



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

Mayra Silveira Rosa Foloni

Formação em vigilância em saúde para responsáveis
técnicos de Instituições de Longa Permanência para
Idosos: estratégia para qualificação profissional a partir da
compreensão de suas experiências com surto COVID-19

Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina, Universidade
Estadual Paulista “Júlio de Mesquita
Filho”, Câmpus de Botucatu, para
obtenção do título de Mestra em
Enfermagem - Programa de Pós-
graduação em Enfermagem-
Mestrado Profissional.

Orientadora: Profa. Associada Silvia Cristina Mangini Bocchi
Coorientadora: Dra. Nádia Placideli Ramos

Botucatu

2023

Mayra Silveira Rosa Foloni

Formação em vigilância em saúde para responsáveis técnicos de Instituições de Longa Permanência para Idosos: estratégia para qualificação profissional a partir da compreensão de suas experiências com surto COVID-19

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestra em Enfermagem - Programa de Pós-graduação em Enfermagem-Mestrado Profissional.

Orientadora: Profa. Associada Silvia Cristina Mangini Bocchi
Coorientadora: Dra. Nádia Placideli Ramos

Botucatu

2023

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Foloni, Mayra Silveira Rosa.

Formação em vigilância em saúde para responsáveis técnicos de Instituições de Longa Permanência para Idosos : estratégia para qualificação profissional a partir da compreensão de suas experiências com surto COVID-19 / Mayra Silveira Rosa Foloni. - Botucatu, 2023

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu
Orientador: Silvia Cristina Mangini Bocchi
Coorientador: Nádia Placideli Ramos
Capes: 40400000

1. Instituição de longa permanência para idosos.
2. Enfermeiro. 3. Vigilância em saúde do trabalhador.
4. Pesquisa qualitativa. 5. COVID-19 (Doença).

Palavras-chave: COVID-19; Enfermeiro; Instituição de Longa Permanência para Idosos; Pesquisa qualitativa; Vigilância em saúde.

Folha de Aprovação

Nome: Mayra Silveira Rosa Foloni

Título: Formação em vigilância em saúde para responsáveis técnicos de Instituições de Longa Permanência para Idosos: estratégia para qualificação profissional a partir da compreensão de suas experiências com surto COVID-19.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Profissional da Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP), para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: 03/05/2023

Banca Examinadora

Titular 01 (Orientador)

Nome: Profa. Associada Silvia Cristina Mangini Bocchi

Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB - Unesp

Titular 02

Nome: Profa. Associada Regina Célia Popim

Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp

Titular 03

Nome: Prof. Dr. César Júnior Aparecido de Carvalho

Instituição: Instituto Federal do Paraná, Câmpus de Londrina

"Agrada-te do Senhor, e Ele satisfará os desejos do teu coração".

Salmos 37:04

"não temas, porque Eu sou contigo..."

Isaias 41:10

"[...] O que descobrimos ao fazer pesquisa é o quanto o mundo é complexo... [...] e quando respondemos algumas perguntas, formulamos outras [...]" (Strauss, Corbin, 2008)

Ao meu companheiro de vida e esposo Maurício, e aos meus tão sonhados e amados filhos, Pedro e Rafaela, vocês são a minha vida. Agradeço por toda paciência e compreensão que tiveram nos momentos de ausência em família. Vocês são muito importantes para mim e sempre estiveram ao meu lado.

Aos meus amados pais, Marcos e Cléo, minhas queridas irmãs Aline e Isabele, e a minha sogra Denise, vocês sempre me apoiaram e acreditaram em mim.

Agradecimentos

Ao Senhor Jesus, primeiramente, pelas bênçãos recebidas a cada dia, pela saúde e por toda a sabedoria e força para poder caminhar e chegar até aqui. Eu tenho certeza de que sem Ele eu não teria conseguido!

Aos meus colegas de trabalho e enfermeiros colegas mestrandos, vocês me encorajaram e não me deixaram desistir deste projeto, e que desde o início compartilhamos conhecimento, anseios e dúvidas. Vocês são muito queridos.

Agradeço aos enfermeiros responsáveis técnicos de Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPIs). Gratidão por compartilharem suas experiências e por dedicarem um tempo do seu dia para essa pesquisa. Vocês foram essenciais.

À minha querida orientadora, Profa. Associada Silvia Cristina Mangini Bocchi que me ensinou muito com toda a sua experiência e dedicação nas pesquisas, ainda por toda sua atenção, respeito, paciência, compreensão e generosidade em compartilhar seus conhecimentos comigo para que concluíssemos esse grandioso projeto.

À minha coorientadora e gerontóloga, Dra. Nádia Placideli Ramos por acreditar em mim e por toda a sua dedicação no aprofundamento da compreensão dos processos biológicos, sociais e emocionais relacionados ao envelhecimento. Por me desafiar com a indagação: — Perante o mundo contemporâneo globalizado é possível criar formas satisfatórias e dignas de vida para pessoas longevas?

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem Profissional, da Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” e ao corpo docente e administrativo, os meus sinceros agradecimentos.

Agradeço aos membros da banca examinadora, Profa. Associada Regina Célia Popim e Prof. Dr. César Júnior Aparecido de Carvalho pela disponibilidade e interesse.

Aos amigos e colegas que, de forma direta ou indireta, contribuíram ou auxiliaram na elaboração deste estudo; e pela paciência, atenção e força que prestaram em momentos difíceis.

Foloni MSR. Formação em vigilância em saúde para responsáveis técnicos de Instituições de Longa Permanência para Idosos: estratégia para qualificação profissional a partir da compreensão de suas experiências com surto COVID-19. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2023.

RESUMO

Objetivo geral: propor programa de qualificação profissional em vigilância em saúde para Responsáveis Técnicos (RTs) de Instituições de Longa Permanência (ILPIs), a partir de suas experiências com surto COVID-19. **Objetivos específicos:** compreender a experiência dos enfermeiros RTs de ILPIs, em face do surto COVID-19 nas instituições, e elaborar modelo teórico representativo dessa experiência, para então, propor como produto técnico, programa de curso para formação desses profissionais em vigilância em saúde, para capacitá-los ao exercício profissional em ILPIs. **Método:** investigação qualitativa aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa. Com saturação teórica após transcrição na íntegra e análise, segundo o referencial metodológico Teoria Fundamentada nos Dados, da 8ª entrevista individual e em profundidade, todas realizadas remotamente por videoconferência síncrona e gravadas por *Google Meet app*, de junho de 2021 a outubro de 2022, com enfermeiros RTs que vivenciaram surtos COVID-19 em ILPIs, no município de Bauru, São Paulo, Brasil. **Resultados:** as categorias identificadas e as relações teóricas estabelecidas possibilitaram o desenvolvimento de processo analítico e explicativo das ações e das interações que compõem o processo experiencial desses enfermeiros, composto por quatro subprocessos: *deparando-se despreparado para lidar com o surto de doenças infectocontagiosas emergentes em ILPI (A); julgando-se como enfermeiro e RT compelido a assumir os desafios do gerenciamento da assistência em empreendimento social para idosos, em surto COVID-19 (B); apoiando-se nas Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária, projetos sociais e na religiosidade (C); considerando-se vitorioso e preparado no duelo, sem abandonar precauções para doenças infectocontagiosas (D)*. Do realinhamento dos componentes pertencentes a esses quatro subprocessos, descobriu-se a categoria central (modelo teórico), denominada - *do despreparo ao controle do*

surto COVID-19 em ILPIs: vigilâncias epidemiológica e sanitária como componentes intervenientes. Em face do papel punitivo da Vigilância Sanitária ressignificado para colaborativo, quando as vigilâncias adotaram postura de corresponsabilização com a gestão do cuidado durante surtos COVID-19 nas ILPIs e essas ações contribuíram para que os RTs sentissem mais preparados e, portanto, seguros para lidar com surtos em ILPI. Infere-se que o programa de capacitação profissional em vigilância em saúde, a partir da experiência de RTs, no controle de surtos COVID-19 nas ILPIs, pode contribuir significativamente na formação deles. Ademais, se oferecido e coordenado pela Vigilância Sanitária, como condição para o desempenho do papel de RT, em ILPIs do município, pode conferir como ação regulatória sobre o funcionamento desses tipos de estabelecimentos. São por essas razões que este estudo propõe como produto técnico, um programa de capacitação, com a finalidade de tornar os RTs de ILPIs corresponsáveis e protagonistas na (re)estruturação dos processos de trabalho nas suas instituições, visando a qualidade assistencial de idosos institucionalizados. **Considerações finais.** Os objetivos delineados foram alcançados e uma das contribuições deste estudo é o modelo teórico pressupondo que ações educativas realizadas pela Vigilância Sanitária, junto aos RTs de ILPIs, podem se transformar em ações exitosas para a qualidade dos cuidados nesses estabelecimentos, por fomentar relação de confiança para a cogestão.

Descritores: Idoso; Instituição de Longa Permanência para Idosos; Enfermeiro, Enfermeira; Gestão da Segurança; COVID-19; Educação Continuada; Serviços de Vigilância Sanitária; Vigilância em Saúde.

Foloni MSR. Training in health surveillance for technical managers of long-stay institutions for the elderly: strategy for professional qualification based on understanding their experiences with the COVID-19 outbreak. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2023.

ABSTRACT

General objective: This work aims to propose a professional training program in health surveillance for Technical Managers (TMs) of Long-stay Institutions for the elderly, based on their experiences with the COVID-19 pandemic. **Specific objectives:** Understand the experience of TMs nurses from Long-stay Institutions for the elderly, in the face of the COVID-19 pandemic in the institutions and elaborate a representative theoretical model of this experience. Then propose, as a technical product, a training program for these professionals in health surveillance, to qualify them for professional practice in Long-stay Institutions for the elderly. **Method:** Qualitative research approved by the Research Ethics Committee. With theoretical saturation after full transcription and analysis, according to the Grounded Theory methodological framework, of the 8th individual and in-depth interviews, all performed out remotely by synchronous videoconference and recorded by Google Meet app, from June 2021 to October 2022. The interviews were conducted with TM nurses who experienced COVID-19 outbreaks in Long-stay Institutions for the elderly in the city of Bauru, São Paulo, Brazil. **Results:** Identified categories and the established theoretical relations enabled the development of an analytical and explanatory process of the actions and interactions that make part of an experiential process of these nurses, composed of four sub-processes: *finding themselves unprepared to deal with the outbreak of infectious and contagious diseases emerging in Long-stay Institutions for the elderly*(A); *judging oneself as a nurse and technical managers compelled to take on the challenges of managing care in a social enterprise for the elderly, in a COVID-19 outbreak* (B); *relying on Epidemiological and Sanitary Surveillance, social projects and religiosity* (C); *considering himself victorious and prepared for the duel, without abandoning precautions for infectious and contagious diseases* (D). From the realignment of the components belonging to

these four sub-processes, the central category (theoretical model) was discovered, called - from unpreparedness to control the COVID-19 outbreak in Long-stay Institutions for the elderly: epidemiological and health surveillance as intervening components. In view of the punitive role of the Sanitary Surveillance that was re-signified to a collaborative one, when the surveillances adopted a posture of co-responsibility with the management of care during COVID-19 outbreaks in the Long-stay Institutions for the elderly and these actions contributed to the TMs feeling more prepared and, therefore, safe to deal with outbreaks in Long-stay Institutions for the elderly. It is inferred that a professional training program in health surveillance, based on the experience of TMs, in the control of COVID-19 outbreaks in Long-stay Institutions for the elderly can significantly contribute to their training. Furthermore, if offered and coordinated by the Sanitary Surveillance, as a condition for performing the role of TM, in Long-stay Institutions for the elderly in the municipality, it can act as a regulatory action on the functioning of these types of establishments. This is the main reason of this study proposes, as a technical product, a training program, with the purpose of making the TMs of Long-stay Institutions for the elderly co-responsible and protagonists in the (re)structuring of work processes in their institutions, aiming at the quality of care for institutionalized elderly people. **Final considerations.** The outlined objectives were achieved and one of the contributions of this study is the theoretical model assuming that educational actions carried out by the Sanitary Surveillance, together with the TMs of Long-stay Institutions for the elderly, can become successful actions for the quality of care in these establishments, by fostering a relationship of trust for co-management.

Descriptors: Aged; Homes for the Aged; Nurse; Safety Management; COVID-19; Education, Continuing; Health Surveillance Services.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Exemplo de codificação da microanálise.....	22
Quadro 2. Exemplo de codificação aberta.....	23
Quadro 3. Subprocessos, categorias, subcategorias e elementos relativos à experiência de enfermeiros responsáveis técnicos por Instituições de Longa Permanência para Idosos. Bauru, São Paulo, 2022.....	30
Quadro 4. Categoria (A1). Não acreditando na possibilidade de surto na ILPI: códigos.....	91
Quadro 5. Categoria (A2). Não pressupondo casos suspeitos: códigos.....	91
Quadro 6. Categoria (A3). Deixando de propor plano contingencial para doença infectocontagiosa: códigos.....	91
Quadro 7. Categoria (B1). Obrigando-se como RT a gerenciar na ILPI a assistência aos residentes com COVID-19 com apoio limitado da Rede de Atenção à Saúde (RAS): subcategorias e códigos.....	92
Quadro 8. Subcategoria (B.2.1). Elevando a carga de trabalho com o aumento da complexidade do cuidado: elementos e códigos.....	96
Quadro 9. Subcategoria (B2.2). Elevando os custos do empreendimento sem repassar às famílias: elementos e códigos.....	97
Quadro 10. Subcategoria (B2.3). Entrando em sofrimento psíquico: elementos e códigos.....	98
Quadro 11. Subcategoria (C1.1). Sentindo-se, a princípio, intimidado pelas Vigilâncias: elemento e códigos.....	101
Quadro 12. Subcategoria (C1.2). Vigilâncias passando a desenvolver ações colaborativas com RTs, depois dos surtos COVID-19 estabelecidos em ILPIS: elementos e códigos.....	102
Quadro 13. Categoria (C2). Recebendo apoio além das Vigilâncias: subcategorias e códigos.....	103
Quadro 14. Categoria (D1). Considerando-se exitoso nos cuidados mesmo tendo óbitos: códigos.....	104

Quadro 15. Categoria (D2). Ponderando a prevenção como melhor caminho: subcategorias, elementos e códigos.....	105
Quadro 16. Subcategoria (D2.2). Sentindo-se mais seguro com adoção de medidas preventivas: elemento e códigos	106
Quadro 17. Categoria (D3). Considerando-se preparado para lidar com novos surtos em ILPI: códigos.....	108

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CEP	Comitê de estudos e pesquisas
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CVS	Centro de Vigilância Sanitária
COVID-19	Coronavirus Disease 2019 - Doença por coronavírus 2019
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ERT	Enfermeiro Responsável Técnico
EUA	Estados Unidos da América
FGV	Fundação Getúlio Vargas
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IS	Interacionismo Simbólico
OMS	Organização Mundial de Saúde
MERS-CoV	Middle East Respiratory Syndrome - Síndrome Respiratória do Oriente Médio
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RT	Responsável Técnico
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 - Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2
SARS-CoV	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus - Síndrome Respiratória Aguda Grave
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
VE	Vigilância Epidemiológica
VISA	Vigilância Sanitária
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO.....	01
1.1 O cenário atual das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) no Brasil.....	02
1.2 A pandemia COVID-19.....	04
1.2.1 A pandemia e as ILPIs no mundo e no Brasil.....	05
1.3 Recomendações e estratégias para prevenção e controle das doenças infectocontagiosas e COVID-19 nas ILPIs.....	07
1.3.1 Tipos de transmissão das doenças infectocontagiosas.....	08
1.3.1.1 Tipos de precaução baseadas na transmissão.....	09
1.3.2 Vigilância em saúde.....	11
1.4 Os responsáveis técnicos e a gestão das ILPIs.....	12
CAPÍTULO II – PROBLEMA, OBJETIVOS E FINALIDADE DA PESQUISA EM PRODUZIR PRODUTO TÉCNICO.....	14
2.1 O problema.....	15
2.2 Objetivos.....	16
2.2.1 Objetivo geral.....	16
2.2.2 Objetivos específicos.....	16
2.3 Finalidade da pesquisa em produzir produto técnico.....	16
CAPÍTULO III – MÉTODO.....	17
3.1 Tipo de pesquisa.....	18
3.2 Cenário do estudo.....	18
3.3 Atores.....	19
3.4 Procedimentos éticos e de coleta de dados.....	19
3.5 Análise dos dados, amostra por saturação teórica e validação do modelo teórico.....	21
3.6 Referencial teórico.....	25

CAPÍTULO IV – RESULTADOS.....	28
4.1 Caracterização dos atores.....	29
4.2. A experiência.....	29
4.3. Modelo teórico.....	50
CAPÍTULO V – DISCUSSÃO.....	52
CAPÍTULO VI – PRODUTO TÉCNICO: PROGRAMA DE CURSO PARA QUALIFICAÇÃO EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE RESPONSÁVEIS TÉCNICOS DE ILPIs.....	59
6.1. Descrição geral.....	61
6.2. Objetivo geral.....	62
6.3. Conteúdo programático, objetivos específicos, avaliação escalonada por módulos e bibliografias por módulos.....	62
6.4. Cronograma.....	72
6.5. Avaliação do impacto imediato, médio e longo prazo.....	72
CAPÍTULO VII – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
REFERÊNCIAS.....	76
APÊNDICE 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	84
APÊNDICE 2. Roteiro para entrevista.....	86
ANEXO 1. Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).....	87
ANEXO 2. Parecer e aprovação do Comitê da Prefeitura Municipal de Saúde.....	90
APÊNDICE 3. Quadros de códigos referentes à análise axial dos dados.....	91

APRESENTAÇÃO

A área da saúde sempre me fascinou, despertando em mim muita curiosidade e interesse.

Sou Mayra Silveira Rosa Foloni, tenho 39 anos, nascida em Botucatu, a cidade dos “Bons ares”, no interior de São Paulo. Cidade que conta com dois câmpus da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (Unesp), um na Fazenda Lajeado e o outro no Distrito de Rubião Júnior, este último, abriga a Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) e o Hospital das Clínicas (HC). Estes câmpus são locais que fazem parte da minha história, desde a minha infância, com suas grandes áreas verdes, servido de passeio aos finais de semana em família para um piquenique ou para andarmos de bicicleta.

Ainda, a “Faculdade”, como é conhecida e chamada carinhosamente pelos moradores de Botucatu, faz parte da minha história, pois sou neta de um grande homem, temente a Deus e que foi auxiliar de enfermagem no HC. Meu falecido avô, Francisco Lourenço Rosa teve praticamente uma vida toda dentro do hospital e em contato com a FMB; iniciou a sua jornada profissional na instituição como inspetor de alunos, depois atendente de enfermagem e após curso técnico, foi auxiliar de enfermagem, ao todo foram 28 anos nesta querida Instituição. Pude presenciar seu amor à profissão da Enfermagem, sua dedicação e seu grande carinho aos pacientes em seus relatos; também por meio dele presenciei o lado árduo da nossa profissão, pois em diversos finais de semana e festas Natalinas, lá estava meu avô de plantão, “segurando a onda” da Enfermagem, quase que sozinho no HC; estamos falando da década de 80 e meados da década de 90, em que enfermeiros graduados eram raros.

Foi assim que tive meus primeiros contatos com a Enfermagem e a paixão só foi crescendo. No ano do cursinho pré-vestibular veio a decisão: quero ser Enfermeira!

Em 2004, meu sonho se concretizou e eu pude fazer parte daquela Faculdade tão famosa, reconhecida e valorizada desde a minha infância.

Foram quatro anos de muito estudo, momentos maravilhosos com eternas amizades e nos quais adquiri os conhecimentos ímpares que trago comigo.

Em 2007 me casei e terminei a graduação, após viemos morar, trabalhar e formar a nossa família na cidade de Bauru, São Paulo.

O desejo de continuar estudando sempre foi intenso, em especial fazer o tão sonhado Mestrado, mas com emprego novo e recém-casada não consegui logo de início seguir com esse plano.

Iniciei minha vida profissional como enfermeira assistencial em Bauru, primeiramente, em um Pronto Atendimento de um hospital particular, por quase um ano e depois como enfermeira assistencial em um grande ambulatório de especialidades público por aproximadamente três anos. Em 2011, deixei o Ambulatório para assumir como enfermeira e parte integrante da equipe do Departamento de Saúde Coletiva, da Prefeitura Municipal, por concurso público. Primeiramente fui enfermeira da Seção Técnica de Imunização, minha grande paixão como especialista em Saúde Pública até hoje e, em 2018, por necessidades pessoais e de ajuste de horário, iniciei no mesmo Departamento, na Divisão de Vigilância Sanitária, a qual aprendi a amar e me dedicar grandemente.

Durante esses anos passados realizei duas especializações na área de Enfermagem, uma em Saúde Pública e outra em Gestão, mas somente em maio de 2020, após os meus filhos estarem crescidos, pude realizar o sonho de fazer meu tão sonhado Mestrado.

Trabalhando na Vigilância Sanitária pude conhecer diversas atividades ainda não explorados por mim na Enfermagem, entre elas a de realizar inspeção sanitária em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) e, então conhecer mais de perto às necessidades e o funcionamento desse tipo de instituição.

Recentemente, durante a pandemia de COVID-19, acompanhei e investiguei surtos da doença in loco às instituições, o que me despertou interesse em estudar e poder contribuir cientificamente com ILPIs carentes em tecnologias e qualificação profissional na área de saúde.

Assim, após o desenvolvimento desta pesquisa, como resultado do mestrado profissional, proponho um plano de curso de formação em vigilância em saúde para responsáveis técnicos de ILPIs, como estratégia para qualificação profissional, a partir da compreensão da experiência desses profissionais com surtos COVID-19.

Desta forma, esta dissertação está organizada em sete capítulos: I - Introdução; II - Problema, objetivos e finalidade da pesquisa em produzir produto

técnico; III - Método; IV - Resultados; V - Discussão; VI - Produto técnico: programa de curso para qualificação em vigilância em saúde de responsáveis técnicos de ILPIs; VII - Considerações finais.

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

1.1. O cenário atual das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil

No Brasil, as instituições asilares para idosos são permeadas de preconceitos arraigados em sua origem e história que são perpassados ao longo dos anos. A realidade mundial, e nacional, é que o cuidado para com os idosos, dependentes além do seio da família, ocorre nestas e por estas instituições, reconhecidas como Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs)⁽¹⁾.

Inicialmente, os asilos eram direcionados às pessoas carentes, sem recursos financeiros e sem moradias, desta maneira, identificadas pela sociedade como abrigos para pessoas em situação de abandono, especialmente por seus familiares. No entanto, há muitos casos em que existe a possibilidade de aproximação do idoso com a sua família direta, e ainda indireta, bem como novas constituições de vínculos dentro das instituições⁽²⁾.

No Brasil, não há um consenso de conceitos que definam uma ILPI. Na visão conceitual da população é comum associar as ILPIs a instituições de saúde, mas elas estão compreendidas na política pública da assistência social⁽²⁾.

A denominação “ILPI” iniciou em comissões da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, nas últimas décadas, para expressar a nova função que as instituições asilares passaram a desenvolver, a prestação de assistência à saúde, além da assistência social, apesar de não serem reconhecidas como serviços de saúde⁽¹⁾.

As ILPIs são reconhecidas por diferentes nomenclaturas, as quais se cita: abrigos, casas lares, clínicas para idosos, casas de repouso, dentre outras. A Agência Nacional de Saúde (ANVISA) entende e define-as como: “instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania”^(1,3).

É latente o envelhecimento da população residente nas ILPIs, e, conseqüentemente, o surgimento das comorbidades inerentes ao avanço da idade e o aumento de sobrevida de pessoas com redução de capacidade física, cognitiva e mental. Em decorrência, surge a necessidade de que as ILPIs ofereçam muito mais do que abrigo, necessitam ser moradia que atendam as necessidades das pessoas idosas que as habitam⁽²⁾.

O funcionamento destas instituições é regulamentado no país, conforme disposto na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 502 de 27 de maio de 2021, antiga RDC nº 283/2005, que se caracteriza como uma diretriz direcionada exclusivamente à ILPI. Entretanto, a Política Nacional do Idoso (Lei 8.842 de 1994) traz recomendações às "entidades governamentais e não governamentais" para idosos, que posteriormente o Estatuto do Idoso (Lei 10.741 de 2003) dá maior especificidades direcionadas às "entidades", destacando as atribuições quanto à fiscalização delas e a Política Nacional de Assistência Social reconhece-as como serviços de proteção especial para idosos^(4,5,6).

Nas últimas décadas é visível o aumento descomedido de ILPIs particulares, tornando-se um grande nicho de mercado e, conseqüentemente, alvos de discussões sobre o contexto que elas vem ocupando no país. A abertura de novas ILPIs ocorre em abundância nos últimos anos, haja vista a percepção dos profissionais empreendedores quanto à sua necessidade, em face da prevalência da população idosa com necessidades específicas, sejam elas médicas ou sociais, tendo em vista os novos arranjos familiares e a escassez de vagas em ILPIs filantrópicas ou públicas⁽⁷⁾.

Sendo definidas como instituições sociais, as ILPIs contam com um profissional de nível superior para atuar como responsável técnico, profissional este que geralmente atua em áreas relacionadas às ciências humanas, como um assistente social, ou outro profissional com curso de nível superior.

Diante disso, há uma discussão avançada por estudiosos da área saúde, principalmente da gerontologia e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, quanto à iminência de reconhecer as ILPIs como híbridas (assistência social e assistência de saúde), a fim de que, possam atuar como responsável técnico destas instituições, profissionais de saúde que possuam conhecimento determinante na gestão e cuidado com o idosos residentes; espera-se que em breve isto possa mudar as diretrizes para o funcionamento e que sejam atualizadas a partir da realidade das ILPIs no Brasil^(1,3).

Todo histórico de ausência de políticas públicas condizentes com a realidade, e pelas escassas e incompletas legislações, leva a dificuldades de ação de órgãos fiscalizadores e de atuação dos RT, especificamente, da área da saúde^(1,3).

A realidade mostra, ainda, que muitas ILPIs inicialmente possuem idosos residentes sem necessidades e debilidades da saúde, contudo, com o passar dos anos as doenças surgem e se agravam, conduzindo-os a uma nova necessidade de cuidados. Cabe salientar que, devido à ausência de obrigatoriedade legal, diversas ILPIs não possuem em sua equipe um profissional de saúde.

A RDC nº 502/2021 dispõe sobre o funcionamento de ILPIs, de caráter residencial, estabelece o padrão mínimo para o funcionamento, incluindo sua organização, estrutura física e recursos humanos, traz o número de cuidadores em relação ao grau de dependência do idoso, a obrigatoriedade de profissional para o serviço de limpeza, lazer e alimentação. É dever da ILPI manter atualizado e de fácil acesso os documentos necessários à fiscalização, avaliação e controle social. Esta RDC ainda traz sobre a obrigatoriedade de possuir alvará sanitário atualizado, sobre a obrigatoriedade de a ILPI possuir projeto arquitetônico aprovado junto à autoridade sanitária local. Ademais, comprovar inscrição junto ao Conselho do Idoso, contar com um RT de nível superior com carga horária mínima de 20 horas/semana. Todavia, quanto ao RT, a citada RDC não especifica e não traz maiores detalhes sobre este necessitar de formação na área da saúde, ou que deva possuir curso de especialização na área de saúde do idoso, geriatria e/ou gerontologia, nem mesmo quaisquer especificações em âmbitos de políticas de saúde⁽³⁾.

1.2 A pandemia COVID-19

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declara pandemia em saúde pública, devido à disseminação do novo coronavírus, SARS-CoV-2, com início na cidade de Wuhan, na China, mas que teve rápida transmissão na Europa e nos Estados Unidos da América (EUA), causando grandes desafios em todos os níveis de serviços de saúde. Embora outras infecções causadas por coronavírus já tinham ocorrido em diversos países, como a Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV) e a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV), o SARS-CoV-2 ainda com conhecimento sobre o tratamento e proteção dos profissionais de saúde escasso, rapidamente tomou proporções epidêmicas e devastadoras.

A transmissão do SARS-CoV-2 ocorre de forma respiratória e por contato em superfícies contaminadas. A COVID-19 é uma nova doença com sintomas variados, dos quais cita-se os mais recorrentes: febre, tosse, mialgia, muscular, fadiga, dispneia, congestão nasal, conjuntivite, vômito e diarreia⁽⁸⁾.

Decorridos mais de três anos, o número de casos até 27 de março de 2023 chegou à marca de 761.071.826 da COVID-19 no mundo, incluindo mais de 6.800.000 mortes, relatadas à OMS. E até esta data foram administradas 13.259.928.837 doses de vacina⁽⁹⁾.

Segundo relatório emitido pelo Comitê de Emergência do Regulamento Sanitário Internacional (RSI - 2005) sobre a Pandemia de Coronavírus de 2019 (COVID-19), em Genebra (Suíça) de 30 de janeiro de 2023, é recomendado que a pandemia continue sendo uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), e afirma que, a pandemia esteja em um ponto de transição e que medidas de saúde pública serão necessárias a longo prazo, já que se espera que esse vírus se estabeleça⁽⁹⁾.

1.2.1 A pandemia e as ILPIs no mundo e no Brasil

Desde o início da pandemia, os idosos foram identificados como grupo de risco à doença, pois possuem maiores chances de desenvolver quadros agudos de insuficiência respiratória e alta mortalidade, especialmente àqueles que, para além do alongamento da senescência, possuem condições crônicas (comorbidades) acopladas ao processo de envelhecimento. Somado a essas condições, os idosos que residem em ILPI têm duplicada carga de exposição, por viverem em meio coletivo com muitos outros idosos, compartilhando áreas comuns e com fluxo de pessoas que lá trabalham^(8,10).

O impacto impressionante da primeira onda da Pandemia COVID-19 demonstrou, rapidamente, em todo o mundo, o despreparo das ILPIs para conter um surto. No cenário internacional, evidenciamos a morte em massa de idosos institucionalizados antes da vacinação. Os EUA vivenciaram grandes taxas de mortalidade relacionadas ao SARS-CoV-2 na população idosa em 2020, sendo mais de 80% das mortes em pessoas com 65 anos ou mais e 22% delas ocorridas em ILPIs. Na Europa, as mortes relacionadas à COVID-19 em residentes de ILPIs

foram bem maiores do que no restante da população não institucionalizada, cerca de 30 a 66%^(11,12).

Perante o avanço da pandemia, o alto número de contaminados e mortes entre idosos institucionalizados representou um grande desafio antes nunca experimentado, expondo deficiências importantes do setor e das políticas públicas. Portanto, novas orientações começaram a ser publicadas por diversos países para que com seus sistemas de saúde enfrentassem a COVID-19. Inclui-se então, um forte programa de prevenção e controle de infecções, uma rápida intervenção e planejamento para conter a propagação da doença em ILPIs, na tentativa de se evitar possíveis surtos e, conseqüentemente, mais óbitos de residentes vivendo em ILPIs^(8,9,13).

Foi desenvolvido por diversos órgãos competentes, entre eles os *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), a ANVISA, *World Health Organization* (WHO), recomendações, orientações e medidas de prevenção e controle da disseminação do vírus SARS-CoV-2 nas ILPIs, entre outros^(8,9,13).

Em fevereiro de 2020, após o governo brasileiro decretar estado de emergência para conter o SARS-CoV-2, foram então, organizados e divulgados os primeiros manuais da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, em seguida o da ANVISA, com as recomendações específicas às ILPIs para proteger os residentes e os profissionais de saúde^(8,14).

Levantou-se a “Frente Nacional de Fortalecimento às ILPIs”, inicialmente criada para apoiar as questões emergenciais de enfrentamento, com ações de grande importância, como disponibilização de protocolos de boas práticas e planos contingenciais da nova doença e fornecimento de orientações para a inscrição ao “Auxílio Emergencial” às ILPIs públicas ou privadas de caráter assistencial, sem finalidade lucrativa^(15,16).

O “Auxílio Emergencial” fora estabelecido pela Lei nº 14.018, de 29 de junho de 2020, com o objetivo de fornecer, pelo Governo Federal, um auxílio monetário para as ILPIs que se cadastrassem e cumprissem as determinações legais, de caráter assistencial, sem finalidade lucrativa. Posteriormente, a Portaria nº 2.221 de 03 de setembro de 2020, foi publicada para regulamentar o uso preferencial deste auxílio pelas instituições beneficiadas. Em seu Art. 9º, descreve como as instituições deveriam utilizar preferencialmente o auxílio, como a compra de

equipamentos médico-hospitalares; de alimentos para o favorecimento da melhora da imunidade dos idosos atendidos, alimentos e suprimentos proteicos; de produtos e materiais para limpeza e descontaminação dos ambientes; de medicamentos que, por prescrição médica, favoreça o bem-estar dos idosos institucionalizados; e a adequação ou reformas de área física para instalação de material leve e de fácil limpeza, para o isolamento adequado aos casos⁽¹⁶⁾.

No que diz respeito à pandemia e seu controle, ainda cumpre ressaltar a fundamentalidade do papel das equipes municipais de Vigilância em Saúde (Sanitária e Epidemiológica), pois trabalharam com empenho e dedicação na fiscalização e orientação do cumprimento de protocolos sanitários, isolamentos e uso de máscaras, como também na investigação e notificação de surtos, na elaboração de protocolos, além da coordenação, apoio logístico de armazenamento, distribuição de vacinas contra a COVID-19, entre outros⁽¹⁷⁾.

1.3 Recomendações e estratégias para prevenção e controle de doenças infectocontagiosas e COVID-19 nas ILPIs

A pandemia da COVID-19 trouxe à tona a importância do conhecimento sobre as doenças infectocontagiosas, suas medidas de precauções baseadas na transmissão e controle de agentes infecciosos, dos quais todos os profissionais que trabalham em ILPIs, em especial os profissionais de saúde e RTs, devem ter conhecimento, devido a convivência coletiva de pessoas idosas, geralmente a maior parte com comorbidades, refletindo maior vulnerabilidade destas instituições na propagação das doenças infectocontagiosas⁽¹⁸⁾.

Como noticiado no mundo todo, durante a pandemia de COVID-19, o despreparo das instituições culminou na morte de milhares de idosos institucionalizados^(9,11,12).

A implementação e adoção de medidas preventivas e de controle da disseminação da COVID-19 foram amplamente difundidas durante a pandemia, no entanto, deve-se sempre haver uma combinação dessas medidas com estratégias de uma visão multifacetada da instituição^(8,13,19). O planejamento de ações, o monitoramento contínuo dos idosos, o uso de medidas de precaução e o controle de doenças infectocontagiosas em uma ILPI deve ser rotineiro e acontecer

previamente à ocorrência de uma doença infectocontagiosa que, pode levar a um surto.

A realidade vivenciada em cada instituição deve ser considerada, havendo a necessidade de treinamento constante, bem como a aproximação dos líderes da equipe para um planejamento individualizado para aquela ILPI, de acordo os protocolos desenvolvidos. A mudança de rotinas nas ILPIs foi apontada em estudos como fortalecedores da prevenção e controle da COVID-19. O treinamento e a educação da equipe, mesmo com os temas amplamente divulgados, como uso de EPIs, higienização das mãos e desinfecção de ambientes, fazem a diferença na instituição em face de uma pandemia^(20,21).

1.3.1. Tipos de transmissão de doenças infectocontagiosas

As transmissões de doenças infectocontagiosas podem ocorrer por contato (direto ou indireto), gotículas ou aerossóis.

No *contato direto*, a transmissão de microrganismos de uma pessoa infectada para outra ocorre sem um objeto ou uma pessoa intermediária. Sucede após o contato de membranas mucosas (nariz, olho, boca), locais com cortes ou escoriações com as mãos contaminadas por sangue ou por fluídos respiratórios e corporais de outra pessoa. Um exemplo é a transmissão de ácaros de um paciente infectado por escabiose para a pele de um cuidador, enquanto ele está tendo contato direto com a pele do paciente, sem o uso de luvas, ou da herpes simples (HSV) nas mãos ao prestarem cuidados bucais a um paciente portador, sem o uso de luvas^(18, 22).

Na transmissão ou *contato indireto*, envolve a transferência de um agente infeccioso através de um objeto ou pessoa intermediária contaminada a outra pessoa, quando estes não receberem uma correta higienização. A título de exemplo são os objetos como maçanetas e interruptores, termômetros, superfícies e aventais que podem estar contaminados após o atendimento de um paciente colonizado ou infectado e não foram trocados ou retirados corretamente antes da prestação de cuidados a outro residente^(18,22).

Considera-se *transmissão por gotículas*, quando esta se dá por meio de gotículas respiratórias que transportam patógenos infecciosos diretamente do trato respiratório do indivíduo infectado para superfícies mucosas suscetíveis do

receptor, geralmente quando este se encontra a menos de um metro de distância^(18,22,23). As gotículas respiratórias são geradas através da boca ou nariz, quando uma pessoa infectada tosse, espirra ou fala, também é gerada na ressuscitação cardiopulmonar ou procedimentos como aspiração, intubação endotraqueal e em fisioterapias respiratórias. Alguns agentes infecciosos transmitidos pela via de gotículas, também, podem ser transmitidos pelas vias de contato direto e indireto. Como esses patógenos não permanecem infecciosos em longas distâncias, não são necessários quartos com ventilação especial de ar para se evitar a transmissão^(18,22,23).

Como exemplos de doenças infecciosas transmitidas por gotículas, tem-se a coqueluche, as gripes (vírus influenza, adenovírus, rinovírus), as pneumonias, a COVID-19 (SARS-CoV2), a meningite e a hanseníase.

Diferentemente das gotículas, na *transmissão por aerossol*, pessoas a mais de um metro de distância podem se contaminar, pois os aerossóis favorecem o transporte de microrganismos a longas distâncias, através de correntes de ar ou podem permanecer suspensas no ar por horas, dado ao seu tamanho de 5µm. Há risco de contaminação, também, em procedimentos geradores de aerossol, como: a intubação endotraqueal, a ressuscitação cardiopulmonar e a tosse intensa. Exemplos de doenças infectocontagiosas transmitidas por aerossóis são: o sarampo, a tuberculose, a rubéola, a varicela e o herpes zoster^(18,22).

1.3.1.1 Tipos de precauções baseadas na transmissão

As precauções constituem meios de se evitar a propagação de microrganismos entre as pessoas.

As *precauções padrão* constituem a principal medida de prevenção na transmissão entre o idoso da ILPI e os profissionais, durante os cuidados e devem ser implementadas independentemente do residente e do risco de exposição a sangue e a outros fluidos ou secreções corporais^(18,22,23)

As precauções padrão pressupõem que as pessoas possam estar infectadas ou colonizadas por um organismo, que venha ser transmitido aos profissionais e ao ambiente. Têm como objetivo proteger os residentes e os profissionais que ali trabalham, garantindo aos profissionais não levarem agentes infecciosos através das suas mãos ou de equipamentos usados durante o atendimento.

A implementação das precauções padrão compreende desde a higienização das mãos, antes e após contato com o paciente, o descarte adequado de resíduos segundo a legislação vigente (RDC nº 222/2018), a higiene respiratória/etiqueta da tosse, ao uso de Equipamentos de Proteção Individual – EPI em ações do dia a dia, como por exemplo o uso de luvas para troca de fraldas, bem como o uso de luvas, avental, máscara e óculos de proteção em uma aspiração endotraqueal, ou outro procedimento em que houver risco de respingos de sangue ou secreções^(18,22).

O tipo da precaução padrão (luvas, avental, máscara, proteção para os olhos ou protetor facial) a ser utilizada pelo profissional durante o cuidado é determinada pela assistência a ser prestada e a relação com a exposição prevista (fezes, urina, sangue ou outro fluido corporal).

As *precauções baseadas na transmissão* são utilizadas em residentes quando há confirmação ou suspeita de infecção ou de estarem colonizados por determinado agente infeccioso. Requerem medidas de controle adicionais, além das precauções padrão, para prevenir efetivamente a transmissão.

As precauções devem ser introduzidas o quanto antes, em face de a apresentação clínica do residente (sinais e sintomas), mesmo quando a etiologia infecciosa ainda está indefinida e aguarda diagnóstico clínico e/ou laboratorial. Após a confirmação e o diagnóstico sobre o tipo de agente infeccioso, as medidas de precaução devem ser revistas e se necessárias ajustadas^(18,23).

As precauções baseadas na transmissão dividem-se em três categorias:

Para *precaução por contato* deve-se utilizar EPIs, minimamente luvas e avental em interações que envolvam o contato com residente (exemplo: troca de fraldas e higiene oral), ou áreas do ambiente em que ele esteja e sejam potencialmente contaminadas, implementar as precauções padrão e a precaução por contato.

Quando um residente apresenta uma ferida com drenagem excessiva, incontinência fecal, escabiose e outras situações que podem gerar um risco aumentado de contaminação ambiental e risco de transmissão, colocar o residente em um quarto privativo, para isolamento.

A *precaução por gotículas* deve ser usada durante o procedimento de assistência ao residente, utilizar EPIs (máscara cirúrgica, avental, luvas e óculos

de proteção) e implementar outras precauções padrão e as precauções para gotículas.

Deve-se isolar o residente em um quarto privativo ou promover o isolamento em coorte, realizar a higienização das mãos antes e depois de cada contato com o paciente (água e sabão ou álcool em gel), utilizar máscara de proteção no paciente durante transporte e seguir a etiqueta de higiene respiratória/tosse. Evitar também, procedimentos que gerem aerossóis (intubação, aspiração, inalação)^(18,22,23).

Para *precaução por aerossóis*, utilizar EPIs (máscara N95 (PFF2), avental, luvas, gorro e óculos de proteção e implementar outras precauções padrão.

Deve-se isolar o residente em um quarto privado, se houver recursos arquitetônicos, idealmente em um quarto com pressão negativa monitorada à área circundante, realizar a higienização das mãos antes e depois de cada contato com o paciente (água e sabão ou álcool em gel), evitar procedimentos que gerem aerossóis e utilizar máscara de proteção no paciente durante transporte e a etiqueta de higiene respiratória/tosse^(18,22,23).

Mesmo com medidas de precaução e controle de transmissão em uma ILPI, poderão ocorrer casos de doenças transmissíveis entre os idosos residentes e na equipe multiprofissional.

Perante um caso confirmado de doença infectocontagiosa, ou ainda de um caso suspeito, deve-se prosseguir o mais rápido possível com as medidas de precaução baseada na transmissão, com o isolamento do residente em seu próprio quarto (se privativo) ou transferi-lo a uma área separada de isolamento que foi planejado e preparado para tal finalidade^(18,19,23,24).

O isolamento é uma medida de precaução e controle baseado na transmissão de agentes infecciosos. É a separação física dos residentes com uma doença infectocontagiosa específica dos demais, não infectados durante o período de transmissibilidade da doença, ou seja, enquanto for possível a transmissão do patógeno a outra pessoa, evitando assim um surto e controlando os casos isolados⁽²³⁾.

1.3.2. Vigilância em saúde

Em 12 de junho de 2018, foi instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), por meio da Resolução n. 588/2018 do Conselho Nacional de

Saúde (CNS). A Vigilância em Saúde é o acompanhamento permanente da situação de saúde da população, desenvolvendo ações que controlem determinantes, riscos e danos à saúde de populações. Tendo como componentes ações de vigilância, ações de promoção da saúde, prevenção e controle de doenças e agravos a saúde⁽²⁵⁾.

A PNVS tem sua gestão exclusiva com poder público, mas é ampla e abrange todos os serviços de saúde públicos e privados, ou seja, cabe a todos os serviços de saúde a integração e ações de Vigilância em Saúde⁽²⁶⁾.

Os RTs, tanto da iniciativa pública ou privada podem contribuir de diversas formas no processo de Vigilância em Saúde em sua ILPI. Eles devem ter conhecimento e realizar a notificação segundo a “Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, agravos e Eventos de Saúde Pública”, que é uma das formas de cumprir com as ações estabelecidas na RDC nº 502/2021 capítulo IV. Esta descreve que deve haver um monitoramento e avaliação contínua do desempenho e padrão de funcionamento das ILPIs, baseada minimamente nos indicadores citados no anexo da Legislação. Esses indicadores referem-se às taxas em residentes de: mortalidade, doença diarreica aguda, escabiose, desidratação, úlcera de decúbito e desnutrição. Os cálculos devem ser realizados, mensalmente, a título de avaliação e monitoramento, como descrito acima, e um consolidado anual desses indicadores devem ser enviados à Vigilância Sanitária todo mês de janeiro, ou seja, todo início do ano um consolidado anual anterior deve ser enviado^(3,27).

Ações de educação permanente em Vigilância em Saúde em seus locais de trabalho, intervenções e atuações em condicionantes e determinantes da saúde dos idosos, são necessários para a proteção e a promoção da saúde. Prevenção e controle de riscos, agravos e doenças nessa população institucionalizada, bem como o estabelecimento de parcerias educacionais entre as ILPIs e os serviços de saúde, em especial as Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica que ao cumprirem seu papel também educativo, qualificariam melhor os profissionais das ILPIs⁽²⁶⁾.

1.4. Os responsáveis técnicos e a gestão das ILPIs

As produções científicas acerca da atuação da equipe de enfermagem em ILPIs, sob a liderança de enfermeiros têm aumentado. Um breve levantamento na

Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), com as palavras-chave (ILPI) “AND” (Enfermagem), mais de 3.000 produções foram localizadas.

Ainda sobre o aumento do número de ILPIs no Brasil, muitos enfermeiros vislumbram a possibilidade de lucro imediato e a possibilidade de serem autônomos, com isso tem crescido o número de enfermeiros proprietários e RTs de ILPIs⁽⁷⁾.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) dispõe de normativa específica para os profissionais de enfermagem que trabalham em ILPI, bem como outras inerentes a profissão para qualquer área de atuação. Cabe ao enfermeiro de ILPI cumprir com suas atribuições, ou seja, quando houver enfermeiro, sendo ele RT ou não, ele é o profissional responsável pela assistência de enfermagem, devendo incluir em seu processo de trabalho a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), registrar as ações profissionais no prontuário do paciente e seguir com o planejamento, a direção, a organização, a execução, a coordenação e a avaliação dos serviços de enfermagem, atendendo assim às normativas do seu conselho de classe^(3,29-31).

*CAPÍTULO II - PROBLEMA, OBJETIVOS E
FINALIDADE DA PESQUISA EM PRODUZIR
PRODUTO TÉCNICO*

2.1. O problema

Durante a pandemia houve uma grande mudança de gestão nas ILPIs, para que assim elas pudessem enfrentar um novo momento e fizessem dos profissionais enfermeiros importantes atores, por serem eles habilitados com grande conhecimento na área de gestão, na transmissão de doenças, organização dos isolamentos, no treinamento da equipe e na contenção das doenças infectocontagiosas⁽³²⁾.

Antes com pouca visibilidade, as ILPIs passaram a ser noticiadas na pandemia, devido aos surtos e às mortes de idosos pela COVID-19 em todo mundo, exacerbando assim suas fragilidades e revisitando uma realidade pouco conhecida e divulgada.

Cabe ressaltar que as ILPIs abrigam uma população vulnerável, as quais têm conhecimento quanto à vida e à rotina do idoso, aos cuidados a eles dispensados, suas necessidades de lazer, interação social associados às medidas de precaução e ao controle de doenças, bem como conhecer os graus de dependência (que são complexos), contudo, são locais de alto risco de transmissão de doenças infecciosas. Em face destas razões, surgiu o anseio e o estímulo em investigar esse universo do idoso e que, no início e planejamento deste estudo, em maio de 2020, o Brasil não dispunha de nenhuma ação voltada diretamente às ILPIs.

A pandemia da COVID-19 evidenciou e elevou mortalidade de idosos e, em especial, dos institucionalizados em todo o mundo, trazendo assim, evidência no que se refere a realidade das ILPIs, bem como um alerta quanto aos problemas enfrentados por estas, no que diz respeito aos comportamentos perante o enfrentamento da pandemia COVID-19 e aos possíveis surtos dentro dessas instituições.

Diante da iminência de demonstrar a realidade destas ILPIs durante a pandemia da COVID-19, com a finalidade principal de buscar avançar na construção de serviços que ofereçam atenção integral ao idoso, assegurando a proteção à saúde destes indivíduos, em particular a esta nova doença, atribui-se relevância ao presente estudo, mediante a oportunidade de apreender e aprofundar a compreensão acerca das inquietações:

- a) Como se configurou a experiência dos enfermeiros RTs de ILPIs com a pandemia da COVID-19?

- b) A experiência dos enfermeiros RTs de ILPIs oferece possíveis caminhos para reestruturação do processo de trabalho nessas instituições, de forma a contribuir à atenção integral ao idoso institucionalizado?

2.2 Objetivos

2.2.1. Objetivo geral

Propor programa de qualificação profissional em vigilância em saúde para RTs de ILPIs, a partir de suas experiências com surto COVID-19.

2.2.2. Objetivos específicos

Compreender a experiência dos enfermeiros RTs de ILPIs em face do surto da COVID-19 nas instituições.

Elaborar modelo teórico representativo dessa experiência.

Propor como produto técnico, programa de curso para qualificação em vigilância em saúde para esses profissionais, a fim de melhor capacitá-los ao exercício profissional em ILPIs.

2.3. Finalidade da pesquisa em produzir produto técnico

Esse produto técnico será instituído e coordenado pela Vigilância Sanitária da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru, como ação de educação em saúde junto aos serviços regulados ILPIs. A ação tem a finalidade de tornar os RTs de ILPIs corresponsáveis e protagonistas na (re)estruturação dos processos de trabalho nas suas instituições, visando a qualidade assistencial de idosos institucionalizados.

CAPÍTULO III - MÉTODO

3.1. Tipo de pesquisa

Trata-se de pesquisa qualitativa na abordagem compreensiva, conduzida segundo o *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)*⁽³³⁾.

A pesquisa qualitativa tem a finalidade de interpretar, compreender e descrever fenômenos sociais de indivíduos. É uma forma de investigação social, retratando o sentido adotado pelos seres humanos em suas experiências e no mundo no qual eles vivem⁽³⁴⁾.

3.2. Cenário do estudo

Realizou-se o presente estudo em ILPIs de um município de grande porte do centro-oeste paulista, que passaram por surto da COVID-19, durante a pandemia do SARS-CoV-2.

O município da pesquisa conta com aproximadamente 381.000 habitantes (previsão IBGE para 2021) e 50ⁱ ILPIs que solicitaram, junto à Vigilância Sanitária, a licença de funcionamento que abrigam 889ⁱⁱ idosos residentes⁽³⁵⁾.

A ILPI deve estar legalmente constituída, devendo organizar e manter atualizados e com fácil acesso, todos os documentos necessários à fiscalização, à avaliação e ao controle social, demonstrando boas práticas na prestação de serviço⁽³⁾.

É dever, ainda das ILPIs, manter seu cadastro atualizado na Vigilância Sanitária, ter Laudo Técnico de Avaliação (projeto arquitetônico aprovado), possuir o alvará sanitário. Ademais, é necessário comprovar a inscrição junto ao Conselho do Idoso e notificar a Vigilância Epidemiológica, quando há suspeita ou confirmação de casos de doenças e agravos transmissíveis de notificação compulsória, também da COVID-19 e ainda conforme a RDC nº 502/2021, notificar a queda do idoso com lesão e a tentativa de suicídio^(3,36).

De posse da notificação, as Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica têm o conhecimento do surto e juntas seguem com a investigação, a orientação e o acompanhamento dos casos. Considera-se um surto institucional, quando ocorrem “dois ou mais casos com sinais e sintomas semelhantes, ou seja,

ⁱ Dados fornecidos pela Prefeitura Municipal de Bauru- Departamento de Saúde Coletiva- Vigilância Sanitária, referente ao número de ILPIs até dezembro de 2022.

ⁱⁱ Dados fornecidos pela Prefeitura Municipal de Bauru- Departamento de Saúde Coletiva - Vigilância Sanitária. Números informados pelas ILPIs no mês de janeiro de 2023, referente aos indicadores consolidados até dezembro de 2022, atendendo a legislação RDC n.502/21³.

suspeitos ou confirmados, dentro do período de incubação da afecção considerada”⁽³⁷⁾.

3.3. Atores

Participaram da pesquisa enfermeiros RTs de ILPIs do município estudado, e para serem eleitos atores desta pesquisa seguiram-se os seguintes critérios quanto às ILPIs: (a) estar cadastrada na Vigilância Sanitária; (b) ter tido ao menos um surto de COVID-19; (c) ter como RT um Enfermeiro que tenha vivenciado o surto da COVID-19 na ILPI, ou seja, já trabalhava na instituição durante o surto.

Das ILPIs que participaram do estudo e atendiam aos critérios de inclusão, sete eram particulares e uma filantrópica. Não houve necessidade de formação de grupo amostral com enfermeiros de instituições filantrópicas, uma vez que a experiência foi semelhante à das privadas.

3.4. Procedimentos éticos e de coleta dos dados

O presente estudo atendeu à Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde sobre as diretrizes e normas de pesquisas na área das Ciências Humanas e Sociais, cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados⁽³⁸⁾.

Submeteu-se o projeto à análise e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNISAGRADO, parecer número 4.104.891, após aprovado pelo Comitê da Prefeitura Municipal (Anexos 1 e 2).

Obteve-se a amostra por conveniência, respeitando os critérios de inclusão dos atores.

Primeiramente, realizou-se contato telefônico com os RTs das ILPIs selecionadas, para que as pesquisadoras pudessem se apresentar e explicar a finalidade da pesquisa e convidá-los a participarem voluntariamente, assegurando-lhes confidencialidade e anonimato de suas informações. Mediante o aceite, procurou-se os atores *in loco*, para que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) fosse entregue pessoalmente, para que eles realizassem a leitura e assinassem as duas vias, sendo uma do ator e outra do pesquisador (Apêndice 1).

Conduziu-se a coleta de dados por uma das pesquisadoras com treinamento na técnica de coleta de dados, sob supervisão de uma segunda, com experiência em pesquisa qualitativa e em entrevista em profundidade. Não houve desistências de participantes da pesquisa.

Obteve-se os dados, no período de junho de 2021 a outubro de 2022, por meio de entrevistas agendadas previamente, segundo a disponibilidade do entrevistado e da entrevistadora. Essas foram realizadas por vídeo chamadas, via *Google Meeting*, por intermédio de *link* enviado ao e-mail ou aplicativo *WhatsApp* do ator.

No dia e hora programados, após se estabelecer a conexão de *internet* com a entrevistadora, ativou-se a gravação dos vídeos pelo próprio *Google Meet* e prosseguiu-se com o roteiro semiestruturado de entrevista, cujo roteiro encontra-se no Apêndice 2. Este divide-se em duas partes: (1ª) direcionada para caracterização dos atores quanto: ao sexo, a idade, o ano que se graduou, o tempo de atuação como RT da ILPI, a formação específica ou não na área de saúde do idoso, nº de residentes infectados e nº de óbitos na instituição; (2ª) entrevista, tendo como pergunta norteadora para estimular o entrevistado a contextualizar a sua experiência em profundidade, durante a pandemia por COVID-19: Você poderia nos contar como foi a sua experiência, enquanto enfermeira(o) responsável técnica(o) de uma ILPI, durante a pandemia da COVID-19?

As entrevistas ocorreram em ambiente virtual (remoto e síncrono), apenas com o entrevistado, perfazendo o tempo médio de 30 minutos.

Destaca-se que a entrevista em profundidade ou não-diretiva é aquela à qual o ator é convidado a falar livremente sobre um tema e quando a pergunta norteadora não for suficiente para se obter um relato, uma reflexão da experiência utiliza-se a orientação não-diretiva para se estimular a fala e buscar maiores detalhes e o aprofundamento em determinados pontos dos relatos⁽³⁹⁾. De maneira que, as entrevistas permitam ao entrevistador adentrar à situação objeto de seu estudo⁽⁴⁰⁾.

Após o término de cada entrevista, as gravações foram ouvidas pela pesquisadora, transcritas na íntegra e enviadas via *app WhatsApp* em arquivo .pdf, para que cada ator procedesse a leitura e manifestasse a necessidade de correções ou acréscimos nos relatos. Ressalta-se que todos

concordaram, não necessitando de qualquer retificação nas entrevistas transcritas.

Durante às transcrições das entrevistas e processo de análise, os nomes dos atores foram substituídos por códigos alfanuméricos (E1, E2, ..., E8) e os vídeos deletados de qualquer dispositivo de *internet* e “nuvem”, para preservar a privacidade e o sigilo dos entrevistados⁽⁴¹⁾. No processo de análise, por exemplo, a representação (E2) indica o enfermeiro entrevistado número dois (ator 2), e o segundo dígito do (E2.2), refere-se que tal código, encontra-se na página dois da entrevista transcrita.

3.5. Análise dos dados, amostra por saturação teórica e validação do modelo teórico

De posse das entrevistas transcritas e validadas pelos atores, procedeu-se a análise por meio da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), também conhecida como *Grounded Theory*, nesta pesquisa empregou-a na vertente Straussiana.

A TFD é um referencial metodológico para a pesquisa qualitativa, utilizada para o processamento dos dados, ou seja, é um método cuja finalidade é conhecer um fenômeno no contexto em que ele ocorre, observando a inter-relação entre os significados e ações⁽⁴⁰⁾.

O principal objetivo da TDF é o desenvolvimento de uma teoria social por dados coletados, cujos conceitos interligados explicam e descrevem os fenômenos. A partir dos dados coletados sistematicamente, o pesquisador utiliza um método de análise comparativa constante do incidente com incidente nos dados, emergindo as categorias conceituais, as quais explicam os dados obtidos. A teoria então, é gerada por um processo de dedução e indução⁽³⁴⁾.

Por meio das categorias analíticas, emerge uma categoria central que leva a um constructo, um modelo teórico, que é elaborado permitindo uma compreensão em profundidade da experiência do outro^(40,42).

É mais provável que as teorias obtidas por análise dos dados assemelharam-se mais à realidade do que outras teorias concebidas por conceitos pré-estabelecidos. Assim, faz-se necessário uma sensibilidade teórica do pesquisador, para a diferenciação entre dados significativos e os menos importantes. Para isso, é necessário que o pesquisador inicie seu trabalho de

campo sem teorias preconcebidas, estando aberto às informações da coleta dos dados⁽³⁴⁾.

A TFD estabelece quatro etapas para a análise dos dados:

- I. **Microanálise:** é análise detalhada da entrevista linha por linha, gerando os códigos e categorias iniciais (com suas propriedades e dimensões)⁽⁴²⁾.

Quadro 1. Exemplo de codificação da microanálise

Entrevista	Códigos
E3-Desde o início da pandemia, então todo mundo ficou, óbvio, a gente teve medo que chegasse a COVID no residencial, porque a gente via muita coisa, tanto na televisão como os vizinhos, surtos assim enormes, e eu falava: Meus Deus do céu! Se chegar aqui, como que a gente vai fazer? Então antes de existir o plano de contingência da vigilância, eu já tinha feitos os meus, as minhas orientações. Bom, e se acontecer o que nós vamos fazer? Vou ter que conseguir tirar, vou conseguir separar homens e mulheres? Vou conseguir. Então eu já tinha pensado, e se chegasse até nós o que a gente ia ter que fazer. Aí veio a orientação da Vigilância, colocou a exigência do plano de contingência, que foi ótimo, porque assim, você tem um surto, você tem que isolar, tem que separar, tirar os sintomáticos, tirar todo mundo, pra poder conduzir e minimizar a contaminação.	- Temendo o surto dentro do residencial (E3.2); - Clamando ajuda divina sobre o que fazer caso o novo coronavírus chegasse ao residencial (E3.2); - Antecipando-se ao fazer um plano de contingência e orientações (E3.2); - Planejando o isolamento dos residentes antes de ter casos da doença no residencial. (E3.2); - Considerando ótimo a exigência da Vigilância sobre o plano de contingência (E3.2); - Falando sobre a importância da separação dos sintomáticos dos demais idosos (E3.2).

- II. **Codificação aberta:** processo analítico, por meio do qual são identificados os conceitos e suas propriedades e as dimensões são descobertas nos dados, ou seja, por meio dos códigos. A partir dos códigos há um agrupamento de itens similares segundo propriedades definidas, por terem elementos que permitem ligação comum, para se juntarem em subcategorias ou categorias. Considerando-se o conceito uma representação abstrata de um evento, objeto ou ação significativa e as categorias como conceitos derivados de dados que representam fenômenos, em termos de suas propriedades e dimensões, podendo haver divisões em subcategorias⁽⁴²⁾.

Quadro 2. Exemplo de codificação aberta

Elemento	Códigos
(B2.1.2) Aumentando a complexidade da assistência, com déficit de recursos humanos	- Percebendo o aumento de trabalho (E2.10); - Considerando uma assistência intensiva, ou seja, o tempo inteiro, temperatura de 4 em 4 horas, vários banhos e compressas (E2.10); - Contando sobre o desfalque na equipe e a dificuldade em manter os cuidados na instituição (E3.4); - Contando que como enfermeiro não desistiu e até mudou-se temporariamente para a instituição (E4.4); - Apontando a falta de mão de obra (cuidadores) aptos durante a pandemia (E4.4); - Contando com a mão de obra já existente e habilitada na instituição (E4.4); - Contando que a equipe lutou, utilizando todas as armas que tinham (E4.5).

III. Codificação axial: é o processo de relacionar as categorias às subcategorias, ligando-as segundo suas propriedades e dimensões sistematicamente. Esta etapa de análise é importante, porque constrói-se a teoria. Classificando as relações entre conceitos e subconceitos deve-se seguir o movimento das interações, sendo importante descobrir as formas que as categorias se relacionam entre si⁽⁴²⁾. Esta etapa de análise está exposta no Quadro 3, Capítulo IV.

IV. Codificação seletiva: identificadas as categorias e seus componentes, passa-se ao processo de integração e de aprimoramento da teoria. Na integração, as categorias são organizadas em torno de um conceito central de motivos. A integração ocorre ao longo de todos os passos de análise até a redação final. Por meio da elaboração de categoria central que representa o tema principal do estudo com elaboração do modelo teórico da experiência⁽⁴²⁾. Esta última etapa está representada na Figura 1.

Ressalta-se que para esse tipo de pesquisa, a amostragem adotada não é estatística, mas teórica, pois adotando-se as diretrizes de pesquisa qualitativa

e do referencial metodológico utilizado, as etapas de coleta e análise dos dados ocorrem, conjuntamente, até que se obtenha a saturação teórica, a partir da análise das entrevistas dos atores. Dessa forma, os participantes foram progressivamente selecionados para integrar a amostra até que a saturação teórica tenha sido alcançada⁽³⁴⁾.

É importante destacar que para se construir uma teoria (modelo teórico) é preciso alcançar densidade e precisão no processo de análise, denominada saturação teórica, ou seja, faz-se necessário que todas as categorias estejam saturadas. Critério adotado pela TFD para determinar se o pesquisador deve ou não finalizar a coleta dados. Portanto, a regra geral na construção da teoria é coletar dados até que todas as categorias estejam saturadas. Isso significa até que: (a) nenhum dado novo ou relevante pareça surgir em relação a uma categoria; (b) a categoria esteja bem desenvolvida em termos de propriedades e de dimensões, demonstrando variação; (c) as relações entre categorias estejam bem estabelecidas e validadas⁽⁴²⁾.

Para este estudo, a saturação teórica ocorreu na análise da oitava entrevista e esse processo está exposto nos resultados desta pesquisa e no Apêndice 3.

Ressalta-se ainda que, o modelo teórico descoberto foi validado conforme orientado pelo referencial metodológico da TFD. Quando se fala em validação, esta não se dá no sentido quantitativo da palavra, mas pode-se realizar futuramente, se desejado.

Como o modelo teórico emerge a partir dos dados no momento da integração, ele representa uma interpretação abstrata desses dados brutos. É importante determinar como a abstração se ajusta aos dados brutos e determinar se algo importante foi omitido do esquema teórico. Há duas formas de validar esse esquema, uma forma é voltar e comparar o esquema com os dados brutos, fazendo um tipo de análise alto nível, de modo que o esquema deve ser capaz de explicar a maioria dos casos. A outra forma é contar a história real aos atores ou pedir que eles leiam e depois, sejam capazes de reconhecer a si mesmos na história que está sendo contada ou lida⁽⁴²⁾.

Para essa pesquisa realizou-se a comparação do modelo teórico (Figura 1) com os dados brutos e verificou que o diagrama se ajustou a eles.

3.6. Referencial teórico

O modelo teórico foi interpretado à luz do Interacionismo Simbólico (IS), perspectiva da psicologia social, que possibilita a compreensão de como as pessoas interagem, interpretam os objetos e como tal processo de interpretação leva a um comportamento individual em situações específicas⁽⁴³⁾.

George Herbert Mead foi o pioneiro das ideias básicas subentendidas no movimento do IS, impulsionado pelo desejo de entender a relação entre a sociedade e os indivíduos, entre um “eu” e os outros. Ele é considerado o “pai”, no entanto não foi ele que utilizou a expressão “interacionismo simbólico”, quem a criou foi um dos seus seguidores, Blumer, em 1937^(44,45).

As pessoas agem como agem, devido ao entendimento e interpretação que fazem das situações, esse é o centro do IS.

Os conceitos do IS são:

Símbolo

Símbolos são “coisas” que são usadas para representar outras coisas, como pensamentos, e para comunicar ou representar algo. Todo símbolo possui um significado, uma representação, se faz fundamental na comunicação da sociedade, formação de conceitos e representação de pensamentos (mente). Símbolos são essenciais para a interação pessoal na sociedade, seja ela direta ou indireta. É o conceito central, pois sem eles não é possível interagir com os outros^(44,46).

Adquirimos os símbolos de interações com outras pessoas e com a sociedade. Eles nos permitem desenvolver um senso de identidade, de comunicação e de compreensão de pensamentos, ideias e sentimentos mútuos. As sociedades existem, porque as pessoas podem interagir umas com as outras por meio dos símbolos⁽⁴⁴⁾.

A interação simbólica envolve muito mais do que se comunicar por símbolos. É que nós consideramos, interpretamos e nos adaptamos aos atos de outras pessoas; assim nossas interações simbólicas nos conectam à sociedade e esta a nós e refletem a sociedade em que estamos⁽⁴⁵⁾.

Self

Para o IS o *self* é um objeto social, configurado em relação ao qual o indivíduo age; é usado para refletir nossa capacidade de nos ver como objetos da mesma maneira que outras pessoas nos veem e atribuem símbolos e significados às suas percepções. Todo objeto social é definido e redefinido na interação, ele surge na infância com a interação de indivíduos significativos e vai mudando constantemente e moldando-se conforme novas experiências de interação com outros durante a vida. É como o indivíduo se vê, como se define e o julgamento que faz de si mesmo^(45,46).

Mente

A mente é a interação simbólica do ser humano com seu *self*, pois através da mente o indivíduo define as coisas para si mesmo durante uma situação. O mundo é transformado em um mundo de definições por causa da mente^(44,45).

Assumir o papel do outro

É uma atividade mental que permite o desenvolvimento do *self*, adquirindo símbolos e atividade mental. Relaciona-se intimamente com os outros conceitos.

Ação humana

Interagir com o *self* e com os outros leva o indivíduo a tomar decisões que direcionam a ação.

As ações são causadas por um processo ativo de tomada de decisão pelo sujeito, que envolve a definição da situação. Esta por sua vez, envolve interação consigo mesmo e com os outros. Assim, define-se a situação feita pelo indivíduo que é central e para como a ação ocorrerá⁽⁴⁴⁾.

Interação Social

Todos os conceitos básicos para o IS surgem da interação e fazem parte dela. O indivíduo transforma-se em objeto social para os outros⁽⁴⁴⁾.

A interação social determina as ações conforme os indivíduos interagem uns com os outros, há utilização de símbolos, definição e redefinição do *self*, ação mental, tomadas de decisões, compartilhamento de perspectivas, assumir o papel do outro, definição de situações, entre outros⁽⁴⁵⁾.

A construção do modelo teórico se dá a partir dessa interação, entre elementos, subcategorias, categorias e subprocessos, advindas da análise conduzida pela TFD.

CAPÍTULO IV - RESULTADOS

4.1 Caracterização dos atores

Participaram da pesquisa oito enfermeiros responsáveis técnicos de ILPIs, um do sexo masculino e sete do sexo feminino, com idade entre 34 e 60 anos e tempo de formação de 11 a 21 anos. Quatro dos RTs trabalhavam em mais de uma instituição, tendo de dois a 15 anos como RT naquela ILPI.

Das ILPIs que participaram do estudo, apenas uma não teve óbito de residente pela COVID-19 durante os surtos vivenciados e apenas um enfermeiro possuía formação concluída na área de saúde do idoso, geriatria e/ou gerontologia, e outros dois estavam em andamento.

4.2. A experiência

Da análise dos dados, segundo os passos da TFD, apreendeu-se a compreensão da experiência de enfermeiros RTs em ILPIs e estabeleceu-se relações teóricas entre os componentes (subprocessos, categorias, subcategorias e elementos).

As categorias identificadas e as relações teóricas estabelecidas possibilitaram o desenvolvimento de processo analítico e explicativo das ações e das interações que compõem o processo experiencial de enfermeiros RTs em ILPIs, composto por quatro subprocessos: *deparando-se despreparado para lidar com o surto de doença infectocontagiosa emergente em ILPI (A); julgando-se como enfermeiro e RT compelido a assumir os desafios do gerenciamento da assistência em empreendimento social para idosos, em surto COVID-19 (B); apoiando-se nas Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária, projetos sociais e na religiosidade (C); considerando-se vitorioso e preparado no duelo, sem abandonar precauções para doenças infectocontagiosas (D).*

Cada subprocesso identificado organizou-se em categorias, subcategorias, e elementos, descritos posteriormente no Quadro 3, e que para melhor compreensão, no corpo do texto estão em *itálico*. Os trechos da entrevista citados no texto relacionam-se com os códigos elencados nos quadros 4 a 17 do Apêndice 3.

Quadro 3. Subprocessos, categorias, subcategorias e elementos relativos à experiência de enfermeiros responsáveis técnicos por Instituições de Longa Permanência para Idosos. Bauru, São Paulo, 2022

Subprocessos	Categorias	Subcategorias	Elementos
(A) Deparando-se despreparado para lidar com surto de doença infectocontagiosa emergente em ILPI	(A1) Não acreditando na possibilidade de surto na ILPI		
	(A2) Não pressupondo casos suspeitos		
	(A3) Deixando de propor plano contingencial para doença infectocontagiosa		
B) Julgando-se como enfermeiro e RT compelido a assumir os desafios do gerenciamento da assistência em empreendimento social para idosos, em surto COVID-19	(B1) Obrigando-se como RT a gerenciar na ILPI a assistência aos residentes com COVID-19, com apoio limitado da Rede de Atenção à Saúde (RAS)	(B1.1) Surpreendendo-se com os primeiros casos de residentes e funcionários contaminados na ILPI	
		(B1.2) Não se sentindo preparado, a princípio, para lidar com os desafios e surto de nova doença infectocontagiosa em ILPI	
		(B1.3) Organizando isolamentos dentro das possibilidades da ILPI	
		(B1.4) Estabelecendo planejamento assistencial para idosos com COVID-19	
		(B1.5) Constatando apoio reduzido dos serviços da RAS	

(continua)

Quadro 3. Subprocessos, categorias, subcategorias e elementos relativos à experiência de enfermeiros responsáveis técnicos por Instituições de Longa Permanência para Idosos. Bauru, São Paulo, 2022

(continuação)

Subprocessos	Categorias	Subcategorias	Elementos
	(B2) Sofrendo com sobrecargas física, psíquica e financeira em empreendimento social ILPI, em surto COVID-19	(B2.1) Elevando a carga de trabalho com o aumento da complexidade do cuidado	(B2.1.1) Funcionários afastando-se compulsoriamente
			(B2.1.2) Aumentando a complexidade da assistência, com déficit de recursos humanos
			(B2.1.3) Mantendo canal de comunicação com familiares sobre a evolução dos idosos
			(B2.1.4) Tendo dificuldade de conter os idosos no isolamento
		(B2.2) Elevando os custos do empreendimento sem repassar às famílias	(B2.2.1) Contratando recursos humanos
			(B2.2.2) Aumentando a necessidade de insumos para o cuidado
			(B2.2.3) Empreendimento sofrendo desequilíbrio financeiro
		(B2.3) Entrando em sofrimento psíquico	(B2.3.1) Sentindo-se ameaçado por familiares de residentes

(continua)

Quadro 3. Subprocessos, categorias, subcategorias e elementos relativos à experiência de enfermeiros responsáveis técnicos por Instituições de Longa Permanência para Idosos. Bauru, São Paulo, 2022

(continuação)

Subprocessos	Categorias	Subcategorias	Elementos
			(B2.3.2) Deparando-se com o negacionismo entre funcionários e familiares acerca da gravidade da pandemia
			(B2.3.3) Sentindo-se pressionado pelos funcionários, sociedade e pelo próprio surto em expansão na ILPI
			(B2.3.4) Deparando-se com óbitos de residentes
(C) Apoiando-se nas Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária, projetos sociais e na religiosidade	(C1) Vigilâncias passando a se corresponsabilizar com a gestão do cuidado durante surtos COVID-19 nas ILPIs	(C1.1) Sentindo-se, a princípio, intimidado pelas Vigilâncias	(C1.1.1) Tendo medo das Vigilâncias
			(C1.1.2) Não se sentindo, a princípio, apoiado pelas vigilâncias e pelo laboratório de análises
		(C1.2) Vigilâncias passando a desenvolver ações colaborativas com RTs, depois dos surtos COVID-19 estabelecidos em ILPIs	(C1.2.1) Vigilâncias fornecendo testes
			(C1.2.2) Vigilâncias se aproximando e estabelecendo parcerias com RTs
	(C2) Recebendo apoio além das Vigilâncias	(C2.1) Familiares se solidarizando com o RT	

(continua)

Quadro 3. Subprocessos, categorias, subcategorias e elementos relativos à experiência de enfermeiros responsáveis técnicos por Instituições de Longa Permanência para Idosos. Bauru, São Paulo, 2022

(continuação)

Subprocessos	Categorias	Subcategorias	Elementos
		(C2.2) Recebendo doações de projetos sociais	
		(C2.3) Apoiando-se na religiosidade	
		(C2.4) Contando com os funcionários em rede de apoio	
(D) Considerando-se vitorioso e preparado no duelo, sem abandonar precauções para doenças infectocontagiosas	(D1) Considerando-se exitoso nos cuidados mesmo com óbitos		
	(D2) Ponderando a prevenção como melhor caminho	(D2.1) Passando a considerar a ILPI vulnerável ao surto	
		(D2.2) Sentindo-se mais seguro com adoção de medidas preventivas	(D2.2.1) Atendendo aos protocolos de vacinação dos residentes
			(D2.2.2) Instituinto o emprego de protocolos, atemorizado de novos surtos
	(D3) Considerando-se preparado para lidar com novos surtos em ILPI		

(conclusão)

Deparando-se despreparado para lidar com surto de doença infectocontagiosa emergente em ILPI (A) refere-se ao primeiro subprocesso da experiência e expõe o reconhecimento da fragilidade do exercício profissional do enfermeiro, no papel de RT de ILPI, em face da pandemia COVID-19. Trata-se daquele profissional que se

apresenta, inicialmente, negacionista para a possibilidade de a doença emergir no cenário, por elevada autoconfiança na sua competência profissional, mas que ao mesmo tempo posterga medidas de precaução, como de proposição e adoção de plano contingencial para a ILPI, e ademais, não se demonstra perspicaz no raciocínio clínico para suspeitar das primeiras manifestações da doença. Este subprocesso encadeia três categorias: *não acreditando na possibilidade de surto na ILPI (A1)*; *não pressupondo casos suspeitos (A2)*; *deixando de propor plano contingencial para a doença infectocontagiosa (A3)*.

Não acreditando na possibilidade de surto na ILPI (A1) reúne atitudes do enfermeiro RT que, inicialmente, confiou na crença de sua capacidade em barrar o vírus naquele cenário suscetível ao surto COVID-19, por se sentir seguro em sua competência, estendida aos membros da equipe. Trata-se de profissional com convicções negacionistas para a concretude de vivenciar um surto, até se deparar surpreendido com os primeiros casos e, portanto, decepcionado ao se descobrir que não se preparou para lidar com a situação no estabelecimento (Quadro 4).

[...] Não me senti preparada para a chegada da COVID-19. Fui pega de surpresa, porque eu achei que ali nunca iria ter [...], pelas minhas condutas e dos profissionais que eu tenho. [...] É muito triste, eu nunca pensei que fosse passar por isso, numa fase já adiantada da Enfermagem que já estou. [...] Eu não sabia que a doença iria passar para as funcionárias (E1).

[...] A princípio, parecia que ficaria tudo bem. Então, no primeiro momento, foi um excesso de zelo, [...] mas na época, achávamos que não ia acontecer, pois estávamos tomando todos os cuidados (E2).

[...] Na hora que a doença chega, você fica meio assustado, porque você não espera (E8).

Por desatenção ao risco, esse enfermeiro RT falha *não pressupondo casos suspeitos (A2)* na ILPI, por não atentar às características clínicas manifestas da doença, independente do resultado do teste apresentar-se negativo (Quadro 5).

[...] Eu não sabia que se tratava de um caso COVID. Para mim, o paciente estava com uma hipertermia. Eu avaliei e pedi à família que o levasse para o hospital [...]. Eu acho que esse paciente retornou da alta hospitalar com esse vírus, porque começou alastrar, alastrar, alastrar. Um passando mal, o outro com febre e o outro com saturação (de oxigênio) baixa. [...] Eu cheguei a encaminhar para o hospital a esposa de um casal de idosos residente na Clínica com os primeiros sintomas, mas eu achava que não fossem da COVID-19, porque o primeiro teste negativou, mas ela não voltou mais para a Clínica (faleceu) [...]. O marido dessa Senhora ficou comigo, ele não estava com COVID, porque eu fiz o teste, por diversas vezes, e não positivou, apesar de estar com quadro da doença. Ele também faleceu [...] (E1).

Com postura cética, acerca da suscetibilidade da instituição pela qual responde, o enfermeiro RT se posiciona *deixando de propor plano contingencial para doença infectocontagiosa* (A3). A atitude do RT de não mobilizar esforços por elaboração e execução desse plano, advém de não o compreender como um instrumento essencial naquele momento, uma vez não acreditar na possibilidade de circulação do vírus na ILPI, tendo em vista ser cuidadoso. É por esta razão que, em eventuais necessidades de isolamento para casos suspeitos ou diagnosticados de COVID-19, esse RT se depara surpreendido, sem a previsão de espaços na casa, de recursos humanos e provisão de recursos materiais para isolamentos (Quadro 6).

[...] No começo, eu tive muita dificuldade para fazer o plano contingencial COVID-19 para a Clínica, solicitado pela Vigilância. [...] Eu não pensei em isolamento, porque a gente nunca teve COVID-19. [...] Na hora da situação, eu tive que tomar condutas momentâneas e fazer o isolamento. [...] Eu sou honesta em te falar que eu não tenho protocolo para isolamento, mas se houver algum caso, eu tenho como isolar. [...] Essa doença nos pegou de surpresa. Jamais imaginaríamos que transcorreria por tanto tempo. Foi tudo de repente, não se tinha protocolos para tudo isso, pois não conhecíamos a doença direito. Então considero que fomos pegos de surpresa [...] (E1).

[...] Não existia plano de contingência da doença ainda, porque a casa foi infectada logo no início. [...] Foi muito rápido, ninguém tinha conhecimento de nada (E5).

[...] Nós tínhamos os protocolos básicos, de rotina de serviço, mas nada em relação ao isolamento (E6).

O enfermeiro RT de ILPI, desprovido de planejamento contingencial para doença infectocontagiosa, trava percurso penoso, sinalizado no segundo subprocesso vivencial, *julgando-se como enfermeiro e RT compelido a assumir os desafios do gerenciamento da assistência em empreendimento social para idosos, em surto COVID-19* (B). Este reproduz as agruras com sobrecargas financeira, física e por fim, psicológica, ao assumir o ônus como responsável civil pelo tratamento, reabilitação e por tudo que acontecer com os idosos na ILPI com COVID-19, como empreendimento social, com cliente duplo, ou seja, o binômio idoso-família. Este subprocesso reúne duas categorias: *obrigando-se como RT a gerenciar na ILPI a assistência aos residentes com COVID-19, com apoio limitado da Rede de Apoio à Saúde (RAS)* (B1); *sofrendo com sobrecargas física, psíquica e financeira em empreendimento social ILPI, em surto COVID-19* (B2).

Obrigando-se como RT a gerenciar, na ILPI, a assistência aos residentes com COVID-19, com apoio limitado da RAS (B1) é a manifestação de responsabilidade desperta deste RT pelo sistema de saúde pública no empreendimento social ILPI, para

suas obrigações com o tratamento e reabilitação dos idosos residentes com COVID-19. Responsabilidade que recai sobremaneira no enfermeiro RT, o qual se obriga a tomar condutas, perante contexto para o qual, na maioria das vezes, não se encontra, naquele momento devidamente preparado profissionalmente para lidar com surto de doenças infectocontagiosas. Ademais, dispõe de plantas residenciais adaptadas que não reúnem condições favoráveis para o estabelecimento de isolamentos, assim como de recursos quantiquantitativos humanos e materiais. Esta categoria advém do encadeamento de cinco subcategorias: *surpreendendo-se com os primeiros casos de residentes e funcionários contaminados na ILPI (B1.1)*; *não se sentindo preparado, a princípio, para lidar com os desafios e surto de nova doença infectocontagiosa em ILPI (B1.2)*; *organizando isolamento dentro das possibilidades da ILPI (B1.3)*; *estabelecendo planejamento assistencial para idosos com COVID-19 (B1.4)*; *constatando apoio reduzido dos serviços da RAS (B1.5)* (Quadro 7).

Sem ter pensado em um planejamento contingencial para lidar com um provável surto de doença infectocontagiosa na ILPI, o enfermeiro RT é apanhado *surpreendendo-se com os primeiros casos de residentes e funcionários contaminados na ILPI (B1.1)* (Quadro 7), como relatam:

[...] Eu comecei a suspeitar de residentes contaminados pelos sinais e sintomas observados, como febre, tosse e, às vezes, coriza. Nos primeiros sete a oito dias, cinco residentes apresentaram esses sintomas e, depois, os outros [...] (E2.1).

[...] Em meio aos com sintomas da COVID-19, encontravam-se os assintomáticos, assim como, nos doentes, os sintomas não eram semelhantes para todos [...]. Ah! O primeiro caso de COVID na ILPI foi de uma funcionária (enfermeira) (E4.3).

[...] Na testagem dos 40 idosos residentes, só 10 não estavam com COVID-19 (E5.1).

Não instrumentalizado por plano contingencial, o enfermeiro RT desperta-se para omissão, quando *não se sentindo preparado, a princípio, para lidar com os desafios e surto de nova doença infectocontagiosa em ILPI (B1.2)*, o que teve que fazer com o surto já instalado, o que dificultou o seu trabalho e o desafiou (Quadro 7), como relatam:

[...] Eu fiquei desesperada quando os residentes começaram a apresentar os primeiros sintomas de gripe, porque desconhecia o que iria enfrentar [...] (E2.3).

[...] Foi confuso manejar o paciente com COVID-19, no início da pandemia [...] (E7.1).

[...] Assustei com mortes de idosos acontecendo em outras ILPIs, e, consequentemente, por não saber manejar essa doença (E7.2).

[...] Aí, eu elaborei um planejamento contingencial, solicitado pela Vigilância, por meio de protocolo, incluindo o tratamento medicamentoso, junto com o médico da ILPI [...] (E2.6).

[...] O enfermeiro não é preparado durante a sua formação para enfrentar surto de doença infectocontagiosa em ILPI. Eu precisei pensar, naquele momento, em como fazê-lo [...]. Eu estava acostumada a montar isolamentos mais simples, como o de contato, de infecção hospitalar, como por KPC [...] (E2.14).

Nunca passou por minha cabeça que precisaria fazer protocolos e isolar residentes em uma ILPI [...] (E7.4).

Confesso que hoje, eu reconheço que saber organizar isolamentos e dispor de protocolos traz mais segurança e evita ter que ficar apagando fogo [...] (E2.7).

E assim, cada enfermeiro foi *organizando isolamento dentro das possibilidades da ILPI (B1.3)*, a maioria quando o surto já havia se estabelecido. O enfermeiro que conseguiu, separou os idosos em casas, uma denominada como contaminada (residentes positivos) e a outra como limpa (residentes negativos), mas para aquele que não foi possível dessa forma, dividiu o residencial em área limpa (residentes negativos) e contaminada (residentes positivos), sendo a contaminada com banheiro privativo para os idosos. Desta forma, realizou-se a separação dos idosos entre essas áreas; na contaminada, preparou-a para assistência mais intensificada, como ambiente hospitalar com torpedão de oxigênio e funcionários orientados e exclusivos com uso de EPIs (Quadro 7). Assim como contam:

[...] Eu precisei me isolar na ILPI junto com os pacientes. [...] Eu conversei com os funcionários que estavam lá, na época, e eles concordaram em ficar 14 dias na clínica, sem saírem. Então ninguém entrou ou saiu, nesses 15 dias [...] (E2).

[...] Essa situação nunca passou pela nossa cabeça, eu nunca precisei isolar nenhum paciente na clínica, foi a primeira vez com o surto COVID-19 [...] (E7).

[...] Eu dividi a casa em duas áreas, na frente ficou a contaminada, com dois quartos com banheiro privativo para os casos que dependiam de oxigênio. Nesta área ficaram eu e duas funcionárias. Na outra área considerada limpa, com os pacientes não contaminados, duas outras funcionárias os acompanharam. Tudo era higienizado, com uso de materiais predominantemente descartáveis [...] (E2).

[...] Na entrada da área isolada havia um carrinho com luvas, álcool e suporte de soro com os aventais de uso privativo [...] (E3).

[...] Eu precisei contratar uma equipe nova para cuidar dos pacientes não infectados [...] (E5).

Perante o surto, eu aproveitei para abrir nova unidade (ILPI) e para lá, transferi os contaminados [...] (E6).

Tendo organizado os isolamentos, foi preciso que o enfermeiro RT se apresentasse *estabelecendo o planejamento assistencial para idosos com COVID-19 (B1.4)*. Com o apoio de profissionais médicos e fisioterapeutas, as ILPIs, até então consideradas empreendimentos sociais, transformaram-se em “mini hospitais” e, portanto, demandaram um planejamento dessa assistência por esse enfermeiro. Na situação de pandemia, com a escassez de leitos hospitalares, as ILPIs se obrigaram a responder pelo tratamento e reabilitação dos idosos com COVID-19 que se agravaram. Muitos deles foram assistidos com oxigenoterapia, receberam suporte alimentar por sonda enteral, hidratação e medicamentos por via parenteral (Quadro 7), conforme relatam:

[...] No planejamento assistencial contei com grande ajuda do médico que atende aos residentes da ILPI, porque ali precisamos instalar venóclise, dieta enteral, como se fosse uma assistência hospitalar. Para falar a verdade, como se fosse uma mini UTI, com concentrador de O₂ e fisioterapia respiratória, assim como reforçamos a alimentação e intensificamos a hidratação. A adoção desses cuidados foi imprescindível para que pudéssemos salvar muitas vidas, mesmo em uma ILPI [...] (E2).

[...] Com apoio de um médico, começamos a tratar os sintomas, precocemente, de forma que 90% dos casos recuperaram-se [...] (E4).

Contudo, no continuum dessa experiência desafiadora enfrentada por enfermeiro RT de ILPIs, ele se defrontou *constatando apoio reduzido dos serviços da RAS (B1.5)*, quando necessitou de ajuda no suporte clínico e radiodiagnóstico. A RAS não demonstrou a contento e preparada, conforme relataram (Quadro 7). Ao mesmo tempo, as ILPIs passaram a prestar assistência à saúde, inclusive em nível de complexidade que requeresse internação hospitalar.

[...] Apesar de me ver obrigada a transformar a ILPI em um mini hospital, quando os idosos pioravam e o médico precisava que se realizasse um RX, eu tive dificuldade de conseguir quem o transportasse e o acompanhasse até um serviço radiodiagnóstico. [...] Confesso que muitos dos casos foram recusados pelo hospital e tivemos que nos virar ali mesmo, com o que tínhamos na ILPI. [...]. Por exemplo, quem trabalha com idosos com COVID-19 sabe da dificuldade que se tem de fazer o idoso ingerir suficientemente alimentos e líquidos. O paciente idoso inapetente se quer tem força para se alimentar e hidratar e, principalmente, os médicos de serviços de urgência e emergência tinham certa dificuldade de aceitarem atender idosos que perderam peso e/ou se encontravam desidratados,

sem criticar a qualidade da assistência das ILPIs. Algumas vezes, o médico chegou a fazer essa crítica na presença dos familiares. [...] Eu me senti abandonada pela Unidade Básica de Saúde, ela falhou quando prometeu, em uma visita, que iria nos acompanhar. Até hoje, ninguém voltou aqui para saber quem sobreviveu e nem me ligou para perguntar [...]. Sinceramente, eu esperava mais, pelo menos que me ligasse uma vez na semana. Eu não tive esse respaldo do município, então você percebe que é cada um por si [...]. Para você ter uma ideia, no início da pandemia, até os testes que colhi e enviei ao Adolfo Lutz, eles desprezaram, com a justificativa que eram amostras de residentes sem sintomas, mesmo eu explicando que a ILPI se encontrava em surto [...] (E2).

Imerso nesse contexto de trabalho, o profissional enfermeiro RT se sujeita *sofrendo com a sobrecargas física, psíquica e financeira (B2)* do seu empreendimento. Esta categoria deriva do encadeamento de três subcategorias: *elevando a carga de trabalho com o aumento da complexidade do cuidado (B2.1)*; *elevando os custos do empreendimento sem repassar às famílias (B2.2)*; *entrando em sofrimento psíquico (B2.3)*.

Elevando a carga de trabalho com o aumento da complexidade do cuidado (B2.1) é consequência da elevação da complexidade do cuidado com os idosos, em tratamento e reabilitação na ILPI, assumido pelo enfermeiro RT e agravada à medida que ocorrem os afastamentos compulsórios de funcionários contaminados pelo vírus SARS-CoV-2 e nem sempre passíveis de reposições. Esta subcategoria reúne os elementos: *funcionários afastando-se compulsoriamente (B2.1.1)*; *aumentando a complexidade da assistência, com o déficit de recursos humanos (B2.1.2)*; *mantendo canal de comunicação com familiares sobre a evolução dos idosos (B2.1.3)*; *tendo dificuldade de conter os idosos no isolamento (B2.1.4)* (Quadro 8), como relatam:

[...] Eu tive meu sócio e uma funcionária afastados por COVID-19 (E2.1).

[...] Só em janeiro de 2022, quase todos os funcionários pegaram COVID-19 (E3.3).

[...] Eu cheguei a trabalhar com 13 funcionários afastados, ao mesmo tempo, por COVID-19 (E5.1).

[...]Eu não tive condições de contratar funcionários extras no surto (E6.4).

[...] A carga de trabalho na ILPI aumentou, consideravelmente, com o surto COVID-19. As intervenções assistências se tornaram intensivas, ou seja, o tempo inteiro realizando: verificação de temperatura de quatro em quatro horas, vários banhos e compressas frias ao dia [...] (E2.10).

[...] Confesso que não desisti de cuidar dos idosos, pois cheguei a me mudar para a ILPI temporariamente [...]. Com a escassez de mão de obra (cuidadores) aptos durante a pandemia, contei com aquela equipe que restou e lutamos com todas as armas que tínhamos [...] (E4.5).

[...] Os funcionários trabalharam muito durante o surto. [...] Eu, com duplo papel (única enfermeira e RT) fui infectada e precisei me afastar da ILPI, passando a contar apenas com duas funcionárias antigas, sendo que uma ficou no comando dos cuidados assistenciais [...] (E5.2).

[...] A comunicação com a família foi desafiante. Desde o primeiro momento, eu fiz um grupo de *WhatsApp* específico com familiares de residentes contaminados e em tratamento COVID-19. Eu enviava notícias todos os dias, de manhã, à tarde e à noite. Eu tentei ser transparente ao máximo com as informações sobre a evolução dos idosos. Contudo, percebi que o medo era tão grande de alguns familiares, que nem atender às videochamadas queriam mais [...] (E2).

[...] A família podia fazer videochamada diária e eu enviava um boletim sobre os dados clínicos do idoso, como: saturação de O₂, aceitação alimentar e de líquidos, ou seja, como o idoso se encontrava naquele dia [...] (E3).

[...] A psicóloga também se paramentava e promovia a interação idoso-família por videochamada [...] (E4).

[...] Os idosos não aceitam bem o isolamento, porque querem estar com os demais, almoçando no refeitório, portanto, tirá-los da convivência dos demais foi o mais difícil (E4).

Consequentemente acabou *elevando os custos do empreendimento social sem repassar às famílias (B2.2)*, em face da complexidade do cuidado requeridos pelos idosos com COVID-19. Houve aumento da necessidade de insumos para esse fim (EPIs, medicamentos, suplementos alimentares), assim como de recursos humanos, em substituição aos afastados e para suprir o cumprimento de protocolos com os isolamentos dos idosos contaminados. Condição esta, que inviabilizou o repasse do aumento dos custos às famílias, na maioria das vezes, gerando desequilíbrio financeiro para o empreendimento. Esta subcategoria reúne três elementos: *contratando recursos humanos (B2.2.1)*; *umentando a necessidade de insumos para o cuidado (B2.2.2)*; *empreendimento sofrendo desequilíbrio financeiro (B2.2.3)* (Quadro 09).

[...] Eu precisei contratar funcionários temporários para suprir os afastamentos daqueles com COVID-19, assim como para realizarem os cuidados exclusivos nos isolamentos [...] (E3.4).

[...] Eu tive que contratar uma equipe para cuidar somente dos idosos contaminados [...] (E6.4).

[...] Os custos aumentaram com o uso demasiado de materiais descartáveis e de suplementação alimentar dos idosos, agravado pela escassez desses produtos no mercado [...] (E2.4).

Eu tive dificuldade de adquirir álcool e EPIs [...] (5.2).

[...] Eu precisei manter o negócio no limite, uma vez não ter lucro com o aumento dos custos. [...] Eu não tive como repassar o aumento dos custos às famílias, uma vez terem dificuldades de arcar com a mensalidade e outros gastos com o idoso [...] (E2.18).

[...] No segundo surto, não tive condições financeiras para contratar funcionários [...] (E3.2).

[...] Algumas famílias precisaram levar de volta para a casa os seus idosos, devido à crise econômica imposta pela pandemia COVID-19 [...] (E7.1).

Entrando em sofrimento psíquico (B2.3) retrata a desordem emocional que se instala progressivamente no enfermeiro RT, em meio às tantas agruras ao ter que assumir a responsabilidade pela gestão do cuidado do cliente binômio idoso-família, sem deixar de zelar pela saúde do trabalhador, em meio ao surto COVID-19, principalmente quando ele acumula o papel de RT e dono do empreendimento. Esta subcategoria reúne quatro elementos: *sentindo-se ameaçado pelos familiares dos residentes (B2.3.1)*; *deparando-se com o negacionismo entre funcionários e familiares acerca da gravidade da pandemia (B2.3.2)*; *sentindo-se pressionado pelos funcionários, sociedade e pelo próprio surto em expansão na ILPI (B2.3.3)*; *deparando-se com óbitos de residentes (B2.3.4)* (Quadro 10).

[...] Eu tive dificuldade de lidar com familiares que não compreendem as razões que nos impedem de assegurar que os residentes não serão contaminados. [...] Eu cheguei a receber telefonemas ameaçadores de um familiar de residente que foi a óbito por COVID-19. Ele me culpava e queria saber como o vírus entrou e contaminou os residentes da clínica. [...] Algumas vezes, os familiares não compreendem o estado de debilitação do idoso e nem da necessidade de intervenções com sondas para alimentação e suplementação [...] (E2.11).

[...] No início do surto, as pessoas demoraram para acreditar que era COVID-19. [...] Deparei com dificuldade de manter os funcionários com EPIs o tempo todo [...] (E4.4).

[...] Meus funcionários duvidavam da pandemia e por não acreditarem na gravidade da doença, eles resistiram até ao uso da máscara [...] (E7.5).

[...] Tivemos muita dificuldade, também, com relação aos familiares em todo o período, desde o começo, quando a situação se encontrava mais séria, mais grave, alguns parentes foram muitos resistentes em relação ao isolamento [...] (E6.2).

[...] A todo momento, eu conjecturava e me perguntava: Nossa! Será que nós estamos levando a COVID para os velhinhos? [...] (E4.7).

[...] Foi tudo muito difícil, porque nós caminhávamos pela rua e nós somos conhecidos e, por exemplo, se você tinha que ir ao mercado, isso era feito na madrugada [...] (E4.7).

[...] Eu tive que convencer familiares a autorizarem vacinação do idoso [...] (E6.2).

[...] Considerando uma experiência muito triste, vivenciar um surto de COVID-19 em uma ILPI. [...] A experiência de um enfermeiro RT envolve sobrecarga emocional. Ele se sente envolvido emocionalmente com os idosos e responsável por eles. Ele passa por muitos momentos difíceis, com sentimentos, como: medo, terror, culpa e vergonha pelo surto estar ocorrendo na ILPI [...]. É como se tivesse vivendo um terror por 30 dias, deparando com casos suspeitos sucessivos por sete dias [...]. Você vai se esgotando ao ver os residentes idosos não respondendo aos cuidados. Além disso, algumas vezes, o RT é ameaçado pelos funcionários, caso eles venham a se contaminarem, principalmente quando esse RT é o próprio dono da ILPI [...] (2.8).

[...] Uma situação muito difícil, os dois idosos residentes que positivaram para COVID-19, foram hospitalizado e evoluíram para óbito [...]. Veja! Esses dois idosos eram os mais jovens da ILPI [...] (E2.4).

[...] Aqui, os óbitos ocorreram naqueles idosos mais debilitados que tiveram COVID-19 [...] (E4.3).

[...] Pense no meu desespero. Eu falava: “meu Deus, vai morrer todos os idosos e eu serei a culpada! Foi terrível passar por tudo isso!” Além do que, a saúde mental dos idosos ficou completamente abalada com a situação, por tornarem-se presos na ILPI. Deixaram de sair para visitar suas famílias e para atividades de lazer. Muitos perderam peso, mesmo ingerindo a quantidade recomendada de alimentos e eu presenciando tudo aquilo [...] (E7).

Em meio às essas agruras impostas pela experiência, as quais produziram grandes sofrimentos, o enfermeiro RT de ILPI se vê entrelaçado ao terceiro subprocesso, *apoiando-se nas Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária, projetos sociais e na religiosidade (C)*; apoio emanado por organizações compadecidas e empáticas

com suas dificuldades ou sofrimentos vivenciados durante o surto. Essas organizações envolveram: vigilâncias epidemiológica e sanitária, famílias, projetos sociais, religião e rede de funcionários. Este subprocesso engloba duas categorias: *vigilâncias passando a se responsabilizar com a gestão do cuidado durante surtos COVID-19 nas ILPIs (C1) e recebendo apoio além das Vigilâncias (C2)*.

Durante a experiência com os surtos, oportunizou ao enfermeiro RT mudar a concepção punitiva para colaborativa, uma vez as *vigilâncias passando a se responsabilizar com a gestão do cuidado durante surtos COVID-19 nas ILPIs (C1)*. Esta categoria reúne duas subcategorias: *sentindo-se, a princípio, intimidado pelas vigilâncias (C1.1); vigilâncias passando a desenvolver ações colaborativas com RTs, depois dos surtos COVID-19 estabelecidos em ILPIs (C1.2)*.

Sentindo-se, a princípio, intimidado pelas Vigilâncias (C1.1) Sanitária e Epidemiológica caracteriza relação estabelecidas dos RTs de ILPIs com essas entidades de saúde. Uma relação de medo em face da consciência de perigo que representavam as vigilâncias, quando desempenham ações predominantemente punitivas ao invés das cooperativas e educativas para a melhoria sanitária e epidemiológica desses estabelecimentos. Esta subcategoria advém de dois elementos: *tendo medo das vigilâncias (C1.1.1); não se sentindo, a princípio, apoiado pelas vigilâncias e pelo laboratório de análises (C1.1.2)* (Quadro 11), como contam:

[...] Eu acho interessante ter um protocolo de isolamento para ILPIs, eu não tenho. [...] Na minha opinião, os responsáveis técnicos, junto com a vigilância, deveriam montar um protocolo viável de isolamento, dentro da realidade de cada ILPI [...]. Geralmente, os RTs têm medo das Vigilâncias, porque desenvolvem papel, na maioria das vezes, punitivo e não educativo. As vigilâncias deveriam estabelecer relação mais entrosada com as ILPIs, sem punição, mas com diálogos. Apontarem o que não está bom e quais seriam as formas de melhorias, sem imporem medo [...] (E1).

[...] Eu fiquei com medo das Vigilâncias, achando que elas iam criticar a assistência aos idosos com COVID-19 e adotarem avaliações duras sobre as ILPIs [...]. Essa foi a razão dos RTs, no início, ficaram temerosos em conversarem com as Vigilâncias e pedirem ajuda, assessoria [...] (E5).

As Vigilâncias só se aproximaram das ILPIs, quando os surtos já haviam se estabelecido e já estavam quase no fim. [...] Os testes foram entregues para as ILPIs, mais para o final dos surtos, e aí orientaram a realizá-los a cada 15 dias, mas no começo tivemos dificuldades [...] (E8).

Os atores percebem as *vigilâncias* passando a desenvolver ações colaborativas com RTs, depois dos surtos COVID-19 estabelecidos em ILPIs (C1.2). Com a aproximação intencional das Vigilâncias, instrumentalizando os RTs para o enfrentamento de doença infectocontagiosa, por meio de visitas para auxiliá-los nas testagens, investigação com orientações durante o surto, contatos telefônicos frequentes para saber da evolução dos pacientes quanto aos sinais e sintomas da doença, oferecimento de treinamentos e de apoios, quando acionadas e até mesmo quando as Vigilâncias passaram a exigir protocolos anteriormente não solicitados. A contento, estabelece-se novo paradigma resiliente para a edificação e o estreitamento de relações, por melhores condições sanitárias e epidemiológicas. Esta subcategoria decorre de dois elementos: *Vigilâncias fornecendo testes* (C1.2.1); *Vigilâncias se aproximando e estabelecendo parcerias com RTs* (C1.2.2) (Quadro 12), conforme contam:

[...] A união das ILPIs com a Vigilância permitiu um trabalho edificador. [...] Quando me comuniquei com a Vigilância, ela me enviou uma equipe para fazer os testes. Depois, quando precisei, novamente, eu mesma fiz os testes com o treinamento de uma enfermeira da Vigilância, assim como ela me ajudou a fazer os protocolos a seguir, em relação ao paciente, aos funcionários, visitas e elencar os materiais necessários [...]. A Vigilância passou a exigir esses protocolos de isolamentos para doenças contagiosas a partir da pandemia COVID-19 [...] (E1).

[...] Eu fui passando as informações para a Vigilância e as funcionárias de lá foram me ajudando, promoveram até reuniões com os RTs de ILPIs. Passamos a conversar sobre os problemas e, assim, orientávamos como deveríamos fazer [...] (E1).

[...] As funcionárias da Vigilância passaram a ligar, toda semana, para saberem das condições dos pacientes da ILPI. Então hoje as Vigilâncias conversam com os RTs das ILPIs [...] (E1).

[...] A Vigilância passou a oferecer todos os testes, acolher nossas dúvidas e apoiar os RTs [...] (E2).

[...] Diante de qualquer suspeita, eu passei a comunicar a Vigilância, a qual atende imediatamente, colocando-se à disposição [...] (E3).

[...] As orientações da Vigilância, com certeza, fizeram toda diferença para que os RTs de ILPIs dessem o melhor [...] (E6).

[...] Eu liguei na Vigilância e funcionários foram até a ILPI para conversar conosco e nos orientar como deveríamos proceder [...] (E7).

[...] Não podemos reclamar, quando chegou a hora das vacinas, a Vigilância deu prioridade às ILPIs e os funcionários foram muito atenciosos [...] (E8).

Os RTs depararam-se *recebendo apoio além das Vigilâncias (C2)* e por meio delas se fortaleceram física e emocionalmente para lidar com as agruras do surto. Esta categoria advém de quatro subcategorias: *familiares se solidarizando com o RT (C2.1)*; *recebendo doações de projetos sociais (C2.2)*; *apoiando-se na religiosidade (C2.3)*; *contando com funcionários em rede de apoio (C2.4)*.

Com o apoio e a aproximação mediante *familiares se solidarizando com o RT (C2.1)*, em postura resiliente ao externar consolo, mesmo perante as perdas de seus entes na ILPI, alguns familiares dirigiram-se ao RT sem responsabilizá-lo, mas em defesa de seu desempenho, enaltecendo a sua seriedade e compromisso ao lidar com o surto. Esta postura gera certo conforto e, conseqüentemente, contribui para a sua estabilidade emocional ao sinalizar que o fato de a doença ter acometido os residentes, mesmo em face de mortes, estas são atribuídas aos infortúnios relativos à pandemia e não ao papel falho do RT (Quadro 13), como mencionam:

[...] Eu ainda me sinto, às vezes, culpada pelo ocorrido. A filha do Senhor P. e da Dona M., até hoje envia-me mensagens, falando: "Você não tem culpa de nada". "Você foi para mim, para o meu pai e para minha mãe, uma filha." Ela eleva o meu psicológico e, então, é nesses momentos que me sinto confortada [...]. [...] Considero pessoas boas os familiares dos residentes com quem trabalho na ILPI. Elas já conhecem meu trabalho e entenderam graças a Deus, os cuidados que eu dei perante a doença, no momento em que a ILPI estava passando pelo surto [...] (E1).

[...] Fiquei muito mal, mas assim, graças a Deus todos me apoiaram, todos familiares entenderam [...] (E5).

Recebendo doações de projetos sociais (C2.2), também foi considerado apoio pelos RTs. Este advém de transferência de bens, neste caso, principalmente de máscaras e aventais para as ILPIs confeccionados pela Coronavida, principalmente na época em que esses itens para precaução estavam em falta no mercado. (Coronavida é um projeto liderado pela Promotoria de Justiça, em parceria com a Prefeitura Municipal e voluntários em proteção aos mais vulneráveis à COVID-19. Esse projeto também doa itens, como: cestas básicas, cobertores, kits de higiene pessoal, kits de limpeza, entre outros) (Quadro 13), como contam:

[...] A Vigilância perguntou o que eu estava precisando e acionou a Coronavida para que entregasse máscaras e aventais para a ILPI. [...] A Coronavida me

ajudou muito e me ajuda até hoje, apesar de ultimamente estar meio escasso [...] (E1).

[...] Nós tivemos alguns parceiros, como alguns bancos que doaram testes [...] (E4).

[...] Toda semana a vigilância passava na casa [...] e perguntavam se estávamos precisando de EPIs [...]. Esse relatório ia para o promotor e ele pedia ajuda para a Coronavida, que distribuía para as ILPIs: aventais, máscaras e luvas [...] (E5).

[...] Nós contamos com EPIs, porque recebemos muitas doações (E7) e para todas as ILPIs [...] (E8).

Outro apoio encontrado pelos RTs foi *apoiando-se na religiosidade (C2.3)*. É o estabelecimento de comunicação com Ser Sobrenatural onisciência e onipotência, para quem com fé suplica compaixão para abreviar o período de sofrimento que foge ao seu controle, assim como o agradece por vencer cada desafio (Quadro 13). Relatam os RTs:

[...] Quando apareceram os primeiros casos e a doença foi se alastrando na ILPI, eu me perguntei: — “Meu Deus, por que comigo? Eu sei fazer as coisas, mas não estou conseguindo ter resultado” [...]. Graças a Ele, eu consegui sair dessa! [...] Tudo muito difícil, mas graças a Deus estou superando às dificuldades [...] (E1).

[...] Graças a Deus, depois de oito dias de surto, eu ainda não me contaminei [...] (E2).

[...] Meu Deus do céu! Se chegar o vírus aqui, como vou fazer? [...] (E3).

[...] Graça a Deus, os familiares compreenderam a situação do surto [...] (E5).

Contando com os funcionários em rede de apoio (C2.4), foi encarado pelo RT como essencial para superação e transpor toda a experiência vivenciada, uma vez consciente de que não está sozinho e a equipe encontra-se disposta a ajudá-lo, colaborando de forma ativa (Quadro 13). Eles contam:

[...] Eu agradeço à equipe, porque foi ela que se propôs. [...] Um funcionário se tornou apoio do outro. Choramos juntos, falávamos da saudade de casa, do medo da família se contaminar. Compartilhamos de nossos medos e deu certo [...] (E2).

[...] Eu tive uma funcionária que dobrava plantões para ajudar. Então, ela nos apoiou muito [...] (E5).

[...] Nós tomávamos todos cuidados, precauções. Quando saíamos na rua tirávamos o jaleco, lavava o jaleco, para usá-lo limpo todos os dias [...] (E6).

[...] Eu percebi o comprometimento dos funcionários com as precauções e isso é apoio [...] (E8).

O último subprocesso *considerando-se vitorioso e preparado no duelo, sem abandonar precauções para doenças infectocontagiosas* (D) retrata a avaliação do RT enfermeiro acerca de sua experiência, atribuindo desfecho vitorioso em face da erradicação de um surto COVID-19 em ILPI, sinalizado pela recuperação dos idosos sobreviventes ao processo de convalescença da doença, assim como ao presenciar o retorno dos funcionários que se encontravam em licenças saúde. Contudo, agora, esse RT manifesta-se cauteloso e, portanto, consciente da necessidade de se manter alinhado às precauções adotadas, desde a época do surto, para funcionários, prestadores de serviços (fisioterapeuta, nutricionista) e das visitas para os idosos, pois o fato de todos os atores (idosos e funcionários) estarem imunizados não os excluem dos riscos de recorrência de novo surto de um vírus ainda não erradicado no país. Esta categoria desdobra-se em três subcategorias: *considerando-se exitoso nos cuidados, mesmo com óbitos* (D1); *ponderando a prevenção como melhor caminho* (D2); *considerando-se preparado para lidar com novos surtos em ILPI* (D3).

O enfermeiro RT de ILPI faz um julgamento sobre seu exercício profissional diante do conjunto de valores moral e ético para a preservação da vida, diante de contexto um tanto obscuro, que teve desde o início, para lidar com surto de doença infectocontagiosa emergente. Em face desse contexto, ele se manifesta *considerando-se exitoso nos cuidados, mesmo com óbitos* (D1). Ele está seguro de que lutou, batalhou, deu o seu melhor dentro das suas possibilidades e, portanto, vê-se vitorioso ao passar por uma pandemia em que prevaleceu a reabilitação dos idosos contaminados em relação aos óbitos, com o discernimento de deveres moral, ético e profissional cumpridos, junto a sua equipe (Quadro 14). Os RTs relatam:

[...] Eu considero a experiência exitosa, em razão das batalhas enfrentadas e mesmo diante de um surto e casos de óbitos, a maioria dos idosos contaminados se recuperaram a partir dos cuidados oferecidos na própria ILPI [...] (E1, E2).

[...] Veja, além do número de idosos recuperados ter sido maior, nós tivemos vários idosos que não contraíram a doença durante o surto COVID-19, assim como funcionários. Eu considero um balanço positivo, diante do contexto difícil que passamos. [...] Nós fizemos o melhor dentro do que tínhamos para o momento e deu certo [...] (E4).

[...] Nós podemos nos considerar vitoriosos, pois no nosso caso, não tivemos óbitos [...] (E7).

[...] Eu acredito que realizamos um bom trabalho, pois ficamos por longo período sem casos COVID-19 [...] (E3).

Mesmo considerando a experiência exitosa perante a batalha do surto COVID-19 gerido na ILPI, o enfermeiro RT expressa-a com parcimônia por reconhecer a vulnerabilidade de novo surto, contudo, se apresenta mais seguro com o advento da vacinação e da experiência obtida, sem deixar de seguir as precauções. Desta forma, mesmo passando a fase mais difícil do surto, o RT passa a agir *ponderando a prevenção como o melhor caminho (D2)*. Essa categoria advém de duas subcategorias: *passando a considerar a ILPI vulnerável ao surto (D2.1)*; *sentindo-se mais seguro com a adoção de medidas preventivas (D2.2)*.

Passando a considerar a ILPI vulnerável ao surto (D2.1) decorre da mudança de concepção do enfermeiro RT de ILPI ao perceber que, por mais cuidados que se tenha, a instituição é vulnerável e apresenta contexto que favorece o estabelecimento de surtos, sendo eles: funcionários fazerem uso de transporte coletivo e possuírem outros empregos, assim como a suscetibilidade do próprio idoso, ainda mais institucionalizados (Quadro 15). Eles relatam:

[...] Eu considero muito difícil prevenir surtos nas ILPIs, em razão dos funcionários utilizarem transporte coletivo e continuarem a ter uma vida normal, tomando cuidados com a prevenção. [...] Eles utilizam, diariamente, o transporte público e possuem outros empregos [...] (E2).

[...] Hoje, eu não tenho dúvidas que, desde o início da pandemia, os funcionários seriam os maiores responsáveis em levar o vírus para as ILPIs [...] (E7).

De maneira que, quando os surtos foram controlados, o enfermeiro RT de ILPI foi *sentindo-se mais seguro com adoção de medidas preventivas (D2.2)*, envolvendo isolamento social e controle com as entradas de prestadores de serviços e familiares. Contudo, o que conferiu maior segurança foi o advento de imunizantes, afastando sobremaneira o risco de novos surtos e principalmente de mortes, não só por COVID-19, mas também da gripe. Ademais, seguiu fiel aos protocolos com uso de EPIs, agora incorporados ao cotidiano do cuidado, para reduzir a suscetibilidade de novos surtos na instituição. Esta subcategoria advém de dois elementos: *atendendo aos protocolos*

de vacinação de residentes (D2.2.1); instituindo o emprego de protocolos, atemorizado de novos surtos (D2.2.2) (Quadro 16). Narram os RTs:

[...] Vacina significou e significa, para todos, alegria. [...] Todos não viam a hora de se vacinarem para que se sentissem mais seguros. Então, a expectativa pela chegada da vacina foi grande e ficamos todos alegres. [...] Graças a Deus, todos se vacinaram, inclusive para a gripe. Estão todos imunizados, idosos e funcionários [...] (E1).

[...] Para ser sincera, eu não me sinto suficientemente segura com as duas doses da vacina COVID-19, pois minha mãe contraiu após as duas doses e teve 45% de comprometimento pulmonar. Desta forma, não se sabe ainda quantas doses serão necessárias para conferir imunidade. Nós precisamos continuar fazendo o possível, no seguimento de protocolos, como recomendados aos funcionários: higiene das mãos com uso de álcool gel e luvas, uso de máscara, limpeza de ambiente e suspensão de visitas dos familiares para prevenir novos surtos [...] (E2).

[...] Eu considero que o plano contingencial da doença, nos ajudou muito a lidar com o surto [...] (E3).

[...] O oferecimento de treinamento contínuo do uso correto de EPIs [...] (E4).

[...] Não admiti ninguém na ILPI, assim como diminuí a circulação de profissionais. Agora que comecei, há um mês que voltou entrar os Fisioterapeutas e a Nutricionista, mas todos paramentados e vacinados [...]. [...] Hoje seguimos com os protocolos, mesmo não tendo nenhum caso, continuamos se paramentando para cuidar dos idosos e depois desprezamos. Máscara é trocada a cada hora e às funcionárias são fornecidas máscaras e gorros à vontade. Só propés que não, porque não usamos dentro da casa, pois não tem necessidade, o resto mantém: óculos, máscaras e luvas [...]. [...] As funcionárias, depois de retornarem das licenças médicas, todas passaram a usar paramentação durante os cuidados, pois ficaram com medo [...]. Nós ficamos com medo de reincidência da COVID-19, pois sabemos que corremos risco, ou seja, a pandemia ainda está aí [...]. Então, caiu a ficha de todo mundo que, realmente, precisava ter esse propósito de usar continuamente e saber direitinho das condutas a serem tomadas. [...] Foi com o passar do tempo, por meio das experiências, por tudo que passamos. Agora mantemos os protocolos a todo momento e, assim, graças a Deus, eu não tive mais nada [...] (E1).

Com a experiência como RT, o enfermeiro passa a atuar com discernimento acerca da suscetibilidade de novos surtos e, por fim, *considerando-se preparado a lidar com novos surtos em ILPI (D3)*, o que inicialmente sentia-se despreparado (Quadro 17).

[...] Hoje, eu me sinto preparada para montar um isolamento para doenças infectocontagiosas em ILPI [...] (E5, E6).

[...] Eu estou preparada para futuras pandemias, assim como prevenir surtos [...] (E8).

4.3. Modelo teórico

Mediante o realinhamento dos componentes pertencentes aos quatro subprocessos emersos da experiência: *deparando-se despreparado para lidar com o surto de doença infectocontagiosa emergente em ILPI (A)*; *julgando-se como enfermeiro e RT compelido a assumir os desafios do gerenciamento da assistência em empreendimento social para idosos, em surto COVID-19 (B)*; *apoiando-se nas Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária, projetos sociais e na religiosidade (C)*; *considerando-se vitorioso e preparado no duelo, sem abandonar precauções para doenças infectocontagiosas (D)*, descobriu-se a categoria designada central que os abarcou, constituindo então o processo da experiência (modelo teórico), denominado: Do despreparo ao controle do surto COVID-19 em Instituições de Longa Permanência para Idosos: vigilâncias epidemiológica e sanitária como componentes intervenientes. (Figura 1).

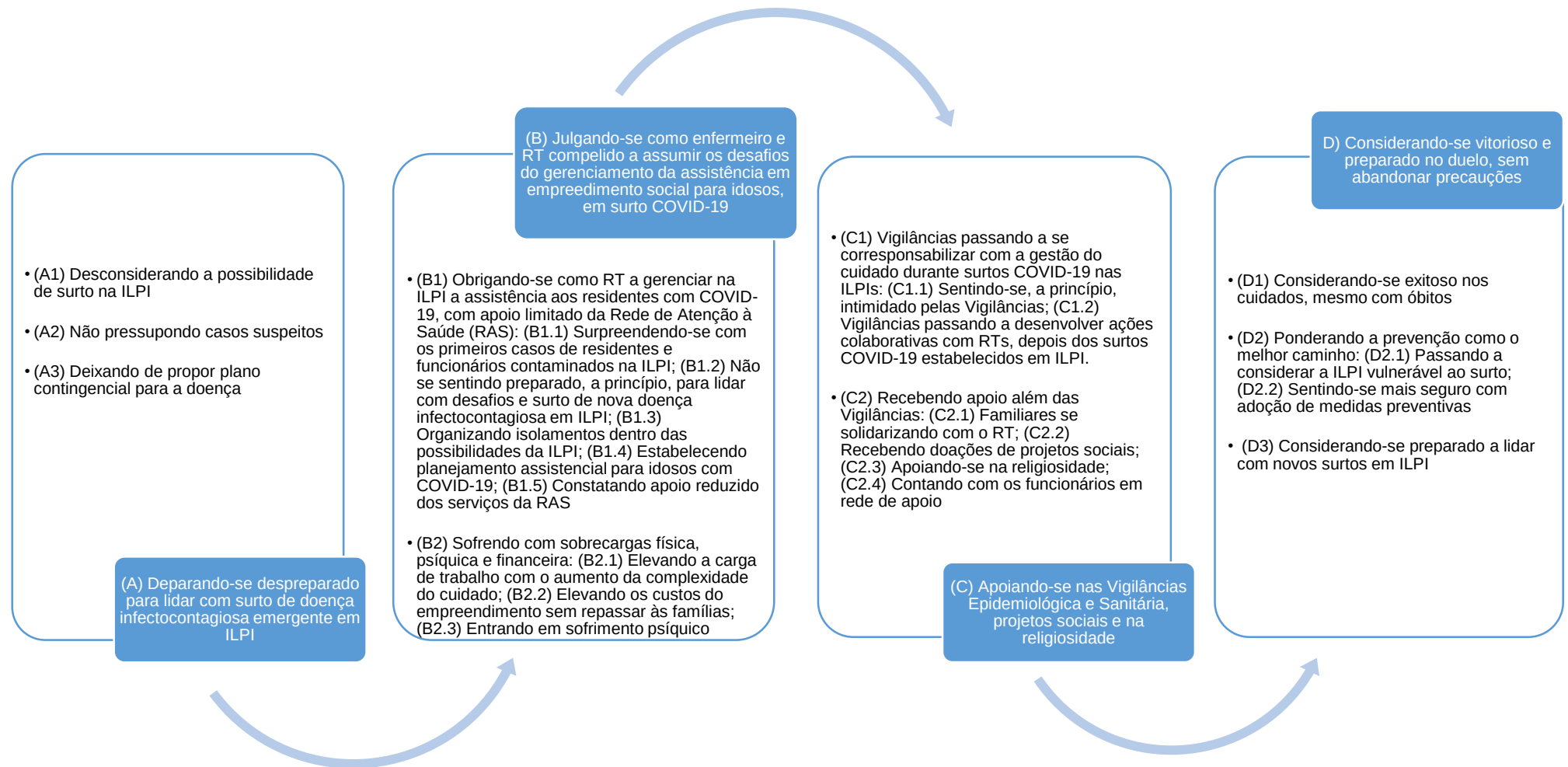


Figura 1. Categoria Central – Modelo Teórico – Do despreparo ao controle do surto COVID-19 em Instituições de Longa Permanência para Idosos: vigilâncias epidemiológica e sanitária como componentes intervenientes. Bauru, estado de São Paulo, Brasil.

CAPÍTULO V - DISCUSSÃO

Ao analisar o modelo teórico verificou-se que, a experiência desafiadora do enfermeiro RT de ILPI em surto COVID-19, constituiu-se marco para ressignificação do papel simbólico das vigilâncias sanitária e epidemiológica para esses profissionais; de agentes intimidadores e punitivos para colaborativos. Essa mudança de postura das vigilâncias foi identificada mediante a adoção de conjunto de ações significativas e simbólicas, oferecida ao RT, justamente num momento difícil de seu exercício profissional. Quando ele se apresentava fragilizado, por sentir-se sem preparo e compelido a assumir os desafios do gerenciamento da assistência em empreendimento social de cliente duplo idoso-família, diferentemente de ambiente hospitalar, ele se considerou não preparado durante a sua formação, para elaboração e execução de plano contingencial em ILPI para surto de doença infectocontagiosa.

Na perspectiva do enfermeiro RT de ILPI, o fato das Vigilâncias terem adotado esse conjunto de ações foi interpretado como movimento interacional colaborativo de corresponsabilização da gestão do cuidado, durante o surto COVID-19 na instituição. O modelo teórico sinalizou o conjunto de ações como determinante/interveniente para que o RT pudesse desfrutar de desfecho positivo, ou seja, interpretado como transformador e que contribuiu para que se salvasse muitas vidas. A princípio, vendo-se despreparado, negacionista com a possibilidade de surto na instituição e sem qualquer plano contingencial em mãos, viu transformar-se em vivência de desfecho com sentimentos positivos, como vitorioso e preparado, com o compromisso de não abandonar as precauções apreendidas.

O símbolo é o conceito central do Interacionismo Simbólico e o conjunto deles compõe uma classe de objetos sociais, criados e utilizados para comunicar e representar algo para os outros e para nós mesmos. Pode-se considerar simbólica a maioria das ações humanas e ser simbólico é o ato, o objeto ou a palavra, os quais precisam ter significado para o ator empregá-los, como ato do uso do símbolo⁽⁴⁵⁾.

Pode-se considerar que, muitas das ações de contenção da COVID-19 nas ILPIs se deram pelo envolvimento do Ministério Público, oficializando recomendações à Vigilância Sanitária, a serem executadas naquele momento de crise em saúde pública, as quais exigiram corresponsabilização de cada RT⁽¹⁷⁾.

A contento, tanto a experiência quanto o modelo sinalizam para o estabelecimento de novo paradigma resiliente de edificação e estreitamento de relações Vigilâncias - RT enfermeiro, por melhores condições sanitárias e epidemiológicas nas ILPIs, os quais estão reunidos em dois elementos do modelo teórico, com os seguintes símbolos: *Vigilâncias fornecendo testes* e *Vigilâncias se*

aproximando e estabelecendo parcerias com RTs com visitas in loco para auxiliá-los nas testagens, assim como na investigação com orientações durante o surto de medidas não farmacológicas para o controle e a prevenção de novos surtos institucionais; contatos telefônicos frequentes para saber da evolução dos pacientes quanto aos sinais e sintomas da doença; oferecimento de treinamentos e de apoios quando acionadas e até mesmo quando as Vigilâncias passaram a exigir protocolos⁽¹⁷⁾.

O Interacionismo Simbólico descreve o ser humano como mais imprevisível e ativo em seu mundo que outras perspectivas. Nessa perspectiva teórica, o ser humano é compreendido agindo no presente, influenciado não pelo que aconteceu no passado, mas pelo que está acontecendo agora. O que nós fazemos em alguma determinada situação é, primeiramente, resultado do que está acontecendo naquela situação, não o que nós trazemos para aquela situação do nosso passado. O passado, naturalmente, faz parte da ação quando o recordamos no presente e o aplicamos às situações disponíveis, de forma que a interação toma espaço agora. De fato, muitos interacionistas simbólicos argumentam que o ser humano é “livre” até certo ponto em que ele ou ela faz. Nós costumamos definir o mundo em que agimos e parte dessa definição é nossa. Ela envolve escolhas conscientes, as dirigimos, consequentemente, avaliamos nossas ações e as dos outros e nos redirecionamos⁽⁴⁵⁾.

Pressupõe-se o desempenho assertivo das Vigilâncias, durante os surtos COVID-19 com enfermeiros RTs de ILPIs, em razão de utilizar a gestão participativa como uma das ferramentas da política transversal do HumanizaSUS. Esta visa inovar as práticas gerenciais e de produção de saúde, para superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder⁽⁴⁷⁾.

Operando com o princípio da transversalidade, o HumanizaSUS recomenda ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores. Ao direcionar estratégias e métodos de articulação de ações para COVID-19, saberes e sujeitos, pode-se efetivamente potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada. Por isso que a gestão participativa é um valioso instrumento para a construção de mudanças⁽⁴⁷⁾.

Por humanização, compreende-se a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são: a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde. Com a oferta de

tecnologias e dispositivos para a configuração e o fortalecimento de redes de saúde, a humanização aponta para o estabelecimento de novos arranjos e pactos sustentáveis, envolvendo trabalhadores e gestores do SUS e fomentando a participação efetiva da população, provocando inovações em termos de compartilhamento de todas as práticas de cuidado e de gestão⁽⁴⁷⁾.

Ao mesmo tempo que esses RTs se sentiram apoiados pelas Vigilâncias, muitos deles defrontaram com *apoio reduzido dos serviços da RAS*, quando precisaram procurar os serviços, mesmo assumindo a assistência à saúde de idosos em nível de complexidade de cuidado que demandava internação hospitalar. E nesse contexto, quando procuraram assistência na Rede de Urgência e Emergência (RUE) com idoso debilitado, frequentemente a equipe médica deixava de associar a fragilidade do idoso à doença, mas à qualidade do cuidado insuficiente oferecida pelas ILPIs, algumas vezes na presença de familiares. Assim como as unidades da Atenção Primária em Saúde, em áreas adscritas às ILPIs, não ofereceram nenhum respaldo a elas, no contexto estudado.

De acordo com o Ministério da Saúde, a atenção básica/saúde da família, com base no princípio da territorialização, deve dar suporte a todas as ILPIs presentes em sua área de abrangência, sejam elas públicas ou privadas. Esse serviço de atenção primária é responsável pela atenção à saúde do idoso institucionalizado, pertencente a um território de unidade de saúde, bem como todo o acompanhamento das atualizações acerca dos casos de COVID-19, que deveriam ter sido passadas ao serviço de Vigilância, não apenas o registro das notificações e envio das fichas⁽⁴⁸⁾.

São notórias, em diversos países, as dificuldades que as ILPIs tiveram de prestar assistência dentro da sua instituição e ao procurarem as referências médicas, que colocaram os idosos institucionalizados em maior risco de morbimortalidade, como presenciado na primeira onda da pandemia, na qual os óbitos representaram de um terço a mais das mortes pelo mundo^(17,49).

Estudos internacionais corroboram com os resultados desta pesquisa, quando apontam que secretarias e ministérios, inicialmente, desviaram seu olhar desse grupo de alta vulnerabilidade e falharam em desenvolver ações de padronização de assistência médica e com integração insuficiente das ILPIs com as redes de atenção pública primária e secundária. Ações de integração da rede de saúde deveriam ter sido previstas antes, a fim de mitigar a crise nas ILPIs, mesmo antes de surtos se instalarem^(50,51).

Para o Interacionismo Simbólico, a perspectiva é uma reação interna a um objeto ou conjunto de objetos, algo compartilhado na interação e dependerá de como o ator define a situação. Por essa razão, as perspectivas guiam o ator para interpretação e ação, por isso não se utiliza atitudes, mas perspectiva (na perspectiva do ator). Uma perspectiva é uma visão ordenada do mundo de alguém, que é tomada para dar algo por certo sobre os atributos de vários objetos, eventos e natureza humana. Também se caracteriza a perspectiva pela ordem de coisas lembradas e esperadas, assim como coisas percebidas atualmente, uma concepção organizada do que é plausível e que é possível, ela constitui a matriz, por meio da qual alguém percebe o ambiente. É por meio da perspectiva que vemos um mundo dinâmico, como relativamente estável, ordenado e previsível. Trata-se de um esquema geral, definindo e guiando a experiência de uma sociedade. Assim sendo, cabe salientar, que perspectivas/culturas são dinâmicas, definidas por meio da interação, um produto da comunicação⁽⁴⁵⁾.

No que diz respeito às fragilidades e aos problemas relacionados às ILPIs, deve-se considerar ao se propor políticas de enfrentamento à COVID-19 ou outra doença infectocontagiosa nestas instituições, a(s): limitação da infraestrutura; incompletude e/ou a escassez de legislações; deficiências relacionadas aos planos de cuidados, relativas à falta de qualificação dos profissionais da equipe, ausência de cuidados integrados, conhecimento gerontológico deficitário, alta rotatividade de funcionários, desmotivação da equipe e baixa remuneração^(1,52).

Essas principais deficiências dentro da ILPIs interferem na assistência dos idosos institucionalizados e corroboram com os resultados das fragilidades encontradas, nesta pesquisa, como também os problemas relacionados ao controle de infecções e a falta de protocolos institucionais para durante a pandemia de COVID-19.

Estes dois últimos ficam claros no primeiro subprocesso do modelo, *deparando-se despreparado para lidar com surto da doença infectocontagiosa emergente em ILPI (A)*, e denuncia que essas instituições não preveem medidas de precaução e isolamento para garantir o controle da ocorrência de infecções⁽⁵²⁾. Assim como esses RTs não cumprem com a Resolução COFEN Nº 620/2019, em duas de suas atribuições listadas: “Organizar o Serviço de Enfermagem utilizando-se de instrumentos administrativos gerenciais, tais como: regimento interno, normas e rotinas, protocolos, procedimentos operacionais padrão e outros”; “Estabelecer

protocolos clínicos e propiciar a implementação do cuidado de enfermagem nos diferentes níveis de atenção incluindo a terminalidade”⁽³¹⁾.

O segundo subprocesso, *julgando-se como enfermeiro e responsável técnico compelido a assumir os desafios do gerenciamento da assistência em empreendimento social para idosos, em surto COVID-19 (B)*, trouxe os enfermeiros entrando em sofrimento psíquico, por diversos fatores: *sentindo ameaçado por familiares de residentes; deparando-se com o negacionismo entre funcionários e familiares acerca da gravidade da pandemia; sentindo-se pressionado pelos funcionários, sociedade e pelo próprio surto em expansão surto na ILPI; deparando-se com óbitos de residentes.*

Em estudo na Suécia, com os profissionais de saúde, durante a pandemia atual, entre eles enfermeiros, evidenciou-se o grande estresse e a insegurança no ambiente de trabalho. Os resultados desse estudo destacaram para a importância sobre os treinamentos de prevenção e controle de infecções, com informações precisas sobre a transmissão do vírus, assim como o uso adequado de EPIS e dispor de uma liderança de saúde presente e compartilhada. Ademais, apontam para os geradores dessa insegurança e estresse, relativos: ao medo de se infectar e tornar reservatório do vírus e, conseqüentemente, transmissor da doença para outras pessoas; à estigmatização da sociedade; sobrecarga de trabalho; ao sentirem-se despreparos pela falta de treinamentos sobre controle de infecção e uso de EPIS⁽⁵³⁾. Geradores de insegurança e estresse, também, evidenciados nesta pesquisa, mais precisamente nas subcategorias e elementos do subprocesso B, mais precisamente em B1.2, B2.1, B2.3.

As condições existentes e impostas pelo modelo de gestão e de políticas de governo para as ILPIs, inicialmente, não foram suficientes para controlar a pandemia e tornou-se mais evidente a necessidade de se integrar os serviços específicos de saúde com os sociais, conforme a doença avançava. Esta situação foi relatada em um estudo na Espanha, o qual apontou a ocorrência independente dos níveis de desenvolvimento dos países⁽⁵⁴⁾, corroborando a experiência inicial desta pesquisa, mais especificamente, no segundo (B) e terceiro subprocessos (C).

Uma das contribuições do modelo teórico, abstraído da experiência de enfermeiros RTs de ILPIs, durante surto COVID-19, em cidade do estado de São Paulo, Brasil, ampliou a compreensão de sua experiência, muito além de expor a precarização das condições de trabalho nessas instituições, quanto à prevenção e

controle de infecções e as fragilidades antes existentes. Contudo, demonstrou capacidade preditiva, por sinalizar a perspectiva da continuidade das Vigilâncias manterem um trabalho de cogestão com essas instituições, ampliando o estabelecimento de vínculos para unidades da Atenção Primária à Saúde das ILPIs adscritas, como as Vigilâncias adotaram de forma profícua.

Com a manutenção dessa corresponsabilização compreende-se que, com a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde⁽⁴⁷⁾ e, portanto, acredita-se em melhoria da qualidade da assistência oferecida por ILPIs, inclusive com ações para a qualificação para esses enfermeiros, conforme se propõe no próximo capítulo.

Considerando que a qualificação profissional contribui para o processo de melhor assistência nas ILPIs, esta pesquisa propõe plano de curso fundamentado nas fragilidades e problemas expostos nesta pesquisa.

*CAPÍTULO VI - PRODUTO TÉCNICO:
PROGRAMA DE CURSO PARA QUALIFICAÇÃO EM
VIGILÂNCIA EM SAÚDE PARA RESPONSÁVEIS
TÉCNICOS DE ILPIs*

Trata-se de produto técnico, classificado na categoria “item 10”, referente a “curso de formação profissional”, segundo Classificação de Produção Técnica e Tecnológica (PTT) - CAPES⁽⁴¹⁾.

A construção do curso de formação profissional para os responsáveis técnicos de ILPIs está fundamentado nas necessidades de capacitação, identificadas na experiência de enfermeiros RTs de ILPIs em surto COVID-19 nessas instituições.

Trata-se de proposta de programa de qualificação, fundamentado nos preceitos de duas Políticas de Saúde que se coadunam: HumanizaSUS⁽⁴⁷⁾ e Vigilância em Saúde⁽²⁶⁾. O emprego dos princípios dessas Políticas, conforme emersos nos resultados desta pesquisa, tanto na experiência quanto no modelo teórico, desempenharam papéis essenciais para que as Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária adotassem conjunto de ações, de forma que fosse interpretada pelos RTs, como movimento interacional colaborativo de corresponsabilização da gestão do cuidado, durante o surto COVID-19 nas instituições. O modelo teórico sinalizou esse conjunto de ações como determinante/interveniente para que o RT pudesse desfrutar de desfecho positivo, ou seja, interpretado como transformador e que contribuiu para que se salvasse muitas vidas, assim como constituiu-se em um marco para que houvesse a ressignificação do papel simbólico das Vigilâncias para esses profissionais; de agentes intimidadores e punitivos para colaborativos e, portanto, fortalecendo vínculos para a continuidade dos trabalhos para a melhoria da qualidade do cuidado oferecido nas ILPIs.

A Política de Saúde HumanizaSUS presume com o desenvolvimento e manutenção de corresponsabilização/cogestão, neste caso, de um lado as Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica e do outro, enfermeiros RTs de ILPIs, compreendidos como entidades, com atores que devem ser valorizados no processo de produção de saúde para o binômio família-idoso nessas instituições. Desta forma, as ações educativas estabelecidas nessa relação serão regidas pelos princípios da Política, para o desenvolvimento da autonomia e do protagonismo dos atores, no que tange à corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde⁽⁴⁷⁾.

Já a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) fundamentará as responsabilidades dos RTs, no monitoramento e na avaliação contínua do desempenho e padrão de funcionamento das ILPIs, baseada minimamente nos indicadores que se referem às taxas em residentes de: mortalidade, doença diarreica

aguda, escabiose, desidratação, úlcera de decúbito e desnutrição. Esses configurarão relatórios anuais para eles e para a Vigilância Sanitária^(3,26).

A PNVS presume ações de educação permanente em Vigilância em Saúde, previstas em seus locais de trabalho. Intervenções e atuações em condicionantes e determinantes da saúde dos idosos são necessários para a proteção e promoção da saúde, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças nessa população institucionalizada, assim como o estabelecimento de parcerias educacionais entre as ILPIs e serviços de saúde, em especial às Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica, que ao cumprirem seus papéis, também, educativo, qualificariam melhor os profissionais das ILPIs⁽²⁶⁾.

As escolhas desses referenciais norteadores têm a finalidade de tornar os RTs de ILPIs corresponsáveis e protagonistas na (re)estruturação dos processos de trabalho nas suas instituições, visando a melhoria da qualidade assistencial para idosos institucionalizados.

Programa de Curso para Qualificação em Vigilância em Saúde para Responsáveis Técnicos de Instituições de Longa Permanência para Idosos

6.1. Descrição geral

Forma de oferecimento: presencial;

Promoção: parceria das Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica Municipal/Departamento de Saúde Coletiva do município de Bauru;

Público-alvo: Responsáveis técnicos de ILPIs do município de Bauru;

Divulgação: Site da Prefeitura Municipal de Bauru e por e-mail de cada ILPI já cadastrada no município;

Inscrição: As inscrições serão de forma remota e *on-line*, por *link* enviado conforme cronograma anual de oferecimento;

Local do Curso: Departamento de Saúde Coletiva – Bauru/SP – Rua Machado de Assis 15-60;

Número de vagas: Serão ofertadas 50 vagas, divididas em duas turmas de até 25 alunos.

Turma 1: 25 alunos no período da Manhã. Horário: das 10h às 12h.

Turma 2: 25 alunos no período da Noite. Horário: das 18h às 20h.

Carga horária total: 24 horas

Carga horária semanal: 8 horas.

A carga horária semanal será distribuída em quatro horas de forma presencial às terças e quintas-feiras, por três semanas consecutivas e outras quatro horas semanais serão de estudo remoto em atividades, materiais e *links* fornecidos.

Certificado: Será conferido um certificado em parceria com município de Bauru aos participantes que obtiverem a porcentagem mínima de presença e nota após os testes realizados.

CrITÉrios para obtenção do certificado: Mínimo 75% de presença e aproveitamento total com nota mínima ou igual a 7,0 pontos inteiros.

Recuperação: ao participante que não obter a nota mínima de aproveitamento por módulo, deverá ser atribuído trabalho sobre os assuntos correlatos.

Encontros: seis encontros de duas horas presenciais.

Estratégia de ensino: prioritariamente por aprendizagem baseada em problemas, a partir de casos.

6.2. Objetivo geral

Ao final do curso, os participantes deverão apreender conhecimentos de legislações para funcionamento de ILPIs, ter noções de empreendedorismo e plano de negócio, importância da educação continuada, obter conhecimentos técnicos-científicos sobre transmissão e precaução de doenças infectocontagiosas, desenvolver reflexões críticas relacionadas à velhice e ao processo de trabalho, bem como apreenderem a importância de disseminar e capacitar à equipe da instituição, sobre os conteúdos contidos no programa.

6.3. Conteúdo programático, objetivos específicos, avaliação escalonada por módulos e bibliografias correlatas

Módulo I. Noções gerais e peculiares sobre o envelhecimento e a velhice no Brasil.

- **Objetivos específicos (Módulo I)**

Ao final deste módulo os participantes deverão:

- i. Conhecer o cenário atual das ILPIs no Brasil;
- ii. Compreender as temáticas quanto ao envelhecimento populacional brasileiro;
- iii. Abordar as mudanças no perfil de morbimortalidade;

- iv. Explanar sobre os conceitos gerontológicos (envelhecimento, velhice, senescência, senilidade, heterogeneidade da velhice, mitos e estereótipos em relação à velhice);
- v. Abordar os conceitos de independência e dependência segundo os graus de acordo com a RDC 502/21;
- vi. Problematicar sobre aspectos relativos ao idoso, como: autonomia, papel social na sociedade e na família;
- vii. Desenvolver pensamento crítico sobre mudanças nas estruturas e dinâmicas familiares e a violência contra a pessoa idosa.

- **Conteúdo Programático (Módulo I)**

- i. Apresentação do curso
- ii. Pré-teste Módulo 1
- iii. O funcionamento das ILPIs no Brasil
- iv. Envelhecimento e perfil de morbimortalidade
- v. Conceitos gerontológicos
- vi. O idoso independente
- vii. O idoso com dependência e seus graus de dependência
- viii. O idoso e a sociedade
- ix. O idoso e a sua família
- x. O idoso institucionalizado
- xi. A violência contra o idoso

- **Textos para Discussão (Módulo I)**

- a. Camarano, AA, Pasinto, MT. Como vive o Idoso brasileiro? [Internet]. 2004 [acesso em 30 mar 2023] Cap. 1, p. 25-73. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0191.pdf>
- b. Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. Rev Bras Estud Popul [Internet]. 2010 [acesso em 13 mar 2023] Jun;27(1):232–5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982010000100014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- c. Camarano AA. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea; [Internet] 2010. p.352.[acesso em 17 set. 2021]. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/3206>

- d. Minayo, MCS. Violência contra os idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria. [Internet]. 2005. [acesso em 13 mar 2023]. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/livros/18.pdf>
- e. Minayo, MCS. Violência contra idosos. Eixos Temáticos. [Internet]. 2004. [acesso em 13 mar 2023]. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/eixos/3.pdf>.
- f. Organização Mundial da Saúde. Resumo Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. [Internet]. 2015. [acesso em 13 mar 2023]. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>

- **Bibliografia complementar (Módulo I)**

- a. Born, T. Cuidar Melhor e Evitar a Violência- Manual do Cuidador de Idosos. Brasília. [Internet]. 2008. [acesso em 13 mar 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/pessoa-idosa/manual-do-cuidador-da-pessoa-idosa/view>
- b. Domingues, MA, Lemos, ND, Nascimento, ML , Marucci, MF, Medeiros, SL. Gerontologia: os desafios nos diversos cenários da atenção. Barueri: Manoele, 2010.
- c. Neri, AL. Idosos no Brasil: vivências, desafios e Expectativas na Terceira Idade. São Paulo, SP, [Internet]. 2007 [acesso em 13 mar 2023]. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/publicacoes/publicacao/idosos-no-brasil-vivencias-desafios-e-expectativas-na-3a-idade/>
- d. Neri, AL. Palavras-chave em Gerontologia. 4 ed. Campinas: Alínea, 2014

Módulo II. Políticas públicas voltadas aos Idosos no Brasil e aspectos sobre ILPIs e órgãos fiscalizadores.

- **Objetivos específicos (Módulo II)**

Ao final deste módulo os participantes deverão:

- i. Compreender as principais legislações e políticas públicas vigentes no país, direcionadas às pessoas idosas;
- ii. Refletir e analisar o que versam sobre as ILPIs no Brasil;
- iii. Refletir sobre as diretrizes e a prática no serviço de longa permanência para idosos no Brasil;
- iv. Conhecer os principais pontos no Estatuto do Idoso;

- v. Conhecer o papel de cada órgão fiscalizador.

- **Conteúdo Programático (Módulo II)**

- i. Aplicação de Pós-teste – Módulo 1;
- ii. Aplicação de Pré-teste – Módulo 2;
- iii. Políticas públicas e legislações aos idosos;
- iv. Papéis das Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica, do Conselho de Idosos e do Ministério Público.

- **Texto para discussão (Módulo II)**

- a. Camarano, AA, Pasinto, MT. O Envelhecimento Populacional na Agenda das Políticas Públicas. Cap. 8, p. 261-300. In: CAMARANO, A. A. (org.). Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA. [Internet] 2004.p.604. .[acesso em 13 mar 2023]. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/3012>
- b. Camarano AA. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea; [Internet] 2010. p.352.[acesso em 17 set 2021]. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/3206>

- **Bibliografia complementar (Módulo II)**

- a. Andrade, LM, et al. Políticas públicas para pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa. Ciência & Saúde Coletiva,. [Internet] 2013. .[acesso em 17 set 2021]. 18 (12): 3543-3552 Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/630/63028840011.pdf>
- b. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. É possível prevenir. É necessário superar. Texto de Maria Cecília de Souza Minayo. Brasília, DF. . [Internet] 2014. .[acesso em 15 mar 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/pessoa-idosa/manual-de-enfrentamento-a-violencia-contra-a-pessoa-idosa>
- c. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Dez anos do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso: repertórios e implicações de um processo democrático. Ministério da Justiça, Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; Neusa Pivatto Muller, Adriana Parada (Orgs.). Brasília. [Internet]. 2013. .[acesso em 15 mar 2023]. 538 p. <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/pessoa-idosa/livro-dez->

[anos-do-conselho-nacional-dos-direitos-do-idoso-2013-repertorios-e-implicacoes-de-um-processo-democratico-cndi](#)

- d. Brasil. Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências [Internet]. Política Nacional do Idoso. Congresso Nacional. Brasília. [Internet]. 1994. [acesso em 30 ago 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm
- e. Brasil. Lei 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União 2003. [Internet]. [acesso em 20 mar 2023]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm
- f. Mesquita, RAV, Costa, NE, Carvalho, HBC. Políticas públicas de saúde para o envelhecimento e a velhice. p. 1614-1620. In: FREITAS e colaboradores. Tratado de geriatria e gerontologia. 3ª Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2013.
- g. Mendonça, JMB, Rauth, J, Rodrigues, NC. O idoso brasileiro e as leis. p. 1622-1626. In: FREITAS e colaboradores. Tratado de geriatria e gerontologia. 3ª Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2013.
- h. Muller, NP (Orgs.). Estatuto do Idoso. Dignidade humana como foco. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos.[Internet]. 2013. [acesso em 20 mar 2023]. p.254 Disponível em: http://www.mpggo.mp.br/portal/arquivos/2015/07/31/15_24_37_455_Publica%C3%A7%C3%A3o_Estatuto_do_Idoso_Dignidade_Humana_em_Foco.pdf

Módulo III. As normativas e regulamentações para as ILPIs no Brasil

• Objetivos específicos (Módulo III)

Ao final deste módulo os participantes deverão:

- i. Conhecer e analisar a RDC n. 502 de 27 de maio de 2021 que atualiza a regulamentação RDC 283/2005 sobre funcionamento de Instituições de Longa Permanência para Idosos, em caráter residencial;
- ii. Desenvolver o pensamento crítico sobre a RDC 502/2021;
- iii. Conhecer as demais legislações sanitárias aplicáveis as Instituições de idosos;
- iv. Conhecer e refletir sobre a estrutura física das ILPIs exigidas para obtenção de alvará de funcionamento da vigilância sanitária;

- v. Conhecer e refletir sobre a estrutura física das ILPIs exigidas para combate e prevenção de incêndios e licença do corpo de Bombeiro - Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB);
- vi. Compreender as exigências para o Laudo Técnico de Avaliação (LTA);
- vii. Compreender as legislações e normas relacionadas ao processo de trabalho do profissional de enfermagem, em especial ao Enfermeiro Responsável Técnico;
- viii. Conhecer e problematizar sobre os CNAE 8711-5/02, referente às ILPIs e o CNAE 8711-5/01, referente às clínicas e residências geriátricas, segundo a CVS 01/2020.

- **Conteúdo programático (Módulo III)**

- i. Aplicação do Pós-teste - Módulo 2;
- ii. Aplicação do Pré-teste - Módulo 3;
- iii. Legislação vigentes de funcionamento versus a prática no serviço na ILPI;
- iv. Conhecendo a CVS 01/2020, RDC n. 63/2011 e a RDC n. 222/2018;
- v. O que mudou com a RDC 502/2021?
- vi. Solicitação de Vigilância Sanitária;
- vii. Estrutura física e as legislações vigentes para obtenção do LTA e AVCB;
- viii. As responsabilidades da equipe de enfermagem e do RT, segundo as resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

- **Texto para discussão (Módulo III)**

- a. Brasil. Resolução RDC nº 502, de 27 de maio de 2021. Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. [Internet]. Ministério da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária/Diretoria Colegiada. 2021 [acesso em 30 ago. 2021]. p. 1–46. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-502-de-27-de-maio-de-2021-323003775>
- b. Conselho Federal de Enfermagem Resolução COFEN nº 0509/2016. Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico. [Internet]. [acesso em 9 set. 2022]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05092016-2_39205.html
- c. Martins NP da R. Gestão do Cuidado nas Instituições de Longa Permanência para Idosos no contexto da pandemia da COVID-19: desafios atuais e futuros [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; [Internet].

2021 [acesso em 17 out. 2022] 108 p. Disponível em:
<https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/39287>

• **Bibliografia complementar (Módulo III)**

- i. Brasil. Resolução RDC nº 63 de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas práticas de funcionamento para os Serviços de Saúde [Internet]. Ministério da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária/Diretoria Colegiada. [Internet] 2011. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0063_25_11_2011.html
- ii. Brasil. Resolução RDC n. 222 de 28 de março de 2018. Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências. [Internet]. Ministério da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária/Diretoria Colegiada. [Internet] 2018. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2018/rdc0222_28_03_2018.pdf
- iii. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. [Internet].. [acesso em 9 set. 2021]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html
- iv. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. [Internet]. [acesso em 9 set. 2021]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-n-4292012_9263.html
- v. Conselho Federal de Enfermagem Resolução COFEN nº 0509/2016. Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico. [Internet]. [acesso em 9 set. 2022]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05092016-2_39205.html
- vi. São Paulo (Estado). Decreto nº 63.911, de 10 de dezembro de 2018. Institui o Regulamento de Segurança Contra Incêndios das edificações e áreas de risco no Estado de São Paulo e dá providências correlatas. [Internet]. [acesso em 13 mar. 2023]. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2018/decreto-63911-10.12.2018.html>

Módulo IV. Recomendações e estratégias para prevenção e controle de doenças infectocontagiosas e desenvolvimento de manual de normas e rotinas, procedimentos operacionais padrão (POP) e plano de contingência.

• **Objetivos específicos (Módulo IV)**

Ao final deste módulo os participantes deverão:

- i. Conhecer e identificar as doenças infectocontagiosas de maior prevalência e risco em ILPI;
- ii. Apreender os tipos de transmissão e as precauções baseadas na transmissão das doenças infectocontagiosas;
- iii. Desenvolver Manual de Normas e rotinas, POPs e plano de contingência.

• **Conteúdo Programático (Módulo IV)**

- i. Aplicação do Pós-teste – Módulo 4;
- ii. Aplicação do Pré-teste – Módulo 5;
- iii. Precaução padrão e como aplicá-la;
- iv. As doenças de transmissão por contato e a suas precauções;
- v. As doenças de transmissão por gotículas e suas precauções;
- vi. As doenças de transmissão por aerossol e suas precauções;
- vii. Doenças de notificação compulsória;
- viii. Como elaborar e qual a finalidade dos Protocolos, Normas e Rotinas e Plano de contingência dentro da minha instituição;
- ix. Elaboração de protocolos em grupos.

• **Texto para discussão (Módulo IV)**

- a. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde. [Internet], 2019. [acesso em 13 mar. 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf

• **Bibliografia complementar (Módulo IV)**

- a. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. [Internet] Cdc. 2019; [Acesso em 15 jul. 2021] 1–232. Disponível em: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html>

- b. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. Emergência de Saúde Pública de importância Nacional pela doença pelo Coronavírus 2019. [Internet] 2022. [Acesso em 17 mar. 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19/view>
- c. CDC. Center for disease control and prevention. Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Healthcare Personnel During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. Cdc. [Internet] 2019 [acesso em 13 mar. 2023] 19p. Available from: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fhcp%2Fdental-settings.html
- d. Brasil. Ministério da Saúde. Nota técnica GVIMS/GGTES/Anvisa nº 05/2020 Orientações para prevenção e o controle de infecções pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). [Internet]. 2020 [acesso em 14 mar. 2023] 1–27. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/2020/nota-tecnica-no-05-2020-gvims-ggtes-anvisa-orientacoes-para-a-prevencao-e-o-controle-de-infeccoes-pelo-novo-coronavirus-em-instituicoes-de-longa-permanencia-para-idosos-ilpi.pdf/view>

Módulo V. Empreendedorismo, plano de negócio, ferramentas da qualidade e educação continuada.

• Objetivos específicos (Módulo V)

Ao final deste módulo os participantes deverão:

- i. Conhecer os fundamentos da gestão empresarial, para apoiar na proposição, visualização e alteração de negócios
- ii. Conhecer as técnicas, chamadas de ferramentas de gestão, que auxiliam na tomada de decisões nas empresas;
- iii. Compreender a importância e conhecer para aplicar as noções de empreendedorismo;
- iv. Compreender a importância da educação continuada oferecida internamente à equipe da ILPI.

• Conteúdo programático (Módulo V)

- i. Aplicação do Pós-teste – Módulo 3;

- ii. Aplicação do Pré-teste – Módulo 4;
- iii. A ILPI é uma empresa;
- iv. Noções sobre empreendedorismo e plano de negócio;
- v. Conhecendo as ferramentas da qualidade: Brainstorming, Diagrama de Causa e Efeito, PDCA, entre outras;
- vi. Exercício sobre as ferramentas de gestão.

- **Texto para discussão (Módulo V)**

- a. Trombeta FM, Bocchi SCM, Ramos NP. Experiência de enfermeiros empreendedores com instituições de longa permanência para idosos. Rev bras enferm. [Internet].2020 [acesso em 17 set 2021];73(Suppl 3):1–8. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reben/a/8jK7WT7wwPPtXrgsr7m8V8x/?format=pdf&lang=pt>
- b. Moraes CLK, de Jesus LV, Legemann MN, Feltes YF. Empreendedorismo na enfermagem: potencialidades e dificuldades. Braz. J. Develop. [Internet]. 2023. [acesso em 13 mar 2023];9(1):5229-45. Disponível em:
<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/56776>

- **Bibliografia complementar (Módulo V)**

- a. Trombeta FM, Bocchi SCM, Ramos NP. Experiência de enfermeiros empreendedores com instituições de longa permanência para idosos. Rev bras enferm. [Internet].2020 [acesso em 17 set. 2021];73(Suppl 3):1–8. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reben/a/8jK7WT7wwPPtXrgsr7m8V8x/?format=pdf&lang=pt>

Módulo VI. Elaborando *check list* da organização da ILPI e um Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes

Objetivos específicos (Módulo VI)

Ao final deste módulo os participantes deverão:

- i. Desenvolver o pensamento crítico sobre a organização de trabalho na ILPI;
- ii. Elaborar *check list* contemplando os pontos pendentes e cumpridos relacionados as exigências das normativas (alvará da VS; AVCB vigente;

processo de trabalhos dos profissionais de enfermagem e exigências de recursos humanos apontados pela RDC 502/2021);

- iii. Traçar estratégias para executá-los (estipulando tempo);
- iv. Elencar pontuações relacionadas ao Plano de Atenção à Saúde do residente considerando as vivências durante o período da pandemia por Covid-19;
- v. Elucidar dúvidas relacionadas ao funcionamento de ILPIs.

- **Conteúdo Programático (Módulo 6)**

- i. Aplicação do Pós-teste – Módulo 5;
- ii. Exercício *check list*;
- iii. Exercício Plano de atenção integral;
- iv. Exercício da elaboração de Protocolos;
- v. Encerramento do Curso.

6.4. Cronograma

Dia	Conteúdo	Metodologia	Data
01	Módulo 1	Aula expositiva	13/06/2023
02	Módulo 2	Aula expositiva e dialogada	15/06/2023
03	Módulo 3	Aula expositiva e dialogada	20/06/2023
04	Módulo 4	Aula expositiva	22/06/2023
05	Módulo 5	Aula expositiva	27/06/2023
06	Modulo 6	Aula prática	29/06/2023

6.5. Avaliação do impacto imediato, médio e longo prazo

O curso será ministrado em sua primeira versão de forma presencial como piloto para os demais, e visa conhecer mais de perto a realidade das instituições e quebrar paradigmas, aproximando melhor as ILPIs das Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica do município.

Pretende-se com a implantação desse curso anual, em sua versão a ser oferecida de forma presencial, no momento, e futuramente em Educação à Distância (EAD), ser uma forma de educação continuada com os RTs dessas ILPIs, compartilhando atualizações e conhecimentos técnico-científico para avançar na (re)estruturação de serviço, para fomentar a atenção integral ao idoso institucionalizado, assegurando a proteção à saúde destes indivíduos.

Pretende-se ainda, avaliar o impacto imediato do curso, por meio de testes aplicados antes e após os testes das aulas já ministradas.

Espera-se que em médio prazo (1 a 5 anos) o impacto seja mensurado por meio da fidelidade e aumento das notificações de doenças compulsórias, implantação de protocolos/normas e rotinas dentro de cada ILPI, a elaboração de documentações necessárias para a renovação e/ou a obtenção da Licença de Vigilância Sanitária, bem como a elaboração do Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes em articulação com o gestor local de saúde, em consonância ao Art. 37 da RDC nº 502/2021.

A longo prazo, acredita-se que acima de cinco anos, o impacto do curso possa ser observado e mensurado a partir da melhoria nos indicadores de Vigilância em Saúde já existentes e que são informados a cada mês de janeiro para a Vigilância Sanitária, conforme previsto em legislação sanitária vigente. Os indicadores atêm-se a um consolidado referente aos dados do ano anterior, sobre as taxas em residentes idosos, como as de: mortalidade, incidência de doença diarreica aguda, incidência de escabiose, desidratação, úlcera de decúbito e desnutrição. A saber ainda que, segundo o Art. 58 da RDC n. 502/21, é de competência das ILPIs realizarem uma avaliação continuada de desempenho e padrão de funcionamento da empresa, baseada em minimamente nestes indicadores⁽³⁾.

Almeja-se, mediante a isso, elevar o comprometimento dos gestores e RTs das ILPIs, tornando-os corresponsáveis e protagonistas na (re)estruturação dos processos de trabalho, visando a qualidade na assistência prestada aos idosos institucionalizados.

CAPÍTULO VII - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos delineados foram alcançados e uma das contribuições deste estudo é a abstração da experiência de enfermeiros RTs de ILPIs em surto COVID-19, intitulado *do despreparo ao controle do surto COVID-19 em ILPIs: vigilâncias epidemiológica e sanitária como componentes intervenientes*.

O modelo teórico pressupõe que a continuidade de ações educativas realizadas pelas Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica, junto aos RTs de ILPIs, pode se transformar em estratégia exitosa por predizer movimento de corresponsabilização/cogestão das Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica com RTs de ILPIs. Também pode alavancar a qualidade dos serviços prestados a idosos institucionalizados, como ocorreu durante surtos COVID-19, pois em todo tempo novas ILPIs são criadas e novos idosos ganham uma instituição de longa permanência como lar; algumas com baixa ou nenhuma qualidade e segurança no serviço e na assistência prestada^(1, 55). Estas evidências realçam a importância de lutas a serem mantidas pela Frente Nacional de Fortalecimento das ILPIs, SBGG, entre outras, bem como ações das Vigilâncias enfatizadas neste estudo.

Em face do pressuposto, este estudo propõe como produto técnico, classificado na categoria “item 10”, referente a “curso de formação profissional”, segundo Classificação de Produção Técnica e Tecnológica (PTT) – CAPES, intitulado: programa de curso para qualificação em vigilância em saúde para RTs de ILPIs.

Esse programa está fundamentado nas necessidades de capacitação dos atores a partir de suas experiências com surto COVID-19 nas ILPIs, nas Políticas de Saúde HumanizaSUS e Vigilância em Saúde.

O programa será de coordenação pelas Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde e com previsão de avaliações de impacto imediato, médio e a longo prazos, fundamentados em indicadores da Vigilância em Saúde, empreendido pela liderança de enfermeiros RTs em ILPIs como corresponsáveis e protagonistas na (re)estruturação dos processos de trabalho nas suas instituições, visando a melhoria da qualidade assistencial para idosos institucionalizados.

REFERÊNCIAS

1. Camarano AA. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea; [Internet] 2010. p.352.[acesso em 17 set. 2021]. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/3206>
2. Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. Rev Bras Estud Popul. [Internet]. 2010 [acesso em 17 set. 2021] Jun;27(1):232–5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982010000100014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
3. Brasil. Resolução RDC nº 502, de 27 de maio de 2021. Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. [Internet]. Ministério da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária/Diretoria Colegiada. 2021 [acesso em 30 ago. 2021]. p. 1–46. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-rdc-n-502-de-27-de-maio-de-2021-323003775>
4. Brasil. Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências [Internet]. Política Nacional do Idoso. Congresso Nacional, 1994. [acesso em 30 ago. 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm
5. Brasil. Lei 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. [Internet]. Diário Oficial da União 2003. [acesso em 30 ago. 2021] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm
6. Brasil. Resolução CNAS nº 13, de 13 de maio de 2014. Incluiu na Tipificação Nac dos Serviços Socioassistenciais. [Internet]. 2014; [acesso em 30 ago. 2021] p.1–5. Disponível em: <http://blog.mds.gov.br/redesuas/resolucao-no-13-de-13-de-maio-de-2014/>
7. Trombeta FM, Bocchi SCM, Ramos NP. Experiência de enfermeiros empreendedores com instituições de longa permanência para idosos. Rev bras enferm. [Internet]. 2020 [acesso em 17 set. 2021]; 73(Suppl 3):1–8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/8jk7WT7wwPPtXrqsr7m8V8x/?format=pdf&lang=pt>

8. Brasil. Ministério da Saúde. Nota técnica GVIMS/GGTES/Anvisa nº 05/2020 Orientações para prevenção e o controle de infecções pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). [Internet]. 2020 [acesso em 17 set. 2021] 1–27. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/2020/nota-tecnica-no-05-2020-gvims-ggtes-anvisa-orientacoes-para-a-prevencao-e-o-controle-de-infeccoes-pelo-novo-coronavirus-em-instituicoes-de-longa-permanencia-para-idosos-ilpi.pdf/view>

9. Word Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic [Internet]. 2021. [acesso em 27 mar. 2023]. Disponível em: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=Cj0KCQjw0K-HBhDDARIsAFJ6UGj8EMPdRhVEwwS-JN-Bg7D90yH6hR4p_v2l3D2200mNGuf4VbTezcgaAucqEALw_wcB

10. Menezes TM de O, Delvalle R, Santos AMR dos, Siewert JS. Prevenção e controle de infecções por coronavírus em instituições de longa permanência para idosos. Enfermagem gerontologica no cuidado do idoso em tempos da COVID 19. 2.ed.rev. Brasilia, DF: Editora ABEn; [internet] 2020. p.17-22. (Serie Enfermagem e Pandemias, 1). [acesso em 20 set 2020]. Disponível em: <https://doi.org/10.51234/aben.20.e01.c03>

11. COVID-19 Mortality Overview [Internet]. CDC-Centers for Disease Control and Prevention. [Internet] 2020. [acesso em 20 set. 2020]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/nchs/covid19/mortality-overview.htm>

12. Bernadou A, Bouges S, Catroux M, Rigaux JC, Laland C, Levêque N, et al. High impact of COVID-19 outbreak in a nursing home in the Nouvelle-Aquitaine region, France, March to April 2020. BMC Infect Dis. [Internet] 2021 [acesso em 19 jul. 2021];21(1):1–6. Disponível em: <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-021-05890-6>

13. Word Health Organization. Infection Prevention and Control guidance for Long-Term Care Facilities in the context of COVID-19. Guid World Heal Organ. [Internet] 2020; [acesso em 15 set. 2021];1–5. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-IPC_long_term_care-2021.1

14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Diário Of da União Bras [Internet]. 2020;7042.[acesso em 15 set. 2021]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>
15. Frente de Fortalecimento Nacional às ILPI [Internet]. [acesso em 6 set. 2021]. Disponível em: <https://frente-ilpi.com.br/>
16. Brasil. Portaria nº 2.221 de 23 de setembro de 2020. Dispõe sobre os procedimentos para a prestação do auxílio financeiro emergencial pela União às instituições de longa permanência e define os critérios de rateio, nos termos da Lei nº 14.018, de 20 de junho de 2020. Diário Oficial da União Brasileira. [Internet]. [acesso em 7 set. 2021]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.221-de-3-de-setembro-de-2020-275911455>
17. Conselhos de Secretários Municipais de Saúde. COSEMS. Análises e ações no enfrentamento da covid-19 pelo sus, estado de São Paulo.. [Internet] 2021. Série Caderno Cosems / SP; v. 7; 109 p. [acesso em 19 dez. 2022]. Disponível em: https://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2022/03/caderno_cosems_7.pdf
18. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. [Internet] Cdc. 2019; [acesso em 15 jul. 2021] 1–232. Disponível em: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html>
19. Scopetti M, Santurro A, Tartaglia R, Frati P, Fineschi V. Expanding frontiers of risk management: Care safety in nursing home during COVID-19 pandemic. Int J Qual Heal Care. [Internet]. 2021; [acesso em 15 jul. 2021] 33(1):1–4. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/33/1/mzaa085/5876817?login=false>
20. Havaei F, MacPhee M, Keselman D, Staempfli S. Leading a Long-Term Care Facility through the COVID-19 Crisis: Successes, Barriers and Lessons Learned. Healthc Q. [Internet] 2021. [acesso em 15 jul. 2021] 23(4):28–34. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/en/covidwho-1040175>

21. Lamb MJ, La Delfa A, Sawhney M, Adams D, Abdel-Shahied K, Belfer T, et al. Implementation and Evaluation of an IPAC SWAT Team Mobilized to Long-Term Care and Retirement Homes During the COVID-19. JAMDA 22 [Internet] 2021. [acesso em 19 jul. 2021] 253-255. Disponível em: [https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(20\)31019-7/fulltext](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(20)31019-7/fulltext)

22. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. Emergência de Saúde Pública de importância Nacional pela doença pelo Coronavírus 2019. [Internet] 2022. [acesso em 17 out. 2022]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19/view>

23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde. [Internet] 2019. [acesso em 17 out. 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf

24. CDC. Center for disease control and prevention. Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Healthcare Personnel During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. Cdc [Internet]. 2022; [acesso em 25 jul. 2021]. Disponível em: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fhcp%2Fdental-settings.html

25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde. Brasília [Internet] 2010. 108 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_vigilancia_saude.pdf

26. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde. [Internet]. 2018. 15p. [acesso em 2 fev. 2023]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>

27. Brasil. Ministério da Saúde. Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública. [Internet] 2022. [acesso em 23 mar 2023] Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/notificacao-compulsoria/lista-nacional-de-notificacao-compulsoria-de-doencas-agrivos-e-eventos-de-saude-publica>
28. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. [Internet]. [acesso em 9 set. 2021]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html
29. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. [Internet]. [acesso em 9 set. 2021]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4292012_9263.html
30. Conselho Federal de Enfermagem Resolução COFEN nº 0509/2016. Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico. [Internet]. [acesso em 9 set. 2022]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05092016-2_39205.html
31. Conselho Federal de Enfermagem. COFEN. Resolução COFEN nº 620/2019. Normatiza as atribuições dos Profissionais de Enfermagem nas Instituições de Longa Permanência para Idosos- ILPI. [Internet]. [acesso em 9 set. 2022].Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-620-2019_74957.html#:~:text=Normatiza%20as%20atribui%C3%A7%C3%B5es%20dos%20Profissionais,Longa%20Perman%C3%Aancia%20para%20Idosos%20%E2%80%93%20ILPI.
32. Martins NP da R. Gestão do Cuidado nas Instituições de Longa Permanência para Idosos no contexto da pandemia da COVID-19: desafios atuais e futuros [dissertação].Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; [Internet] .2021 [acesso em 17 out. 2022] 108 p. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/39287>

33. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups | EQUATOR Network [Internet]. [acesso em 20 dez. 2022]. Disponível em: <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/coreq/>
34. Holloway I, Wheeler S. Qualitative research in nursing and healthcare. Chichester: Wiley-Blackwell; [Internet]. 2010. [acesso em 22 mar. 2020]. Disponível em: https://books.google.com.br/books/about/Qualitative_Research_in_Nursing_and_Heal.html?id=8AP3sCg1kdYC&redir_esc=y
35. IBGE. Portal do Governo Brasileiro. População Bauru. São Paulo. Brasil. [Internet]. 2017. [acesso em 9 set. 2021]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/bauru/panorama>
36. São Paulo (Estado). Resolução SS n.123-2001 de 29 de setembro de 2021. Define e classifica as Instituições Geriátricas no âmbito do Estado de SP. Diário Oficial (do) Estado de São Paulo [Internet] nº 184, Set 18 2021.
37. CVE. Centro de Vigilância Sanitária Estadual. Doença pelo novo coronavírus (covid-19): orientações às instituições geriátricas: casas de repouso (CR), instituições de longa permanência para idosos (ILPI), centro dia para idosos, república para idosos, centros de convivência de idosos, comunidades. [Internet] 2020. [acesso em 9 set. 2021] Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/06/1097753/orientacoes_instituicoes_geriatricas010620.pdf
38. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. RDC nº 510 de 7 de abril de 2016. [Internet] 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
39. Rudio FV. Orientação não-diretiva na educação, no aconselhamento e na psicoterapia. 9a ed. Petrópolis-RJ; 1987. 109 p.
40. Glaser B, Strauss A. The discovery of grounded theory. New York: Aldine; 1967. [Internet]. [acesso em 9 set. 2021]. Disponível em: http://www.sxf.uevora.pt/wp-content/uploads/2013/03/Glaser_1967.pdf
41. CONEP. Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. 2021; 7:6.

42. Strauss AL, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
43. Carvalho, V.D.; Borges, L.O.R, Denise P. 2010. Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em Psicologia Social. Psicologia: ciência e profissão. [Internet] 2010. 30(1), 146-161. [acesso em 20 dez. 2022]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000100011&lng=pt&tlng=pt
44. Redmond, M. V.; Symbolic Interactionism. 2015. English Technical Reports and White Papers. [Internet] 2015 [acesso em 20 dez. 2022]. Disponível em: <https://dr.lib.iastate.edu/handle/20.500.12876/23686>
45. Charon J.M.; Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration. 3rd ed. Rio de Janeiro: Prentice Hall; 1989.
46. DUPAS, G.; OLIVEIRA, I. de; COSTA, T.N.A. A importância do interacionismo simbólico na prática de enfermagem. [Internet] Rev.Esc.Enf.USP, v.31, n.2, p. 219-26, ago. 1997. [acesso em 21 dez. 2022]. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/411.pdf>
47. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria da Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção à Saúde e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão Ministério da Saúde [Internet]. Série B Textos Básicos da saúde. Brasília: Ministério da Saúde. [Internet]. 2009 [acesso em 1 abr. 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf
48. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. [Internet.] Brasília. Ministério da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica n. 19. 2007. p.192. acesso em 10 abr. 2023]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>
49. Aalto, UL., Pitkälä, KH., Andersen-Ranberg, K. et al. COVID-19 pandemic and mortality in nursing homes across USA and Europe up to October Eur Geriatr

Med. [Internet] 2022. [acesso em 11 abr. 2023] 13, 705–709 (2022). Disponível em <https://doi.org/10.1007/s41999-022-00637-1>

50. Adam H. Dyer, Aoife Fallon, Claire Noonan, Helena Dolphin, Cliona O'Farrelly, Nollaig M. Bourke, Desmond O'Neill, Sean P. Kennelly, Managing the Impact of COVID-19 in Nursing Homes and Long-Term Care Facilities: An Update. [Internet] Journal of the American Medical Directors Association. 2022 22-9. [acesso em 11 abr. 2023]. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S152586102200500X>

51. O'Neill, D. Covid-19 in care homes: the many determinants of this perfect storm. BMJ. [Internet] 2020. [acesso em 11 abr. 2023]. Disponível em: https://web.archive.org/web/20200627041801id_/https://www.bmj.com/content/bmj/369/bmj.m2096.full.pdf

52. Breen GM, Matusitz J, Wan TT. The use of public policy analysis to enhance the Nursing Home Reform Act of 1987. Soc Work Health Care. [Internet] 2009 [acesso em 10 abr. 2023] 48(5):505-18. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2760046/>

53. Rücker, F, Hårdstedt, M, Rücker, SCM. et al. From chaos to control – experiences of healthcare workers during the early phase of the COVID-19 pandemic: a focus group study. BMC Health Serv Res [Internet] 2021. [acesso em 11 abr. 2023]. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-021-07248-9>

54. Rodriguez, RV, Rojo, PF, Perez de AEC, Molina, MM, Fernandez, MG, Sánchez, GD, et. Al. The Impact of COVID-19 on Nursing Homes: Study Design and Population Description. Int J Environ Res Public Health. [Internet] 2022 Dec 10;19(24):16629. [Acesso em: 11 abr. 2023]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9779101/>

55. Carvalho, V de Lobo. Perfil das instituições de longa permanência para idosos situadas em uma capital do Nordeste. [Internet] Cad. saúde colet. 22 (2). 2014. [acesso em 10 abr. 2023] Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/VFbmGcfVtKcjCcVfvCBzgyv/?lang=pt>

APÊNDICE 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"

Campus de Botucatu

Faculdade de Medicina de Botucatu

Programa de Pós Graduação em Enfermagem – Curso Mestrado Profissional

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (EM ATENDIMENTO A RESOLUÇÃO 466/2012 - 510/2016-CNS-MS)

Prezado (a) Senhor (a)

Gostaríamos de convidá-lo a participar de um estudo intitulado **"Protocolos para controle de infecções e instituições de longa permanência de idosos (ILPIs) a partir de experiência de responsáveis técnicos/ gerentes, familiares dos idosos com a Pandemia COVID-19"** que irá ser desenvolvido por **Mayra Silveira Rosa Foloni**.

Os objetivos do estudo são elaborar protocolos junto à Diretoria Regional de Assistência e Desenvolvimento Social (DRADS Bauru) e vigilância sanitária municipal para controle de infecções em ILPIs; compreender a experiência de responsáveis técnicos ou gerentes de ILPIs, filantrópicas e privadas durante a pandemia COVID-19; aprender a experiência de familiares com idosos em ILPI, mediante o isolamento social durante a pandemia por COVID-19; propor modelos teóricos que representam essas experiências.

A finalidade deste trabalho é contribuir para o conhecimento, adequações e a construção de um instrumento aos serviços que ofertam atenção integral ao idoso, assegurando a proteção à saúde destes indivíduos, em particular sobre o COVID-19.

A pesquisa apresenta riscos mínimos de desconforto e inconveniência.

Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador responsável assumirá a responsabilidade pelos mesmos. Para participar deste estudo o (a) Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira, mas será garantido, se necessário, o ressarcimento de suas despesas, e de seu acompanhante, como transporte e alimentação.

No presente estudo, sua participação constará em forma de entrevista gravada e posteriormente transcrita. As entrevistas serão realizadas por chamadas de vídeo, com a utilização de Skype, zoom, google meet, ou dispositivos que se julgar adequados. A entrevistadora ativará a gravação dos vídeos e seguirá o roteiro de entrevista semiestruturado impresso, como tempo aproximado de noventa minutos.

Assim, solicitamos sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área científica e publicá-los em revista científica ou outro meio de divulgação científica, mas garantimos que seu nome, caso faça parte dos dados do estudo, será mantido em sigilo absoluto quando da divulgação dos resultados. Informamos, também, que os vídeos ficarão sob a propriedade do pesquisador responsável.

Note que sua participação é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a).

Da mesma forma, caso decida não participar do estudo, ou tomar a decisão, em qualquer momento, de desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, penalidade ou constrangimento, e, se for o caso na área da saúde, não haverá modificação na assistência que vem recebendo nesta instituição.



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"

Campus de Botucatu

Faculdade de Medicina de Botucatu

Programa de Pós Graduação em Enfermagem – Curso Mestrado Profissional

Fique certo que os pesquisadores estarão sempre à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa e, para tal, no final deste documento se encontram seus nomes e forma de contato.

Participante

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos deste estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Bauru, _____ de _____ de 2021.

Assinatura

Pesquisador principal:

Mayra Silveira Rosa Foloni- discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Curso de Mestrado Profissional. Unesp- Botucatu/SP

E-mail: mayrafoloni@yahoo.com.br / mayra.silveira@unesp.br Fone: 14- 98111.4550

Data e assinatura do pesquisador

Orientadora:

Silvia Maria Mangini Bocchi - Profa Associada da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"- Faculdade de Medicina de Botucatu - Departamento de Enfermagem

E-mail: silvia.bocchi@unesp.br

Projeto aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa- Unisagrado, número de parecer 4.104.891.

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o

CEP UNISAGRADO – Comitê de Ética em Pesquisa do UNISAGRADO- Centro Universitário Sagrado Coração. Rua Irmã Aminda 10-60 Bauru-SP. Fone: (14) 2107-7340

APÊNDICE 2. Roteiro para entrevista

PARTE 1. Caracterização dos atores

- Idade:
- Sexo:
- Ano em que se graduou:
- Tempo que trabalha na Instituição e é responsável técnico(a):
- Possui formação específica (pós-graduação *latu* ou *stricto sensu*) na área de saúde do idoso, geriatria e/ou gerontologia? ()sim. () não
- Nº de idosos residentes:
- Nº de funcionários infectados por COVID-19:
- Nº de residentes infectados por COVID-19:
- Nº de idosos residentes que evoluíram para óbito:

PARTE 2. Entrevista

- Você poderia nos contar como foi a sua experiência enquanto enfermeira(o), responsável técnica(o) de uma de ILPI diante da pandemia da COVID-19? (plano de ação para enfrentamento, gestão das equipes de profissionais, compreensão dos idosos, monitoramento de sintomas, isolamentos, apoio da saúde municipal, compreensão e aproximação das famílias...)

ANEXO 1 - Parecer Consubstanciado do CEP

CENTRO UNIVERSITÁRIO
SAGRADO CORAÇÃO -
UNISAGRADO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROTOCOLOS PARA CONTROLE DE INFECÇÕES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA DE IDOSOS, A PARTIR DE EXPERIÊNCIAS DE RESPONSÁVEIS TÉCNICOS/GERENTES E FAMILIARES DE IDOSOS COM A PANDEMIA COVID-19

Pesquisador: MAYRA SILVEIRA ROSA FOLONI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 33670820.9.0000.5502

Instituição Proponente: Universidade do Sagrado Coração - Bauru - SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.104.891

Apresentação do Projeto:

A apresentação do projeto está adequada.

Objetivo da Pesquisa:

Este estudo tem por objetivo propor protocolos para controle de surtos de infecções em instituições de longa permanência (ILPI), a partir de experiências de responsáveis técnicos/gerentes, familiares de idosos com a pandemia COVID-19.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são mínimos e relativos a mobilização de sentimentos durante a entrevista.

Os benefícios se referem à contribuição para o conhecimento, adequações e a construção de um instrumento aos serviços que ofertam atenção integral ao idoso, assegurando a proteção à saúde destes indivíduos, em particular sobre o COVID-19.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa onde participarão gerentes ou responsáveis técnicos convidados a participarem do estudo, mediante contatos telefônicos e via e-mail primeiramente, e após, se necessário, poderá ser feito contato pessoalmente para consultar sobre sua adesão à pesquisa. Serão realizadas entrevistas por chamadas de vídeo, com a utilização de Skype, zoom, google meeting, entre outros dispositivos que se julgar adequados, utilizando dois roteiros para a

Endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Bairro: Rua Imã Armanda Nº 10-50

CEP: 17.011-160

UF: SP

Município: BAURU

Telefone: (14)2107-7340

E-mail: comitedeeticadehumanos@usc.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO
SAGRADO CORAÇÃO -
UNISAGRADO**



Continuação do Parecer: 4.104.891

entrevista norteadores.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão apresentados de maneira adequada.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1577640.pdf	16/06/2020 21:17:46		Aceito
Folha de Rosto	Rosto.pdf	16/06/2020 21:17:06	MAYRA SILVEIRA ROSA FOLONI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1.pdf	16/06/2020 21:15:39	MAYRA SILVEIRA ROSA FOLONI	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	15/06/2020 23:10:13	MAYRA SILVEIRA ROSA FOLONI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	15/06/2020 23:09:24	MAYRA SILVEIRA ROSA FOLONI	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	15/06/2020 23:08:15	MAYRA SILVEIRA ROSA FOLONI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa e Pos-Graduação

Bairro: Rua Irmã Arminda Nº 10-50

CEP: 17.011-160

UF: SP

Município: BAURU

Telefone: (14)2107-7340

E-mail: comitedeeticadehumanos@usc.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO
SAGRADO CORAÇÃO -
UNISAGRADO



Continuação do Parecer: 4.104.891

BAURU, 23 de Junho de 2020

Assinado por:
Marcos da Cunha Lopes Virmond
(Coordenador(a))

Endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa e Pos-Graduação
Bairro: Rua Irmã Arminda Nº 10-50 **CEP:** 17.011-160
UF: SP **Município:** BAURU
Telefone: (14)2107-7340 **E-mail:** comitedeeticadehumanos@usc.br

ANEXO 2 - Parecer e aprovação do Comitê da Prefeitura Municipal de Saúde**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Divisão de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Comissão Científica da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru
Email: dgtes_saude@bauru.sp.gov.br
Fone: (14) 3104-1466 ou (14) 3104-1469



Bauru, 12 de março de 2021.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o Projeto de Pesquisa intitulado: **“PROTOSCOLOS PARA CONTROLE DE INFECCÇÕES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA DE IDOSOS, A PARTIR DE EXPERIÊNCIAS DE RESPONSÁVEIS TÉCNICOS/GERENTES E FAMILIARES DE IDOSOS COM A PANDEMIA COVID-19”**, de autoria de Mayra Silveira Rosa Foloni, sob orientação da Profa. Adj. Silvia Cristina Mangini Bocchi e Dra. Nádia Placidei Ramos; foi AUTORIZADO pela Comissão Científica da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru – CCSMSB, a realizar coleta de dados no Departamento de Saúde Coletiva (DVS e DVE), no período de 01/04/2021 a 30/06/2021.

Para tanto, as pesquisadoras deverão entrar em contato com a gerência dos serviços **para agendamento das visitas e coletas**.

Será de responsabilidade da Chefia designar um profissional capacitado para acompanhar o (a) docente e/ou pesquisador (a) durante a coleta dos dados.

A CCSMSB esclarece que o tempo utilizado pela pesquisadora durante a coleta dos dados/execução da pesquisa não poderá, de forma alguma, ser considerado para fins de pagamento de horas extraordinárias ou banco de horas.

Além disso, ressaltamos que os **resultados deste trabalho deverão ser apresentados à Secretaria Municipal de Saúde**, através de agendamento a Divisão de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde através do fone: 3104-1466 ou 3104-1469.


Dra. Deborah Maciel Cavalcanti Rosa
Presidente da Comissão Científica da Secretaria
Municipal de Saúde de Bauru
Portaria GS nº 182/2017


Secretaria Municipal de Saúde de Bauru
Dr. Orlando Costa Dias
Secretário Municipal de Saúde
CPF: 920.608.548-49
Dr. Orlando Costa Dias
Secretário Municipal de Saúde de Bauru

APÊNDICE 3. Quadros de códigos referentes à análise axial dos dados.

Quadro 4. Categoria (A1). Não acreditando na possibilidade de surto na ILPI: códigos

- Achando que nunca iria ter COVID dentro de minha Clínica, por confiar em minhas condutas e nas dos profissionais com quem trabalha (E1);
- Não se sentindo preparada para o enfrentamento de um surto COVID em sua clínica, porque achava que nunca aconteceria ali (E1);
- Nunca pensando que poderia passar pela experiência, numa fase próxima da aposentadoria (E1);
- Não tendo certeza de que as funcionárias viriam a se contaminarem (E1);
- Acreditando, num primeiro momento, que tudo ficaria bem e que era por excesso de zelo, pois não tinha ideia do que iria acontecer (E2.3);
- Reafirmando que não tinha ideia do que estava por vir (E2.3);
- Achando que a COVID-19 não chegaria à clínica devido aos cuidados que vinha tomando (E2.7);
- Afirmando que ninguém esperava a pandemia (E5.5);
- Dizendo que ficou meio assustada, pois não esperava o surto (E8.2).

Quadro 5. Categoria (A2). Não pressupondo casos suspeitos: códigos

- Não acreditando na positividade do teste rápido de antígeno, quando os anteriores foram negativos (E1);
- Encaminhando para hospital idosa com sintomas e *Swab* (antígeno) positivo, mesmo não acreditando que pudesse ser COVID (E1);
- Solicitando à família que levasse idosos residentes febris para hospital, por não saber que se tratava de COVID (E1);
- Julgando o início do surto a partir daquele residente idoso que retornou com o vírus do hospital para a clínica, pois foi a partir daí que a doença começou a se alastrar entre os outros (E1).

Quadro 6. Categoria (A3). Deixando de propor plano contingencial para doença infectocontagiosa: códigos.

- Tendo dificuldade de elaborar um plano contingencial para COVID na ILPI, solicitado pela Vigilância (E1);
- Não tendo pensado anteriormente ao surto COVID na clínica que viria um dia precisar de isolamento (E1);
- Tendo que organizar isolamentos quando no surto (E1);
- Referindo não ter protocolo para isolamento de idosos com doenças infecciosas (E1);
- Elaborando protocolos para serem entregues a vigilância (E4.2);
- Afirmando que no momento do surto não tinha conhecimentos e foi tudo muito rápido (E5.3);
- Dizendo que no momento do surto ainda não tinham um plano de contingência (E5.3);
- Falando que no começo da pandemia havia pouco conhecimento (E5.3);
- Considerando terem sido pegos de surpresa ao terem surto (E 5.4);
- Elucidando sobre a pandemia de covid-19 ser algo tão duradouro e grave que ninguém imaginava (E5.4);
- Contando que o residencial foi infectado rapidamente ainda no início da pandemia (julho 2020) e não tinha protocolos (E5.3);
- Contando que o residencial foi infectado rapidamente ainda no início da pandemia (julho 2020) e não tinha ainda plano de contingência (E 5.3);

- Elaborando um plano de contingência por solicitação da vigilância (E5.3);
- Dizendo que assim que a pandemia estourou, eles foram infectados (E 5.4);
- Dizendo que iam começar a se preparar quando houve o surto (E5.4);
- Dizendo que não tinha protocolos de isolamento antes da pandemia (E6.3);
- Contando que nunca tinha passado pela cabeça fazer protocolos e nem precisando isolar pacientes antes (E7.4);
- Dizendo que não tinha protocolos de isolamento antes da pandemia (E7.4).

Quadro 7. Categoria (B1). Obrigando-se como RT a gerenciar na ILPI a assistência aos residentes com COVID-19 com apoio limitado da Rede de Atenção à Saúde (RAS): subcategorias e códigos

Subcategoria (B1.1). Surpreendendo-se com os primeiros casos de residentes e funcionários contaminados na ILPI:

- Suspeitando de residentes contaminados pelos sinais e sintomas observados: febre, tosse e às vezes, coriza (E2.1);
- Começando a apresentar sintomas em quatro a cinco residentes, nos primeiros sete a oito dias, e depois os outros começaram a apresentar sintomas (E2.4);
- Tendo um residente se contaminando (E2.1);
- Classificando em grau três o residente contaminado (E2.1);
- Deparando-se com residentes assintomáticos com COVID-19 (E3.3);
- Relatando que o primeiro caso positivo de COVID-19 foi em uma funcionária (enfermeira), três dias antes do início do surto (E4.2);
- Confirmando sete casos positivos para COVID-19, dentre os 10 idosos testados no primeiro dia (E4.3);
- Deparando-se com 23 idosos positivos para COVID-19 após toda a testagem dos 50 residentes (E4.3);
- Vivenciado diferentes e opostos sintomas em idosos com covid-19 (E4.3);
- Informando que muitos idosos com COVID-19 eram assintomáticos (E4.5);
- Referindo não ter tido dificuldades em lidar com a COVID-19 entre os idosos devido ao seu tempo de convivência com eles (E4.8);
- Considerando que, dos 40 idosos residentes, só 10 não estavam com COVID-19 (E5.1);
- Contando que teve dois residentes com COVID-19 e que estavam em bom estado geral (E7.2);
- Observando que as pacientes com COVID-19 eram assintomáticas (E7.2);
- Notando os pacientes assustados por terem dois casos positivos com eles na ILPI (E7.2);
- Sentindo-se mais tranquila, pois os residentes com COVID-19 estavam assintomáticos (E7.5);
- Contando que residentes quando adquiriam COVID-19 no hospital não são contabilizados para a clínica (E7.5);
- Observando que os residentes positivos só tiveram febre ou então se apresentavam assintomáticos (E8.2).

Subcategoria (B1.2). Não se sentindo preparado, a princípio, para lidar com os desafios e o surto de nova doença infectocontagiosa em ILPI:

- Isolando-se junto aos pacientes da casa onde apareceram os casos (E2.3);
- Entrando em consenso com os funcionários para morarem por 14 dias na clínica, sem saírem (E2.3);
- Seguindo as primeiras orientações de tentar cuidar no máximo na clínica, evitando transportar os residentes para hospitais, somente os casos graves (E2.3);
- Realizando o planejamento contingencial solicitado pela Vigilância, por meio de protocolo, incluindo o medicamentoso junto com o doutor X (E2.6);

- Considerando que o fato de terem organizado o isolamento e os protocolos trouxe mais segurança e evitou ter que apagar fogo (E2.7);
- Reservando desde o começo um quarto separado, caso houvesse necessidade de estabelecer isolamento, com concentrador de O₂ (E2.6);
- Enfermeiro não tendo um protocolo de como enfrentar um surto de doença infectocontagiosa na ILPI e, portanto, tendo que pensar naquele momento em como fazê-lo (E2.13);
- Estando acostumada a lidar com isolamentos mais simples, como o de contato, de infecção hospitalar, como por KPC (E2.14);
- Dizendo que iam começar a se preparar quando houve o surto (E5.4);
- Contando que se sente pouco preparada para um próximo surto (E5.5);
- Contando que nunca tinha passado pela cabeça fazer protocolos e nem precisar isolar pacientes (E7.4);
- Considerando um desafio cuidar em uma ILPI de um idoso com COVID-19 (E2.11);
- Explicando o desafio diário da recuperação de um idoso nonagenário (E2.11);
- Vivenciando a dificuldade de reabilitação do idoso (E2.11);
- Sentindo-se, em alguns momentos, impotente em lidar com o surto COVID-19 na ILPI (E2.15);
- Trazendo que cada instituição deveria adaptar os protocolos fornecidos a sua realidade (E4.2);
- Deparando-se com o momento de manter os protocolos de COVID-19 e seguir em frente (E4.3);
- Fazendo o melhor com o que tinham de melhor no momento (E4.4);
- Vivendo uma luta contra o desconhecido e oculto (E4.4);
- Seguindo em frente sem olhar para os lados (E4.5);
- Desconfiando de reação vacinal, devido a relação temporal com a primeira dose da vacina e os casos de COVID-19 dentro da ILPI (E4.7);
- Contando que posteriormente a reação vacinal foi excluída e confirmou-se que os residentes estavam com COVID-19, adquirido poucos dias após a vacinação (E4.7);
- Vivenciado o surto bem no início da pandemia em 2020 como protocolos de conduta e tratamentos ainda em elaboração no país (E7.4).

Subcategoria (B1.3) Organizando isolamentos dentro das possibilidades da ILPI

- Pensando em como barrar o surto, depois que os residentes começaram a apresentar sintomas, pois seria difícil de conter a situação (E2.3);
- Conseguindo promover isolamento na casa, porque a planta permitiu, por ser casas amplas (E2.7);
- Dividindo a casa em duas áreas, frente (contaminados) e fundo (não-contaminados) (E2.3);
- Dividindo a ILPI em área com quartos contaminados e a outra em área limpa, com divisão dos pacientes e funcionários, assim como banheiro exclusivo e materiais descartáveis (E2.4);
- Permanecendo nos dois quartos da frente, preparados com oxigênio, os casos leves, moderados e críticos (E2.3);
- Conseguindo promover isolamento na casa, porque a planta permitiu, por serem casas amplas (E2.7);
- Pensando que não precisaria usar o isolamento, mas usou e ele funcionou (E2.7);
- Programando os EPIs e um profissional exclusivo para o isolamento (E3.2);
- Orientando as profissionais sobre a paramentação e cuidados exclusivos ao isolamento (E3.2);
- Planejando o isolamento dos residentes antes do início dos casos de COVID-19 (E3.2);

- Elucidando sobre a importância da separação dos sintomáticos dos demais idosos (E3.2);
- Contando como faria o isolamento de um ou mais idosos (E3.2);
- Cuidando da alimentação e roupas dos idosos em isolamento (E3.2);
- Elucidando as funcionárias do isolamento sobre não ter contato com os demais idosos (E3.2);
- Dizendo que separou dois quartos, um ao lado do outro, para a montagem dos isolamentos (E3.2);
- Descrevendo como separou e isolou os idosos (E3.3);
- Contando sobre a montagem física dos quartos de isolamento com mesinha externa ao quarto para os EPIs, álcool, lixeiras, dentre outros (E3.3);
- Afirmando ter fornecido todos os EPIs e álcool para a prestação de cuidados no isolamento (E3.3);
- Elucidando sobre a desparamentação dos funcionários após saída do isolamento (E3.3);
- Deixando duas funcionárias exclusivas para o cuidado com os idosos (E3.3);
- Separando os idosos positivos após a realização dos testes de COVID-19 (E3.5);
- Sabendo que a pandemia poderia, um dia, chegar à instituição (E4.2);
- Isolando os idosos positivos em uma ala da instituição (E4.3);
- Isolando os idosos positivos nos quartos anteriormente pensados (E4.3);
- Contando com funcionários exclusivos para cuidar dos idosos em isolamento (E4.3);
- Informando que não faltaram EPIs (E4.4);
- Instituinto funcionários exclusivos para a área COVID-19 (E4.6);
- Dividindo a instituição e os funcionários para os cuidados dos positivos (E4.6);
- Ajustando rotinas da enfermagem para conseguir manter os funcionários na instituição (E4.6);
- Afirmando que equipe nova toda testada trabalhava paramentada cuidando dos idosos negativos (E5.3);
- Dizendo que outra equipe cuidava dos demais idosos não contaminados (E6.4);
- Descrevendo sobre a segregação dos idosos contaminados e não contaminados durante o surto (E6.4);
- Dizendo que o isolamento dos idosos positivos e negativos foi feito em casas separadas (E6.4);
- Dizendo que o isolamento dos idosos positivos e negativos foi feito em casas separadas (E6.4);
- Contando que as duas pacientes positivas, isoladas juntas, usaram máscaras dentro do quarto (E7.3);
- Descrevendo sobre os quartos de isolamento (E7.3);
- Contando que havia um banheiro exclusivo para os pacientes com COVID-19 (E7.3);
- Dizendo que manteve as pacientes com COVID-19 isoladas no próprio quarto, pois a clínica estava com quarto sobrando (E7.3);
- Usando máscaras para entrar no isolamento (E7.3);
- Tendo dúvidas como conduzir as pacientes em isolamento (E7.3);
- Isolando os contaminados por 14 dias (E7.3);
- Tendo dificuldades com o isolamento e a paramentação (E7.5);
- Dizendo que mantém o isolamento quando os residentes retornam de internações hospitalares (E7.5);
- Conseguindo isolar adequadamente, pois tem vários quartos na ILPI e uma sala com TV separada que eles usavam durante o dia (E8.1);
- Descrevendo sobre o isolamento dos residentes positivos (E8.1);
- Disponibilizando um funcionário exclusivo para os cuidados dos positivos (E8.1);
- Isolando dois residentes positivos em cada quarto (E8.3).

Subcategoria (B1.4). Estabelecendo planejamento assistencial para idosos com COVID-19

- Contando com o apoio médico assertivo no tratamento medicamentoso dos residentes com COVID-19 logo nos primeiros sintomas (E2.3);
- Reforçando no pós-COVID a alimentação e a hidratação em razão da inapetência (E2.4);
- Conseguindo alimentar e hidratar os residentes (E2.4);
- Contando com o preparo profissional em geriatria e gerontologia e com um médico capaz (E2.6);
- Achando que salvou a maioria dos residentes, porque a ILPI transformou-se num verdadeiro hospital com residentes em venóclise, dieta enteral, como se fosse uma mini UTI com concentrado de O₂, fisioterapia respiratória (E2.6);
- Informando ter um médico na instituição muito bom em condutas (E4.3);
- Acreditando que, devido ao tratamento precoce, tiveram uma sobrevida de mais de 90% dos positivos (E4.3);
- Informando que teve dificuldade de seguir os protocolos de tratamento de COVID-19, pois não eram bem definidos (E4.3);
- Explicando sobre os cuidados dentro do residencial exclusivos aos casos positivos de COVID-19 (E5.3);
- Dizendo que outra equipe cuidava dos demais idosos não contaminados (E6.4)

Subcategoria (B1.5). Constatando apoio reduzido dos serviços da RAS

- Tendo dificuldade de encaminhar residentes com COVID-19 para serviços radiodiagnósticos, porque ninguém queria ir junto, nem a família por entrar em contato com o idoso contaminado (E2.6);
- Obrigando-se a gerenciar os casos de COVID-19 na própria ILPI, em razão dos hospitais recusarem admitir idosos (E2.6);
- Não sentindo acolhida pela assistência médica das UPAS, uma vez que só criticam as ILPIs (E2.10);
- Tendo que enfrentar críticas, acerca da qualidade da assistência oferecida pela ILPI, de médicos de UPA quando se deparavam com a perda de peso e desidratação de idosos adoecidos com a COVID-19 (E2.10);
- Médicos de UPA colocando familiares de idosos contra os enfermeiros de ILPI ao realizar críticas na frente de familiares sobre a qualidade duvidosa do cuidado ao idoso na ILPI (E2.10);
- Sentindo-se indignada ao ser culpabilizada por médicos de UPA sobre o estado geral de debilitação que se encontra o idoso, ocasionada pela COVID-19 (pré-conceito, crítica sem saber o contexto clínico do idoso) (E2.10);
- Considerando desesperador o surto COVID-19 em uma ILPI, porque se torna uma unidade de cuidados intensivos para uma equipe com enfermeiro único (E2.14);
- Frustrando-se com a promessa de que sua ILPI receberia acompanhamento pelo UBS mais próxima (E2.13);
- Considerando difícil o estabelecimento de comunicação com a UBS (E2.13);
- Decepcionando com o não acompanhamento do surto pela vigilância ou UBS (E2.13);
- Laboratório Adolfo Lutz desconsiderando os materiais coletados por falta do terceiro sintoma, mesmo sendo de ILPI com suspeita de surto (E2.1);
- Relatando que os exames positivados (dois) foram custeados pelos familiares (E2.2);
- Dizendo que no início comprou os testes de COVID-19 (E3.4);
- Contando que demorou para ter fácil acesso/disponibilidade aos testes de COVID-19 (E8.3).

Quadro 08. Subcategoria (B.2.1). Elevando a carga de trabalho com o aumento da complexidade do cuidado: elementos e códigos

Elemento (B2.1.1) Funcionários afastando-se compulsoriamente

- Tendo o meu sócio/irmão e uma funcionária afastadas por COVID-19 (E2.1);
- Considerando ter havido falhas na higienização das mãos e no uso das máscaras (E3.2);
- Dizendo que em janeiro de 2022, quase todos os funcionários pegaram COVID-19 (E3.3);
- Considerando a possibilidade de a contaminação dos idosos ter sido por uma funcionária específica (E3.3);
- Desconfiando dos protocolos de higiene dos funcionários fora do ambiente de trabalho (E3.6);
- Afastando funcionários por suspeita de COVID-19 (E4.2);
- Acreditando que pode ter havido falhas que dispuseram ao surto (E4.2);
- Contando que não foi possível realizar treinamento com as novas equipes, pois ela, a enfermeira RT, estava afastada com COVID-19 (E5.2);
- Afastando 13 funcionários ao mesmo tempo por COVID-19 (E5.1);
- Contando que foi difícil ter que assistir e comandar todo surto através das câmeras de vídeo e via telefone, já que ela, enfermeira, também estava afastada com COVID-19 (E5.4);
- Isentando-se da culpa caso tivesse ocorrido óbitos (E7.4);
- Passando por fase de transição (culpa e não culpa) na contaminação dos idosos (E7.6);
- Considerando que a culpa não teria sido deles casos seguissem corretamente os protocolos (E7.6);
- Acreditando que foram as funcionárias que levaram o vírus para a ILPI (E8.3);
- Acreditando que era meio que impossível os funcionários não terem COVID-19, pois usam transporte coletivo (E8.2).

Elemento (B2.1.2) Aumentando a complexidade da assistência, com déficit de recursos humanos

- Percebendo o aumento de trabalho (E2.10);
- Considerando uma assistência intensiva, ou seja, o tempo inteiro, temperatura de 4 em 4 horas, vários banhos e compressas (E2.10);
- Contando sobre o desfalque na equipe e a dificuldade em manter os cuidados na instituição (E3.4);
- Contando que como enfermeiro não desistiu e até mudou-se temporariamente para a instituição (E4.4);
- Apontando a falta de mão de obra (cuidadores) apta durante a pandemia (E4.4);
- Contando com a mão de obra já existente e habilitada na instituição (E4.4);
- Contando que a equipe lutou utilizando todas as armas que tinham (E4.5);
- Contando apenas com 2 funcionários antigos durante o surto (E5.1);
- Contando que se infectou e ficou afastada (única enfermeira e RT) (E5.2);
- Contando com a ajuda de uma funcionária antiga no comando dos cuidados assistenciais em sua ausência (E5.2);
- Dizendo que os funcionários trabalharam muito durante o surto (E5.2);
- Contando que não teve condições de contratar funcionários extras no surto (E6.4);
- Percebendo queda do estado mental dos residentes após a proibição das visitas dos familiares (E7.2);
- Percebendo que os pacientes ficaram mais debilitados por não saírem da ILPI durante o isolamento dos residentes da sociedade externa (E7.2);
- Idosos foram se acostumando com a pandemia e estar longe da família (E7.2);

- Dizendo sobre a dificuldade de os idosos retornarem a vida mais próxima do “normal” agora (E7.2);
 - Elucidando sobre as mudanças de rotina e vida que prejudicaram os idosos na pandemia (E7.2);
 - Considerando perdas na vida dos idosos e isolamento social na ILPI (E7.3);
 - Elucidando sobre o prejuízo mental e físico dos idosos durante a pandemia (E7.3)
- Elemento (B2.1.3). Mantendo canal de comunicação com os familiares sobre a evolução dos idosos**
- Mantendo os familiares informados diariamente (E2.6);
 - Percebendo que as pessoas tinham medo de falar até por telefone (familiares) (E2.6);
 - Informando os familiares, diariamente, sobre o estado geral do residente com COVID-19 (E3.2);
 - Fazendo contato com os familiares através de videochamadas (E4.6);
 - Explicando à família sobre o processo de isolamento (E7.2);
- Elemento (B2.1.4). Tendo dificuldade de conter os idosos no isolamento**
- Tendo dificuldade de manter residentes com demência restritos aos isolamentos (fugiam) (E2.2);
 - Tendo dificuldade de conter residentes com demência isolados (E2.2)
 - Relatando que a maior dificuldade foi manter os idosos positivos longe da convivência dos demais (E4.5);
 - Tendo dificuldades em manter os idosos positivos, porém assintomáticos, em isolamento (E4.5).

Quadro 9. Subcategoria (B2.2) - Elevando os custos do empreendimento sem repassar às famílias: elementos e códigos

- Elemento (B2.2.1). Contratando recursos humanos**
- Precisando contratar profissionais extras e exclusivos para os isolamentos (E3.2);
 - Contratando funcionários temporários para suprir os afastamentos de COVID-19 (E3.4);
 - Fazendo contratações de novos funcionários (E5.1);
 - Dizendo que teve uma equipe exclusiva para os idosos contaminados (E6.4).
- Elemento (B2.2.2). Aumentando a necessidade de insumos para o cuidado**
- Aumentando os custos devido ao uso de materiais descartáveis e suplementação alimentar dos idosos (E2.4)
 - Elevando o custo do cuidado por conta do uso e troca contínua de EPI, assim como escassez no mercado (E2.18);
 - Relatando a dificuldade para adquirir álcool e EPIs no mercado e, portanto, sofrendo o impacto da lei da oferta e procura desses insumos (E5.2).
- Elemento (B2.2.3) Empreendimento sofrendo desequilíbrio financeiro**
- Mantendo o negócio no limite, uma vez não ter lucro com aumento dos custos (E2.19);
 - Não podendo repassar o aumento dos custos às famílias, uma vez que já custeiam os cuidados do residente na ILPI com dificuldades (E2.18);
 - Relatando que no segundo surto não pôde contratar equipe extra para o isolamento devido ao desequilíbrio financeiro provocado pelo surto (E3.2);
 - Contando que devido à crise econômica na pandemia muitos idosos deixaram a ILPI (E7.1).

Quadro 10. Subcategoria (B2.3) - Entrando em sofrimento psíquico: elementos e códigos

Elemento (B2.3.1). Sentindo-se ameaçado por familiares de residentes

- Tendo que lidar com familiares que não compreendem as razões que nos impedem de assegurar que os residentes não serão contaminados (E2.8);
- Recebendo telefonemas ameaçadores de um familiar de residente que foi a óbito pela COVID-19 (E2.8);
- Familiar culpando e querendo saber como o vírus entrou e contaminou os residentes da clínica (E2.8);
- Considerando uma situação difícil perante os questionamentos de familiares sobre a exigência de explicações por onde entrou o vírus na ILPI (E2.8);
- Familiares dos residentes que foram a óbito por COVID-19 exigindo explicações do enfermeiro sobre a maneira que o vírus entrou na ILPI (E2.8);
- Família não compreendendo o estado de debilitação do idoso e nem de intervenções com sondas para alimentação e suplementação (E2.11).

Elemento (B2.3.2). Deparando-se com o negacionismo entre funcionários e familiares acerca da gravidade da pandemia

- Relatando que muitos demoraram para acreditar que era COVID-19 no início do surto (E4.5);
- Contando sobre a dificuldade de manter os cuidadores com EPIs o tempo todo (E4.4);
- Enfermeiro RT negando culpa na ocorrência do surto (E5.4);
- Tendo funcionários em negação no início da pandemia (E7.3);
- Dizendo que os funcionários só acreditaram nela (enfermeira), após todas as notícias da pandemia em jornais (E7.4);
- Contando que os funcionários só acreditaram na gravidade da pandemia após verem diversas notícias (E 7.4);
- Dizendo que, por não acreditarem na gravidade da doença, houve resistência ao uso da máscara pelos funcionários (E7.5);
- Eximindo-se da responsabilidade da contaminação dos idosos após o avanço da pandemia (E7.6);
- Referindo dificuldades em lidar com os familiares que não queriam cumprir as regras de visitação (E4.6);
- Contando sobre a resistência dos familiares no respeito ao isolamento dos idosos no interior da residência (E6.2);
- Dizendo que alguns familiares não respeitavam o distanciamento físico para os idosos quando a visitação foi liberada (E6.2);
- Contando que alguns familiares não usavam adequadamente as máscaras durante as visitas (E6.2);
- Acreditando que muitos familiares não se preocupavam com o risco de trazerem COVID-19 para a ILPI (E6.2);
- Falando que a maior dificuldade não foi fazer protocolos e lidar com a burocracia da vacina, mas sim alguns familiares que foram resistentes (E6.2);
- Considerando a maior dificuldade lidar com alguns familiares (E6.2);
- Informando que tinham familiares que não respeitavam as regras no interior da ILPI (E6.2);
- Compartilhando a responsabilidade com os familiares, se houvessem casos de COVID nos idosos da ILPI (E6.2);
- Dizendo que houve negação da gravidade da COVID-19 pelos familiares (E7.1);
- Falando que a resistência de funcionários se deu no primeiro surto (E6.5);
- Dizendo que houve negação da gravidade da COVID-19 pelos funcionários (E7.1);

- Contando que no início foi complicado fazer os funcionários usarem máscara (E7.1).

Elemento (B2.3.3). Sentindo-se pressionado pelos funcionários, sociedade e pelo próprio em expansão surto na ILPI

- Sentindo-se apavorada, a contaminação é muito rápida, de uma hora para a outra você vai vendo os idosos apresentando sintomas, piorando o quadro (E2.5);
- Sendo ameaçada pelos funcionários, caso se contaminassem (E2.8);
- Percebendo funcionários se aproveitando da situação para se afastar do trabalho (E2.9);
- Sendo uma experiência muito triste (E2.10);
- Sentindo muito medo (E2.10);
- Conjecturando sobre a culpabilidade como RT no surto na ILPI (E2.12);
- Ficando desesperada quando os residentes começaram a apresentar os primeiros sintomas de gripe, porque desconhecia o que iria enfrentar (E2.3);
- Vivendo um terror por 30 dias ao deparar-se com casos suspeitos sucessivos por sete dias (E2.2);
- Esgotando-se ao ver os residentes não respondendo aos cuidados intensivos da equipe (E2.9);
- Considerando a responsabilização com os residentes uma sobrecarga emocional (E2.7);
- Sentindo-se envergonhada da ocorrência do surto na ILPI, onde é dona e RT ao mesmo tempo (E2.12);
- Tendo medo de enfrentar um novo surto de COVID-19 na ILPI (E2.15);
- Considerando ser apavorada, mas resolutiva em situações difíceis (E3.1);
- Dizendo sobre medo de contaminação dos demais idosos que estavam negativos (E3.3);
- Referindo ter tido medo da COVID-19 pelos idosos serem grupo de maior risco (E3.6);
- Sentindo ser de sua responsabilidade o cuidado com as vidas dos idosos dentro do residencial (E3.6);
- Temendo decepcionar os familiares dos idosos (E3.6);
- Trazendo para si, enfermeira, a grande responsabilidade pelas vidas dos idosos no residencial (E3.6);
- Temendo a morte dos idosos pela COVID-19 (E3.6);
- Temendo o julgamento dos familiares caso ocorressem óbitos de idosos (E3.6);
- Sentindo a responsabilidade pelas vidas as quais lhe foram confiadas (E3.6);
- Temendo se contaminar e trazer para a instituição (E3.6);
- Temendo a gravidade da COVID-19 em idosos mais fragilizados e com comorbidades (E3.7);
- Temendo novo surto dentro da instituição (E3.7);
- Trazendo para si a responsabilidade de conduzir a instituição durante o surto (E4.3);
- Sentindo-se escolhido para ser enfermeiro da instituição naquele momento de dificuldade (E4.3);
- Sentindo a responsabilidade de conduzir e sair positivamente do surto (E4.3);
- Sentindo a responsabilidade em manter o foco no trabalho (E4.5);
- Apontando a falta de mão de obra (cuidadores) por medo da COVID-19 (E4.4);
- Trabalhando com o fortalecimento psicológico da equipe o tempo todo (E4.5);
- Relatando a quase exaustão da equipe e do enfermeiro (E4.6);
- Temendo que os funcionários trouxessem COVID-19 para a instituição (E4.6);
- Vivendo com a equipe a perseguição e culpabilização fora do ambiente de trabalho (E4.7);

- Dizendo que os funcionários foram acusados por levar COVID para a instituição (E4.7);
- Conversando muito com os funcionários para não gerar desconforto devido as notas da mídia e população vigiando (E4.7);
- Sendo estigmatizados pela sociedade próxima por trabalharem com idosos e serem os transmissores da COVID-19 para dentro da instituição ou estarem contaminados e levarem para fora da ILPI. (E4.7);
- Sentindo injustiçado pois a mídia contabilizou mortes inverídicas de residentes por COVID-19 para a instituição (E4.7);
- Contando que se colocou no lugar dos idosos institucionalizados vivenciando a pandemia (E4.8);
- Descrevendo que a maior preocupação de todos era trazer o vírus para dentro da instituição (E5.1);
- Sabendo que o vírus podia entrar na instituição através deles (funcionários) (E5.1);
- Relatando ter sido um pesadelo o momento do surto e administrar os funcionários novos a distância (E5.1);
- Afirmando que foi horrível sua experiência enquanto proprietária e RT de ILPI durante o surto enfrentado (E5.1);
- Contando que teve medo de ser criticada pelos familiares dos idosos (E5.1);
- Dizendo que ficou muito mal durante o surto (E5.2);
- Dizendo que foi terrível vivenciar o surto (E5.2);
- Considerando o momento como assustador (E5.2);
- Contando que foi horrível ter que comandar as novas equipes por telefone (E5.2);
- Afirmando ter sido um momento terrível (E5.2);
- Considerando que a pandemia foi algo novo e aterrorizando (E5.4);
- Considerando os idosos como serem da família (E5.4);
- Chorando ao ver a ILPI sem movimentação, idosos nos quartos ou internados (E5.4);
- Vivenciando momentos horríveis por não poder estar presente (E5.4);
- Afirmando que de jeito nenhum quer vivenciar aquilo novamente (E5.4);
- Temendo a morte de idosos em seu residencial (E5.4);
- Temendo ser culpada pela morte dos idosos (E5.4);
- Considerando o momento desesperador (E5.4);
- Afirmando que na época todo mundo que pegava COVID-19, morria (E5.4);
- Afirmando que não gosta nem de lembrar o vivenciado (E5.5);
- Sentindo-se que no início da pandemia houve muita pressão, muita cobrança (E.6.1);
- Definindo o momento da pandemia como apreensivo (E6.1);
- Contando que no início não sabiam ao certo o que era COVID (E6.1);
- Sabendo que são os responsáveis por dar o melhor cuidado aos idosos (E6.1);
- Considerando que as vidas que ali cuidam são importantes (E6.3);
- Considerando que a maior dificuldade foi deixar a ILPI em isolamento físico do mundo externo (E6.1);
- Sentindo que alguns funcionários tiveram medo de cuidarem dos idosos com COVID-19 (E6.5);
- Percebendo medo dos funcionários de pegar COVID-19 ao cuidar de um idoso contaminado (E6.5);
- Contando que houve resistência de alguns funcionários para cuidar dos residentes positivos, por medo de ser contaminarem e levarem para casa, aos familiares (E6.5);
- Dizendo que foi confuso manejar o paciente com COVID-19 por ter sido muito no início da pandemia (E7.1);

- Considerando a pandemia como assustadora (E7.1);
- Sentindo-se assustada pelas mortes de idosos em outros locais (E7.2);
- Sentindo que foi assustador por não saber manejar a COVID-19 (E7.2);
- Afirmando não querer passar pela pandemia novamente (E7.6);
- Culpando-se por terem vida social com medo de trazerem o vírus para a clínica (E7.6);
- Sentindo que foi assustador por não saber manejar a COVID-19 (E7.2);
- Descrevendo sobre o stress e a preocupação gerada na ILPI (E7.6);
- Falando que foi tranquilo o momento do surto, pois não teve residentes em estado grave (E8.1).

Elemento (B2.3.4). Deparando-se com óbitos de residentes

- Confirmando que os dois positivados foram hospitalizado e evoluíram para óbito (E2.2);
- Agravando os dois pacientes mais jovens, um de 63 anos precisou hospitalizar e foi a óbito (E2.4);
- Explicando que óbitos de COVID-19 ocorreram em idosos muito debilitados (E4.3);
- Contando sobre o caso da residente com COVID-19 que evoluiu a óbito (E8.1).

Quadro 11. Subcategoria (C1.1). Sentindo-se, a princípio, intimidado pelas Vigilâncias: elemento e códigos

Elemento (C1.1.1) Tendo medo das Vigilâncias

- Considerando que os RTs de ILPIs não deveriam ter medo da Vigilância Sanitária e sim considerá-la aliada para nos ajudar, sem nos punir (E1);
- Contando que os funcionários têm medo quando a Vigilância está chegando na clínica (E1);
- Achando que a Vigilância deveria ter um entrosamento maior com as ILPIs, mais de diálogo do que de punição (E1);
- Sugerindo que o apoio da Vigilância Sanitária pudesse vir a ser de trabalho conjunto com os RTs na elaboração de protocolos para ILPIs, de acordo com a realidade delas (E1);
- Contando sobre o residencial não ser o primeiro a ter surto muitos lugares não contavam a Vigilância (E5.2);
- Contando que teve medo de ser criticada pela Vigilância (E5.2);
- Contando que teve medo da Vigilância “ficar de marcação” devido ao surto (E5.2).

Elemento (C.1.1.2). Não se sentindo, a princípio, apoiado pelas Vigilâncias e pelo laboratório de análises

- Achando interessante que a postura da Vigilância pudesse ser de ajuda às ILPIs na proposição de protocolos para organização de isolamentos, dentro da realidade de cada uma (E1);
- Ressaltando que até antes da pandemia e do surto, a Vigilância só vinha à ILPI para visita técnica (E1);
- Procurando, primeiramente, orientações e ajuda junto à Vigilância Epidemiológica para lidar com o fato de meu sócio e irmão testar positivo (E2.3);
- Vigilância não estabelecendo boa comunicação com a ILPI acerca da coleta do teste para COVID-19 (E2.11);
- Vigilância descartando todos os testes coletados da ILPI, em razão de não ter sido orientada que os idosos precisariam ter pelo menos 3 sintomas (E2.11);
- Considerando difícil em uma ILPI, muitas vezes, estabelecer pelo menos dois sinais e sintomas como parâmetros para se realizar o teste COVID-19 em pacientes que não respondem, se alimentam por sonda (E2.12);
- Ficando sem os resultados das primeiras coletas de teste COVID-19 na ILPI (E2.12);

- Considerando-se despreparada para receber a primeira visita técnica da Vigilância (E2.13);
- Sentindo-se afrontada pela Vigilância na primeira visita, querendo ver tudo, falando que isso não pode (E2.13);
- Considerando que as orientações da Vigilância sobre a organização de isolamentos em ILPI também demorou, principalmente para aquelas que dispunham de estrutura (E2.14);
- Achando que se os residentes fossem testados pelo menos uma vez ao mês pela Vigilância, os surtos teriam sido menos extensos (E2.17);
- Achando que a Vigilância deveria ouvir um pouco mais os RT e proprietário das ILPI para evitar problemas futuros (E2.18);
- Dizendo que agora tem grande quantidade de testes, mas que não vê mais necessidade de realizá-los a cada 15 dias (E8.3);
- Acreditando que agora tem os testes, mas não é o momento oportuno para fazê-los (E8.3).

Quadro 12. Subcategoria (C1.2) - Vigilâncias passando a desenvolver ações colaborativas com RTs, depois dos surtos COVID-19 estabelecidos em ILPIs: elementos e códigos

Elemento (C1.2.1) Vigilâncias fornecendo testes

- Vigilância fornecendo todos os testes (E2.1);
- Vigilância sendo atenciosa no fornecimento de testes para a ILPI (E2.12);
- Recebendo testes para toda a instituição e suporte da Vigilância (E3.4);
- Realizando testes em todos os idosos e funcionários após ter um caso positivo na instituição (E3.3);
- Testando todo idoso com sintomas gripais (E3.4);
- Contando com a parceria da Vigilância sempre que precisou de testes de COVID (E4.2);
- Contando que recebeu ajuda da Vigilância e que rapidamente realizaram os testes de COVID-19 (E5.2);
- Recebendo testes e fazendo em todos os idosos da ILPI (E8.2);
- Dizendo que teve bom atendimento em relação aos testes de COVID-19 (E8.2);
- Dizendo que teve bom atendimento em relação aos testes de COVID-19 (E8.3);
- Contando que demorou para terem fácil acesso e disponibilidade aos testes de COVID-19 (gratuitos) (E8.3).

Elemento (C1.2.2) Vigilâncias se aproximando e estabelecendo parcerias com RTs

- Ressaltando que a Vigilância passou a exigir os protocolos com o advento da COVID (E1);
- Considerando não ter medo da Vigilância por não estar fazendo nada de errado e se tiver alguma coisa errada, a Vigilância tem o papel de corrigir (E1);
- Tendo recebido treinamento de uma enfermeira da Vigilância Epidemiológica para coletar Swabs (E1);
- Achando que será edificador se a Vigilância passar a trabalhar com as ILPIs (E1);
- Recebendo a visita da Vigilância todas as vezes que comuniquei os casos COVID da clínica, inclusive com oferecimento de testagem (E1);
- Recebendo treinamento da Vigilância para realização da testagem (E1);
- Encontrando apoio na Vigilância quando a procurei, foram me ajudando por meio de orientações durante reuniões e conversas quando tinha dúvidas (E1);
- Virando-se da forma que podia com as orientações da Vigilância (E1);
- Vigilância mantendo contato semanalmente para saber sobre as condições clínicas dos idosos residentes, assim como para conhecer se preciso de alguma coisa (E1);

- Realizando o plano contingencial para COVID, com orientações da Vigilância, levando-se em conta os pacientes, os funcionários e os materiais que iria precisar, dentro das minhas possibilidades (E1);
- Vigilância tentando amenizar qualquer culpabilidade do RT enfermeiro (E2.12);
- Sentindo-se acolhida como RT da ILPI em surto pela Vigilância (E2.12);
- Realizando um trabalho conjunto com a Vigilância e os familiares (E2.6);
- Contando sobre o monitoramento semanal de EPIs pela Vigilância (E3.5);
- Considerando ótimo a exigência da Vigilância sobre o plano de contingência (E3.2);
- Notificando a Vigilância sobre o caso positivo de COVID-19 (E3.4);
- Falando sobre as orientações da Vigilância ao passarem semanalmente pela ILPI (E3.5);
- Sentindo que houve parceria com a Vigilância quando começaram os casos positivos (E3.5);
- Considerando que foi bem atendida e acolhida pela Vigilância (E3.5);
- Dizendo do bom atendimento da Vigilância (E3.5);
- Afirmando ter participado de reuniões com a Vigilância no início da pandemia (E4.1);
- Afirmando poder contar com a ajuda da Vigilância (E4.2);
- Considerando ter os enfermeiros da Vigilância como parceiros e para troca de informações e condutas (E4.4);
- Contando que recebeu ajuda da Vigilância para a instituição (E4.4);
- Contando que recebeu ajuda da Vigilância para ele como enfermeiro (E4.4);
- Recebendo treinamento da Vigilância, mas já tinha tido um surto (E5.3);
- Elucidando sobre o monitoramento semanal da Vigilância sobre a quantidade de EPIs (E5.3);
- Dizendo sobre a importância das orientações e reuniões da Vigilância (E6.3);
- Considerando as orientações da Vigilância como um “norte” para as instituições (E 6.3);
- Elucidando que as informações da Vigilância fazem muita diferença para as instituições (E 6.3);
- Afirmando que seguir o que foi orientado pela Vigilância fez muita diferença (E6.3);
- Dizendo que conseguiu treinar bem os funcionários antes do surto, pois teve apoio da Vigilância e Serviço Social (E7.1);
- Vendo a Vigilância como parceira nas orientações de isolamento (E7.5)
- Contando que fez o plano de contingência quando a Vigilância Sanitária solicitou (E8.2);
- Considerando um bom atendimento pois foram as primeiras a receber as vacinas (E8.3).

Quadro 13. Categoria (C2) - Recebendo apoio além das Vigilâncias: subcategorias e códigos

Subcategoria (C2.1) - Familiares se solidarizando com o RT

- Elevando o estado psicológico ao perceber-se confortada por família de casal de idosos residentes falecidos por COVID (E1);
- Percebendo que as famílias confirmam em seu trabalho (E1);
- Sentindo-se compreendida pelas famílias no momento pior da experiência (E1);
- Sentindo-se apoiada pelos familiares (E5.2);
- Sentindo-se apoiada pelos familiares durante o surto (E5.2);
- Dizendo que os familiares respeitavam as visitas com distanciamento (E8.3).

Subcategoria (C2.2) - Recebendo doações de projetos sociais

- Coronavida doando suprimentos quando os têm (aventais, máscaras, ...), mediante necessidade reportada à Vigilância (E1);
- Recebendo doações da Coronavida com máscaras, aventais, ... (E1);

- Coronavida passando por períodos de escassez de suprimentos (máscaras, aventais, ...) (E1);
- Recebendo doações de testes de COVID-19 de outras empresas parceiras (E4.2);
- Dizendo que compravam e recebiam muitas doações de EPIs (E4.5);
- Referindo que recebeu doações de EPIs (E5.2);
- Recebendo as doações de EPIs por intermediação da promotora (E5.3);
- Recebendo doações de EPIs (E7.3);
- Recebendo doações de EPIs (E8.2);
- Estocando EPIs recebidos para quando fosse necessário (E8.2).

Subcategoria (C2.3) - Apoando-se na religiosidade

- Perguntando a Deus, as razões de estar vivenciando aquela experiência (E1);
- Lastimando com Deus o fato do surto ser demorado para ser resolvido em uma ILPI (E1);
- Sentindo-se apoiada por Deus no enfrentamento do surto COVID-19 (E1);
- Confiando a Deus o advento das vacinas COVID-19 (E1);
- Agradecendo a Deus quando passam os oitos dias de evolução da doença e você não se encontra contaminada (E2.9);
- Clamando ajuda divina sobre o que fazer caso o COVID-19 chegasse ao residencial (E3.2);
- Clamando a Deus, pois sabe que pode acontecer um novo surto de COVID-19 (E3.7);
- Acreditando em um milagre da profissão, por não ter pegado COVID-19 (E4.8);
- Agradecendo a Deus por não ter pegado COVID-19 (E4.8);
- Agradecendo a Deus, pois os familiares entenderam a situação do surto (E5.2).

Subcategoria (C2.4) - Contando com os funcionários em rede de apoio

- Sentindo-se apoiada pelos seus funcionários nos cuidados dos idosos durante o surto pandêmico na ILPI (E2.6);
- Funcionários se apoiando psicologicamente entre eles para conseguirem lidar com o medo de contrair a doença (E2.6);
- Precisando contar com uma equipe boa ao seu lado para dar conta emocionalmente da situação (E2.14);
- Acreditando que a equipe se conscientizou sobre a gravidade da pandemia (E3.1);
- Sentindo-se apoiada pelas funcionárias presentes durante o surto (E5.2);
- Sentindo-se apoiada por uma funcionária antiga que comandava as equipes e dobrava plantões (E5.2);
- Sentindo-se apoiada pelas funcionárias presentes durante o surto (E5.2);
- Dizendo que a equipe mantinha precaução (contra COVID-19) fora do ambiente de trabalho (E6.2);
- Dizendo que os funcionários não foram resistentes ao uso dos EPIs (E6.5);
- Sendo bem compreendida pela profissional fisioterapeuta ao dispensá-la no início da pandemia (E8.4);
- Considerando o comprometimento dos funcionários com as precauções e isolamento social fora do trabalho (E8.4).

Quadro 14. Categoria (D1). Considerando-se exitoso nos cuidados, mesmo com óbitos: códigos

- Superando a experiência (E1);
- Considerando superada uma experiência difícil (E1);
- Considerando superada as dificuldades, as batalhas enfrentadas (E1);
- Considerando que teve grande controle sobre o surto COVID-19, mesmo tendo ocorrido óbitos (dois) (E2.2);
- Não tendo casos em uma das ILPIs (E2.2);

- Considerando que a maioria se saiu bem da COVID-19, de 9, 7 saíram bem (E2.5);
- Referindo que o restante dos suspeitos (7) se recuperou (E2.2);
- Considerando que teve uma boa condução dos casos de COVID-19 (E3.2);
- Considerando que teve controle sobre o surto (E3.2);
- Elucidando que, embora tiveram óbitos, foi feito um bom trabalho na instituição (E4.4);
- Considerando que apesar do surto e óbitos tudo deu certo (E4.5);
- Sentindo-se vencedores por conseguirem ficar 1 ano sem ter COVID-19 dentro da instituição (E4.7);
- Acreditando que fizeram o melhor com o melhor que tinham no momento (E4.8);
- Considerando ter trabalhado com o que tinha e deu certo (E4.9);
- Agradecendo a Deus e considerando ter tudo dado certo (E5.3);
- Considerando terem passado praticamente ilesos pela pandemia, apesar de terem tido um óbito (E8.3);
- Sentindo-se vitoriosos por não terem óbitos por COVID-19 (E7.4);
- Acreditando que fez um bom trabalho e por isso ficou longo período sem casos de COVID-19 (E3.6).

Quadro 15. Categoria (D2). Ponderando a prevenção como melhor caminho: subcategorias e códigos

Subcategoria (D2.1). Passando a considerar a ILPI vulnerável ao surto

- Avaliando ser muito difícil prevenir o surto nas ILPIs, em razão dos funcionários utilizarem transporte coletivo e continuarem a ter uma vida normal (E2.7);
- Enfermeiro explicando os cuidados que tomou para prevenir o surto, justificando a dificuldade de controle e as possibilidades de transmissão do vírus (E2.8);
- Reconhecendo a vulnerabilidade da ILPI para novos surtos, tendo em vista que os funcionários utilizam diariamente o transporte público, possuem outros empregos (E2.16);
- Considerando o treinamento da equipe importante, pois sabia que o vírus chegaria na ILPI somente através deles (E3.1);
- Temendo o surto dentro do residencial (E3.2);
- Presenciando surto e óbito por COVID-19 em outras instituições de idosos (E3.4);
- Acreditando que as instituições estavam suscetíveis a terem casos de COVID-19 (E4.2);
- Dizendo que todos os seus funcionários eram negativos, mas teve 2 casos de idosos acamados com COVID-19 (E7.2);
- Sabendo que no início da pandemia seriam eles que levariam o vírus para a ILPI (E7.6);
- Sabendo que deveriam tomar as medidas de higiene para não contaminar os idosos (E7.6);
- Temendo que os funcionários trouxessem o vírus até a instituição (E6.1);
- Aprendendo a manejar melhor e a conviver com a pandemia de COVID-19 (E7.2);
- Ficando tensa no início da pandemia por saber que os idosos eram os mais suscetíveis (E8.3);
- Dizendo que passou, na verdade espera que tenha passado, pela pandemia (E8.4);
- Contando que ficou apreensiva no início da pandemia (E8.3).

Quadro 16 Subcategoria D2.2 Sentindo-se mais seguro com adoção de medidas preventivas: elemento e códigos

Elemento (D2.2.1) Atendendo aos protocolos de vacinação dos residentes

- Considerando a vacinação dos idosos em ILPI, um momento de muita alegria (E1);
- Ressaltando que todos os idosos estão devidamente vacinados para COVID e gripe (E1);
- Contando que não se apavorou com o surto em julho de 2021 (E8.1);
- Dizendo novamente que foi tranquilo passar pelo surto (E8.2);
- Falando que foi tranquilo no momento do surto, pois não teve residentes em estado grave (E8.1);
- Afirmando que os funcionários não tiveram medo no surto, pois já estavam com 3 doses de vacina (E8.1);
- Sentindo-se tranquila no surto, pois os casos ocorreram mais para o final e sem gravidade (E8.2);
- Afirmando que os residentes estão todos vacinados (E3.7);
- Sabendo que os idosos imunizados poderão ter sintomas mais amenos (E3.7);
- Contando que os idosos receberam a vacina de uma forma bem natural (E4.7);
- Vivenciando tranquilidade dos idosos durante a vacinação (E4.8);
- Lidando com os idosos esperançosos para rever os familiares após a primeira dose da vacina (E4.8);
- Contando que tinham idosos que achavam a vacina aplicada era fase de testes (E4.8);
- Referindo não entrar em questões políticas em relação a vacina com os idosos (E4.8);
- Dizendo que os casos foram leves, pois já estavam todos vacinados com três doses (E8.1);
- Ficando ansiosos na espera da vacina (E8.3).

Elemento (D2.2.2). Instituinto o emprego de protocolos, atemorizado de novos surtos

- Considerando ter aderido ao uso adequado de EPIs na ILPI (E1);
- Liberando atendimentos de fisioterapia e nutricional, somente após idosos e profissionais devidamente vacinados e paramentados (E1);
- Considerando-se amedrontada ainda, pois ainda há risco de contaminação (E1);
- Não me sentindo totalmente preparada para enfrentar um novo surto, mesmo tendo passado por uma experiência (E1);
- Percebendo que as funcionárias que retornaram da licença por COVID-19, passaram a utilizar a paramentação corretamente (E1);
- Verificando que após o treinamento sobre os protocolos, os funcionários começaram a perceber que precisavam seguir as orientações para se atingir o propósito (E1);
- Não tendo mais problemas com a manutenção dos protocolos após passado o surto (E1);
- Considerando a prevenção da COVID-19 no idoso o melhor caminho (E2.11);
- Não se sentindo suficientemente segura com as duas doses da vacina COVID-19, pois a mãe contraiu após, com 45% de comprometimento pulmonar (E2.15);
- Não se sentindo segura sobre quantas doses serão necessárias para conferir imunidade (E2.15);
- Fazendo o que é possível em termos de protocolo, como recomendando aos funcionários higiene das mãos, uso de máscara, luvas, álcool gel, limpeza ambiente e suspensão de visitas dos familiares para prevenir novos surtos (E2.16);
- Intensificando os protocolos de biossegurança e higiene com a equipe, antes mesmo do vírus chegar no residencial (E3.1);

- Elucidando sobre o treinamento trabalhoso dos protocolos de higiene (álcool gel, máscara, dentre outros) com toda equipe (E3.1);
- Contando sobre a elaboração dos protocolos de prevenção e condução de casos de COVID-19 (E3.4);
- Contando que já tinha um plano de contingência quando a Vigilância solicitou (E3.4);
- Isolando os idosos suspeitos, mesmo com testes negativos de COVID-19, por medo da janela imunológica (E3.5);
- Descrevendo sobre o plano de contingência nas instituições, foi pensando no local e como montá-lo (E3.5);
- Considerando que o plano de contingência ajudou muito (E3.5);
- Mantendo os cuidados e protocolos de higiene, mesmo com a melhora da pandemia (E3.5);
- Contando que o maior surto demorou quase dois anos para ocorrer (E3.6);
- Dizendo que teve uma lacuna de quase dois anos entre os surtos (E3.6);
- Relatando não saber como não teve COVID-19, pois era linha de frente nos cuidados dos idosos positivos (E3.6);
- Contando que ele (enfermeiro RT) não teve COVID-19 (E3.6);
- Fazendo de tudo para proteger a instituição de um surto (E3.6);
- Afirmando ter se norteado nos protocolos para conduzir a situação do surto (E4.4);
- Contando que já utilizava os quartos de isolamento que existem para isolar síndrome gripal ou outras suspeitas (E4.1);
- Isolando idosos para evitar a disseminação de doenças transmissíveis (E 4.1);
- Isolando os idosos recém-admitidos na instituição (E4.1);
- Afirmando que por um ano não teve casos de COVID-19 na instituição (E4.2);
- Acreditando que as medidas tomadas foram eficazes por ficarem um ano sem casos de COVID-19 (E4.2);
- Considerando que foi um trabalho apreensivo, mas tranquilo, pois tiveram tempo de trabalhar os protocolos antes do surto (E4.4);
- Informando que a equipe usou corretamente os EPIs (E4.4);
- Referindo o uso de EPIs na instituição, mesmo sem ainda terem casos de COVID-19 no local (E4.5);
- Aplicando treinamento contínuo do uso correto de EPIs com a equipe (E4.5);
- Dizendo que os funcionários recebiam os EPIs e treinamentos antes do início do trabalho (E4.6);
- Instituído o veto da visitação na instituição (E4.6);
- Acreditando que o surto demorou para chegar à instituição pelo bom trabalho de prevenção (E4.7);
- Vivenciado a pandemia e o isolamento do mundo externo, junto com os idosos (E4.8);
- Contando que teve contato próximo e cuidou de idosos positivos e não pegou (E4.8);
- Desenvolvendo consciência que passará a ter que conviver com a COVID-19 (E4.9);
- Dizendo como separou os residentes negativos em uma casa e os positivos em outra (E5.1);
- Contando que iniciou sua segunda ILPI, que já planejava, para conseguir separar os idosos positivos dos negativos (E5.1);
- Afirmando não querer vivenciar isso nunca mais (E5.2);
- Dizendo que os idosos positivos circulavam livremente pela casa, já que nesta todos os idosos eram positivos (E5.3);
- Afirmando que equipe nova toda testada trabalhava paramentada cuidando dos idosos negativos (E5.3);
- Passando a contar, após o surto, com protocolos e plano contingencial (E5.5);
- Contando que a visita dos familiares foi sendo liberada aos poucos (E6.2);

- Afirmando que o EPI era necessário no momento para proteger os idosos (E6.5);
- Adquirindo experiência com tudo vivenciado (E6.6).
- Considerando que o isolamento é para tratar os contaminados e proteger os demais (E6.6);
- Contando que teve que suspender todas as terapias e eventos que fazia com os residentes devido a pandemia (E7.2);
- Seguindo o plano contingencial para COVID-19 elaborado (E7.2);
- Assustando-se ao saber de mortes de idosos em outros locais (E7.2);
- Considerando lento o processo de adaptação ao uso de máscaras (E7.5);
- Não enfrentando mais, atualmente, problemas em relação ao uso de máscaras (E7.5);
- Contando que não faltaram EPIs (E7.3);
- Contando que isolou por sete dias o residente, mesmo sem COVID-19 (E7.5);
- Dizendo que usavam os EPIs para os cuidados com os positivos (E8.1);
- Acreditando que demorou para ter surto, pois proibiu as visitas na clínica (E8.2);
- Sendo as visitas dos familiares com distanciamento (E8.2);
- Tendo tudo esquematizado caso chegasse o surto (E8.2);
- Vivendo um dia de cada vez (E8.2);
- Contando que ficou apenas com o emprego da ILPI para não trazer o vírus do hospital (E8.3);
- Conversando e liberando a fisioterapeuta da ILPI, pois ela também trabalhava em hospital (E8.4);
- Considerando-se cuidadosa ao dispensar uma funcionária por 15 dias do trabalho após esta ir a um casamento (E8.4);
- Acreditando que todos os cuidados que tiveram, os ajudaram a retardar o surto (E8.4);
- Julgando a postergação do surto, relacionar-se a ter funcionários que não trabalham em hospitais (E8.4);
- Acreditando que uma das medidas que postergou o surto foi instituir distanciamento das visitas (E8.4);
- Postergando o surto por não abrir exceção para saídas ou chegada de novos idosos (E8.4);
- Não recebendo idosos para passar apenas os dias postergou o surto (E8.4).

Quadro 17. Categoria D3. Considerando-se preparado a lidar com novos surtos em ILPI: códigos

- Considerando que hoje sabe montar um isolamento, se necessário (E5.5);
- Sentindo-se preparada a montar um isolamento para doenças infectocontagiosas, se vir a precisar (E6.6);
- Sendo levada a estudar mais com a pandemia (E7.4);
- Considerando-se mais preparada para uma próxima pandemia (E7.4);
- Referindo que hoje sabe manejar melhor o vírus (E7.4);
- Sentindo-se que está preparado para futuras pandemias e para prevenir surtos na ILPI (E8.4).