipnóticos podem levar à dependência (MONTEIRO; CEOLIM, 2014).

Quanto ao fator “conhecimento inadequado” percebe-se que a nomeação foi similar ao GIAP original, pois em ambos abordar-se o mesmo conteúdo, apesar dos itens que os compuseram não serem os mesmos. As diferenças são provavelmente atribuíveis a diferenças na política de saúde e nas prioridades profissionais entre os países.

Na escala GCE, versão adaptada, o score global $\alpha = 0,75$ indicou uma consistência interna satisfatória. As subescalas apresentaram valores de Alpha entre 0,79 e 0,90, ligeiramente inferiores aos reportados por Abraham et al. (1999) (0,84-0,93); Kim et al. (2007) (0,83-0,94); Boltz et al. (2008b) (0,83-0,93), e superiores aos apresentados por Tavares et al. (2014) (0,73-0,89). Apesar das diferenças apresentadas, estes resultados asseguram que a utilização desta escala no contexto brasileiro é credível, válida e confiável.

Para a validade de construto, a escala GCE revelou valores de KMO de 0,88 e *Bartlett's test of sphericity* $p < .01$, adequados para realizar a AFE. A percentagem total da variância explicada foi boa (59,27%), as cargas fatoriais variaram de 0,41 a 0,81. No estudo de Abraham et al. (1999), a AFE emergiu com cinco fatores que explicaram 62,65% da variância, e cargas fatoriais que variaram de 0,32 a 0,81 e KMOI de 0,68. Em 2007, os autores Kim et al. também exploram a estrutura fatorial desta escala, foram extraídos quatro fatores que responderam por 54,68% da variância total. As

cargas fatoriais variaram de 0,33 a 0,83, e o KMOI foi de 0,93. Em Tavares (2014), a variância total reportada foi de 48,09%, e 4 fatores.

No presente estudo, a escala GCE contemplou cinco fatores, com algumas diferenças quando comparada à validação da escala original por Kim et al. (2007). No instrumento adaptado, o item “você pode discordar de seu supervisor em relação ao cuidado ao idoso” formou o fator falta de autonomia profissional (fator 5), na versão original esse item apresentou um valor baixo (0,33).

Na enfermagem, a autonomia profissional apresenta-se como um tema complexo, cuja discussão mais detalhada advém da configuração atual do seu trabalho no âmbito hospitalar, ainda, centrada no modelo biomédico. Estudos realizados anteriormente identificaram que aproximadamente 60,4% dos profissionais de saúde não-enfermeiros contra apenas 6,7% dos enfermeiros consideraram que o enfermeiro possui autonomia profissional (SANTOS et al. 2017).

Outra diferença foi a reconfiguração dos fatores como a extração do fator “capacidade de colaboração”. Os itens dessa subescala (falta de conhecimento sobre o cuidado ao idoso; falta de (ou inadequadas) normas e procedimentos geriátricos escritos e diferença de opinião entre profissionais da equipe) foram incluídos na subescala “disponibilidade de recursos” (fator 1). Os enfermeiros brasileiros entenderam esses itens, referentes a problemas geriátricos comuns, como um recurso para o atendimento de pacientes idosos.

Além disso, surgiu uma nova subescala no modelo fatorial obtido, “prestação de cuidados da equipe” (fator 4), constituída pelos itens: os cuidados individualizados prestados pelos funcionários; a prestação de cuidados necessários aos idosos; a forma como a equipe aborda as questões sobre cuidados geriátricos. Dada a alta proporção de pacientes hospitalizados mais velhos, as organizações enfrentam um imperativo para apoiar os cuidados baseados em evidências para idosos e criar ambientes amigáveis para esse grupo etário (TAVARES et al., 2013).

O fator com maior variação percentual é a subescala disponibilidade de recursos. Este resultado pode ser explicado pelo fato de os hospitais brasileiros carecerem de recursos, equipamentos especializados e serviços para idosos, como equipe multidisciplinar de geriatria, mobilização precoce e participação em atividades funcionais, unidades de cuidados agudos de idosos, dentre outros. As subescalas

“prestação de cuidados sensíveis ao envelhecimento” (fator 2) e “valores institucionais relativos a idosos e funcionários” (fator 3), versão adaptada, os itens são os mesmos que compuseram os fatores do estudo de Kim et al. (2007).

Os aspectos que emergem como barreiras para proporcionar um ambiente de assistência geriátrica em hospitais estão relacionados, principalmente, a recursos, a continuidade entre os setores e a cooperação entre gerentes e enfermeiros. Essas barreiras certamente não podem ser superadas pelos esforços de uma única enfermeira ou unidade individual. Isso implica na necessidade de interesses colaborativos, de várias partes interessadas, nas mudanças do sistema, apoiadas em evidências de pesquisa em serviços de enfermagem e saúde (TAVARES et al. 2013; KIM et al. 2007).

Na escala geriátrica PI, versão adaptada, o score global $\alpha = 0,89$ indicou uma consistência interna boa ou muito boa. As subescalas apresentaram valores de Alpha entre 0,78 e 0,92, similares aos reportados por Boltz et al. (2010) (0,81-0,94), e Tavares et al. (2014) (0,71 a 0,91). Apesar das diferenças, os valores do Alpha de Cronbach $> 0,7$ em todas as escalas é considerado adequado para comparação entre grupos (POLIT, BECK, 2009). Essas subescalas demonstraram, então, ser uma medida fidedigna e válida na avaliação dos fatores intrínsecos do GIAP. Estes fatores representam obstáculos à promoção da qualidade do cuidado às pessoas idosas hospitalizadas.

Para a validade de construto, a referida escala revelou valores de KMO de 0,84 e *Bartlett's test of sphericity* $p < .01$, adequados para realizar a AFE. A percentagem total da variância explicada foi boa (57,78%), as cargas fatoriais variaram de 0,40 a 0,87. No estudo Boltz et al. (2010), a AFE emergiu com seis fatores, a carga fatorial variou de 0,40 a 1,29, com a maioria superior a 0,50. A variância total na versão portuguesa foi de 42,9% (TAVARES, 2014).

Da AFE obteve-se um modelo com 6 fatores, em consonância com os resultados reportados por Boltz et al (2010). Porém, o número de itens na versão brasileira é de 45 enquanto na versão original é de 47. Os dois itens (acordados durante a noite e vagando durante o dia) foram eliminados da subescala “comportamentos perturbadores percebidos em pacientes idosos”. Uma possível explicação é a prática de contenção em idosos hospitalizados. Essa técnica muitas

vezes é assentida, como auxílio nos cuidados desempenhados à pessoa idosa, no intuito de controlar a agitação, impossibilitar a retirada de sondas, drenos e cateteres e suposta prevenção de quedas. Considera-se que a contenção, seja física, mecânica, farmacológica/química e ambiental, está presente nos cenários de assistência à pessoa idosa como prática corriqueira ou singular (BACKES et al. 2019).

O fator com o maior percentual de variação explicada foi “discordâncias entre funcionários e familiares sobre o uso do tratamento” (fator 1) (21,94%); resultado menor ao relatado por Boltz et al. (2010; 41,3%). As “discordâncias entre os funcionários sobre o uso do tratamento” compôs o fator 2, com variação de 12,03%. Deste modo, a percepção das barreiras ao desenvolvimento do cuidado de enfermagem geriátrica é explicada por uma ordem e percentagem diferentes, que reflete a realidade de enfermeiros brasileiros.

Os fatores que representaram barreiras à capacidade dos enfermeiros de prestar cuidados de qualidade aos pacientes idosos foram “carga de comportamentos perturbadores” (fator 3), “comportamentos perturbadores percebidos” (fator 6) e “uso de serviços geriátricos” (fator 5). Para responder efetivamente às necessidades de uma população crescente de idosos com doenças e lesões que exigirão cuidados agudos e de longo prazo, os enfermeiros devem ter conhecimento e experiência no cuidado desse grupo etário. Existem poucas enfermeiras que possuem esse conhecimento ou especialização, em parte porque, durante seus programas educacionais, pouco se ensinou sobre o processo de envelhecimento e menos sobre as competências necessárias para fornecer, aos idosos, cuidados adequados à idade. Isso não apenas aumenta a carga de trabalho, como também compromete o atendimento ao cliente, devido aos altos níveis de estresse, particularmente com pacientes com problemas cognitivos que apresentam sintomas comportamentais, associado a condições de trabalhos ruins (KRICHBAUM et al., 2015; SINGH et al., 2015).

Os itens relacionados à “percepção de vulnerabilidade legal” (fator 4) é consistente com a crescente conscientização que os cuidados de saúde têm-se tornado cada vez mais cuidados para as pessoas idosas e, no entanto, sabe-se que estes muitas vezes não atendem às suas necessidades. Dado o tamanho e a flexibilidade de sua força de trabalho, os enfermeiros são frequentemente

considerados atores-chave para garantir a prestação de serviços de saúde seguros, de alta qualidade e eficientes (CAVALCANTE et al., 2015). Todos os fatores da escala adaptada são os mesmos que compuseram o estudo de Boltz et al. (2010). Logo, a versão em português brasileiro das subescalas de *Geriatric Professional Issues* demonstrou congruência teórica em termos de parcimônia (atribuição mutuamente exclusiva de item para escalas), além de validade e confiabilidade.

A avaliação da reprodutibilidade temporal das escalas e subescalas do GIAP, via técnica teste-reteste, indica uma não estabilidade temporal da pontuação entre duas aplicações do instrumento. Os resultados indicam que todas as escalas e subescalas provavelmente permanecerão instáveis no reteste proximal.

No GIAP original, a avaliação da reprodutibilidade temporal foi realizada com uma amostra de 166 enfermeiros em três hospitais urbanos com um período de três semanas entre o teste e o reteste. Os CCIs das escalas e subescalas GIAP variaram entre 0,82 e 0,97, o que demonstra confiabilidade boa a muito boa (BOLTZ et al., 2009).

No caso do teste-reteste, três tipos de dificuldades podem ocorrer: (1) no caso de testes curtos e no caso do intervalo entre teste e reteste ser curto, a memória pode fazer com que o sujeito dê a mesma resposta que deu antes por lembrar-se dela e não em função de sua reação/conhecimento atuais; (2) em caso de testes longos, entre uma questão de atitude, isto é, o sujeito pode chatear-se, irritar-se ou reagir de qualquer outra forma negativa contra ter que novamente responder ao mesmo enorme número de itens; (3) e no caso do intervalo entre teste e reteste ser longo, uma série de fatores pessoais e do meio pode mudar e, conseqüentemente, o sujeito responderá afetado por estes novos fatores que mudaram com o passar do tempo (PASQUALI, 2013; CAMPBELL, STANLEY, 1973)

Assim, uma possível explicação para este resultado é o fato de que, apesar do pouco tempo entre as aplicações, mudanças verdadeiras, embora improváveis, poderiam ter ocorrido entre as pesquisas, o que enfraqueceria as estimativas de confiabilidade relatadas. Além disso, o potencial para a prática oferecida pelo reteste poderia ter inflado artificialmente o índice de confiabilidade, pois, trata-se de um instrumento muito extenso, no qual os sujeitos mostravam resistência para respondê-lo novamente. Testes de confiabilidade futuros devem incluir essas configurações. A

intenção do GIAP é esclarecer os fatores organizacionais que afetam o atendimento aos pacientes idosos hospitalizados e estes são melhor descritos pelos enfermeiros que se dedicam ao cuidado mais direto. Sua experiência prática com pacientes idosos e percepções consistentes do ambiente institucional geriátrico em hospitais, medidos em dois períodos diferentes, reforçam a utilidade desse instrumento para fins de benchmarking organizacional e clínico.

O estudo tem algumas limitações. Existe a possibilidade de que as condições de teste (por exemplo, interrupções, condições físicas) em configurações individuais, que eram desconhecidas, possam ter influenciado os resultados. Pesquisas auto-preenchidas podem causar viés nas respostas dos enfermeiros; por exemplo, os enfermeiros mais insatisfeitos podem ter maior probabilidade de responder negativamente ao GIAP, além disso, a carga de trabalho pode ter influenciado alguns resultados para os profissionais que se sentiram desafiados pelo comprometimento do tempo.

Outra limitação é o fato de a amostra incluir enfermeiros de várias unidades; este estudo não se ajustou à influência de uma potencial unidade. Existe também a possibilidade dos entrevistados perceberem que os itens 'caminhavam' juntos com base em seus agrupamentos no instrumento, o que afeta o resultado da análise fatorial. No entanto, a diversidade da natureza dos itens em cada domínio pode atenuar essa influência. A amostra foi limitada a enfermeiros que trabalham em hospitais públicos e filantrópicos; portanto, os resultados não são generalizáveis para outros tipos de hospitais; além disso, a amostra de conveniência e a localização dos hospitais (regiões nordeste e sudeste) também podem dificultar essa generalização. A influência das características do hospital e da demografia do enfermeiro, bem como o tipo de unidade, na estrutura fatorial dos itens do GIAP é uma área para investigação futura.

7 CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou a consistência interna das escalas GIAP, em hospitais, de dois estados no Brasil. A estrutura fatorial do GIAP fornece um perfil dos principais domínios na prática de enfermagem. Os resultados sustentam adequadamente que os 121 itens avaliados neste estudo produzem fatores distintos associados a conhecimento e atitudes geriátricas e questões ambientais e profissionais e, portanto, são válidos. Logo, a análise psicométrica do GIAP confirmou a adequação de sua adaptação para uso com enfermeiros brasileiros, ao demonstrar que seus indicadores são uma medida confiável, com confiabilidade satisfatória para todas as subescalas. Para além disso, o estudo não mostrou que ele seja reproduzível temporalmente, assim, estudos para avaliar essa reprodutibilidade devem ser feitos mais adiante.

O cuidado de enfermagem, além de focar nas necessidades dos idosos, precisa levar em consideração suas peculiaridades. A competência técnico-profissional influencia a satisfação do paciente idoso hospitalizado, a educação geriátrica em contextos clínicos é necessária para promover atitudes mais positivas. Enfermeiros com habilidades e conhecimentos específicos na área podem coordenar atividades de melhoria da qualidade e supervisionar a implementação de métodos, estruturas e formas eficazes de educação, com evidências geriátricas baseadas na prática clínica.

A versão brasileira do GIAP é uma ferramenta que mede as percepções dos enfermeiros sobre o atendimento a idosos em hospitais e são importantes na avaliação dos atributos organizacionais relacionados ao atendimento desse grupo etário. Pois, representarem tópicos que têm o potencial de moldar o ambiente social do local de trabalho e influenciar no cuidado. Os resultados sugerem, ainda, que os gerentes e administradores hospitalares devem considerar esses fatores ao planejar e implementar programas geriátricos no Brasil.

As pesquisas científicas devem ser planejadas e executadas para que seus resultados tragam informações realmente úteis para a área de estudo. É de extrema importância a escolha adequada do instrumento a ser utilizado na coleta de dados. Um primeiro passo nesse sentido é contar com instrumentos que passaram por testes de validação, para certificar a ausência de erros que comprometeriam qualquer inferência do estudo.

No contexto assistencial, o GIAP versão brasileira facilitará a obtenção de dados objetivos do profissional de enfermagem, ao favorecer a identificação de práticas e conhecimento geriátricos que possam direcionar o planejamento de intervenções específicas, como iniciativas de desenvolvimento de equipe multidisciplinar, modelos de enfermagem e atualizações de políticas. No campo do ensino, as informações coletadas a partir dessa ferramenta de gestão oportunizam aos discentes e docentes melhores informações sobre as necessidades e problemas de saúde na assistência ao idoso hospitalizado, ao subsidiar discussões científicas e construtivas sobre o planejamento do cuidado. A pesquisa, por sua vez, tanto contribui para a sistematizar conhecimento, atitudes e percepções sobre as melhores práticas a partir desses conhecimentos cientificamente construídos, como também permite que estudos futuros avaliem e comparem o atendimento hospitalar ao idoso.

REFERÊNCIAS

- ABRAHAM, Ivo L. et al. Profiling care and benchmarking best practice in care of hospitalized elderly: The Geriatric Institutional Assessment Profile. **Nurs Clin North Am.**, v.34, n.1, p. 237-55, Mar.1999.
- ABUDU-BIRRESBORN, Diana et al. Preparing Nurses and Nursing Students to Care for Older Adults in Lower and Middle- Income Countries. A Scoping Review. **Int J Nurs Stud**, n.92, p.121-134, Apr. 2019.
- ADMI, Hanna et al. From research to reality: minimizing the effects of hospitalization on older adults. **Rambam Maimonides Med J**, v.6, n.2, e0017, Apr. 2015.
- AIKEN, Linda H; CLARKE, Sean P; SLOANE, Douglas M. Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. **Nurs Outlook.**, v.50, n.5, p.187-94, Sep-Oct. 2002.
- AIKEN, Linda H; SOCHALSKI, Julie; LAKE, Eileen T. (1997). Studying outcomes of organizational change in health services. **Med Care**, v.35, n.11 Suppl, p.NS6-18, Nov.1997.
- AIKEN, Linda H; SLOANE, Douglas M; SOCHALSKI, Julie. Hospital organisation and outcomes. **Qual Health Care.**, v.7, n.4, p. 222–226, Dec. 1998.
- ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; COLUCI, Marina Zambon Orpinelli. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. saúde coletiva**, v.16, n.7, p. 3061-68, July. 2011.
- ARAÚJO, Marcos Antonio Nunes de, et al. Perfil sociodemográfico dos enfermeiros da rede hospitalar. **Rev enferm UFPE on line.**, v.11, n. Supl.11, p. 4716-25, nov., 2017.
- BACKES, Carolina et al. A prática da contenção em idosos: revisão integrativa. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 32, n. 5, p. 578-583, out. 2019.
- BAIL, Kasia; GREALISH, Laurie. 'Failure to Maintain': A theoretical proposition for a new quality indicator of nurse care rationing for complex older people in hospital. **Int J Nurs Stud**, n.63, p.146-161, Nov. 2016.
- BEATON, Dorcas E. et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of selfreport measures. **Spine (Phila Pa 1976)**, v.25, n.24, p. 3186-3191, Dec. 2000.
- BOLTZ, Marie; CAPEZUTI, Elizabeth; FULMER, Terry. **The NICHE guide: the geriatric resource nurse model**. In: Boltz M, Taylor J, Capezuti E, Fulmer T, editors. **NICHE Planning and Implementation Guide**. Hartford Institute for Geriatric Nursing, p. 45–51, New York, NY. 2010.

BLBASABA, Hazhar Talaat Abubaker; KADIR, Dler Hussein. An Application of Factor Analysis to Identify the Most Effective Reasons that University Students Hate to Read Books. **Int. J. Innov. Manag.**, v. 6, n. 2, 2019.

BOLTZ, Marie et al. Changes in the geriatric care environment associated with NICHE (Nurses Improving Care for Health System Elders) **Geriatr Nurs.**, v.29, n.3, p.176–85, May-Jun. 2008a.

BOLTZ, Marie et al. Hospital nurses' perception of the geriatric nurse practice environment. **J Nurs Scholarsh.** v.40, n.3, p. 282-9. 2008b.

BOLTZ, Marie et al. Factor structure of the geriatric institutional assessment profile's professional issues scales. **Res Gerontol Nurs**, v.3, n.2, p.126-34, Apr. 2010.

BOLTZ, Marie et al. Test retest reliability of the Geriatric Institutional Assessment Profile. **Clin Nurs Res.**, v.18, n.3, p.242-52, Aug. 2009.

BORDIN, Danielle et al. Fatores associados à internação hospitalar de idosos: estudo de base nacional. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 21, n. 4, p. 439-446, Ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática no SUS. SIH/SUS Reduzida** [Internet]. [cited 2016 Ago 15]. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0701&item=1&acao=11>

CAPEZUTI, Elizabeth A.; BRICCOLLI, Barbara; BOLTZ, Marie P. Nurses Improving the Care of Healthsystem Elders: Creating a Sustainable Business Model to Improve Care of Hospitalized Older Adults. **J Am Geriatr Soc**, v.61, n.8, p.1387-93, Aug. 2013.

CAPEZUTI, Elizabeth A. et al. Nurses Improving Care for Healthsystem Elders – a model for optimising the geriatric nursing practice environment. **J Clin Nurs.**, v.21, n.21-22, p.3117-25, Nov. 2012.

CARRETTA, Marisa Basegio; BETTINELLI, Luiz Antonio; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Reflexões sobre o cuidado de enfermagem e a autonomia do ser humano na condição de idoso hospitalizado. **Rev. bras. enferm.**, v.64, n.5, p. 958-962, Oct. 2011.

CHAMPION, Victoria L.; LEACH, Anna. Variables related to research utilization in nursing: an empirical investigation. **J Adv Nurs.**, v.14, n.9, p.705-10, Sep.1989.

CHODOSH, Joshua; WEINER, Michael. Implementing Models of Geriatric Care-Behind the Scenes. **J Am Geriatr Soc.**, v.66, n.2, p.364-66, Feb. 2018.

CONTERNO, Lucieni de Oliveira; LOBO, Juliana Andrade; MASSON, Wallan. Uso excessivo do cateter vesical em pacientes internados em enfermarias de hospital universitário. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 45, n. 5, p. 1089-1096, Oct. 2011.

COURTNEY, Mary; TONG, Shilu; WALSH, Anne. Older patients in the acute care setting: rural and metropolitan nurses' knowledge, attitudes and practices. **Aust J Rural Health**; v.8, n.2, p.94-102. 2000.

DE CARVALHO BARBOSA CAVALCANTE, Andreia Karla et al. Cuidado seguro ao paciente: contribuições da enfermagem. **Rev Cubana Enfermer**, v.31, n.4, Dic. 2015.

DIKKEN, Jeroen; HOOGERDUIJN, Jita G.; LAGERWEY, Mary D.; SHORTRIDGE-BAGGETT, Lillie; KLAASSEN, Sharon; SCHUURMANS, Marieke J. Measurement of nurses' attitudes and knowledge regarding acute care older patients: Psychometrics of the OPACS-US combined with the KOP-Q. **Geriatr Nurs.**; v.38, n.5, p.393-397, Sep-Oct. 2017.

DIKKEN, Jeroen; HOOGERDUIJN, Jita G.; SCHUURMANS, Marieke J. Construct development, description and initial validation of the Knowledge about Older Patients Quiz (KOP-Q) for nurses. **Nurse Educ Today**; v35, n.9:e54-9. Sep. 2015.

DINI, Gal Moreira. **Tradução para a Língua Portuguesa da Adaptação Cultural e Validação da Versão Brasileira da Escala de Auto-Estima de Rosenberg**. 114f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP, São Paulo. 2001.

FAYERS, P.M.; MACHIN, D. **Quality of life**: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes. Chichester, England: John Wiley e Sons, 2007.

FLEISS, Joseph L., COHEN Jacob. The Equivalence of Weighted Kappa and the Intraclass Correlation Coefficient as Measures of Reliability. **Educ. Psychol. Meas.**, v. 33, n. 3, p. 613-619. 1973.

FOX, Mary T. et al. Effectiveness of acute geriatric unit care using acute care for elders components: A systematic review and meta-analysis. **J Am Geriatr Soc.**, v.60, n.2, p. 2237-45, Dec. 2012.

FRIESE, Christopher R. et al. Hospital Nurse Practice Environments and Outcomes for Surgical Oncology Patients. **Health Serv Res.**, v.43, n.4, p.1145-63, Jan. 2008.

FULMER, Terry et al. Nurses Improving Care for Healthsystem Elders (NICHE): using outcomes and benchmarks for evidenced-based practice. **Geriatr Nurs.**, v. 23, n. 3, p. 121-127, May/Jun. 2002.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). **Envelhecimento no século XXI**: celebração e desafio. Resumo Executivo. Nova York: UNFPA, 2012. 7 p

GOES, Roberta Pereira et al. Cuidado hospitalar e surgimento de incontinência urinária em pessoas idosas. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 72, supl. 2, p. 284-293, 2019.

HAIR JUNIOR, Joseph F. et al. *Análise multivariada de dados*. 6 ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/IBGE. **Projeções da população**: Brasil e unidades da federação: revisão 2018 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. – 2. ed. - Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/IBGE. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira 2012. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. 293 p. (Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica, 29).

IZAIAS, Érika Maria et al. Custo e caracterização de infecção hospitalar em idosos. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3395-3402, Aug. 2014 .

KIM, Hongsoo et al. Factor Structure of the Geriatric Care Environment Scale. **Nurs Res.**, v. 56, n.5, p. 339-47, Sep-Oct. 2007.

KIM, Hongsoo et al. The nursing practice environment and nurse-perceived quality of geriatric care in hospitals. *West J Nurs Res.*, v.31, n.4, p. 480-495, Jun. 2009.

KIM, S; KIM, Kisook; KIM, SJ. Identifying and prioritizing topics for evidence-based geriatric nursing practice guidelines in Korea. **Int Nurs Rev.**, v.65, n.4, p.550-58, Dec. 2018.

KOGAN, Nicole. Attitudes toward old people: The development of a scale and an examination of correlates. **J Abnorm Soc Psychol.**; v.62, p.44-54.1961.

KOTTNER, Jan; STREINER David L. **Internal consistency and Cronbach's α : A comment on Beeckman et al. (2010)**, v.47, n.7, p.926-8, Jul. 2010.

KRICHBAUM, Kathleen et al. Facilitated Learning to Advance Geriatrics: Increasing the Capacity of Nurse Faculty to Teach Students About Caring for Older Adults. **Gerontologist**, v.55, suppl 1, p.S154–S164, June. 2015.

LAKE, Eileen T. Development of the practice environment scale of the nursing work index. **Res Nurs Health.**, v.25, n.3, p.176-88, Feb. 2002.

LANDEIRO, Maria José Lumini et al. Tecnologia educacional na gestão de cuidados: perfil tecnológico de enfermeiros de hospitais portugueses. **Rev. esc. enferm. USP**, v.49, n. spe2, p. 150-155, Dec. 2015.

LANDIS, J. Richard; KOCH, Gary G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, v.33, n.1, p.159-174, 1977.

LEITE, Marinês Tambara; GONCALVES, Lucia Hisako Takase. A enfermagem construindo significados a partir de sua interação social com idosos hospitalizados. **Texto contexto - enferm.**, v. 18, n. 1, p. 108-115, Mar. 2009.

MACHADO et al. Aspectos gerais da formação da enfermagem: o perfil da formação dos enfermeiros, técnicos e auxiliares. **Enferm. Foco**, v. 7, n. ESP, p.15-34. 2016.

MARCELINO, Carla Fernanda et al. Validation of the Nursing Work Index-Revised among nursing aides and technicians. **Acta paul. enferm.**, v.27, n.4, p.305-10, Aug. 2014.

MARTINS, Gilberto de Andrade. Sobre Confiabilidade e Validade. **RBGN**, v.8, n.20, p.1-12, Jan/abr. 2006.

MCGRATH, Michele; BOTTI, Mari; REDLEY, Bernice. Clinicians' perceptions and recognition of practice improvement strategies to prevent harms to older people in acute care hospitals. **J Clin Nurs.**, v. 26, n. 23-24, p. 4936-4944, Dec. 2017.

MCKENZIE, J. A. et al. Hospital nurses' perceptions of the geriatric care environment in one Canadian health care region. *J Nurs Scholarsh.*, v. 43, n. 2, p. 181-187, jun. 2011.

MCLAFFERTY, Isabella; MORRISON, Frederic. Attitudes towards hospitalized older adults. **J Adv Nurs.**; v.47, n.4, p.446-453. 2004.

MCQUITTY, Shaun. Statistical power and structural equation models in business research. **J Bus Res**, v.57, n.2, p.175–183. Feb. 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **COVID-19: Notas Técnicas reforçam cuidados com a saúde de pessoas idosas.** Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/7956>. Acesso: 19 de maio de 2020.

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lucia Andrade da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v.19, n.3, p. 507-519, June. 2016.

MONTEIRO, Gina Torres Rego; HORA, Henrique Rego Monteiro. **Pesquisa em saúde pública:** como desenvolver e validar instrumentos de coleta de dados. 1 ed. Curitiba: Appris, 2014.

MONTEIRO, Natália Tonon; CEOLIM, Maria Filomena. Qualidade do sono de idosos no domicílio e na hospitalização. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v.23, n. 2, p. 356-364, June. 2014.

NORUŠIS, Marija J. **SPSS 13.0 Guide to Data Analysis.** Englewood Cliffs: Prentice Hall, 2005.

NUNNALLY Jum C., BERNSTEIN Ira H. **Psychometric theory.** 3 ed. New York: McGraw-Hill; 1994.

PAGOTTO, Valéria; SILVEIRA, Erika Aparecida; VELASCO, Wisley Donizetti. Perfil das hospitalizações e fatores associados em idosos usuários do SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, v.18, n.10, p. 3061-3070, Oct. 2013.

PALMER, Robert M. The Acute Care for Elders Unit Model of Care. **Geriatrics (Basel)**, v.3, n.3, p.59, Sept. 2018.

PARKE, Belinda; HUNTER, Kathleen F. The care of older adults in hospital: if it's common sense why isn't it common practice? **J Clin Nurs.**, v. 23, n.11-12, p. 1573-82, Jun. 2014.

PASQUALI, Luiz. Psicometria. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.43, n.spe, p. 992-999, Dec. 2009.

PASQUALI, Luiz. **Psicometria**: teoria dos testes na psicologia e na educação. 5. ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

PENIDO, Alexandre. Estudo aponta que 75% dos idosos usam apenas o SUS. **Ministério da Saúde**, 2018. Disponível em:

<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44451-estudo-aponta-que-75-dos-idosos-usam-apenas-o-sus>. Acesso: 19 de maio de 2020.

PEREIRA, Fernando de Bortoli; LOPES, Marcos Antonio. Delirium in elderly inpatients admitted to clinical wards Prevalence and investigation of clinical conditions in a Brazilian sample. **Dement. neuropsychol.**, v.12, n.2, p.152-56, June. 2018.

PEREZ, Carla Francine de Andrade; TOURINHO, Francis Solange Vieira; CARVALHO JUNIOR, Paulo Marcondes. Competências no processo de formação do enfermeiro para o cuidado ao envelhecimento: revisão integrativa. **Texto contexto - enferm.**, v.25, n.4, e0300015. 2016.

PERSOON, Anke et al. Development and validation of the Geriatric In-hospital Nursing Care Questionnaire. **J Am Geriatr Soc.**, v.63, n.2, p.327-34, Feb. 2015.

POLIT, Denise F., BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: ArtMed; 2011.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Res Nurs Health**, v.29, n.5, p.489-97, Oct. 2006.

PROCHET, Teresa Cristina et al. Afetividade no processo de cuidar do idoso na compreensão da enfermeira. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 46, n. 1, p. 96-102, Feb. 2012 .

RAYMUNDO, Valéria Pinheiro. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística. **Letras de Hoje**, v. 44, n. 3, p. 86-93, Jul./set. 2009.

RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani et al. O ensino de enfermagem gerontológica nas instituições públicas brasileiras de ensino superior. **Acta paul. enferm.**, v.31, n.3, p.313-320, June. 2018.

ROSA, Paloma Horbach da et al. Estressores vivenciados por idosos hospitalizados na perspectiva do Modelo de Sistemas de Neuman. **Esc. Anna Nery**, v.22, n.4, e20180148, 2018.

RUIZ, Milagros et al. Multi-Morbidity in Hospitalised Older Patients: Who Are the Complex Elderly? **PLoS ONE**, v.10, n.12, e0145372. 2015.

SANTOS, Érick Igor et al. Autonomia profissional e enfermagem: representações de profissionais de saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**; v.38, n.1, e59033, Mar. 2017.

SAPNAS, Kathryn G.; ZELLER, Richard A. Minimizing sample size when using exploratory factor analysis for measurement. **J Nurs Meas**, v.10, n.2, p.135-154, 2002.

SILVA, Magda Carla de Oliveira. **Adaptação cultural do instrument Geriatric Institutional Assessment Profile (GIAP) para o context cultural brasileiro**. 2015. 150f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2015.

SILVA, Manoel Carlos Neri da; MACHADO, Maria Helena. Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.25, n.1, p.7-13, Jan. 2020.

SILVA, Tammy O'Hara Neves et al. Cross-cultural adaptation of an instrument to measure the family-centered care. **Acta paul. enferm.**, v. 28, n. 2, p. 107-112, Apr. 2015.

SINGH, Inderpal et al. Does nurses' education reduce their work-related stress in the care of older people? **J. Clin. Gerontol. Geriatr.** v. 6, n. 1, p. 34-37, Mar. 2015.

SOLOMON, Mildred Z. et al. Decisions near the end of life: professional views on lifesustaining treatments. **Am J Public Health**, v.83, n.1, p. 14-23, Jan.1993.

SOUZA, Ana Cláudia de; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; GUIRARDELLO, Edinêis de Brito. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 26, n. 3, p. 649-659, Sept. 2017.

STACCIARINI, Thaís Santos Guerra; PACE, Ana Emilia. Confirmatory factor analysis of the Appraisal of Self-Care Agency Scale - Revised. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.25, e2856. 2017.

STEELE, Julia S. Current Evidence Regarding Models of Acute Care for Hospitalized Geriatric Patients. **Geriatr Nurs**, v.31, n.5, p.331-47, Sep-Oct. 2010.

TABACHNICK, Barbara G.; FIDELL, Linda S. **Using multivariate analysis**. 5. ed. – New York: Allyn e Bacon, 2007

TAVARES, Darlene Mara dos Santos; DIAS, Flavia Aparecida. Functional capacity, morbidities and quality of life of the elderly. **Texto contexto - enferm.**, v. 21, n.1, p.112-120, Mar. 2012.

TAVARES, João Paulo de Almeida. **Avaliação do perfil de cuidado de enfermagem geriátrico em hospitais de Portugal**. 2014. 319f. Tese (Doutorado) – Universidade de Aveiro, Aveiro. 2014.

TAVARES, João Paulo de Almeida; SILVA, Alcione Leite. Cuidado de enfermagem geriátrica: um projecto emergente. **Revista Transdisciplinar de Gerontologia**, Ano V, v. IV, n. 2, p. 5-15, Ago/Dez. 2011.

TAVARES João Paulo de Almeida; SILVA, Alcione Leite. Use of the Geriatric Institutional Assessment Profile: an integrative review. **Res Gerontol Nurs.**, v.6, n.3, p.209-20, Jul. 2013.

TAVARES, João Paulo de Almeida et al. Validation of geriatric care environment scale in portuguese nurses. **Curr Gerontol Geriatr Res.**; v. 2013, p.1-9. 2013.

UMANN, Juliane et al. Aplicações da modelagem de equações estruturais na enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf.**, v.19, a51. 2017.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. Population Division (2019). **World Population Ageing 2019**: Highlights (ST/ESA/SER.A/430).

VAN BOGAERT, Peter et al. Hospital nurse practice environment, burnout, job outcomes and quality of care: test of a structural equation model. **J Adv Nurs.**, v.65, n.10, p.2175-85, Sep. 2009.

WARSHAWSKY, Nora E.; HAVENS, Donna Sullivan. Global use of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. **Nurs Res.**, v.60, n.1, p.17-31, Jan-Feb. 2011.

WEISSHEIMER, Anne Marie. **Tradução, adaptação transcultural e validação para uso no Brasil do instrumento *Prenatal Psychosocial Profile***. 2007. 133f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto. 2015.

WONG, Ken S.; RYAN, David P.; LIU, Barbara A. A system-wide analysis using a senior-friendly hospital framework identifies current practices and opportunities for improvement in the care of hospitalized older adults. **J Am Geriatr Soc**, v.62, n.11, p.2163-70, Nov. 2014.

ZANDONAI, Alexandra Paola. **Adaptação transcultural e validação do instrumento *Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy Assessment Tool (CIPNAT)* para o Brasil**. 2015. 199f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto. 2015.

APÊNDICES

HOW ARE THE NURSING CARE PROVIDED TO HOSPITALIZED ELDERLY?

Cinara Maria Feitosa Beleza^{1*}, Fabiana Ferraz Queiroga Freitas², Sônia Maria Soares³

1. Universidade Federal do Piauí, Picos, Piauí, Brazil.

2. Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeira, Paraíba, Brazil.

3. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil.

*Correspondence

Universidade Federal do Piauí

Campus Picos

R. Cícero Duarte, nº 905 - Junco, Picos - PI, 64607-670, Brazil

ABSTRACT

This text aims to identify evidence available in the literature on nursing care for hospitalized elderly. This is an integrative review, with publications between 2013 and 2019, indexed in the electronic databases BDENF, CINAHL, LILACS, PubMed and Web of Science. From the inclusion criteria established, 20 articles were selected. The articles allowed the results to be organized into three thematic categories: perceptions of the elderly about nursing care; practice environment and the main difficulties perceived by nurses; and nursing care and strategies directed to geriatric specificities. We conclude that the studies showed that there is a massification of nursing procedures and guidelines in order to meet the demand for services.

Descriptors: Nursing Care; Aged; Health of the Elderly; Hospitalization; Nursing.

INTRODUCTION

Health care practices are built through various customs, which, influenced by social institutions, go beyond the attitudes of human beings; represent a conduct of service, accountability and affective involvement with each other. And nursing has in care the central focus of its actions. The services provided by these professionals in hospital institutions represent about 90.0% of health care; a significant contribution to its quality and effectiveness. However, the continuity of this care remains low, with nursing decisions mainly managed by resource constraints and time management⁽¹⁻²⁾.



The care of the elderly is complex, when hospitalized, their stay is commonly complicated by syndromes such as delirium, functional decline, falls, incontinence, pressure injuries, drug iatrogeny and family insufficiency; representing the interaction between frailty, acute illness or surgery and hospital environment. In addition, they are associated with longer hospitalizations, increased dependency and increased risk of institutional care and death⁽³⁻⁴⁾.

The field of gerontology research therefore needs to understand and act on nursing work environments, which should be designed to recognize the different profiles of elderly patients, and adopt practices that favor mobility, hydration, nutrition, care. and communication in the midst of acute care interventions. Therefore, the objective is to identify evidence available in the literature about nursing care for the hospitalized elderly.

Methods

This is an integrative review, conducted from October 2018 to January 2019. The steps proposed by the adopted theoretical-methodological framework were: choice and definition of theme; establishment of criteria for inclusion and exclusion of studies; definition of the information to be extracted from the selected studies; evaluation of included studies; interpretation of results and presentation of the review ⁽⁵⁾.

To guide this review, the following question was asked: How are nursing care for the hospitalized elderly configured, according to the perception of the elderly and nurses? For this, the strategy was used: the following structure, in which: P (problem situation, participants or context - hospitalized elderly); V (study variables: nursing care); O (expected result) - identify, describe and analyze studies according to the perception of the elderly and nurses ⁽⁶⁾.

The Medical Subject Headings (MeSH) and Health Descriptors (Descritores em saúde -DeCS in portuguese) descriptors, in Portuguese, English and Spanish were used for online searches in the National Center for Biotechnology Information (PubMed), Web of Science, Current Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAH), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) and Base de Dados de Enfermagem (BDENF): Pubmed, LILACS and BDENF: ((MH:E02.760.611 OR MH:N02.421.533 OR "Cuidados de Enfermagem" OR "Nursing Care" OR "Atención de Enfermería" OR "Cuidado de Enfermagem" OR "Assistência de



Enfermagem") AND (MH:E02.760.400* OR Hospitalização OR Hospitalization OR Hospitalización OR internação)) AND (MH:M01.060.116.100* OR idoso OR Ancian* OR "old people" OR "tercera edad" OR "terceira idade" OR elderly OR Aged). CINAHL and Web of Science: ("Nursing Care" AND Hospitalization) AND (Aged OR Elderly).

Inclusion criteria were: complete and fully available primary studies published in the last five years. Experience reports, reflection studies, literature reviews, case studies, letters, opinion articles, comments, annals, essays, dossiers, official documents, theses, dissertations and books were excluded. Duplicate publications were considered only once. Initially, the analysis of titles and abstracts was performed independently. The decision on whether or not to include articles with controversial evaluation was made by consensus between the two authors. The selected articles were read in full and included those that answered the guiding question. Data extraction from the articles included in the integrative review was based on a data collection instrument. The topics of interest addressed in the instrument were: article title, year of publication, language, country of origin of the publication, database, objective, method, results, conclusions and level of evidence. The strategy of searching studies in the databases is described in Figure 1.

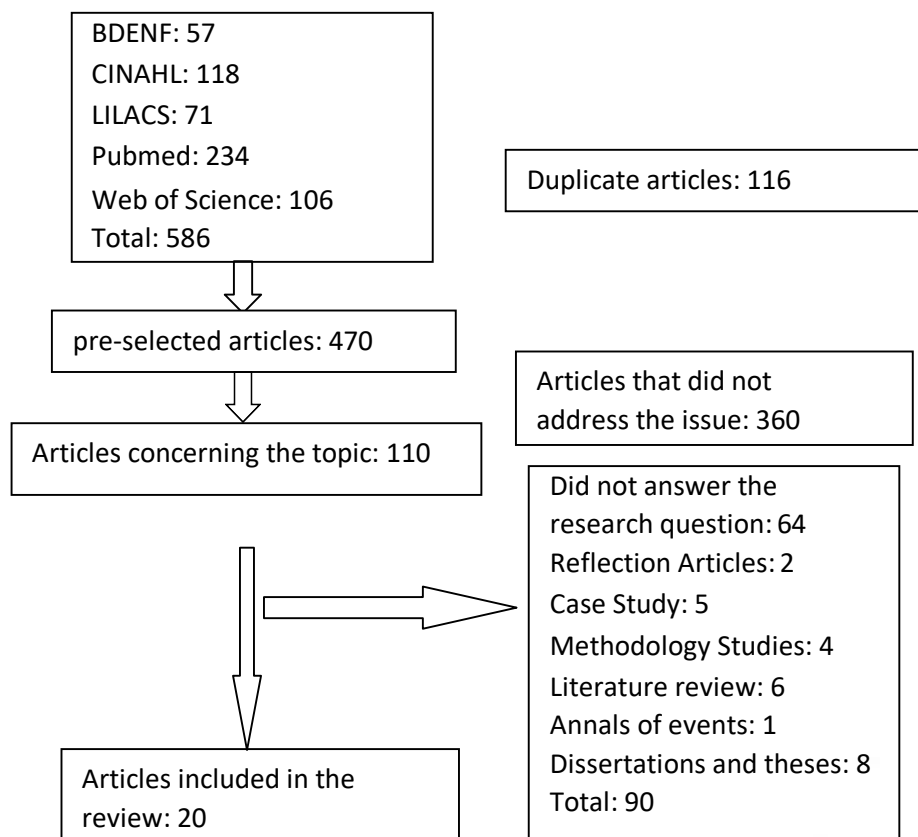


Figure 1 - Flowchart for study selection.

RESULTS

The theoretical exploration in the literature has resulted in 20 publications. Most published in English (n = 15, 75%), with a predominance of research conducted in Canada and Brazil (n = 5, 25% in each country). They were published mainly in 2016 and 2014 (n = 4, 20% each year). The studies were selected and classified according to the level of evidence (7). Thus, it was identified that of the 20 publications, nineteen were classified in level VI. Figure 2 presents a synthesis of the main characteristics of the studies.

Authors	Country / Year	Type of Study / Level of Evidence
Dahlke S, Baumbusch J ⁽³⁾	Canada (2015)	Exploratory Study / Level VI
Zisberg A et al. ⁽⁸⁾	Israel (2015)	Cohort Study / Level IV
Lima Junior JRM et al. ⁽⁹⁾	Brazil (2016)	Cross-sectional study / Level VI
Koskeniemi J et al. ⁽¹⁰⁾	Finland (2018)	Cross-sectional study / Level VI
Canzan F et al. ⁽¹¹⁾	Italy (2014)	Descriptive Study / Level VI
Brooks Carthon JM et al. ⁽¹²⁾	USA (2017)	Descriptive Study / Level VI
Guzman AB de et al. ⁽¹³⁾	Philippines (2014)	Cross-sectional study / Level VI
Sanguino GZ et al. ⁽¹⁴⁾	Brazil (2018)	Descriptive Study / Level VI
Souza AS et al. ⁽¹⁵⁾	Brazil (2013)	Exploratory Study / Level VI
de Almeida Tavares JP et al. ⁽¹⁶⁾	Portugal (2014)	Cross-sectional study / Level VI
Deasey D et al. ⁽¹⁷⁾	Australia (2018)	Cross-sectional study / Level VI
Nilsson A et al. ⁽¹⁸⁾	Sweden (2016)	Exploratory Study / Level VI
Baumbusch J et al. ⁽¹⁹⁾	Canada (2016)	Exploratory Study / Level VI
Fox MT, Butler JI ⁽²⁰⁾	Canada (2016)	Exploratory Study / Level VI
Tavares J, da Silva AL ⁽²¹⁾	Brazil (2013)	Exploratory-descriptive study / Level VI
Dahlke S et al. ⁽²²⁾	Canada (2017)	Cross-sectional study / Level VI
Dahlke SA et al. ⁽²³⁾	Canada (2014)	Exploratory Study / Level VI



Eloranta S et al.(24)	Finland (2013)	Cross-sectional study / Level VI
Dias KCCO et al.(25)	Brazil (2015)	Exploratory Study / Level VI
Redley B, Baker T(26)	Australia (2019)	Cross-sectional study / Level VI

Figure 2 – Distribution of publications according to title, year of publication, country of study, and study design.

Figure 3 presents the main results of the articles found in this review. The studies evaluated the perceptions of the elderly about nursing care; the practice environment; difficulties in nursing care; and strategies directed to geriatric specificities.

Main results
Nurses are mainly responsible for patients in the units (3).
Decline in functioning was the predictor of greater satisfaction with care (8).
There was a good satisfaction rate of the elderly with nursing care (4.58), with a higher mean related to the trust domain (4.61) and lower in the educational domain (4.53) (9).
For the elderly, nurses should show interest in their points of view and support their individual capacities (10).
For patients, care exists when they see loving gestures, attention. For nurses, it involves actions such as assessing the care provided, dealing with the context (11).
Participants exemplify neglected care, miscommunication, and inadequate pain management (12).
The uniform was identified as the most important factor, followed by empathy, waiting time of 10 minutes or less, and maintaining eye contact(13).
Care presents difficulties, such as absence of companion, inadequate environment, scarce training, polymorbidity and ethical issues(14).
The service is linked to the rules of different sectors, associated with difficulties such as: improper infrastructure, few beds and incapacity for gerontogeriatric care(15).
The service is linked to the rules of different sectors, associated with difficulties such as: improper infrastructure, few beds and incapacity for gerontogeriatric care(16).
Nurses give little attention to basic care needs (17).
Caring for the elderly with cognitive impairment and the sick was considered too complex



(18).
Nurses recognize older people's needs but work in inadequate hospitals (19).
The emphasis of hospitals is to move older people quickly through the system (20).
Care for the elderly is negatively experienced (21).
Elderly functionality was reduced by prioritizing medical tasks and immobilizing them (22).
The nurses' priority was to keep their patients safe (23).
About a third of nurses reported making decisions about patient care and not respecting their autonomy when they are unable to assess (24).
Nurses point to welcoming as the main strategy to humanize care for the hospitalized elderly, with respect to the values and identity of the individual, and valuing communication(25).
Assessment of skin integrity, mobility and pain were the most documented gaps in injury prevention (26).

Figure 3 - Articles according to primary objective and main results.

Elderly perceptions about nursing care

Studies show a high rate of satisfaction with nursing care and respect for care(8-10). The elderly appreciated nurses who provide individualized care; have positive attitudes; are sensitive to the specifics of aging; and keep them informed about their clinical condition, medications or procedures(9,11-13). However, a culture of neglect was also observed, with reports of unmet care needs, as well as devaluation of their opinions and unpreparedness for the transition from hospital to home (10,12). These negative associations were found mainly in very elderly and depressed elderly (8).

Practice environment and the main difficulties perceived by nurses

The studies revealed different difficulties reported by nurses in the care process for the hospitalized elderly, such as: absence or lack of collaboration of the companion during the hospitalization period; inadequate hospital structure; existence of neurological diseases; care overload and scarce professional training in the health area of the elderly (14-18). In addition, the emphasis in hospitals is on moving older people quickly through the system rather than supporting their functional capacity(19-21).



The nurses mentioned as the main safety measures: prevent falls, removal of medical equipment and minimization of interruption through restriction of wandering(22-23). And they pay more attention to the opinions of family members than those of patients(24).

Nursing care strategies directed to geriatric specificities

The nurses stated that it is particularly important to work together with an interdisciplinary team when caring for an elderly population, due to the complexity of health care that requires different knowledge and practices(4,15,22-23).

To humanize the care for the elderly, they suggest welcoming; individualized nursing care; respect for autonomy and individuality; valorization of communication; continuity of care; and managers that facilitate nurses' instrumentalization for function-focused care(15-16,23,25). The apparent need to improve hospital care has led to the development of some nursing strategies, such as the application of mnemonic *Have you SCAND MMe Please?*(26).

Discussion

Nursing care, in addition to focusing on the needs of this age group, needs to take into account its peculiarities. Technical-professional competence influences the satisfaction of hospitalized patients, as well as the maintenance of scientific care and respect for their needs. However, the elderly valued more visible, social, emotional and tangible aspects of nursing actions such as smiling and acts of kindness. They appreciate nurses who treat them with dignity, show respect for their emotions and values, and pay attention to their physical difficulties through loving gestures (9,11).

The use of light technologies is cited in the National Humanization Policy as indispensable to boost the implementation of an inclusive, democratic, resolute and welcoming Unified Health System. This implies the involvement of nurses and the use of relationships as a technology, centered on listening and the satisfaction of mutual interests. Thus, the recognition of individual singular needs is expanded and, at the same time, autonomy for decision making is promoted(27).

Nurses point out numerous adversities in the provision of care to the elderly, with the majority described outside their professional practice. However, ethical problems



such as violation of the rights of the elderly, difficulties in dealing with behavioral and psychological symptoms of dementia and / or delirium, and poor specific training have emerged in the literature⁽²¹⁾. Another issue is the absence or lack of collaboration of family members and caregivers during the hospitalization period. It is essential that nurses understand the limits of their performance, since care is not the responsibility of the companion ⁽¹⁴⁾.

Hospital discharge is a critical transition for the elderly patient, which requires individual planning to improve the efficiency and quality of care. However, this is an event that involves high workloads and time constraints, with several interventions to be performed shortly before the patient leaves the hospital. Therefore, positive communication standards are needed for nurses to work in partnership with elderly patients and their families to help prevent and manage geriatric syndromes at discharge and other critical moments in the care process⁽²⁸⁾.

Nursing teams have been characterized by a variety of skills without an obvious articulation of the care needs of elderly patients⁽²³⁾. Thus, nurses are observed who construct a definition of patient safety risk focused only on medical tasks, and minimize their involvement with the physical needs and skills of the elderly. And when this happens, they often delegate such tasks to less educated staff members ⁽²²⁾. It is therefore suggested to support professional esteem and raise the profile of nurses who choose to work with older people as a useful strategy to improve perceptions of this practice area ⁽¹⁹⁾.

Nurses recognize that the knowledge of the preferences of the elderly is an ideal of care, but in practice, they are required to work routinely. The environment also imposes economic, time and personnel constraints on caregiving⁽²⁴⁾. Given this, welcoming is the main strategy to humanize care, through the concern with care attitudes and shared decision making focusing on patients' wishes and expectations. Another strategy concerns the use of Nursing Care Systematization, which requires specific knowledge and skills about the aging process^(10,25,29).

Geriatric education in clinical settings is necessary to promote more positive attitudes. Nurses with skills and expertise could coordinate quality improvement activities and oversee the implementation of effective education methods, structures and ways of presenting information, with geriatric evidence based on clinical practice⁽¹⁶⁾.



However, this work is largely invisible and, for the most part, not supported by health agencies (23). Nurses would consider their role more rewarding if they understood how to plan, implement and deliver better quality care for the elderly and their families(30).

Therefore, work based on collaborative interprofessional practice is considered the best approach to care due to the complexity of health care for the elderly, allowing greater security in nursing care and facilitating assertive decision making. With positive effects associated with the effectiveness of care, reduced therapeutic duplication and length of hospitalization(15).

Conclusion

Nursing care is not homogeneous, however, aspects of education based on interpersonal skills and individualized attention are highly valued by the elderly. However, lack of knowledge, discontinuity of care, work overload and the medicalized physical environment present challenges. Thus, the use of tools that can monitor geriatric nursing practices is increasingly important.

References

1. Vera MG, Merighi MAB, Conz CA, Silva MH, Jesus MCP, González LAM. Primary health care: the experience of nurses. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2018 [cited 2019 Sep 24] ; 71(Suppl 1): 531-537.
2. Amaral AFS, Ferreira PL. Influência do ambiente da prática nos resultados dos cuidados de enfermagem. *Rev Investig Enferm.* 2013; 5(2):66-74.
3. Dahlke S, Baumbusch J. Nursing teams caring for hospitalised older adults. *J Clin Nurs.* 2015; 24(21-22):3177-85. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.12961>
4. Mudge AM, Banks MD, Barnett AG, Blackberry I, Graves N, Green T, et al. CHERISH (collaboration for hospitalised elders reducing the impact of stays in hospital): protocol for a multi-site improvement program to reduce geriatric syndromes in older inpatients. *BMC Geriatr.* 2017; 17(1):11. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-016-03997>
5. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(4):758-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>



6. Souza PBM, Mendes, Ramos MS, Pontes FAR, Silva SSC. Coparentalidade: um estudo de revisão sistemática de literatura. *Estilos Clin.* 2016; 21(3):700-20. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v21i3p700-720>
7. Galvão CM. Evidence hierarchies. *Acta Paul Enferm.* 2006; 19(2):5. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002006000200001>
8. Zisberg A, Zlotnick C, Gur-Yaish N, Admi H, Sinoff G, Shadmi E. Functional decline and satisfaction with nursing care among older hospitalized adults. *Int J Nurs Pract.* 2015; 21(5):645-52. doi: <https://doi.org/10.1111/ijn.12289>
9. Lima Junior JRM, Sardinha AHL, Gonçalves LHT, Coutinho NPS, Pasklan ANP, Santos MA dos. Cuidados de enfermagem e satisfação de idosos hospitalizados. *Mundo Saúde.* 2016; 39(4):419-32. doi: <https://doi.org/10.15343/0104-7809.20153904419432>
10. Koskeniemi J, Leino-Kilpi H, Puukka P, Stolt M, Suhonen R. Being respected by nurses: Measuring older patients' perceptions. *Int J Older People Nurs.* 2018; 13(3):e12197. doi: <https://doi.org/10.1111/opn.12197>
11. Riviere, M. Core elements of the interpersonal care relationship between nurses and older patients during their stay at the hospital: a mixed-methods systematic review. *International J Nurs Studies.* 92(2019): 154-172.
12. Brooks Carthon JM, Rearden J, Pancir D, Gamble K, Rothwell H. "They're on the fast track": older blacks describe experiences of nursing care quality during hospitalization. *Clin Nurs Res.* 2017; 26(5):557-75. doi: <https://doi.org/10.1177/1054773816674478>
13. Guzman AB, Joson GCD, Lagrisola MCC, Lagutao BJP, Lascano JAH. Nursing care preferences among Filipino elderly: a conjoint analysis. *educational gerontology.* 2015; 41(1):14-26. doi: <https://doi.org/10.1080/03601277.2014.882115>
14. Sanguino GZ, Previato GF, Silva AF, Meireles VC, Góes HLF, Baldissera VDA. The nursing work in care of hospitalized elderly: limits and particularities. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online.* 2018; 10(1):160-66. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.160-166>
15. Souza AS, Andrade CC, Reis Junior AP, Meira EC, Menezes MR de, Gonçalves LHT. Service hospitalized elderly: perceptions of health professionals. *Ciênc Cuid Saúde.* 2013; 12(2):274-81. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v12i2.18999>



16. Almeida JPT, Silva AL, Sá-Couto P, Boltz M, Capezuti E. Portuguese nurses' knowledge of and attitudes toward hospitalized older adults. *Scand J Caring Sci.* 2015; 29(1):51-61. doi: <https://doi.org/10.1111/scs.12124>
17. Deasey D, Kable A, Jeong S. An exploration of emergency nurses' understanding of the ageing process and knowledge of their older patient: A comparison between regional and metropolitan nurses in Australia. *Int Emerg Nurs.* 2018; 37:44-51. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.03.004>
18. Nilsson A, Rasmussen BH, Edvardsson D. A threat to our integrity-Meanings of providing nursing care for older patients with cognitive impairment in acute care settings. *Scand J Caring Sci.* 2016; 30(1):48-56. doi: <https://doi.org/10.1111/scs.12220>
19. Baumbusch J, Leblanc ME, Shaw M, Kjørven M. Factors influencing nurses' readiness to care for hospitalised older people. *Int J Older People Nurs.* 2016; 11(2):149-59. doi: <https://doi.org/10.1111/opn.12109>
20. Fox MT, Butler JI. Nurses' perspectives on how operational leaders influence function-focused care for hospitalised older people. *J Nurs Manag.* 2016; 24(8):1119-29. doi: <https://doi.org/10.1111/jonm.12421>
21. Tavares J, Silva AL. Obstáculos no cuidado às pessoas idosas hospitalizadas: percepções de enfermeiros(as). *Kairós Gerontol.* 2013; 16(3):21-39. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/18520>
22. Dahlke S, Hall WA, Baumbusch J. Constructing definitions of safety risks while nurses care for hospitalised older people: Secondary analysis of qualitative data. *Int J Older People Nurs.* 2017; 12(3):e12148. doi: <https://doi.org/10.1111/opn.12148>
23. Dahlke SA, Phinney A, Hall WA, Rodney P, Baumbusch J. Orchestrating care: nursing practice with hospitalised older adults. *Int J Older People Nurs.* 2015; 10(4):252-62. doi: <https://doi.org/10.1111/opn.12148>
24. Eloranta S, Arve S, Isoaho H, Aro I, Kalam-Salminen L, Routasalod P. Finnish nurses' perceptions of care of older patients. *Int J Nurs Pract.* 2014; 20(2):204-11. doi: <https://doi.org/10.1111/ijn.12137>
25. Dias KCCO, Lopes MEL, França ISX de, Batista PSS, Batista JBV, Sousa FS de. Strategies to humanize the care of hospitalized elderly: study with assistant nurses. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online.* 2015; 7(1):1832-46. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1832-1846>



26. Redley B, Baker T. Have you SCAND MMe Please? A framework to prevent harm during acute hospitalisation of older persons: A retrospective audit. *J Clin Nurs.* 2019; 28(3-4):560-74. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.14650>
27. Marinho PML, Carvalho TA, Mattos MCT, Llapa-Rodríguez EO, Campos MPA. Prevalence of the use of light technologies by the nursing staff of a state hospital. *Rev Rene.* 2017; 18(4):445-52. doi: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2017000400004>
28. Facchinetti G, Ianni A, Piredda M, Marchetti A, D'Angelo D, Dhurata I, et al. Discharge of older patients with chronic diseases: What nurses do and what they record. An observational study. *J Clin Nurs.* 2019; 28(9-10):1719-27. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.14782>
29. Lira LN, Santos SSC, Vidal DAS, Gautério DP, Tomaschewski-Barlem JG, Piexak DR. Diagnósticos e prescrições de enfermagem para idosos em situação hospitalar. *Av Enferm.* 2015; 33(2):251-60. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n2.30762>
30. Tavares JP, Silva AL, Sá-Couto P, Boltz M, Capezuti E. Validation of Geriatric Care Environment Scale in Portuguese nurses. *Curr Gerontol Geriatr Res.* 2013; 2013:426596. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/426596>

APÊNDICE B - Artigo publicado na Revista Brasileira de Enfermagem



Tradução e validação de conteúdo do *Geriatric Institutional Assessment Profile* para Brasil

Magda Carla de Oliveira Souza e Silva¹

ORCID: 0000-0002-0914-9261

Cinara Maria Feitosa Beleza¹

ORCID: 0000-0001-6523-149X

Sônia Maria Soares¹

ORCID: 0000-0003-3161-717X

¹Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Belo Horizonte-MG, Brasil.

Como citar este artigo:

Silva MCOS, Beleza CMF, Soares SM. Adaptação cultural do Geriatric Institutional Assessment Profile para uso no Brasil. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019;72(Suppl 3):00-00. [Thematic Issue: Health of the Elderly] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0602>

Submissão: 27-03-2018

Aprovação: 23-09-2018

RESUMO

Objetivo: descrever o processo de adaptação e validação de conteúdo do Geriatric Institutional Assessment Profile (GIAP) para enfermeiros que atuam no cuidado ao idoso em hospitais brasileiros. **Método:** estudo metodológico realizado em cinco etapas: tradução inicial, síntese da tradução inicial, retrotradução, avaliação pelo comitê de juízes e préteste para adaptação cultural do instrumento. **Resultados:** A avaliação do instrumento apresentou boa concordância entre os juízes, com validade de conteúdo geral de 0,94. Os itens da versão traduzida avaliados como insatisfatórios pelos juízes foram reformulados com base nas ponderações dos profissionais de cada grupo. Participaram do pré-teste 31 sujeitos que consideraram o instrumento de fácil

compreensão e sugeriram pequenas adequações em alguns itens. **Conclusão:** Considera-se adaptado e validado o conteúdo do GIAP para a versão brasileira, com potencial utilização em instituições hospitalares. O próximo passo será submeter o instrumento ao processo de avaliação de suas propriedades psicométricas para uso em populações brasileiras

Descritores: Tradução; Estudos de Validação; Idoso; Enfermagem; Comparação Transcultural.

Descriptors: Translating; Validation Studies; Aged; Nursing; Cross-Cultural Comparison.

Descriptores: Traducción; Estudios de Validación; Anciano; Enfermería; Comparación Transcultural.

AUTOR CORRESPONDENTE **Cinara Maria Feitosa Beleza** E-mail: cinara.maria@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Os idosos representam a maior demanda por serviços de saúde, realidade que tende a se tornar mais intensa devido ao aumento da longevidade, com internações hospitalares mais frequentes e por maior tempo na comparação com a população jovem. A prevalência anual de hospitalizações desse grupo etário varia entre os países: 10% no Japão, 14% no Reino Unido, 16% na Alemanha e 18% nos Estados Unidos e Canadá⁽¹⁾. No Brasil, no período de 2002 a 2011, ocorreram 20.590.599 internações hospitalares de idosos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Na época, eles representavam 16,11% da população e contribuíram para 27,85% das internações e 36,47% dos recursos pagos por elas⁽²⁾. Além disso, os idosos internados sofrem redução significativa da funcionalidade e, frequentemente, recebem alta com capacidade inferior à condição funcional de admissão⁽³⁾.

Esse declínio funcional pode ser potencializado por práticas hospitalares que envolvem assistência não especializada, imobilidade no leito, uso de psicofármacos, aplicação de sonda vesical, além de outros fatores⁽⁴⁾. Nota-se carência de profissionais capacitados e com conhecimentos para lidar com essas especificidades, assim como de hospitais que sigam práticas institucionais e administrativas e disponham de recursos educacionais capazes de melhorar o cuidado ao idoso⁽⁵⁻⁶⁾.

Logo, há necessidade de mudanças e inovações nos paradigmas de atenção à saúde, o que requer estruturas criativas, com propostas e ações diferenciadas nesse atendimento. A implementação de medidas eficazes de modelos geriátricos de cuidados, fundamentados por teorias e modelos baseados em evidências, possibilita aperfeiçoar esse cuidado, reduzir custos hospitalares, melhorar a capacidade funcional e diminuir o tempo de internação, além de ser um ponto de intercessão central para um cuidado interdisciplinar⁽⁶⁻⁷⁾.

Para tanto, o *Nurses Improving Care for Healthsystem Elders (NICHE)*, um programa norte-americano que atua em hospitais e organizações de saúde para melhorar o cuidado ao idoso, criou o *Geriatric Institutional Assessment Profile (GIAP)*. Trata-se de um instrumento desenvolvido com base em protocolos de práticas desenvolvidos por especialistas durante a ampliação do projeto NICHE e nos estudos de Champion e Leach⁽⁸⁾ e Solomon et al⁽⁹⁾. É usado por hospitais para avaliar o uso apropriado de tratamentos, o conhecimento de síndromes geriátricas e os atributos organizacionais relevantes para essa assistência, segundo informações fornecidas pelos enfermeiros⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

O GIAP é um instrumento autoadministrado, válido e confiável; o coeficiente alfa de Cronbach varia de 0,60 a 0,94⁽¹¹⁻¹²⁾. Já foi utilizado em países como Canadá, Holanda, Singapura e Portugal, tendo sido neste último traduzido, adaptado e validado⁽¹³⁾. O GIAP é constituído por questões que incluem informações demográficas, quatro subescalas de percepção sobre o ambiente de prática com cuidados geriátricos, seis subescalas direcionadas a questões profissionais e uma acerca do conhecimento em Enfermagem Geriátrica⁽¹⁴⁾. No Brasil, não existem instrumentos oficiais semelhantes que promovam essa avaliação.

Assim, um grupo de pesquisadores da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) buscou, em parceria com a Escola de Enfermagem Rory Meyers da Universidade de Nova York, autorização para acesso ao GIAP, a fim de viabilizar estudos que avaliem e comparem o atendimento hospitalar ao idoso, e, também, para sistematizar conhecimentos, atitudes e percepções sobre as melhores práticas aos profissionais de saúde. Este artigo é oriundo de uma dissertação de mestrado.

OBJETIVO

Descrever o processo de adaptação do GIAP para a língua portuguesa do Brasil, assim como estabelecer a validade de conteúdo e de face.

MÉTODO

Aspectos éticos

Previamente à realização deste estudo, obteve-se autorização da coordenação do NICHE, gerenciado pela Dra. Barbara Bricoli, além de aprovação tanto do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais quanto do Comitê de Ética da instituição onde os dados preliminares foram coletados.

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de um estudo metodológico, em que foram utilizadas as diretrizes de Beaton⁽¹⁵⁾. O processo contemplou cinco etapas: tradução, síntese das traduções, retrotradução (*back translation*) comitê de especialistas e pré-teste.

O pré-teste foi aplicado em um hospital de grande porte localizado na capital de Minas Gerias, Belo Horizonte, no mês de junho de 2017.

Amostra e critérios de inclusão

Participaram do pré-teste 31 enfermeiros. O tamanho da amostra seguiu o recomendado por Beaton⁽¹⁵⁾. Constituíram critérios de inclusão: ser enfermeiro; possuir experiência clínica; ter o português como língua nativa; e estar inserido na instituição participante em unidades médicas especializadas. Foram excluídos enfermeiros que trabalhavam em unidades que assistiam principalmente adultos mais jovens ou crianças e aqueles em cargos de gerentes e supervisores de enfermagem.

Protocolo do estudo

A versão do GIAP cedida pelo NICHE contém 25 questões, avaliadas em uma escala tipo Likert de 4 pontos, na qual escores mais altos indicam ambiente de prática favorável e melhores conhecimentos e atitudes dos enfermeiros. Trata-se de um instrumento composto por 133 itens que analisam as características da unidade/hospital e demográficas/profissionais dos entrevistados, além de três escalas principais. A Escala de Conhecimento/Atitudes de Enfermagem Geriátrica avalia o conhecimento do enfermeiro e suas atitudes em relação a quatro síndromes geriátricas comuns: úlceras por pressão, incontinência, uso de contenções e distúrbios do sono. A Escala de Ambiente de Cuidados Geriátricos (ACG) investiga características organizacionais que promovem ou dificultam o ACG; é composta de quatro subescalas: disponibilidade de recursos; prestação de cuidados sensíveis à idade; valores institucionais relacionados aos idosos e à equipe e continuidade dos cuidados. Já a escala de Questões Profissional (QP) analisa aspectos interpessoais e coordenativos da prática profissional, sendo composta de seis subescalas: discordâncias entre a equipe/família/paciente em relação ao tratamento de síndromes geriátricas comuns; vulnerabilidade legal percebida relacionada às úlceras por pressão, quedas, uso de restrições, infecção hospitalar e lesões relacionadas a medicamentos sedativos; sobrecarga causada por comportamentos perturbadores; discordância da equipe em relação ao tratamento de síndromes geriátricas comuns; percepção de comportamentos perturbadores e utilização de serviços geriátricos⁽¹⁶⁾.

Inicialmente, procedeu-se à tradução para o português brasileiro por dois tradutores bilíngues⁽¹⁵⁾. A primeira tradução (T1) foi realizada por um doutor em *Research and Theory Development*, mestre em Enfermagem, com experiência na tradução e adaptação de documentos da área de saúde. Ele foi orientado sobre os conceitos contidos no instrumento e sua finalidade. A segunda tradução (T2) ficou sob responsabilidade de um licenciado em Letras – Língua Estrangeira (UFMG), sem conhecimento específico da área. Foram elaboradas, então, duas versões em

português, as quais foram comparadas e, após, geraram uma versão-síntese (T12), desenvolvida pelos dois tradutores e a pesquisadora⁽¹⁵⁾. Esta passou pela revisão de um avaliador, doutor em saúde pública e pós-doutorado na área de saúde do idoso. O mesmo estava ciente dos objetivos da pesquisa, em posse da versão original do GIAP e de T1, T2 e T12. Após revisar o documento, o avaliador considerou as traduções equivalentes e a síntese adequada. Esta foi então retrotraduzida por dois tradutores que tinham o inglês como língua nativa, e a retrotradução (RT) submetida a uma revisão de equivalência semântica por um professor doutor em Letras, especializado em tradução e adaptação de instrumentos. Obteve-se, assim, uma versão consolidada⁽¹⁵⁾.

Esta versão foi examinada por um comitê interdisciplinar de juízes, responsáveis por analisar todas as versões do instrumento originadas durante o processo. O objetivo foi contribuir para a formação de uma versão pré-final adaptada culturalmente ao contexto brasileiro⁽¹⁵⁾. A escolha desses profissionais ocorreu por conveniência, não aleatória, uma vez que foram selecionados por serem ligados ao tema⁽¹⁷⁾. Os critérios de inclusão para compor o Comitê foram: ter conhecimento na área de cuidado ao idoso, possuir experiência em docência, domínio do idioma inglês e conhecimento sobre o processo de adaptação cultural de instrumentos. Os critérios de exclusão foram: apresentar preenchimento incorreto dos formulários e/ou instrumentos, não participar de três ou mais rodadas de opiniões.

Compuseram o comitê de juízes deste estudo quatro doutores e dois mestres em Enfermagem; um doutor em Gerontologia e Geriatria; uma professora de inglês, com sete anos de experiência na função; uma psicóloga, especialista em gerontologia; e uma enfermeira, especialista em geriatria (assistência e pesquisa), todos com domínio do idioma inglês⁽¹⁵⁾. O comitê de juízes totalizou, portanto, 10 integrantes.

Cada um recebeu, via correio eletrônico, um conjunto de documentos, constituído por: carta-convite; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); formulário de identificação e caracterização profissional; instrumento para avaliação das equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual do modelo a ser adaptado; e um quadro com todas as versões do GIAP existentes (versão original, T1, T2 e RT1)⁽¹⁵⁾.

Os juízes analisaram o material, via correio eletrônico, e realizaram, individualmente, o julgamento proposto. Após a resposta de todos os juízes, suas sugestões para adequações do instrumento, acompanhadas das respectivas

justificativas, foram reunidas e reenviadas aos integrantes do grupo para apreciação, com vista a obter consenso acerca do julgamento das equivalências avaliadas. Novo prazo para resposta foi acordado e, após cinco rodadas de avaliação pelo comitê, todas as discrepâncias foram solucionadas, o que resultou na versão pré-final brasileira do instrumento GIAP⁽¹⁵⁾.

Para quantificar o grau de concordância entre os juízes, estes também avaliaram independentemente a concordância sobre determinados aspectos do instrumento e seus itens. Neste caso, utilizou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC)⁽¹⁸⁾.

A interpretação dos resultados foi calculada pela soma das frequências relativas das respostas três (concordo) e quatro (concordo totalmente), que verifica o nível de concordância dos juízes em relação à adequação dos itens avaliados. Considerou-se indicativo de adequação ao texto original, tanto para avaliação de cada item quanto para avaliação geral do instrumento, IVC maior ou igual a 0,8 ^(17,19). Para calcular o IVC geral, somaram-se todos os IVC calculados separadamente e dividiu-se o resultado pelo número de itens. A operacionalização das rodadas de opiniões foi realizada com base na técnica Delphi⁽¹⁷⁾.

Em seguida, verificou-se a validade de face, isto é, se as questões da escala apresentavam forma e vocabulários adequados ao propósito de mensuração⁽²⁰⁾. Neste caso, criou-se um questionário formado por 25 itens, 11 relativos ao objetivo (referem-se aos propósitos, metas ou fins almejados mediante a utilização do GIAP); 09 à estrutura e apresentação (relacionam-se à forma de apresentar as orientações, o que inclui sua organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação) e 05 à relevância (referem-se às características que avaliam o grau de significação do material apresentado)⁽²¹⁾.

Como resultado, obteve-se a versão pré-final do GIAP, utilizada na etapa de pré-teste, que tem como finalidade avaliar a compreensão, a clareza dos itens e o tempo de resposta do instrumento. Os participantes responderam ao questionário e, ao final, foram indagados sobre possíveis dúvidas durante seu preenchimento e o grau de dificuldade para entendimento dos itens. Os dados foram coletados individualmente, em local reservado e na presença do pesquisador. No caso de itens julgados insuficientemente claros, os enfermeiros foram convidados a sugerir modificações⁽¹⁵⁾. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Análise dos resultados

Os dados referentes às etapas de adaptação transcultural do instrumento GIAP para o Brasil foram organizados em quadros e analisados de forma descritiva. Os dados do pré-teste foram armazenados em planilha eletrônica do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 18.0, e submetidos a análises estatísticas descritivas. Já os dados relativos à análise da validade de conteúdo da versão brasileira do GIAP foram organizados no programa Microsoft Excel 2010 e analisados de forma descritiva.

RESULTADOS

As duas versões produzidas na primeira etapa da adaptação transcultural do GIAP para o Brasil (T1 e T2) não apresentaram grandes diferenças de tradução. A versão T1 (tradutor clínico) apresentou maior rigor técnico, com equivalência clínica e medição mais confiável de conteúdo. A versão T2 (tradutor ingênuo), que reflete a neutralidade do tradutor, contemplou uma linguagem mais fidedigna à versão original. Por exemplo, uma dúvida reportada pelo segundo tradutor foi em manter a tradução “adulto mais velho”, termo comumente utilizado nos Estados Unidos, ou “idoso”, usualmente empregado no Brasil. Na versão-síntese (T12), manteve-se o termo idoso, por ser mais adequado à realidade brasileira.

Para o desenvolvimento da T12, observaram-se tanto a construção semântica quanto a clareza das palavras e sua correspondência com o original; foi realizada pelos dois tradutores e a pesquisadora. Em seguida, optou-se por revisar esta versão; etapa feita por um avaliador, doutor em saúde pública, com domínio de inglês. O mesmo estava ciente dos objetivos da pesquisa e considerou as versões equivalentes e a síntese adequada.

Quanto à etapa de retrotradução (RT12) da versão T12 recrutaram-se, para sua realização, pessoas nativas dos EUA (país de origem do GIAP). Posteriormente, as duas versões retrotraduzidas foram submetidas a um avaliador, doutor em Letras e pós-doutor em tradução e interpretação de documentos, com o intuito de realizar sua síntese, criar a RT12 e analisar sua equivalência com o GIAP original.

Na quarta etapa da adaptação transcultural, as equivalências semântica, idiomática, experimental e conceitual do GIAP no idioma português brasileiro foram avaliadas por um comitê de dez juízes. Sua efetivação deu-se via correio eletrônico, uma vez que reuniões presenciais não foram possíveis devido a barreiras geográficas.

Na primeira avaliação realizada pelo comitê, a maioria dos itens (71,83%) obteve concordância dos dez juízes quanto às quatro equivalências avaliadas. Para os demais itens do instrumento, foi apontada a necessidade de modificações. As adequações sugeridas pelos juízes para reescrita foram referentes, principalmente, à sua equivalência semântica.

Essas sugestões, acompanhadas das respectivas justificativas, quando presentes, foram reunidas e encaminhadas, via correio eletrônico, a todos os integrantes do grupo, para reavaliação. Após cinco rodadas de análise pelo comitê, obteve-se consenso sobre a equivalência do GIAP em português brasileiro com sua versão original. Sequencialmente, procedeu-se à avaliação da validade de conteúdo da versão brasileira do GIAP. Os resultados do IVC revelaram-se satisfatórios, com IVC geral de 93,9 de concordância.

Referente à validade de face, um comitê de oito especialistas indicou consenso entre todos os itens da escala, que foram avaliados como pertinentes e asseguraram sua coerência semântica, cultural, idiomática e conceitual. Houve compreensão de todos os itens, da maneira como foram formulados, de modo que as questões sofreram poucas modificações; o IVC geral foi de 94,0%.

A versão adaptada foi, então, aplicada no pré-teste em uma amostra de 31 enfermeiros atuantes no âmbito hospitalar. Os participantes caracterizaram-se por serem predominantemente do sexo feminino (96,7%), idade média de 32 anos e tempo médio de formação em enfermagem de seis anos e dois meses. O pré-teste ocorreu em local privativo, na presença do pesquisador. O tempo médio para o preenchimento do questionário foi de 20 minutos.

Os respondentes referiram facilidade no entendimento dos itens do questionário, e apenas algumas questões foram consideradas insuficientemente compreensíveis, o que indica a necessidade de adequações, como nos itens “dispositivos adaptativos (por exemplo, adaptadores de espuma, alarmes de cama)”, em que oito sujeitos referiram não saber quais eram os “adaptadores de espuma”. No item “O quanto você se sente vulnerável com relação à responsabilidade legal sobre”, cinco sujeitos referiram não entender o significado de vulnerável. Já no item “Lesões nervosas podem resultar do uso de dispositivos de contenção”, um sujeito questionou a ambiguidade da expressão “lesões nervosas”; por fim, no item “A diferença de opinião entre profissionais da equipe (entre disciplinas) sobre problemas geriátricos comuns”, dois sujeitos não entenderam o termo “entre disciplinas”.

Neste momento, a pesquisadora e um comitê de especialistas reuniram-se e, em consenso, decidiram acrescentar palavras que tornassem mais claras as frases: “dispositivos adaptativos (por exemplo, adaptadores de espuma – encosto conforto triângulo, almofadas, etc -, alarmes de cama)” e “O quanto você se sente vulnerável ou desprotegido com relação à responsabilidade legal sobre”. Concordaram também em substituir as expressões “lesões nervosas” por “lesões dos nervos” e “entre disciplinas” para “profissionais de diferentes áreas”.

Após a aprovação/definição das modificações pelo comitê, obteve-se, finalmente, a versão brasileira do instrumento GIAP para avaliação dos cuidados prestados aos idosos por enfermeiros em instituições hospitalares. Por se tratar de um instrumento muito extenso, o quadro 1 descreve apenas as questões referentes às três escalas principais. As perguntas que possuíam as mesmas respostas foram apresentadas em conjunto, apesar de, na versão adaptada, encontrarem-se separadas.

Quadro 1 - Versão final em português brasileiro do instrumento Geriatric Institutional Assessment Profile, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Geriatric Institutional Assessment Profile (versão brasileira)						
• No hospital que você trabalha, quão satisfeito você está com:						
os cuidados individualizados prestados pelos funcionários.	PI	I	PS	S	MS	NA
a prestação de cuidados necessários aos idosos.	PI	I	PS	S	MS	NA
a forma com que a equipe aborda as questões sobre os cuidados geriátricos.	PI	I	PS	S	MS	NA
a equipe está familiarizada com a forma como o envelhecimento afeta a resposta ao tratamento.	PI	I	PS	S	MS	NA
o envelhecimento é considerado um fator no planejamento da assistência e avaliação geral dos idosos.	PI	I	PS	S	MS	NA
os idosos recebem as informações que precisam para tomar decisões sobre seus cuidados/tratamento.	PI	I	PS	S	MS	NA
as famílias recebem as informações e apoio que precisam para ajudar seus idosos.	PI	I	PS	S	MS	NA
os funcionários obtêm informações sobre os dados de saúde prévios à hospitalização dos idosos.	PI	I	PS	S	MS	NA
a existência de uma continuidade adequada do cuidado entre sua instituição e os diferentes serviços de saúde.	PI	I	PS	S	MS	NA
a existência de uma continuidade adequada do cuidado em todos os setores do hospital.	PI	I	PS	S	MS	NA

<ul style="list-style-type: none"> No processo de decisão acerca do cuidado ao idoso, os seguintes obstáculos são encontrados. Até que ponto cada um interfere no cuidado em seu hospital? 						
falta de conhecimento sobre o cuidado ao idoso	NI	P	I	M	IE	NA
falta de (ou inadequadas) normas e procedimentos geriátricos escritos	NI	P	I	M	IE	NA
diferença de opinião entre profissionais da equipe (entre diferentes áreas) sobre problemas geriátricos comuns	NI	P	I	M	IE	NA
falta de serviços especializados para os idosos (por exemplo, cuidado oral, podologia)	NI	P	I	M	IE	NA
falta de equipamentos especiais (por exemplo, assentos sanitários elevados, colchões especiais).	NI	P	I	M	IE	NA
exclusão das enfermeiras das decisões dos cuidados geriátricos.	NI	P	I	M	IE	NA
pressões econômicas para limitar o tratamento ou a duração da estadia.	NI	P	I	M	IE	NA
falta de pessoal/limitações de tempo.	NI	P	I	M	IE	NA
dificuldades de comunicação com os idosos e suas famílias.	NI	P	I	M	IE	NA
exclusão dos idosos das decisões de cuidados.	NI	P	I	M	IE	NA
confusão sobre quem é o responsável por tomar as decisões apropriadas.	NI	P	I	M	IE	NA

<ul style="list-style-type: none"> Com que frequência você utiliza esses serviços geriátricos? 						
enfermeiro especialista em geriatria ou enfermeira geriátrica	DI	S	M	MM	R	ND
Geriatra	DI	S	M	MM	R	ND
assistente social geriátrica	DI	S	M	MM	R	ND
psicólogo/ psiquiatra geriátrico	DI	S	M	MM	R	ND
corridas de leito e serviços internos geriátricos	DI	S	M	MM	R	ND
textos e revistas geriátricas	DI	S	M	MM	R	ND
conferências/ workshops geriátricas, regionais ou nacionais	DI	S	M	MM	R	ND

<ul style="list-style-type: none"> O quanto você se sente vulnerável ou desprotegido com relação à responsabilidade legal sobre: 						
o desenvolvimento de lesões por pressão em idosos	MV	V	PV	NM	NP	NA
quedas de idosos	MV	V	PV	NM	NP	NA
acusações por contenções ilegais	MV	V	PV	NM	NP	NA
lesões decorrentes do uso de dispositivos de retenção	MV	V	PV	NM	NP	NA
infecção hospitalar relacionada ao uso de cateter	MV	V	PV	NM	NP	NA
lesões decorrentes do uso de medicação sedativa	MV	V	PV	NM	NP	NA

<ul style="list-style-type: none"> Alguns idosos podem apresentar comportamentos considerados perturbadores. Com que frequência os idosos sob seus cuidados ficam: Em que medida o incomoda quando os idosos sob seus cuidados ficam: <p>(F–Frequente (5 ou mais vezes por semana) AV–As Vezes (1-4 vezes por semana) N–Nunca NA–Não se Aplica)</p>				
Exigentes	F	AV	N	NA
argumentativos/críticos	F	AV	N	NA
não cooperativos	F	AV	N	NA
procurando garantias / buscando reafirmação/ auxílio na tomada de decisão/apoio	F	AV	N	NA
acordados durante a noite	F	AV	N	NA

vagando durante o dia	F	AV	N	NA
confusos / agitados	F	AV	N	NA

• Até que ponto você discorda ou concorda com estas afirmações sobre seu hospital:						
A equipe do hospital (administrativa e assistencial) trabalha junto para resolver os problemas dos idosos.	CF	C	NN	D	DF	NA
Você pode discordar de seu supervisor em relação ao cuidado do idoso.	CF	C	NN	D	DF	NA
A participação do funcionário é buscada na determinação de políticas e diretrizes sobre cuidados geriátricos.	CF	C	NN	D	DF	NA
Os idosos são sempre tratados com respeito.	CF	C	NN	D	DF	NA
Funcionários adequados são envolvidos com as decisões sobre cuidados geriátricos.	CF	C	NN	D	DF	NA
O crescimento pessoal é encorajado.	CF	C	NN	D	DF	NA
Os direitos dos idosos são protegidos.	CF	C	NN	D	DF	NA

• Indique o grau em que você discorda ou concorda com as seguintes afirmações:						
A maioria das lesões por pressão é prevenível.	CF	C	NN	D	DF	
As lesões por pressão ocorrem em cerca de metade dos idosos hospitalizados.	CF	C	NN	D	DF	
Quase sempre é possível evitar as lesões de pele.	CF	C	NN	D	DF	
Os calcâneos são uma das regiões mais susceptíveis à ruptura de pele em pacientes idosos acamados.	CF	C	NN	D	DF	
Lesões por pressão podem levar à osteomielite.	CF	C	NN	D	DF	
Massagem regular sobre proeminências ósseas reduz lesões de pele.	CF	C	NN	D	DF	
O hospital valoriza o tempo gasto com a prevenção de lesões por pressão.	CF	C	NN	D	DF	
Eu não tenho tempo para realizar avaliações diárias da pele dos idosos sob meus cuidados.	CF	C	NN	D	DF	
A nutrição adequada é o elemento mais essencial na prevenção de lesões na pele	CF	C	NN	D	DF	
Problemas do sono em idosos hospitalizados contribuem negativamente para o resultado hospitalar	CF	C	NN	D	DF	
Os sedativos evitam alucinações e agitação em idosos com distúrbios do sono.	CF	C	NN	D	DF	
A maioria dos problemas do sono em idosos hospitalizados requer o uso de sedativos.	CF	C	NN	D	DF	
Problemas do sono devem ser sempre tratados agressivamente.	CF	C	NN	D	DF	
Nós fazemos um bom trabalho identificando e prevenindo distúrbios do sono.	CF	C	NN	D	DF	
O tempo gasto em prevenção de problemas do sono é valorizado neste hospital.	CF	C	NN	D	DF	
Sem o auxílio de sedativos eu não tenho tempo para ajudar a prevenir problemas do sono	CF	C	NN	D	DF	
A prevalência da incontinência em idosos hospitalizados é de cerca de 20 por cento.	CF	C	NN	D	DF	
Os problemas com continência urinária são uma parte normal do envelhecimento.	CF	C	NN	D	DF	
Os exercícios de Kegel são bons para todos os tipos de problemas de incontinência.	CF	C	NN	D	DF	
A constipação pode levar à incontinência urinária.	CF	C	NN	D	DF	

O hospital valoriza o tempo gasto no gerenciamento da incontinência urinária, sem a utilização de cateteres, roupas para incontinência ou fraldas.	CF	C	NN	D	DF
Eu tento evitar o uso de cateteres de demora em idosos, mesmo que isso signifique que eles fiquem ocasionalmente molhados.	CF	C	NN	D	DF

• Indique o grau em que você discorda ou concorda com as seguintes afirmações:					
Nós usamos fraldas ou absorventes geriátricos durante a noite para a maioria dos nossos idosos.	CF	C	NN	D	DF
Cateteres urinários são adequados no tratamento da incontinência, desde que o uso seja interrompido após 10 dias.	CF	C	NN	D	DF
Reduzir o uso de cateter vesical de demora cria demandas significativas sobre o tempo da equipe.	CF	C	NN	D	DF
Cateter vesical de demora é a principal causa de septicemia em idosos hospitalizados.	CF	C	NN	D	DF
Idosos confusos estão mais seguros quando contidos no leito ou em cadeiras.	CF	C	NN	D	DF
Lesões dos nervos podem resultar do uso de dispositivos de contenção.	CF	C	NN	D	DF
O uso de contenções com frequência contribui para a confusão mental em idosos.	CF	C	NN	D	DF
Eu verifico os idosos contidos pelo menos de hora em hora	CF	C	NN	D	DF
Quando o uso de contenções mecânicas diminui, o uso de drogas sedativas aumenta.	CF	C	NN	D	DF
Neste hospital, todas as alternativas razoáveis são tentadas antes de conter os idosos.	CF	C	NN	D	DF
Os médicos, enfermeiros e demais profissionais precisam de melhores diretrizes para ajudar a determinar o que é cuidado apropriado para idosos.	CF	C	NN	D	DF
Muitos idosos preferem deixar seu cuidador tomar a decisão sobre qual é o melhor tratamento	CF	C	NN	D	DF
A minha opinião sobre o cuidado adequado dos idosos é valorizada pelos meus colegas.	CF	C	NN	D	DF

Nota: PI – Pouco Insatisfeito; I – Insatisfeito; PS – Pouco Satisfeito; S – Satisfeito; MS – Muito Satisfeito; NA – Não se aplica; NI – Não interfere; P – Pouco; I – Interfere de Alguma Forma; M – Muito; IE – Interfere Expressivamente; DI – Diariamente; S – Semanalmente; M – Mensalmente; MM – Menos que Mensalmente; R – Raramente; ND – Não Disponível; MV – Muito Vulnerável; V – Vulnerável; PV – Pouco Vulnerável; NM – Não Muito Vulnerável; NP – Nem um Pouco Vulnerável; NA – Não se Aplica; CF – Concordo Fortemente; C – Concordo; NN – Não concordo Nem discordo; D – Discordo; DF – Discordo Fortemente.

DISCUSSÃO

A adaptação de um instrumento de medida não constitui um processo simples ou linear, pois culturas diferentes apresentam divergências tanto linguísticas como culturais evidentes no processo de tradução e retrotradução. A participação de tradutores bilíngues, com conhecimento em processos de adaptação e linguística, minimiza erros de tradução e confere mais qualidade, se os mesmos possuírem

habilidade para identificar e corrigir itens traduzidos incompreensíveis, inaceitáveis, incompletos e irrelevantes⁽²²⁾.

A versão brasileira do GIAP mostrou boa concordância entre os juízes. Foram priorizadas as seções que apresentaram erros de tradução, inadequações linguísticas e culturais. A estratégia de usar um comitê de especialistas interdisciplinar favorece a identificação e correção desses problemas, além de garantir maior equivalência semântica, conceitual e técnica do instrumento adaptado⁽¹⁷⁾. As questões relacionadas à caracterização da população em estudo suscitaram importantes discussões entre os juízes.

A palavra *nurse practitioner*, por exemplo, refere-se a um profissional que é especialista em cuidado em saúde. Contudo, os *nurse practitioners* devem completar um programa de mestrado ou doutorado e ter treinamento clínico avançado para além de sua preparação inicial de enfermeiro diplomada profissional⁽²³⁾. No Brasil, existem enfermeiros especialistas, mas não com esse perfil de formação. Assim, para garantir a equivalência cultural, manteve-se o termo “Enfermeiro especialista”, conforme concordância de 100% dos painelistas na quarta rodada.

O termo *Staff Educator* também gerou divergência de opiniões. A expressão considerada mais adequada pelos especialistas foi “Profissional responsável pela educação continuada”, por retratar o fato de ser uma função exercida por enfermeiros e para manter a equivalência cultural e conceitual. Essa decisão corrobora a recomendação da Organização Pan-Americana de Saúde, que recomenda um profissional enfermeiro para o cargo de coordenador e responsável pela educação continuada⁽²⁴⁾.

As expressões *Licensed Practical Nurse/Licensed Vocational Nurse (LPN/LVN)* foram adaptadas ao contexto brasileiro como “Técnico em enfermagem”, por não existir formação equivalente no país. Afinal, o termo refere-se a um nível de educação com menor tempo de duração, voltado para cuidados de menor complexidade em relação às atividades desempenhadas pelo enfermeiro *Registered Nurse (RN)* nos Estados Unidos, tal como ocorre com a formação de técnico de enfermagem em relação à de bacharel no Brasil⁽²⁵⁾.

Três questões avaliaram a frequência de uso de alguns tratamentos de síndromes geriátricas comuns e a presença de desacordo entre funcionários, pacientes e famílias a esse respeito. Os termos *incontinence pads*, que se refere ao uso de pensos, e *incontinence garment*, em menção a materiais utilizados no

tratamento de incontinência, geraram discussões. Os especialistas optaram por utilizar as expressões “absorventes para incontinência/dispositivos para incontinência” em substituição à primeira expressão e “Vestimentas para incontinência (ex: fralda, roupa íntima para a incontinência)” para *incontinence garment*. Em estudo sobre o enfrentamento de incontinência urinária por mulheres sem perspectivas de acesso a tratamento cirúrgico utilizam-se os termos absorventes ou dispositivos, como medidas paliativas e não invasivas no controle de incontinência⁽²⁶⁾.

Ademais, o resultado obtido com o cálculo do IVC (0,94) revelou que a versão brasileira do instrumento GIAP tem conteúdo válido⁽¹⁹⁾ para a avaliação dos cuidados prestados por enfermeiros aos idosos hospitalizados neste país.

No pré-teste do instrumento, realizado com 31 sujeitos, houve boa aceitação e evidenciou-se facilidade de compreensão pelos respondentes, exceto em quatro itens. Em um deles, identificou-se a falta de conhecimento sobre adaptadores de espuma, recursos comumente utilizados na prevenção ou redução de perdas funcionais por terapeutas ocupacionais, que utilizam várias técnicas como dispositivos tecnológicos e formas facilitadas de realização de atividades para aumentar o conforto e fazer adaptações no leito para a troca de decúbito⁽²⁷⁾. Contudo, este é um campo marginalizado dentro do hospital, o que pode justificar a incompreensão dos enfermeiros. Além disso, quando este trabalho ocorre, comumente é realizado por profissionais de outra área.

Em outro item, optou-se pela substituição do termo “entre disciplinas” para “profissionais de diferentes áreas”. A interdisciplinaridade é conceituada pelo grau de integração entre as disciplinas e intensidade de trocas entre os especialistas. O trabalho de equipe multiprofissional pode expressar a possibilidade de integrar disciplinas científicas, pois elas se apoiam e operacionalizam-se em tecnologias que interferem no fazer cotidiano⁽²⁸⁾.

Foram várias as questões que suscitaram discussões entre os especialistas durante o processo de adaptação, o que refinou o instrumento e permitiu mais qualidade de adaptação, em um processo interativo-sistemático.

Limitações do estudo

Considera-se necessário realizar novos estudos para a obtenção de evidências de validade e confiabilidade do GIAP por meio de testes, em amostras representativas, compostas por diferentes grupos regionais. Essa limitação será sanada mediante um

processo contínuo de avaliação de suas propriedades psicométricas, que já está sendo realizado pelos autores.

Contribuições do estudo para a enfermagem

O GIAP encontra-se disponível na língua inglesa, e a versão em português irá ampliar seu uso no contexto latino-americano. Com o propósito de trabalhar com construtos bem definidos e validados para determinado país e cultura, este estudo permitirá futuras avaliações do processo de cuidados a pacientes idosos, a fim de melhorar a qualidade da assistência. Além disso, possibilitará reconhecer diferenças e semelhanças entre as percepções dos enfermeiros nos diferentes contextos brasileiros.

CONCLUSÃO

A versão brasileira do GIAP satisfaz os critérios de equivalência entre o questionário original e o traduzido, ao fornecer também suporte para a validação de conteúdo e de face. É, portanto, capaz de avaliar o ambiente de prática geriátrica e o conhecimento dos enfermeiros, ao ser aplicada no contexto brasileiro.

REFERÊNCIAS

1. Pilger C, Menon MU, Mathias TAF. Health services use among elderly people living in the community. Rev. Esc. Enferm. USP [Internet]. 2013 [cited 2017 Aug 28]; 47(1): 213-220. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/en_a27v47n1.pdf.
2. Silveira RE da, Santos AS, Sousa MC de, Monteiro TSA. Expenses related to hospital admissions for the elderly in Brazil: perspectives of a decade. Einstein (São Paulo) [Internet]. 2013 [cited 2017 Aug 28]; 11(4): 514-520. Available from: http://www.scielo.br/pdf/eins/v11n4/en_19.pdf.
3. Admi H, Shadmi E, Baruch H, Zisberg A. From Research to Reality: Minimizing the Effects of Hospitalization on Older Adults. Rambam Maimonides Med J [Internet]. 2015 [cited 2017 Aug 28]; 6 (2): e0017. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4422456/pdf/rmmj-6-2-e0017.pdf>.
4. Pereira EEB, Souza ABF de, Carneiro SR, Sarges ESNF. Funcionalidade global de idosos hospitalizados. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol [Internet]. 2014 [citado 2017 Ago 28]; 17(1): 165-176. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n1/1809-9823-rbgg-17-01-00165.pdf>.
5. Both JE, Leite MT, Hildebrandt LM, Beuter M, Muller LA, Linck CL. Qualification of the nursing team by means of convergent-care research: contributions to the care of the hospitalized elderly person. Esc. Anna Nery [Internet]. 2014 [cited 2017 Aug 28]; 18(3): 486-495. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n3/en_1414-8145-ean-18-03-0486.pdf.

6. Tavares JPA, Silva AL. Cuidado de enfermagem geriátrica: um projecto emergente. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia* [Internet]. 2011 [citado 2017 Ago 28]; 4(2): 5-15. Disponível em: <http://files.rtgerontologia.webnode.pt/200000065-282ea29288/RTG2.pdf>
7. Kim H, Capezuti E, Boltz M, Fairchild S. The nursing practice environment and nurse-perceived quality of geriatric care in hospitals. *West J Nurs Res* [Internet]. 2009 [cited 2017 Aug 28]; 31 (4): 480-495. Available from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.904.8087&rep=rep1&type=pdf>.
8. Champion VL, Leach A. Variables related to research utilization in nursing: an empirical investigation. *J Adv Nurs*. 1989; 14 (9): 705-710.
9. Solomon MZ, O'Donnell L, Jennings B, Guilfooy V, Wolf SM, Nolan K et al. Decisions near the end of life: professional views on lifesustaining treatments. *Am J Public Health*. 1993; 83(1): 14-23.
10. Capezuti E, Boltz M, Cline D, Dickson VV, Rosenberg MC, Wagner L, et al. Nurses Improving Care for Healthsystem Elders: a model for optimising the geriatric nursing practice environment. *J Clin Nurs* [Internet]. 2012 [cited 2017 Aug 28]; 21(21-22): 3117-3125. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3532620/pdf/jocn0021-3117.pdf>.
11. Abraham IL, Bottrell MM, Dash KR, Fulmer TT, Mezey MD, O'Donnell L, et al. Profiling care and benchmarking best practice in care of hospitalized elderly: The Geriatric Institutional Assessment Profile. *Nurs Clin North Am*. 1999; 34(1): 237-55.
12. Boltz M, Capezuti E, Kim H, Fairchild S, Secic M. Factor structure of the geriatric institutional assessment profile's professional issues scales. *Res Gerontol Nurs* [Internet]. 2010 [cited 2017 Aug 28]; 3(2): 126-34. Available from: <http://web.a-ebscohost-com.ez27.periodicos.capes.gov.br/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=f785fa30-8f9b-4c13-998c-9d4670747388%40sessionmgr4009>.
13. Tavares JP, Silva AL, Sá-Couto P, Boltz M, Capezuti E. Validation of Geriatric Care Environment Scale in Portuguese nurses. *Curr Gerontol Geriatr Res* [Internet]. 2013 [cited 2018 Sep 06]; 2013:9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/426596>
14. Fulmer T, Mezey M, Bottrell M, Abraham I, Sazant J, Grossman S et al. Nurses Improving Care for Healthsystem Elders (NICHE): using outcomes and benchmarks for evidenced-based practice. *Geriatr Nurs* [Internet]. 2002 [cited 2017 Aug 28]; 23(3): 121-7. Available from: [http://www.gnjjournal.com/article/S0197-4572\(02\)00001-0/fulltext](http://www.gnjjournal.com/article/S0197-4572(02)00001-0/fulltext).
15. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross cultural adaptation of selfreport measures. *Spine* [Internet]. 2000 [cited 2017 Aug 28]; 25(24): 3186 -91. Available from: https://www.researchgate.net/publication/12203631_Guidelines_for_the_Process_of_Cross-Cultural_Adaption_of_Self-Report_Measures.
16. Tavares JPA, Silva AL da, Sá-Couto P, Boltz M, Capezuti E. Nurse perception of care of hospitalized older adults - a comparative study between northern and central regions of Portugal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2017 [cited 2017 Dec 05]; 25: e2757. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/0104-1169-rlae-25-e2757.pdf>.
17. Scarparo AF, Laus AM, Azevedo ALCS, Freitas MRI, Gabriel CS, Chaves LDP. Reflexões sobre a técnica Delphi em pesquisa na enfermagem. *Rev Rene* [Internet]. 2012 [cited 2017 Aug 28]; 13 (1): 242-51. Available from: https://www.researchgate.net/publication/281497981_Reflexoes_sobre_o_uso_da_tecnic_a_Delphi_em_pesquisas_na_enfermagem

18. Hyrkäs K, Appelqvist-Schmidlechner K, Oksa L. Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2003 Aug [cited 2018 Sep 06]; 40(6): 619-25. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12834927>
19. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health* [Internet]. 2006 [cited 2017 Dec 04]; 29(5):489-97. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16977646>
20. Tomaschewski-Barlem JG, Lunardi VL, Barlem ELD, Silveira RS da, Dalmolin GL, Ramos AM. Cross-cultural adaptation and validation of the Protective Nursing Advocacy Scale for Brazilian nurses. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2015 [cited 2017 Aug 24]; 23(4): 669-676. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/0104-1169-rlae-23-04-00669.pdf>.
21. Haynes SN, Richard DCS, Kubany ES. Content validity in psychological assessment: a functional approach to concepts and methods. *Psychol Assess* [Internet]. 1995 [cited 2017 Dec 5]; 7(3): 238-247. Available from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.452.5453&rep=rep1&type=pdf>.
22. van Ommeren M, Sharma B, Thapa S, Makaju R, Prasain D, Bhattarai R et al. Preparing instruments for transcultural research: use of the Translation Monitoring Form with Nepali-Speaking Bhutanese Refugees. *Transcult. Psychiatry* [Internet]. 1999 [cited 2017 Aug 28]; 36: 285–301. Available from: <http://journals.sagepub.com.ez27.periodicos.capes.gov.br/doi/pdf/10.1177/136346159903600304>
23. American Association of Nurse Practitioners. What's an NP? 2017. Available from: <https://www.aanp.org/all-about-nps/what-is-an-np#license-and-practice-locations>
24. Sade PMC, Peres AM, Pedroso JVM, Larocca LM. Núcleo de enfermeiros de educação permanente do Paraná: Trajetória e contribuições. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2016 [citado 2017 Ago 28]; 21(2): 01-09. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/07/641/44335-178202-1-pb.pdf>
25. National League for Nursing NLN Board of Governors. A vision for recognition of the role of Licensed Practical/Vocational Nurses in Advancing the Nation's Health [Internet]. 2014 [cited 2017 Aug 28]. Available from: http://www.nln.org/docs/default-source/about/nln-vision-series-%28position-statements%29/nlnvision_7.pdf?sfvrsn=4
26. Delarmelindo RCA, Parada CMGL, Rodrigues RAP, Bocchi SCM. Women's strategies for coping with urinary incontinence. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2013 [cited 2017 Aug 29]; 47(2): 296-303. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/en_04.pdf.
27. Almeida MHM, Cruz GA. Intervenções de terapeutas ocupacionais junto a idosos com doença de Parkinson. *Rev. Ter. Ocup. Univ.* [Internet]. 2009 Jan/Abr [cited 2018 Jul 18]; 20(1): 29-35. Available from: <file:///C:/Users/Dell/Downloads/14053-17031-1-PB.pdf>
28. Costa RP. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. *Mental* [Internet]. 2007 Jun [cited 2018 Jul 18]; 5(8): 107-124. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v5n8/v5n8a08.pdf>

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO UTILIZADO NA COLETA DE DADOS

Prezado senhor (a),

O Sr.(a) foi convidado(a) para participar da pesquisa “Validação do instrumento *Geriatric Institutional Assessment Profile* (GIAP) para o Brasil”, que será realizada por uma equipe de pesquisadores da Universidade Federal de Minas Gerais. E tem como objetivo validar para o Brasil o instrumento GIAP, uma ferramenta que busca avaliar a prática geriátrica em hospitais brasileiros; de modo a permitir que estudos avaliem e comparem o atendimento hospitalar ao idoso, e para sistematizar conhecimentos, atitudes e percepções sobre as melhores práticas.

Sua participação consiste em responder esse questionário. A entrevista será realizada no seu ambiente de trabalho. O questionário não é identificável e os dados serão divulgados agregados, o que manterá o absoluto sigilo das informações. Após a conclusão do trabalho de campo, os dados serão publicados em artigos científicos e tese de doutorado, mas os nomes dos informantes e as informações individuais não serão disponibilizados em rede.

Sua participação é voluntária e de livre-arbítrio, você pode recusar-se a responder quaisquer perguntas do questionário. O Sr.(a) pode desistir de participar na pesquisa a qualquer momento. A participação na pesquisa não trará benefícios individuais e a recusa em participar também não trará qualquer prejuízo na sua relação com o serviço, a instituição de pesquisa ou com os pesquisadores. As informações fornecidas servirão para identificar os fatores que mais afetam o atendimento de idosos hospitalizados a partir de informações fornecidas pelos profissionais de enfermagem.

Declaro que tive a oportunidade de esclarecer todas as dúvidas em relação ao estudo, bem como aos objetivos nele propostos. Portanto, concordo em participar na qualidade de voluntário (a), assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Local e data:

Nome do Participante: _____

Assinatura: _____

Contato para mais informações relacionadas ao estudo:

Cinara Maria Feitosa Beleza
Doutoranda
cinara.maria@hotmail.com
(31)98707-8395

Prof^a Dr^a Sônia Maria Soares
Orientadora
smssoares.bhz@terra.com.br
(31)3409-4592

COEP-Comitê de Ética em Pesquisa/UFMG:
Av. Presidente Antônio Carlos, n.6627, Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005,
Campos Pampulha. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. CEP: 31.270-901.
Tel: (31)3409-4592. E-mail : coep@prpq.ufmg.br

APÊNDICE D – Versão brasileira do *Geriatric Institutional Assessment Profile*



1 - Qual posição você ocupa na maior parte do seu tempo?

a Auxiliar de Enfermagem	h Enfermeiro Especialista	n Nutricionista
b Médico/Residente	i Educador/orientador de paciente	o Outro cargo/função
c Assistente Social	j Enfermeiro	p Fisioterapeuta respiratório
d Administrador	k Farmacêutico	q Docente de Enfermagem
f Técnico de laboratório	l Terapeuta Ocupacional	r Profissional responsável pela educação continuada/permanente
g Fisioterapeuta	m Médico	s Coordenador do serviço de enfermagem / Gerente de enfermagem

2 - Para Enfermeiros, por favor, preencham com seu mais alto grau de escolaridade (escolher um):

Se for enfermeira: mais alto grau de escolaridade / formação:	Se NÃO for enfermeiro: mais alto grau de escolaridade / formação:
a Universitário/Estagiário/Estudante	a Técnico em enfermagem
b Bacharel em Enfermagem	b Auxiliar de enfermagem
c Especialista	c Não se aplica
e Doutor	
d Mestre	

3 - Para enfermeiros e outros profissionais, por favor, preencha com sua maior titulação em outras áreas que NÃO seja enfermagem:

a Bacharel	d Outro diploma profissional
b Mestrado	e Não se aplica
c Doutorado, Doutorado em educação, Doutorado em ciências	

4 - Quantos anos de experiência você tem nesta profissão?

5 - Há quanto tempo você trabalha nesta instituição?

6 - Qual unidade/serviço onde você passa a maior parte do tempo:

a Clínica Geral	i Obstetrícia/ Ginecologia
b Cirurgia Geral	j Unidade de Cuidado prolongado
c Clínica Médica/ Cirúrgica	k Unidade de Cuidado Ambulatorial
d Emergência	l Reabilitação
e Unidade de Terapia Intensiva - UTI	m Assistência domiciliar
f Unidade Coronariana - UCO	n Unidade de Psiquiatria
g Unidade de tratamentos não- críticos (tratamentos medicamentosos, oncologia, AIDS)	o Ferista
h Unidade Geriátrica	p Outros (especifique):

Instrumento adaptado a partir do Geriatric Institutional Assessment Profile

7 - Para os idosos sob seus cuidados, você acha que os seguintes tratamentos são utilizados: (MP – Muito Pouco P – Pouco A – Apropriadamente F – Frequentemente MF – Muito Frequente NA – Não se Aplica)							
a	restrições mecânicas (por exemplo, faixas para contenção, coletes para contenção, cadeiras geriátricas)	MP	P	A	F	MF	NA
b	medicação para dormir ou intervenções químicas (calmantes/tranquilizantes)	MP	P	A	F	MF	NA
c	absorventes para incontinência/dispositivos para incontinência	MP	P	A	F	MF	NA
d	vestimentas para incontinência (por exemplo, fralda, roupa íntima para incontinência)	MP	P	A	F	MF	NA
e	cateteres urinários (sondas vesicais)	MP	P	A	F	MF	NA
f	colchões para alívio de pressão	MP	P	A	F	MF	NA
g	dispositivos adaptativos (por exemplo, adaptadores de espuma - encosto conforto triângulo, almofadas, etc -, alarmes de cama)	MP	P	A	F	MF	NA
h	medicação para a dor	MP	P	A	F	MF	NA
i	alimentação por sonda	MP	P	A	F	MF	NA
j	tratamento de lesão por pressão (por exemplo, mudança de posição (decúbito) em idosos acamados)	MP	P	A	F	MF	NA

8 - Com que frequência surge desentendimentos/discórdias entre a equipe (profissionais de diferentes áreas) sobre o uso dos seguintes tratamentos? (MP – Muito Pouco P – Pouco A – Apropriadamente F – Frequentemente MF – Muito Frequente NA – Não se Aplica)							
a	restrições mecânicas (por exemplo, faixas para contenção, coletes para contenção, cadeiras geriátricas)	MP	P	A	F	MF	NA
b	medicação para dormir ou intervenções químicas (calmantes/tranquilizantes)	MP	P	A	F	MF	NA
c	absorventes para incontinência/dispositivos para incontinência	MP	P	A	F	MF	NA
d	vestimentas para incontinência (por exemplo, fralda, roupa íntima para incontinência)	MP	P	A	F	MF	NA
e	cateteres urinários (sondas vesicais)	MP	P	A	F	MF	NA

10 - No hospital que você trabalha, quão satisfeito você está com: (PI – Pouco Insatisfeito I – Insatisfeito PS – Pouco Satisfeito S – Satisfeito MS – Muito Satisfeito NA – Não se Aplica)							
a	os cuidados individualizados prestados pela equipe	PI	I	PS	S	MS	NA
b	a prestação de cuidados necessários aos idosos	PI	I	PS	S	MS	NA
c	a forma com que a equipe aborda as questões sobre os cuidados geriátricos	PI	I	PS	S	MS	NA
d	a equipe está familiarizada com a forma como o envelhecimento afeta a resposta ao tratamento	PI	I	PS	S	MS	NA
e	o envelhecimento é considerado um fator no planejamento da assistência e avaliação geral dos idosos	PI	I	PS	S	MS	NA
f	os idosos recebem as informações que precisam para tomar decisões sobre seus cuidados/tratamento	PI	I	PS	S	MS	NA
g	as famílias recebem as informações e apoio que precisam para ajudar seus idosos	PI	I	PS	S	MS	NA
h	os funcionários obtêm informações sobre os dados de saúde prévios à hospitalização dos idosos	PI	I	PS	S	MS	NA
i	a existência de uma continuidade adequada do cuidado entre sua instituição e os diferentes serviços de saúde	PI	I	PS	S	MS	NA
j	a existência de uma continuidade adequada do cuidado em todos os setores do hospital	PI	I	PS	S	MS	NA

11 - No processo de decisão acerca do cuidado ao idoso, os seguintes obstáculos são encontrados. Até que ponto cada um interfere no cuidado em seu hospital? (NI – Não interfere P – Pouco I – Interfere de Alguma Forma M – Muito IE – Interfere Expressivamente NA – Não se Aplica)							
a	falta de conhecimento sobre o cuidado ao idoso	NI	P	I	M	IE	NA
b	falta de (ou inadequadas) normas e procedimentos geriátricos escritos	NI	P	I	M	IE	NA
c	diferença de opinião entre profissionais da equipe (entre diferentes áreas) sobre problemas geriátricos comuns	NI	P	I	M	IE	NA
d	falta de serviços especializados para os idosos (por exemplo, cuidado oral, podologia)	NI	P	I	M	IE	NA
e	falta de equipamentos especiais (por exemplo, assentos sanitários elevados, colchões especiais)	NI	P	I	M	IE	NA
f	exclusão das enfermeiras das decisões dos cuidados geriátricos	NI	P	I	M	IE	NA

g	pressões econômicas para limitar o tratamento ou duração da estadia	NI	P	I	M	IE	NA
h	falta de pessoal / limitações de tempo	NI	P	I	M	IE	NA
i	dificuldades de comunicação com os idosos e suas famílias	NI	P	I	M	IE	NA
j	exclusão dos idosos das decisões de cuidados	NI	P	I	M	IE	NA
l	confusão sobre quem é o responsável por tomar as decisões apropriadas	NI	P	I	M	IE	NA

12 - Com que frequência você utiliza esses serviços geriátricos?
(D – Diariamente S – Semanalmente M – Mensalmente MM – Menos que Mensalmente R – Raramente ND – Não Disponível)

a	enfermeiro especialista em geriatria ou enfermeira geriátrica	D	S	M	MM	R	ND
b	geriatra	D	S	M	MM	R	ND
c	assistente social geriátrica	D	S	M	MM	R	ND
d	psicólogo/ psiquiatra geriátrico	D	S	M	MM	R	ND
e	corridas de leito e serviços internos geriátricos	D	S	M	MM	R	ND
f	textos e revistas geriátricas	D	S	M	MM	R	ND
g	conferências/ workshops geriátricas, regionais ou nacionais	D	S	M	MM	R	ND

13 - Como você avalia o trabalho que seu hospital tem feito ao treinar os funcionários para o cuidado ao idoso?

- | | |
|-------------------|----------------------|
| a Excelente | e Extremamente pobre |
| b Acima da média | f Pobre |
| c Médio | g Não aplicável |
| d Abaixo da média | |

14 - O quanto você se sente vulnerável ou desprotegido com relação à responsabilidade legal sobre: (MV – Muito Vulnerável V – Vulnerável PV – Pouco Vulnerável NM – Não Muito Vulnerável NP – Nem um Pouco Vulnerável NA – Não se Aplica)							
a	o desenvolvimento de lesões por pressão em idosos	MV	V	PV	NM	NP	NA
b	quedas de idosos	MV	V	PV	NM	NP	NA
c	acusações por contenções ilegais	MV	V	PV	NM	NP	NA
d	lesões decorrentes do uso de dispositivos de retenção	MV	V	PV	NM	NP	NA
e	infecção hospitalar relacionada ao uso de cateter	MV	V	PV	NM	NP	NA
f	lesões decorrentes do uso de medicação sedativa	MV	V	PV	NM	NP	NA

15 - Alguns idosos podem apresentar comportamentos considerados perturbadores. Com que frequência os idosos sob seus cuidados ficam: (F – Frequente (5 ou mais vezes por semana) AV – As Vezes (1-4 vezes por semana) N – Nunca NA – Não se Aplica)					
a	exigentes	F	AV	N	NA
b	argumentativos/críticos	F	AV	N	NA
c	não cooperativos	F	AV	N	NA
d	procurando garantias / buscando reafirmação/ auxílio na tomada de decisão/apoio (faz a mesma pergunta várias vezes)	F	AV	N	NA
e	acordados durante a noite	F	AV	N	NA
f	vagando durante o dia	F	AV	N	NA
g	confusos / agitados	F	AV	N	NA

16 - Em que medida o incomoda quando os idosos sob seus cuidados ficam: (F – Frequente (5 ou mais vezes por semana) AV – As Vezes (1-4 vezes por semana) N – Nunca NA – Não se Aplica)					
a	exigentes	F	AV	N	NA
b	argumentativos/críticos	F	AV	N	NA

c	não cooperativos	F	AV	N	NA
d	procurando garantias / buscando reafirmação/ auxílio na tomada de decisão/apoio (faz a mesma pergunta várias vezes)	F	AV	N	NA
e	acordados durante a noite	F	AV	N	NA
f	vagando durante o dia	F	AV	N	NA
g	confusos / agitados	F	AV	N	NA

17 - Até que ponto você discorda ou concorda com estas afirmações sobre seu hospital: (CF – Concordo Fortemente C – Concordo NN – Não concordo Nem descordo D – Discordo DF- Discordo Fortemente NA – Não se Aplica)							
a	A equipe do hospital (administrativa e assistencial) trabalha junto para resolver os problemas dos idosos	CF	C	NN	D	DF	NA
b	Você pode discordar de seu supervisor em relação ao cuidado do idoso	CF	C	NN	D	DF	NA
c	A participação do funcionário é buscada na determinação de políticas e diretrizes sobre cuidados geriátricos	CF	C	NN	D	DF	NA
d	Os idosos são sempre tratados com respeito	CF	C	NN	D	DF	NA
e	A equipe de saúde adequada é envolvida nas decisões sobre cuidados geriátricos	CF	C	NN	D	DF	NA
f	O crescimento pessoal é encorajado	CF	C	NN	D	DF	NA
g	Os direitos dos idosos são protegidos	CF	C	NN	D	DF	NA

18 - Indique o grau em que você discorda ou concorda com as seguintes afirmações: (CF – Concordo Fortemente C – Concordo NN – Não concordo Nem descordo D – Discordo DF- Discordo Fortemente)							
a	A maioria das lesões por pressão é prevenível	CF	C	NN	D	DF	
b	As lesões por pressão ocorrem em cerca de metade dos idosos hospitalizados	CF	C	NN	D	DF	
c	Quase sempre é possível evitar as lesões de pele	CF	C	NN	D	DF	
d	Os calcâneos são uma das regiões mais susceptíveis à ruptura de pele em pacientes idosos acamados	CF	C	NN	D	DF	

e	Lesões por pressão podem levar à osteomielite	CF	C	NN	D	DF
f	Massagem regular sobre proeminências ósseas reduz lesões de pele	CF	C	NN	D	DF
g	O hospital valoriza o tempo gasto com a prevenção de lesões por pressão	CF	C	NN	D	DF
h	Eu não tenho tempo para realizar avaliações diárias da pele dos idosos sob meus cuidados	CF	C	NN	D	DF
i	A nutrição adequada é o elemento mais essencial na prevenção de lesões na pele	CF	C	NN	D	DF
j	Problemas do sono em idosos hospitalizados contribuem negativamente para o resultado hospitalar	CF	C	NN	D	DF
k	Os sedativos evitam alucinações e agitação em idosos com desordens do sono	CF	C	NN	D	DF
l	A maioria dos problemas do sono em idosos hospitalizados requer o uso de sedativos	CF	C	NN	D	DF
m	Problemas do sono devem ser sempre tratados agressivamente	CF	C	NN	D	DF
n	Nós fazemos um bom trabalho identificando e prevenindo desordens do sono	CF	C	NN	D	DF
o	O tempo gasto em prevenção de problemas do sono é valorizado neste hospital	CF	C	NN	D	DF
p	Sem o auxílio de sedativos eu não tenho tempo para ajudar a prevenir problemas do sono	CF	C	NN	D	DF
q	A prevalência da incontinência em idosos hospitalizados é de cerca de 20 por cento	CF	C	NN	D	DF
r	Os problemas com continência urinária são uma parte normal do envelhecimento	CF	C	NN	D	DF
s	Os exercícios de Kegel são bons para todos os tipos de problemas de incontinência	CF	C	NN	D	DF
t	A constipação pode levar à incontinência urinária	CF	C	NN	D	DF
u	O hospital valoriza o tempo gasto no gerenciamento da incontinência urinária, sem a utilização de cateteres, roupas para incontinência ou fraldas	CF	C	NN	D	DF

v	Eu tento evitar o uso de cateteres de demora em idosos, mesmo que isso signifique que eles fiquem ocasionalmente molhados.	CF	C	NN	D	DF
---	--	----	---	----	---	----

19 - Indique o grau em que você discorda ou concorda com as seguintes afirmações: (CF – Concordo Fortemente C – Concordo NN – Não concordo Nem descordo D – Descordo DF- Descordo Fortemente)						
a	Nós usamos fraldas ou absorventes geriátricos durante a noite para a maioria dos nossos idosos	CF	C	NN	D	DF
b	Cateteres urinários são adequados no tratamento da incontinência, desde que o uso seja interrompido após 10 dias	CF	C	NN	D	DF
c	Reduzir o uso de cateter vesical de demora cria demandas significativas sobre o tempo da equipe	CF	C	NN	D	DF
d	Cateter vesical de demora é a principal causa de septicemia em idosos hospitalizados	CF	C	NN	D	DF
e	Idosos confusos estão mais seguros quando contidos no leito ou em cadeiras	CF	C	NN	D	DF
f	Lesões dos nervos podem resultar do uso de dispositivos de contenção	CF	C	NN	D	DF
g	O uso frequente de contenções contribui para a confusão mental em idosos	CF	C	NN	D	DF
h	Eu verifico os idosos contidos pelo menos de hora em hora	CF	C	NN	D	DF
i	Quando o uso de contenções mecânicas diminui, o uso de drogas sedativas aumenta	CF	C	NN	D	DF
j	Neste hospital, todas as alternativas razoáveis são tentadas antes de conter os idosos	CF	C	NN	D	DF
k	Os médicos, enfermeiros e demais profissionais precisam de melhores diretrizes para ajudar a determinar o que é cuidado apropriado para idosos	CF	C	NN	D	DF
l	Muitos idosos preferem deixar seu cuidador tomar a decisão sobre qual é o melhor tratamento	CF	C	NN	D	DF
m	A minha opinião sobre o cuidado adequado dos idosos é valorizada pelos meus colegas	CF	C	NN	D	DF

20 - Sexo:	21 - Qual é sua idade?
a Masculino	a Idade
b Feminino	b Prefiro não responder
c Prefiro não responder	

22 - Como você descreve-se?

- a Branco
- b Pardo
- c Preto
- d Amarelo
- e Indígena
- f Outros: _____
- g Prefiro não responder

23 - Quais são as questões mais urgentes que você enfrenta atualmente ao cuidar de idosos?

24 - Você tem algum comentário em relação a alguma questão levantada por este questionário?

25 - O que o ajudaria a melhorar o atendimento ao idoso?

ANEXOS

ANEXO A - Autorização concedida pelo NICHE

Barbara Bricoli barbara.bricoli@nyu.edu sent:

Dear Dr. Soares,

We are very pleased to develop an agreement for validation of the GIAP with The School of Nursing, Federal University of Minas Gerais (EEUFMG).

We are preparing the agreement now and will send to you very soon. The NYU legal office must review it - so it may take several days.

I will let you know if we have any questions. Please do not hesitate to contact me if you have any questions too.

Thank you, Barbara

Barbara Bricoli, MPA
Executive Director
NICHE Nurses Improving Care for Healthsystem Elders
NYU College of Nursing
726 Broadway, 10th Floor,
New York, NY 10003
212-992-9753
barbara.bricoli@nyu.edu
nicheprogram.org

ANEXO B – Versão *Geriatric Institutional Assesement Profile* original em inglês

GIAP Survey

Page 1 of 14



► **Login ID:**

Below, please select which unit of you are a member of.

If no options appear, then this survey may have been misconfigured.

1. In what position do you spend the majority of your time?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Nursing Assistant / Aide | <input type="radio"/> House Officer / Resident / Fellow | <input type="radio"/> Social Worker |
| <input type="radio"/> Administrator | <input type="radio"/> Lab Technician | <input type="radio"/> Other (Nurse) <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> Physical Therapist | <input type="radio"/> Clinical Specialist / Nurse Practitioner | <input type="radio"/> Patient Educator |
| <input type="radio"/> Staff Nurse | <input type="radio"/> Pharmacist | <input type="radio"/> Occupational Therapist |
| <input type="radio"/> Physician | <input type="radio"/> Dietician | <input type="radio"/> All Others <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> Respiratory Therapist | <input type="radio"/> Nursing Faculty | <input type="radio"/> Staff Educator |
| <input type="radio"/> Head Nurse / Nurse Manager | | |

2. For Nurses, please fill in your highest nursing degree (select one):

If RN: highest degree / licensure:

- Diploma
- AD
- BSN
- Masters
- Doctorate

If NOT RN: highest degree / licensure:

- LPN/LVN
- Certified nursing assistant
- Not applicable

3. Please fill in your highest NON-nursing degree (Nurses and Non-Nurses):

- BS, BA
- MS, MA
- PhD, EdD, ScID
- Other professional degree (MD, JD, etc.)
- Not applicable

4. How many years of experience do you have in this profession?

5. How many years have you been working at this institution?

6. Unit where you spend most of your time:

- General Medical
- General Surgical
- General Medical / Surgical
- ED
- ICU-Critical Care
- CCU-Coronary Care
- Non-Critical Care Specialty Unit (e.g., step down, oncology, AIDS)
- Geriatric Unit
- OB / GYN
- Long Term Care Unit
- Ambulatory Care Unit
- Rehabilitation
- Home Care
- Psychiatric Unit
- Rotating
- Other (Specify):

7. For the older adults you care for, do you think the following treatments are used:

	Too little	Little	Appropriately	Often	Too Often	Not Applicable
(a) mechanical restraints (e.g., posey vests, geri-chairs)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(b) sleeping medications or chemical restraints (i.e., tranquilizers)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(c) incontinence pads	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(d) incontinence garment	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(e) urinary catheters	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(f) pressure mattresses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(g) adaptive devices (e.g., foam wedges, bed alarms)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(h) pain medication	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(i) tube feeding	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(j) pressure						

ulcer treatment (e.g., turning bedridden older adults)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

8. How often do disagreements among staff (between disciplines) arise over the use of these treatments?

	Almost always	Always	Sometimes	Nearly never	Almost never	Not Applicable
(a) mechanical restraints (e.g., posey vests, geri-chairs)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(b) sleeping medications or chemical restraints (i.e., tranquilizers)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(c) incontinence pads	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(d) incontinence garment	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(e) urinary catheters	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(f) pressure mattresses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(g) adaptive devices (e.g., foam wedges, bed alarms)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(h) pain medication	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(i) tube feeding	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(j) pressure ulcer treatment (e.g., turning bedridden older adults)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. How often do disagreements among staff and older adults and/or their families arise over the use of these treatments?

	Almost always	Always	Sometimes	Nearly never	Almost never	Not Applicable
(a) mechanical restraints (e.g., posey vests, geri-chairs)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(b) sleeping medications or chemical restraints (i.e., tranquilizers)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(c) incontinence pads	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(d) incontinence garment	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(e) urinary catheters	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(f) pressure mattresses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(g) adaptive devices (e.g., foam wedges, bed alarms)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(h) pain medication	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(i) tube feeding	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(j) pressure ulcer treatment (e.g., turning bedridden older adults)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. At your hospital, how satisfied are you about the extent to which:

	Not very Satisfied	Not nearly satisfied	Somewhat Satisfied	Very nearly satisfied	Very Satisfied	Not Applicable
(a) staff individualize care	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(b) older adults get the care they need	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(c) staff address issues about geriatric care	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(d) staff are familiar with how aging affects response to treatment	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(e) aging is considered a factor in planning and evaluation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(f) older adults receive the information they need to make decisions about their care	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(g) families						

receive the information and support they need to help their older family members	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(h) staff obtain information about older adults' pre-hospitalized baseline	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(i) there is adequate continuity of care across settings	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(j) there is adequate continuity of care across hospital units	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. The following are obstacles to making good decisions about the care provided to older adults. To what extent does each interfere with care at your hospital?

	Does not Interfere	Little	Somewhat Interferes	Much	Greatly Interferes	Not Applicable
(a) lack of knowledge about care of older adults	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(b) lack of (or inadequate) written geriatric policies and procedures	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(c) differences of opinion among staff (between disciplines) regarding common geriatric problems	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(d) lack of specialized services for older adults (e.g. oral care, podiatry)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(e) lack of special equipment (e.g. raised toilet seats, special mattresses)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(f) exclusion of nurses from						

	geriatric care decisions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(g)	economic pressures to limit treatment or length of stay	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(h)	staff shortages / time constraints	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(i)	communication difficulties with older adults and their families	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(j)	exclusion of older adults from care decisions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(k)	confusion over who is the appropriate decision maker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. How often do you use these geriatric services?

	Daily	Weekly	Monthly	Less than monthly	Hardly ever	Not available
(a) geriatric nurse specialist or geriatric nurse practitioner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(b) geriatrician	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(c) geriatric social worker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(d) geriatric psychologist / psychiatrist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(e) geriatric rounds and inservices	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(f) geriatric texts and journals	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(g) regional / national geriatric conferences, workshops	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. How would you rate the job your hospital has done educating the staff about the care of older adults?

- Excellent
- Above average
- Average
- Below average
- Extremely poor

- Poor
- Not Applicable

14. How vulnerable do you feel to legal liability arising from:

	Very vulnerable	Vulnerable	Somewhat vulnerable	Not very vulnerable	Not at all vulnerable	Not Applicable
(a) the development of pressure ulcers in older adults	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(b) falls by older adults	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(c) charges of unlawful restraint	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(d) injuries from use of restraints	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(e) nosocomial infection from catheter use	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(f) injuries resulting from use of sedating medication	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Some older adults can exhibit behaviors that are upsetting. How often are the older adults in your care:

	Often (5+ x/week)	Sometimes (1-4 x/week)	Never	Not Applicable
(a) demanding	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(b) argumentative	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(c) uncooperative	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(d) seeking reassurance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(e) up during the night	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(f) wandering during the day	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(g) confused / agitated	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. How much does it bother you when older adults in your care are:

	Disturbs me very much	Disturbs Me Somewhat	Does Not Disturb Me	Not Applicable
(a) demanding	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(b) argumentative	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(c) uncooperative	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(d) seeking reassurance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(e) up during the night	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(f) wandering during the day	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(g) confused / agitated	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. To what extent do you disagree or agree with these statements about your hospital:

	Strongly agree	Agree	Neither agree nor disagree	Disagree	Strongly disagree	Not Applicable
(a) Clinicians and administrators work together to solve older adults' problems	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(b) It is acceptable to disagree with your supervisor regarding care for older adults	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(c) Input from staff is sought in determining policies and guidelines about geriatric care	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(d) Older adults are always treated with respect	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(e) Appropriate staff are involved with decisions about geriatric care	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(f) Personal growth is encouraged	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(g) The rights of older adults are protected	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Indicate the degree to which you disagree or agree with the following statements:

	Strongly agree	Agree	Neither agree nor disagree	Disagree	Strongly disagree
(a) Most pressure ulcers are preventable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(b) Pressure ulcers occur in about half of the hospitalized older adults	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(c) It is almost always possible to prevent skin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

breakdown					
(d) Heels are one of the most susceptible regions to skin breakdown in bedridden older adults	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(e) Pressure ulcers can lead to osteomyelitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(f) Regular massage over bony prominences reduces skin breakdown	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(g) Time spent preventing pressure ulcers is valued at this hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(h) I don't have time to perform daily skin assessments on my older adults	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(i) Adequate nutrition is the most essential element in preventing skin breakdown	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(j) Sleep problems in hospitalized older adults contribute to poor hospital outcomes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(k) Sedatives prevent hallucinations and agitation in older adults with sleep disorders	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(l) Most sleeping problems in hospitalized older adults require the use of sedatives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(m) Sleep disturbances should always be aggressively treated	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(n) We do a good job identifying and preventing sleep disorders	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(o) Time spent preventing sleep problems is valued at this hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(p) I don't have time to help prevent sleep problems without relying on sedatives	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(q) Prevalence of incontinence in hospitalized older adults is about 20 percent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(r) Problems with urinary continence are a normal part of aging	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(s) Kegel exercises are good for all types of incontinence problems	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(t) Constipation can lead to urinary incontinence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(u) Time spent managing urinary incontinence without the use of catheters or incontinence garments is valued at this hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(v) I try to avoid using indwelling catheters for older adults even if this means they are occasionally wet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Indicate the degree to which you disagree or agree with the following statements:

	Strongly agree	Agree	Neither agree nor disagree	Disagree	Strongly disagree
(a) We use incontinence garments at night for most of our incontinent, older adults	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(b) Indwelling urinary catheters are appropriate in the management of incontinence as long as they are discontinued after 10 days	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(c) Reducing the use of indwelling catheters creates significant demands on staff time	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(d) Indwelling catheters are the single leading cause of septicemia in hospitalized older adults	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(e) Confused older adults are safer when restrained in bed or in a chair	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(f) Nerve injuries can result from the use of restraints	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(g) Using restraints often contributes to older adult confusion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(h) I check my restrained older adults at least every hour	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(i) When the use of mechanical restraints goes down, the use of sedating drugs goes up	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(j) At this hospital, all reasonable alternatives are tried before restraining older adults	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(k) Clinicians need better guidelines to help determine what care is appropriate for older	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO C – Parecer substanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Adaptação e validação para versão em português do instrumento Geriatric Institutional Assessment Profile (GIAP) para cultura brasileira.

Pesquisador: Sônia Maria Soares

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 26459214.0.0000.5149

Instituição Proponente: Universidade Federal de Minas Gerais

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.335.388

Apresentação do Projeto:

Conforme os autores, “O número de idosos hospitalizados no Brasil necessita de um melhor entendimento sobre a qualidade na prestação de cuidados geriátricos. O Geriatric Institutional Assessment Profile (GIAP) é um instrumento auto administrado, designado para avaliar os fatores que mais afetam o atendimento de idosos hospitalizados a partir de informações fornecidas pelos enfermeiros, para implementar um programa geriátrico. Trata-se de uma pesquisa metodológica, quantitativa, que tem como objectivo realizar a validação do instrumento para o Brasil da versão adaptada do instrumento GIAP. Os locais selecionados para o estudo levou em consideração os hospitais que possuíam unidades nas diversas especialidades médicas e cirúrgicas, com maior número de leitos, pacientes internados e enfermeiros por hospital. Essas características foram tidas em consideração, a fim de assegurar uma amostra diversificada de respostas. O estudo será realizado em seis instituições hospitalares: três localizadas em Belo Horizonte, Minas Gerais e três em Teresina, Piauí. A população do estudo será selecionada por amostra de conveniência, não probabilística, composta por enfermeiros que atuam em unidades médicas especializadas unidades cirúrgicas e unidades de cuidados intensivos. Serão excluídos enfermeiros que trabalhavam em unidades que assistem principalmente adultos mais jovens ou crianças e os gerentes e supervisores de enfermagem. O pré-teste será aplicado entre 30 a 40 pessoas, conforme recomendações de Beaton et al (2000). Em seguida, ocorrerá o processo de validação, com amostra composta por 350 sujeitos, dos quais 175 serão de enfermeiros residentes em Belo

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 2.335.388

Horizonte e 175 em Teresina. A versão GIAP contém 25 grandes questões, que totalizam 133 itens. Em suma as questões são avaliadas em uma escala tipo Likert de 5 pontos, na qual escores mais altos indicam menos barreiras para a prática de qualidade. O instrumento será aplicado mediante entrevista, conduzida pela própria pesquisadora, e será realizada no ambiente de trabalho, marcada em um horário de acordo com a disponibilidade dos profissionais, em um local reservado. A análise das propriedades psicométricas, seguirá as recomendações de Pasquali (2009), que compreende a validação de construto e de confiabilidade. A análise de confiabilidade será feita por meio do coeficiente alfa de Cronbach, que reflete o grau de covariância dos itens entre si (consistência interna). Para testar a validade de construto rodar-se-á uma análise fatorial exploratória. O nível de significância adotado será de 5% para todos os testes estatísticos. Os dados coletados serão armazenados com código identificador em uma planilha eletrônica de dados, importada para análise no ambiente de programação estatística R. Todas as pessoas convidadas a participar receberão orientações sobre o estudo e após esclarecimentos de dúvidas assinarão o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme projeto:

Hipótese:

Ao utilizar rigoroso processo metodológico, o instrumento Geriatric Institutional Assessment Profile (GIAP) poderá ser validado para uso fácil por enfermeiros que prestam assistência a idosos em hospitais.

Objetivo Primário:

Validar para o Brasil a versão adaptada do instrumento Geriatric Institutional Assessment Profile (GIAP).

Objetivo Secundário:

- Elaborar o pré-teste da versão adaptada;
- Analisar a validade do construto e a estrutura fatorial da versão adaptada;
- Avaliar a confiabilidade e homogeneidade da versão adaptada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme os autores:

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos,6627 2º Ad SI 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 2.335.388

Riscos:

A participação será voluntária e nenhum participante receberá remuneração por seu envolvimento no estudo. Será assegurado o direito a não participação, a confidencialidade dos dados e o cuidado na utilização das informações de modo que os participantes não possam ser identificados. O participante poderá recusar-se a participar do estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Logo, os riscos para os participantes deste estudo serão mínimos.

Benefícios:

A adaptação e validação de instrumentos que avaliem a prática geriátrica em hospitais brasileiros é uma opção para disponibilizar instrumentos válidos para a população; pois, permite que estudos avaliem e comparem o atendimento hospitalar ao idoso e a sistematização de conhecimentos, atitudes e percepções sobre as melhores práticas. E, os enfermeiros têm papel importante nesse cuidado como parte de uma equipe interdisciplinar que é sensível às dimensões de ajuste de ambiente de idosos hospitalizados. Ou seja, o instrumento obtido através deste estudo permitirá identificar os fatores que afetam o atendimento a pessoa idosa nas instituições hospitalares, através de uma análise dos pontos fortes e dos obstáculos, o que contribuirá para a melhoria do cuidado ao idoso, assim como para os resultados de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se da continuação de um projeto para adaptação do questionário Geriatric Institutional Assessment Profile (GIAP) da New York University para o Brasil. A primeira fase consistiu na tradução e adaptação do questionário e, no presente projeto, os autores pretendem a validação do mesmo aplicando-o a cerca de 380 enfermeiros em Belo Horizonte e Terezina.

O GIAP é um questionário voltado para o trabalhador da área de saúde que visa avaliar seu preparo e o preparo da instituição de saúde na atenção ao idoso com suas peculiaridades. É uma forma qualitativa e quantitativa de avaliar a atenção ao idoso gerando dados para o desenvolvimento de ferramentas e protocolos especializados aos idosos. Com o envelhecimento da população, esse tipo de abordagem torna-se cada vez mais útil para a eficácia da atenção à saúde dessa faixa etária da população.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE: adequada, sugiro alterações conforme recomendação.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 2.335.388

Folha de rosto: adequada

Projeto de pesquisa da pós-graduação: adequado

Cartas de apoio institucional: adequadas.

Recomendações:

Recomendo as seguintes adequações no TCLE sem a necessidade de pendência:

1. Deixar claro que o participante tem direito a uma via do TCLE.
2. Explicitar que o participante não terá gastos ao participar do projeto.
3. Estimar o tempo de preenchimento do questionário no TCLE.
4. Explicar os riscos (quebra de sigilo, desconforto, etc) e o que as medidas que os pesquisadores estão tomando para minimizá-los.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sou favorável a aprovação da emenda, smj.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_930460 E1.pdf	14/09/2017 15:35:31		Aceito
Outros	Carta_de_Encaminhamento.pdf	14/09/2017 15:06:41	Sônia Maria Soares	Aceito
Outros	Curriculo_pesq_principal_Sonia.pdf	10/08/2017 16:27:55	Sônia Maria Soares	Aceito
Outros	Curriculo_assistente_Cinara.pdf	10/08/2017 16:06:14	Sônia Maria Soares	Aceito
Outros	Carta_de_aprovacao_Hosp_Sao_Marc	10/08/2017	Sônia Maria Soares	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos,6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 2.335.388

Outros	os.pdf	15:28:59	Sônia Maria Soares	Aceito
Outros	Carta_de_aprovacao_HUFPI.pdf	10/08/2017 15:26:32	Sônia Maria Soares	Aceito
Outros	Declaracao_Hosp_das_Clinicas_UFMG.pdf	10/08/2017 15:02:39	Sônia Maria Soares	Aceito
Outros	Carta_de_aprovacao_IPSEMG.pdf	10/08/2017 15:01:52	Sônia Maria Soares	Aceito
Outros	Carta_de_aprovacao_Hosp_Risoleta_Neves.pdf	10/08/2017 14:58:57	Sônia Maria Soares	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	10/08/2017 14:39:06	Sônia Maria Soares	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Cinara.pdf	10/08/2017 14:37:53	Sônia Maria Soares	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Cinara.pdf	10/08/2017 14:22:38	Sônia Maria Soares	Aceito
Outros	264592140emendaassinada.pdf	18/10/2017 15:01:30	Vivian Resende	Aceito
Outros	264592140pareceremassinado.pdf	18/10/2017 15:01:47	Vivian Resende	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 18 de Outubro de 2017

Assinado por:
Vivian Resende
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos,6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br