UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ALEXANDRE DE ASSIS BUENO

**Configuração da tomada de decisão do enfermeiro na
gestão do cuidado de idosos em Instituições de Longa
Permanência**

RIBEIRÃO PRETO
2020

ALEXANDRE DE ASSIS BUENO

Configuração da tomada de decisão do enfermeiro na gestão do cuidado
de idosos em Instituições de Longa Permanência

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: O cuidar de adultos e idosos

Orientador: Profa. Dra. Rosalina Aparecida Partezani
Rodrigues

RIBEIRÃO PRETO
2020

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Bueno, Alexandre de Assis

Configuração da tomada de decisão do enfermeiro na gestão do cuidado de idosos em Instituições de Longa Permanência. Ribeirão Preto, 2020.

153 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Profa. Dra. Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

1. Cuidados de Enfermagem. 2. Idoso. 3. Enfermagem Gerontológica. 4. Tomada de Decisões.

BUENO, Alexandre de Assis

Configuração da tomada de decisão do enfermeiro na gestão do cuidado de idosos em Instituições de Longa Permanência

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Aprovado em   /   /

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

Dedico esta trajetória a Deus, pelo sopro de vida que me concede a cada dia.

Dedico este momento a meus pais, Lázaro (in memorian) e Otília, por colocarem em meu coração a importância e o desejo de aprender.

Dedico esta alegria às minhas irmãs, Walquíria e Valéria, pelos encontros ao longo da vida.

Dedico essa busca à minha esposa, Renata Alessandra, por me convidar a estabelecer esta meta.

Dedico esta vitória aos meus filhos, Ana Carolina, Pedro Vital e Arthur, pela força de todos os dias.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Agradeço, de forma especial, à minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues, por me receber, acolher e reconhecer, mas, principalmente, por sempre olhar em meus olhos no trato diário. Sua generosidade e cuidado comigo foram muito especiais.

Agradeço à Prof^a. Dr^a. Maria Manuela Frederico Ferreira, por suas orientações e momentos de diálogo, aprendizado e crescimento.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida!

Agradeço à minha família pela presença!

Agradeço aos meus amigos pelo companheirismo!

Agradeço aos meus professores pelos ensinamentos!

Agradeço aos meus colegas de profissão pelo exemplo!

AGRADECIMENTOS INSTITUCIONAIS

Agradeço à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), por me receber como estudante e tê-la em meu currículo.

Agradeço à Universidade Federal de Goiás (UFG) e à Universidade Federal de Catalão (UFCAT), por me incentivarem a buscar minha qualificação pessoal para um melhor desempenho profissional.

Agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), pela bolsa de estudos e auxílio financeiro. Sem isso, não poderia ter me dedicado integralmente ao programa de pós-graduação e operacionalizado os estudos.

Agradeço à Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (VICISA:E/ESEnfC), pela oportunidade de otimizar meu aprendizado e conhecer novas possibilidades de aprender, ensinar e investigar.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES).

RESUMO

Bueno, A. de A. **Configuração da tomada de decisão do enfermeiro na gestão do cuidado de idosos em Instituições de Longa Permanência**. 2020. 153f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

Introdução: A transição demográfica é um fenômeno observado mundialmente, com distintos reflexos em cada país. No Brasil tem sido identificada uma mudança no perfil da família de cuidadora natural do idoso, pois este papel tem sido gradualmente repassado às Instituições de Longa Permanência. Mudar a percepção desses ambientes e possibilitar um cuidado pautado na salutogênese é imprescindível para um envelhecimento ativo. A enfermagem também é fundamental neste processo, pois assume o protagonismo do cuidado ao idoso institucionalizado, de modo que a qualidade da gestão deste cuidado está diretamente relacionada com a qualidade da tomada de decisão deste profissional ao longo da assistência. **Método:** esta investigação ocorreu em duas etapas: uma Revisão Sistemática de Estudos Qualitativos e um Estudo de Campo que se configura como um Estudo Exploratório Sequencial Quanti-Quali. A revisão tem a *Joanna Briggs Institute* como referencial metodológico, enquanto o estudo de campo descreverá a população de idosos institucionalizados e a atuação dos enfermeiros que trabalham nas instituições. A coleta de dados com os enfermeiros utilizou a técnica do *Body Mapping*. **Resultados:** a tomada de decisão foi identificada como atividade complexa, permeada por dificuldades atinentes aos recursos, porém atenuada pelo vínculo afetivo estabelecido pelos enfermeiros com os idosos no cotidiano. O modelo NREM distribui os elementos fundamentais do cuidado em enfermagem em estrutura, processo e resultados e acrescenta que estes se organizam em ações individuais e inter-relacionais. O enfermeiro se caracteriza como elemento de conexão dos diversos interesses envolvidos no cuidado e, dessa forma, sua tomada de decisão tem papel relevante no equilíbrio entre os interesses institucionais, as necessidades apresentadas pelos residentes e a capacidade gerencial e executora da enfermagem. **Discussão:** a tomada de decisão do enfermeiro é uma ferramenta que favorece a gestão do cuidado ao idoso mediante a organização dos recursos disponíveis para atender aos interesses institucionais e necessidades dos idosos com adequado processo de trabalho. **Conclusão:** no contexto das Instituições de Longa Permanência para Idosos, a tomada de decisão se torna uma ferramenta gerencial de grande importância, tanto na gestão da equipe como no gerenciamento do cuidado. A tomada de decisão planejada favorece a adequação entre os recursos disponíveis e os objetivos propostos, representados no modelo de eficácia pela estrutura e resultados, respectivamente, de modo que o espaço de ajustes se configura na construção de processos adequados, que preservam os interesses de todos os envolvidos, isto é, gestores, cuidadores, famílias e idosos.

Palavras-chaves: Cuidados de Enfermagem. Idoso. Enfermagem Gerontológica. Tomada de Decisões.

ABSTRACT

Bueno, A. de A. **The configuration of nursing decision-making in the care management in Long-Term Care Institutions for the Elderly.** 2020. 153f. Thesis (doctorate degree) – Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

Introduction: The demographic transition is a worldwide phenomenon with different effects in each country. In Brazil, in addition to a growing elderly population, there is a change in the profile of the usual caregivers, with a gradual transfer of the elderly care to Long-Term Care Institutions for the Elderly. Changing this perception from these environments by enabling salutogenesis-oriented care is essential for active aging. Nursing is fundamental in this process since it leads the institutionalized elderly care, and the quality of care management is directly related to the quality of decision-making by nurses throughout care. **Method:** This investigation involved two steps. First, a systematic review of qualitative studies based on the Joanna Briggs Institute's methodological reference. The second step was a quantitative-qualitative sequential exploratory field study. This field study describes the elderly population in LTCIE and the role of nurses in these institutions. Data collection from nurses used the Body Mapping technique. **Results:** We identified decision-making as a complex activity, which is permeated by difficulties related to the availability of resources but also attenuated by the emotional bond established between nurses and the elderly. **Discussion:** The decision making of the nurse is a tool that favours the management of care for the elderly by organising the resources available to meet the institutional interests and needs of the elderly with an appropriate working process. **Conclusion:** In the context of LTCIE, decision-making becomes a managerial tool of great importance for both team management and care management. Planned decision-making favors the agreement between the available resources and the proposed goals, which correspond respectively to the effectiveness model structure and results. The decision space is settled through the construction of suitable processes preserving the interests of all stakeholders, *i.e.*, managers, caregivers, families, and seniors.

Keywords: Nursing Care. Aged. Gerontological Nursing. Decision Making.

RESUMEN

Bueno, A. de A. **Configuración en la toma de decisiones del enfermero en la gestión del cuidado de los adultos mayores en las casas de reposo.** 2020. 153f. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

Introducción: La transición demográfica es un fenómeno que se observa en todo el mundo, con matices diferentes en cada país. En Brasil se ha identificado un cambio en el perfil de la familia como cuidadora natural de adultos mayores, ya que esta función se ha transmitido gradualmente a las casas de reposo. Cambiar la percepción de estos espacios y permitir un cuidado basado en la salutogénesis es esencial para un envejecimiento activo. La enfermería también es fundamental en este proceso, pues asume el protagonismo de la atención a los adultos mayores institucionalizados, de modo que la calidad de la gestión de esta atención está directamente relacionada con la calidad en la toma de decisiones de los profesionales a lo largo de la asistencia. **Método:** esta investigación se realizó en dos etapas: una Revisión Sistemática de los Estudios Cualitativos y un Estudio de Campo, que se configura como un Estudio Exploratorio Secuencial Cuanti-Cualitativo. La revisión tiene como referencia metodológica al Instituto Joanna Briggs, mientras que el estudio de campo se describe la población de adultos mayores institucionalizados y el trabajo de las enfermeras que trabajan en estas instituciones. La recolección de los datos con las enfermeras fue por medio de la técnica del Body Mapping. **Resultados:** la toma de decisión se identificó como una actividad compleja debido a las dificultades relacionadas con los recursos; sin embargo, esta fue mitigada por el vínculo afectivo establecido por los enfermeros con los adultos mayores en la vida cotidiana. El modelo NREM distribuye los elementos fundamentales del cuidado en enfermería en la estructura, proceso y resultados e incrementa la organización para las acciones individuales e interrelacionales. El enfermero se caracteriza como un elemento de conexión de los diversos intereses envueltos en el cuidado y de esta forma la toma de decisión tienen un papel relevante en el equilibrio entre los intereses institucionales, las necesidades presentadas pelos usuarios y la capacidad en el gerenciamiento y ejecución de enfermería. **Discusión:** la toma de decisiones del enfermero es una herramienta que favorece la gestión de la atención a los adultos mayores organizando los recursos disponibles para satisfacer los intereses y necesidades institucionales de los adultos mayores con un proceso de trabajo adecuado. **Conclusión:** en el contexto de las casas de reposo, la toma de decisiones se convierte en un instrumento de gestión de gran importancia, tanto en la gestión de equipos como en la gestión en la atención. La toma de decisiones planificadas favorece la adecuación entre los recursos disponibles y los objetivos propuestos, representados en el modelo de eficiencia por la estructura y los resultados, respectivamente, de modo que el espacio para los ajustes se configura en la construcción de procesos adecuados que preserven los intereses de todos los involucrados, es decir, los gestores, los cuidadores, las familias y los adultos mayores.

Palabras claves: Atención de Enfermería, Anciano. Enfermería Gerontológica. Toma de Decisiones.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fluxograma de seleção dos estudos.....	45
Figura 2	Dimensão organizacional para a tomada de decisão da enfermagem. Ribeirão Preto, SP, 2018.....	51
Figura 3	Configuração da Tomada de Decisão do Enfermeiro nos Serviços de Saúde. Ribeirão Preto, SP, 2018.....	56
Figura 4	Árvore máxima da análise léxica da aplicação do <i>Body Mapping</i>	63
Figura 5	Mapas completos do <i>Body Mapping</i> . Ribeirão Preto, SP, 2018.....	64
Figura 6	Identificação do fator Finanças em <i>Body Mapping</i> . Ribeirão Preto, SP, 2018.....	65
Figura 7	Identificação dos fatores limitadores da gestão em <i>Body Mapping</i> . Ribeirão Preto, SP, 2018.....	66
Figura 8	Identificação da ausência de olhar holístico em <i>Body Mapping</i> . Ribeirão Preto, SP, 2018.....	67
Figura 9	Autopercepção como alvo em <i>Body Mapping</i> . Ribeirão Preto, SP, 2018.....	68
Figura 10	Percepção do vínculo afetivo no <i>Body Mapping</i> . Ribeirão Preto, SP, 2018.....	70
Figura 11	Indagações dos enfermeiros no <i>Body Mapping</i> . Ribeirão Preto, SP, 2018.....	71
Figura 12	Percepção do reconhecimento no <i>Body Mapping</i> . Ribeirão Preto, SP, 2018.....	72
Figura 13	Cuidado humanizado no <i>Body Mapping</i> . Ribeirão Preto, SP, 2018.....	74
Figura 14	Respeito à vida no <i>Body Mapping</i> . Ribeirão Preto, SP, 2018.	76
Figura 15	Configuração da Tomada de Decisão do Enfermeiro em ILPIs. Ribeirão Preto, SP, 2018.....	81
Figura 16	Proposta da configuração da Tomada de Decisão do Enfermeiro em ILPIs. Ribeirão Preto, SP, 2018.....	108

LISTA DE QUADRO

Quadro 1	Caracterização metodológica dos estudos selecionados. Ribeirão Preto, SP, 2018.....	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Identificação da formação das categorias de análise temáticas referentes à tomada de decisão. Ribeirão Preto, SP, 2018.....	52
Tabela 2	Identificação da Idade, do Tempo de Instituição e da MIF em idosos institucionalizados. Ribeirão Preto, SP, 2018.....	58

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1	Perfil profissional dos enfermeiros das ILPIs. Ribeirão Preto, São Paulo, 2018.....	59

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CNDI	Conselho Nacional dos Direitos do Idoso
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEn	Conselho Federal de Enfermagem
COREn	Conselho Regional de Enfermagem
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idoso
IRaMuTeQ	Software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
MFI	Medida da Independência Funcional
NREM	Nursing Role Effectiveness Model
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PES	Practice Environment Scale
PNI	Política Nacional do Idoso
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
QCRI	Qatar Computing Research Institute
SCO	Sentido Interno de Coerência
SPSS-PASW	Statistical Package for the Social Sciences – Predictive Analytics
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	17
2.	MARCO TEÓRICO.....	26
2.1	Modelo de Eficácia da Função de Enfermagem - <i>NURSING ROLE EFFECTIVENESS MODEL (NREM)</i>	27
2.2	Modelo Salutogênico.....	29
3.	MÉTODO.....	33
3.1	Tipo de Estudo.....	34
3.2	Local de Estudo.....	35
3.3	Participantes do Estudo/População.....	36
3.3.1	CrITÉrios de Inclusão.....	36
3.3.2	População da Pesquisa.....	36
3.4	Coleta De Dados.....	37
3.4.1	Instrumentos e Procedimentos para a Coleta de Dados.....	37
3.5	Análise dos Dados.....	42
3.5.1	Dados Quantitativos.....	42
3.5.2	Dados Qualitativos.....	42
3.6	Procedimentos Éticos.....	42
4.	RESULTADOS.....	44
4.1	Tomada de decisão nos Serviços de Saúde: revisão sistemática.....	45
4.2	Caracterização dos Idosos Institucionalizados.....	58
4.3	Caracterização da Enfermagem nas Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIS.....	59
4.4	Enfermagem em Instituições de longa permanência para Idosos.....	63
4.4.1	Estrutura das ILPIs.....	65
4.4.2	Processos nas ILPIs.....	74
4.4.3	Resultados esperados nas ILPIs.....	78
5.	DISCUSSÃO.....	84
5.1	Configuração da Tomada de Decisão do Enfermeiro nos Serviços de Saúde.....	85
5.2	Gestão do Cuidado pelo Enfermeiro nas ILPIS.....	90
6.	Proposta de Modelo de Gestão do Cuidado ao Idoso na ILPI com base na tomada de decisão.....	106
7.	CONCLUSÃO.....	118
	REFERENCIAS.....	121
	APÊNDICES.....	135
	ANEXOS.....	143

Os debates acerca do aumento mundial da população idosa têm se tornado cada vez mais constantes e abordam diversos aspectos que se inter-relacionam pela singularidade do tema, mas que, no campo prático, se distanciam pelas soluções propostas nas diferentes regiões do mundo. Essas discussões ocorrem paralelamente ao crescimento da população idosa, motivadas pelo mesmo, e incluem as várias dimensões que envolvem o cotidiano desta população

Os temas em questão se encontram em áreas comuns como transição demográfica, perfil epidemiológico, qualidade de vida, mercado de trabalho, previdência social, dentre outros, e têm sido objeto de estudos e políticas públicas. A Organização das Nações Unidas (ONU) iniciou um ciclo de debates a esse respeito, ao convocar a Primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, produzindo o Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento. Em 1991, a Assembleia Geral estabeleceu o Princípio das Nações Unidas em Favor das Pessoas Idosas, com ênfase em 18 direitos. Em 2002, ocorreu em Madrid a “Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento”, adotando a Declaração Política e o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento de Madrid como referenciais para a criação de Políticas Públicas sobre o envelhecimento (MCGILTON et al., 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Assim, enquanto as discussões se caracterizam como diagnósticas de problemas específicos em realidades distintas, é notória certa aproximação dos diversos centros governamentais e de pesquisa ao redor do mundo, os quais reconhecem a necessidade de avançar nos debates sobre a elaboração de políticas públicas e mecanismos de intervenção. No entanto, fica evidente uma proporção direta entre nível de desenvolvimento regional, políticas públicas efetivas e impacto dos mecanismos de intervenção, de modo que os locais com menor grau de desenvolvimento possuem maior dificuldade para desenvolver e implementar políticas públicas efetivas (MARTIN et al., 2015; WALKER, 2002).

A ONU prevê, para o ano de 2050, mais de 20% da população mundial representada pelos idosos e, deste total, 80% deverão viver em regiões de menor desenvolvimento. Ciente desta realidade, esta organização elegeu em 2015, ano em que se comemorou o 25º aniversário do “Dia Internacional do Idoso”, o tema “Sustentabilidade e inclusão de pessoas mais velhas no ambiente urbano” (WHO, 2015).

O Brasil, assim como outros países, tem apresentado esta tendência de

envelhecimento populacional. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população de idosos tem aumentado tanto em números absolutos como proporcionalmente em relação à população total. Se em 2001 havia um total de 15,5 milhões de idosos no Brasil, o equivalente a 9% da população, este número subiu, em 2011, para 23,5 milhões, com representatividade de 12,1% no total (IBGE, 2011).

Embora sejam dados significativos e importantes, a preocupação com a população idosa precisa ir além de uma dimensão estatística e voltar o olhar para os subgrupos dessa população, especialmente àquele formado por pessoas com idade igual ou acima dos 80 anos. Em 2010, este subgrupo representava 14% da população idosa e 1,5% da população brasileira, mas as projeções para 2014 indicaram que esses números seriam ampliados para 25% e 7%, respectivamente (CAMARANO, 2010; CAMARANO; KANSO, 2010).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 é considerada o Marco Legal do início das discussões sobre o envelhecimento. Em seguida, houve a Política Nacional do Idoso (PNI), estabelecida em 1994 (Lei 8.842). Seguem-se ainda outras conquistas como a criação do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI) em 2002, a elaboração e publicação do Estatuto do Idoso em 2003 e a realização de três Conferências Nacionais de Direitos da Pessoa Idosa, entre os anos de 2006 e 2011. Destaca-se ainda a elaboração da Política Nacional de Prevenção da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (2001); do Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa (2004); da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006) e do II Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa (2007) (FERNANDES; SOARES, 2012; PINHEIRO; AREOSA, 2019; ROCHA; ALCÂNTARA, 2019).

Todo esse movimento para a construção de um amparo legal para o idoso tem contribuído para o desenvolvimento de um olhar mais cuidadoso e abrangente para esta população. Além disso, tem permitido ver além de suas necessidades, distanciando-se de um cuidado apenas assistencialista. Atualmente, o idoso tem sido percebido por suas capacidades, potencialidades e, a partir desse olhar, desvela-se um cuidado integral. Esses aspectos ficam evidentes na descrição dos princípios e diretrizes da Política Nacional do Idoso (FERNANDES; SOARES, 2012; PINHEIRO; AREOSA, 2019; ROCHA; ALCÂNTARA, 2019).

O olhar assistencialista assume como foco a doença ou a disfuncionalidade e reafirma a condição patogênica do idoso. O modelo patogênico possui caráter

reducionista e limitado, uma vez que o resultado esperado na relação com a doença é sua cura. Em alternativa, a Organização Mundial da Saúde (OMS) apresenta o modelo salutogênico, caracterizado pela preocupação com o estilo de vida, com o desenvolvimento máximo das funcionalidades e com o impacto direto na qualidade de vida (WHO, 1999).

A preocupação com a qualidade de vida da população idosa tem sido tão crescente quanto o próprio aumento quantitativo deste grupo. Todavia, a discussão sobre a transição demográfica brasileira não se limita a uma discussão acerca dos números relacionados especificamente à população idosa. Um dado interessante apresentado pelo IBGE se refere à população de até 04 anos, que caiu de 16,3 milhões no ano de 2000 para 13,3 milhões em 2011 (IBGE, 2011).

Esses dados, se analisados em conjunto, indicam um comportamento consolidado no planejamento familiar, o de famílias com menos filhos. Outra característica da atualidade é a busca das mulheres pela realização profissional, tanto quanto os homens. Assim, o menor quantitativo de filhos por família com o seu maior comprometimento com a carreira profissional indica uma tendência de queda no papel da família como cuidadora da pessoa idosa e o consequente aumento da procura por Instituições de Longa Permanência para Idoso (ILPI) (CAMARANO, 2010; CAMARANO; KANSO, 2010).

Além da redução do tamanho das famílias e da mudança no papel das mulheres como cuidadoras familiares, especificamente no Brasil, outros fatores contribuem para o enfraquecimento desta função da família como acolhedora do idoso. Um deles é a falta de políticas públicas de apoio ao familiar que se coloca como cuidador e outro diz respeito à baixa renda da maioria das famílias de idosos, uma vez que mais da metade delas possuem renda inferior a três salários mínimos (BRIGOLA et al., 2017; HEDLER et al., 2016).

Neste cenário, fortalece-se a condição de institucionalização do idoso. No Brasil, a ILPI tem origem nos asilos construídos com a finalidade de abrigar pessoas idosas carentes “fora do convívio familiar”, razão pela qual muitas dessas instituições ainda recebem o nome de abrigo. Destaca-se que as ILPIs ainda são consideradas Instituições Sociais e não de Saúde (CAMARANO, 2010).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio da Resolução - RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005, buscou estabelecer o padrão mínimo de funcionamento das ILPIs, isto é, de toda instituição de longa permanência

para idosos designada como moradia coletiva de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar (BRIGOLA et al., 2017; SILVA; GUTIERREZ, 2018).

A Resolução da ANVISA também apresentou outro conceito importante com relação às ILPIs: o de dependência. Segundo ela, a dependência do idoso está relacionada com o grau de necessidade do indivíduo em requerer ajuda de outra pessoa ou de equipamentos especiais para a realização das atividades diárias. De acordo com esta necessidade, o idoso pode ser classificado em autônomo e dependente. O idoso autônomo é aquele que toma as decisões e exerce controle sobre sua vida. Com relação à dependência, estão previstos três níveis: Grau de Dependência I, o qual inclui os idosos que são independentes, embora utilizem algum equipamento de autoajuda; Grau de Dependência II, para indivíduos que necessitam de ajuda para a realização de até três atividades de autoajuda do cotidiano ou que tenham algum tipo de comprometimento cognitivo ou que o mesmo seja alterado; e, por último, Grau de Dependência III, que abrange os “idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo” (BRASIL, 2005).

Com relação aos recursos humanos, a referida Resolução descreve uma equipe básica composta de acordo com as funções a serem executadas e não, especificamente, conforme a formação básica. Sendo assim, são enumeradas as funções de nível superior para a Coordenação Técnica e para Atividades de Lazer. Além destas, devem ser oferecidos serviços de cuidados aos residentes, serviços de limpeza, de alimentação e de lavanderia. Também deve haver um profissional de saúde vinculado à equipe de trabalho (BRASIL, 2005)

As ações previstas para serem desempenhadas nas ILPIs não são de exclusividade da Enfermagem, tampouco há determinação específica legal para que a enfermagem faça parte da equipe de cuidados dessas instituições. No entanto, quando a instituição opta pela contratação do profissional de enfermagem para a execução das atividades diárias, ela está se colocando sob a supervisão do Conselho Regional de Enfermagem (COREN) de cada estado e precisa ser cumpridora de suas exigências legais. A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) nº 374/2011 descreve como situação previsível de irregularidade a falta e/ou ausência do enfermeiro em locais onde são desenvolvidas ações de enfermagem, mesmo que apenas por tempo determinado.

É, resumidamente, neste contexto que o cuidado ao idoso começa a ser desenhado. A Constituição Federal de 1988 afirma que o idoso deve ser amparado pela família, sociedade e Estado, mas, tanto ela como as legislações posteriores, enfatizam que a maior responsabilidade pela oferta desse cuidado ainda incide sobre a família (CAMARANO, 2010; CAMARANO; KANSO, 2010).

Tal conceito coloca em debate a forma como o Brasil tem conseguido implementar suas políticas públicas para pessoas idosas, uma vez que as diretrizes já formuladas não encontram respostas nos sistemas oferecidos. De certa forma, o país tem procurado reorganizar seu Modelo de Atenção à Saúde reconhecendo a complementariedade que existe entre o setor de saúde suplementar e o sistema de saúde pública, bem como ciente da necessidade de desenvolvimento de programas de promoção à saúde e prevenção de riscos e doenças em detrimento de ações majoritariamente curativas da atualidade. Contudo, o modelo atual ainda não responde às demandas impostas pelas significativas mudanças no cenário epidemiológico nacional e, portanto, há uma lacuna entre o que se propõe e o modelo de cuidado de fato oferecido atualmente (OLIVEIRA; KORNIS, 2017; OLIVEIRA et al., 2016).

A necessidade de cuidados para a pessoa idosa surge em uma relação muito próxima com o comprometimento de funcionalidades ou desenvolvimento de doenças crônicas. Esta relação é consequência de três fatores que mantêm estreita associação com este grupo de doenças: predisposição genética, escolhas de estilo de vida e envelhecimento. De uma forma ou de outra, essas três condições contribuem para que as doenças crônicas tenham uma relação próxima e direta com a pessoa idosa e, ainda, para que esta relação seja definidora do modelo de cuidado a ser planejado para esta parcela da população (OLIVEIRA; KORNIS, 2017; OLIVEIRA et al., 2016).

Esses aspectos são relevantes e devem ser considerados, pois ampliam a dimensão de preocupação com os fatores que afetam a vida do idoso e, por conseguinte, a dimensão do cuidado a ser planejado, de modo a garantir os direitos do idoso. De acordo com o Estatuto do Idoso (2010, Título II, Capítulo I e II), o idoso tem direito “à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária”.

O cuidado ao idoso, segundo definição de Camarano (2010) como “cuidado

de longa duração”, caracteriza-se como um cuidado transversal, que necessita da criação de uma rede de apoio, representada por um conjunto de serviços que atenda às demandas específicas para que o indivíduo tenha qualidade de vida e não apenas sobreviva.

Tal conceito coloca em questão as dificuldades que o Brasil enfrenta para implementar suas políticas públicas relacionadas às pessoas idosas, uma vez que algumas dessas diretrizes ainda não encontram respostas práticas em diversos serviços de saúde oferecidos em diferentes regiões do Brasil. De certa forma, o Brasil tem procurado se adaptar à Transição Epidemiológica, à Transição Demográfica e à Transição Tecnológica, mas, no que diz respeito à Transição no Cuidado, a rede de cuidado e atenção ainda é organizada pautada no modelo patogênico (OLIVEIRA; KORNIS, 2017; OLIVEIRA et al., 2016).

Discutir a Transição no Cuidado se torna particularmente complexo, pois abrange Políticas Públicas, Serviços Públicos e Privados e todos os sujeitos envolvidos de diversas áreas da sociedade. De maneira específica, dois aspectos se destacam nesta transição. O primeiro, já mencionado anteriormente, diz respeito à institucionalização do cuidado ao idoso, historicamente assumido pela família, porém repassado, de forma crescente e gradativa, para o Estado e as Instituições, neste caso, às ILPIs (CAMARANO; KANSO, 2010; OLIVEIRA; KORNIS, 2017; OLIVEIRA et al., 2016). O segundo aspecto a ser abordado nesta transição é a mudança das práticas de cuidado. A proposta de um modelo de atenção integral e integrador existe e é corroborada por legislações, estatutos, cartas e demais documentos emitidos nos últimos anos que endossam a preocupação com a oferta de um cuidado adequado de longa duração. A resistência, no entanto, passou a ser identificada pelas instituições que compõem o sistema e pelos sujeitos que nelas atuam (CAMARANO, 2010; CAMARANO; KANSO, 2010; OLIVEIRA; KORNIS, 2017; OLIVEIRA et al., 2016).

No caso das ILPIs, esta proposta de cuidado está regulamentada e sugere-se que seja elaborada em parceria com o gestor local de saúde. A instituição deve desenvolver um plano de atenção integral para cada residente, e este precisa estar alinhado com os princípios de universalização, equidade e integralidade. Além disso, a ação precisa contemplar a proteção, prevenção e promoção da saúde. Um plano de cuidado que inclua tais aspectos, certamente, será caracterizado como de natureza integral e de longa duração (BRASIL, 2005).

Portanto, nota-se ser na micropolítica da organização do trabalho, na

formação profissional e na composição dos processos que este modo de pensar do cuidado será inserido e efetivado por suas ações. A orientação na composição do cuidado individual ou na formação de redes de apoio pode minimizar o impacto da institucionalização do idoso, desde que a lógica desse cuidado assegure a preservação de sua identidade, integridade e integralidade (ANDRADE et al., 2017; FAGUNDES et al., 2017; FLUETTI et al., 2018).

A institucionalização precisa romper o estereótipo de confinamento à espera da morte. Nesse sentido, a responsabilidade pelo cuidado pode ser compartilhada entre os profissionais envolvidos e com o próprio idoso. Esta participação permitirá o reconhecimento das capacidades funcionais cognitivas, físicas e psicológicas em ambiente de interação, bem como o reconhecimento do outro, quer seja daquele que é cuidado, quer seja do cuidador. O idoso reconhece sua capacidade de pensar, sentir e querer em meio às limitações e, de modo proativo, utiliza ao máximo suas funcionalidades e capacidades (ANDRADE et al., 2017; FAGUNDES et al., 2017; OLIVEIRA et al., 2016).

Neste contexto de transitoriedade demográfica e epidemiológica da sociedade, de aumento da procura por Instituições de Longa Permanência para Idosos e de reconhecimento da importância da enfermagem na composição de um cuidado centrado nas necessidades específicas do idoso, ficam evidentes os desafios que o enfermeiro tem para uma adequada tomada de decisão no exercício de sua função gerencial.

A tomada de decisão do enfermeiro envolve diretamente a articulação das duas dimensões de sua atividade no cuidado ao idoso: assistencial e gerencial. Uma tomada de decisão acertada favorece o equilíbrio entre as necessidades apresentadas pelo usuário e os recursos disponibilizados pela instituição (BUSANELLO; LUNARDI FILHO; KERBER, 2013; EDUARDO et al., 2015). Portanto, a tomada de decisão passa a ser discutida em dois níveis. Como o primeiro se refere à formação do enfermeiro, e neste nível ela é considerada uma competência, a tomada de decisão se torna produto do processo ensino-aprendizagem e passível de desenvolvimento. No segundo nível, ela tem natureza objetiva e é abordada como ferramenta de auxílio à gestão do cuidado nas esferas administrativa e assistencial (CAVEIÃO et al., 2018; MARQUES, 2019; SANTOS et al., 2019).

A inclusão de ferramentas gerenciais que auxiliem o enfermeiro na gestão do cuidado nas ILPIs favorece a adoção e prática de modelos de cuidado alinhados

ao modelo de atenção à saúde vigente e preconizado pelas Políticas Públicas. Esta transição do *modus operandi* poderá ser alcançada por uma gestão que priorize a capacitação contínua e inovação na utilização das tecnologias gerenciais e assistenciais.

Assim, tendo em vista que o enfermeiro é o profissional que assume a responsabilidade pela tomada de decisão e considerando a transição demográfica e a falta de apoio das famílias para a prestação do cuidado ao idoso, o presente estudo busca contribuir para um alinhamento das propostas das diversas políticas públicas, de modo que um cuidado mais sistematizado e humanizado possa ser oferecido ao idoso que vive em ILPI.

Com base nesta reflexão emergiram algumas questões, dentre elas: Como tem sido realizada a gestão do cuidado pela equipe de enfermagem em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs)? Quais ferramentas gerenciais têm sido utilizadas pela equipe de enfermagem no cuidado do idoso? Quais fatores são considerados no processo de tomada de decisão do enfermeiro na gestão de cuidados?

Diante desses questionamentos, o objetivo deste estudo foi:

- Compreender como o enfermeiro organiza a gestão do cuidado do idoso em uma Instituição de Longa Permanência.

Para tanto, buscou-se:

- Identificar os elementos que compõem a tomada de decisão do enfermeiro nos serviços de saúde;
- Caracterizar o ambiente da Instituição de Longa Permanência e como ele interfere no serviço de enfermagem;
- Descrever a população idosa institucionalizada quanto ao seu grau de dependência;
- Elaborar o processo de tomada de decisão do enfermeiro, com base nas evidências científicas;
- Propor um modelo de gestão de cuidado ao idoso na ILPI com base na tomada de decisão.

2.1 Modelo de Eficácia da Função de Enfermagem - *NURSING ROLE EFFECTIVENESS MODEL (NREM)*

A gestão em saúde, na busca de sua profissionalização, tem adotado a excelência e qualidade como parâmetros em seus arranjos institucionais. Na prática, a reorientação dos serviços de saúde pela gestão da qualidade tem estabelecido novos referenciais que contribuem para a manutenção das boas práticas baseadas nas evidências. Este direcionamento permitiu a busca consistente pela segurança do paciente, bem como a direção e o controle da assistência com foco nos resultados esperados (JACKSON et al., 2014; SIDANI; HALL, 1998).

A gestão pela qualidade nos serviços de saúde incorpora, em sua lógica, um quadro conceitual formado por estrutura, processo e resultados, com base na teoria dos sistemas e nos indicadores de qualidade (DONABEDIAN; WHEELER; WYSZEWIANSKI, 1982). Nesse modelo, a estrutura corresponde àquilo que se dispõe de recursos, sistemas e condições; tem relação com o que está disponível para que o trabalho seja realizado. Os processos se referem aos arranjos desses recursos para que o trabalho seja feito, isto é, como os recursos serão organizados para que o trabalho possa ser realizado. Por último, os resultados devem indicar um propósito mensurável para o trabalho e não podem ser aleatórios, pois devem refletir consequências esperadas e produzidas (IRVINE; SIDANI; HALL, 1998; JACKSON et al., 2014).

Com base nesse quadro conceitual, Irvine, Sidani e McGillis Hall (1998) desenvolveram um modelo para orientar a avaliação e relação entre os processos de enfermagem, sua contribuição para os cuidados de saúde e os resultados para os pacientes. Trata-se do *Nursing Role Effectiveness Model (NREM)*, desenvolvido com a preocupação de identificar quais resultados esperados no processo de cuidar são sensíveis ao papel da enfermagem. O NREM está fundamentado em duas premissas básicas: gestão do processo do cuidado e segurança do paciente (IRVINE; SIDANI; HALL, 1998; SIDANI; DOIDGE, 2002).

O modelo sugere que estrutura, processo e resultados estabelecem uma relação de interdependência na construção, execução e, conseqüentemente, nos efeitos da assistência de enfermagem. Assim, a qualidade é moderada pelas variáveis estruturais do contexto da oferta de cuidados, pela forma adotada pelos cuidadores

na organização da assistência e pelos resultados alcançados mediante a interação de todos os elementos que compõem o cuidado (IRVINE; SIDANI; HALL, [s.d.]; SIDANI; DOIDGE, 2002).

Portanto, enquanto muitos estudos acerca da qualidade em saúde mantêm o foco em resultados relacionados a aspectos profissionais e organizacionais, o NREM estabelece como critério de qualidade os resultados sensíveis ao trabalho da enfermagem no que diz respeito à condição clínica do paciente, com a devida consideração do nível de dependência que esta categoria possui em relação aos outros profissionais para o desenvolvimento de suas atividades. Nesse sentido, as variáveis organizacionais e profissionais se convertem em tradicionais indicadores para fatores de interferência, uma vez que serão observadas a partir da influência que exercem no trabalho da enfermagem (IRVINE; SIDANI; HALL, 1998; SIDANI; DOIDGE, 2002).

O conceito do NREM, como já mencionado, se fundamenta em uma tríade composta por estrutura, processo e resultados. A estrutura, segundo o NREM, é uma dimensão que engloba as variáveis que se relacionam com o enfermeiro, paciente (família e comunidade) e ambiente de cuidado. Variáveis como experiência profissional, qualificação e características profissionais associadas ao enfermeiro podem interferir na qualidade dos resultados esperados ao longo do processo de cuidar. Quanto ao paciente, características individuais como idade, condição de saúde, nível de escolaridade e diagnóstico também podem afetar esses resultados. Já as variáveis organizacionais mantêm o foco em questões do coletivo, tais como dimensionamento de pessoal, padrões estabelecidos, normas, rotinas e protocolos e estrutura física do serviço (AMARAL et al., 2014; IRVINE; SIDANI; HALL, 1998; SIDANI; DOIDGE, 2002; WHITE et al., 2014).

A dimensão referente ao processo envolve funções, responsabilidades e atividades que serão executadas e a forma como elas serão organizadas quanto ao nível de dependência para a sua execução. Foram definidos três níveis: dependente, interdependente e independente. As ações dependentes são aquelas em que a enfermagem se limita ao cumprimento de ações determinadas por outros profissionais, a exemplo das prescrições médicas. As ações interdependentes são responsabilidades compartilhadas com a enfermagem, mas incluem decisões tomadas por outros profissionais. Neste item, encontra-se o cuidado planejado em equipes trans e multidisciplinares, mas também ações de coordenação e gestão. E,

por último, as independentes, são as funções, responsabilidades e ações atribuídas exclusivamente à enfermagem, como as ações voltadas para a educação em saúde (AMARAL et al., 2014; IRVINE; SIDANI; HALL, 1998; SIDANI; DOIDGE, 2002).

No modelo NREM, os resultados observados são definidos como aqueles que possuem relação comprovada, por meio de evidência, com as ações e intervenções da enfermagem. São denominados neste modelo como resultados sensíveis à enfermagem, sendo organizados em seis categorias, a saber: 1. prevenção de ocorrências adversas; 2. Resultados clínicos, inclusive intervenções junto aos sintomas; 3. Conhecimento do paciente sobre a doença e seu tratamento; 4. Resultados funcionais de saúde associados; 5. Satisfação do paciente com o cuidado; e 6. controle de custos (IRVINE; SIDANI; HALL, 1998; LUKEWICH et al., 2019a)

Na dimensão dos resultados, são observados os diferentes aspectos que interferem na avaliação dos efeitos do processo de cuidar, inclusive fatores perceptíveis e não perceptíveis pelo paciente. Tem relação com os indicadores de recuperação da saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde e abrange variáveis como estado de humor, capacidade de autocuidado terapêutico, estado funcional e segurança do paciente (AMARAL et al., 2014; IRVINE; SIDANI; HALL, 1998; LUKEWICH et al., 2019a; SIDANI; DOIDGE, 2002).

No contexto do idoso que vive nas ILPIs, analisar os aspectos das dimensões estrutura, processo e resultados do NREM pode auxiliar o enfermeiro na tomada de decisão para a oferta de uma assistência que considere um envelhecimento não centrado no patogênico, mas, sim, no modelo salutogênico, como resultado esperado para uma vida digna na ILPI.

2.2 Modelo Salutogênico

Com a criação da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1945, a saúde passou a ser considerada um direito de todo ser humano, de forma indiscriminada. Desde então, as discussões acerca do seu significado e as estratégias para determiná-la e mantê-la se Intensificam cada vez mais (JUNIOR; GERHARDT, 2017).

O sentido patogênico anteriormente predominante orientava a busca por saúde mediante o intenso combate às doenças. Assim, o foco residia em envidar

esforços pela recuperação da saúde em função das perdas decorrentes do estabelecimento de patologias. O conceito de Promoção da Saúde passou a ser debatido de maneira significativa apenas após a Declaração de Alma-Ata, em 1977, e a Carta de Ottawa, em 1986. Tais documentos evidenciaram um novo significado para o conceito de saúde e favoreceram a reorientação dos serviços em função de uma política pública de saúde que incluísse as pessoas, se conectasse com outras áreas da sociedade e utilizasse como estratégia principal a Atenção Primária à Saúde. Os eventos que se sucederam sob a orientação da OMS, como Conferência de Adelaide (1988), Conferência de Sundswall (1991), Declaração de Jacarta (1997), dentre outros, contribuíram significativamente para a ampliação e divulgação do conceito de Promoção de Saúde, além de terem fornecido subsídios para o estabelecimento de princípios e diretrizes fundamentais para o movimento “Saúde para Todos” (BEZERRA; SORPRESO, 2016; MALTA et al., 2018).

Com base nesta reorientação do modelo de atenção à saúde, o movimento pela Promoção da Saúde se fez presente nas políticas governamentais dos países e fortaleceu-se, porém não de maneira uniforme, uma vez que em cada país ficou evidente um nível específico de envolvimento, tanto quanto de cumprimento das metas propostas. Mas, de um modo geral, as discussões sobre saúde se tornaram mais abrangentes, incluindo temas como alimentação, habitação, saneamento básico, higiene, ambiental e pessoal, nível de instrução e de informação, serviços de saúde pública, com maior envolvimento da população e de diversos setores da sociedade civil (BEZERRA; SORPRESO, 2016; MALTA et al., 2018).

Operacionalmente, a Promoção da Saúde trouxe importantes contribuições para o ensino, pesquisa e serviço em saúde. Atividades multidisciplinares, valorização da educação em saúde, orientação para estilos de vida saudável, qualificação contínua dos profissionais e modelos de gestão participativa são alguns exemplos de contribuições práticas deste movimento (MALTA et al., 2018; MENDES; FERNANDEZ; SACARDO, 2016).

Contudo, embora a promoção da Saúde tenha sido propagada como referência na organização das políticas públicas e serviços de saúde, ainda prevalecia a lógica patogênica, com valorização do uso de tecnologias e ações centradas no processo saúde-doença que se traduzem em cuidados paliativos e curativos da doença e, quando muito, na sua prevenção. As ações caracterizadas como promotoras de saúde, muitas vezes, ocorrem de forma isolada e não complementar e

integrada.

Foi neste cenário que o modelo salutogênico passou a ser introduzido. O conceito que este modelo enfatiza não é recente, porém, o termo Salutogênese é cunhado por Aaron Antonovsky para designar a busca das razões que levam alguém a estar saudável. Dessa forma, enquanto a prevenção de doenças se orienta na busca dos fatores patogênicos específicos que causam a doença, a salutogênese procura identificar os fatores que determinam a saúde (ANTONOVSKY, 1993b, 1993a, 1996).

Do ponto de vista operacional, o modelo patogênico se comporta de forma reducionista e busca eliminar fatores adicionais até encontrar a causa principal, ao passo que o modelo salutogênico se expande de forma multidimensional de causas e respostas. Dessa forma, ele não se contrapõe ao primeiro, pelo contrário, o inclui e complementa. Isto é, o modelo salutogênico reconhece a necessidade dos cuidados curativos e paliativos, bem como da prevenção, mas ele estende esse movimento para a promoção da saúde e estabelece a relação entre doença e saúde em um movimento dinâmico e contínuo, no qual ambas são extremos da mesma reta, identificadas por variáveis que variam da disfuncionalidade até a máxima funcionalidade (ANTONOVSKY, 1996).

Nenhuma pessoa está totalmente doente e nem totalmente saudável (Antonovsky, 1991), pois ela sempre se encontra em algum nível de mal-estar e bem-estar. A salutogênese busca desenvolver no ser humano a capacidade para lidar com os riscos diários e inerentes do seu cotidiano, com uma orientação e vocação para o bem-estar. Essa capacidade, segundo o autor, reside no que ele determina de Sentido Interno de Coerência (SCO). Em 1997, a Organização Mundial de Saúde incorporou o conceito do SCO à Promoção de Saúde, como uma ferramenta de capacitação do indivíduo para lidar com os gatilhos estressores do cotidiano (ANTONOVSKY, 1991; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997).

O sentido interno de coerência se apresenta como um recurso individual e disponível para que o indivíduo tenha uma atitude proativa diante do mundo e de sua própria vida. Ele reconhece que todos possuem, em si mesmos, os recursos necessários de manuseabilidade, inteligibilidade e significância e, conseqüentemente, podem interpretar a vida do ponto de vista afetivo, cognitivo e motivacional e manterem sua saúde e bem-estar, mesmo em situações adversas (ANTONOVSKY, 1993a, 1993b).

Assim, os componentes do sentido interno de coerência são a capacidade

de compreensão, de gestão e de investimento. A capacidade de compreensão refere-se à habilidade de apreender os estímulos intrínsecos e extrínsecos e organizá-los de forma estruturada, convertendo-os em informação ordenada. Esta capacidade ocorre no nível cognitivo (ANTONOVSKY, 1993a, 1993b).

Em seguida, uma vez que os estímulos foram ordenados, esse indivíduo precisa gerenciar essa situação. A capacidade de gestão revela o quanto estamos cientes de nossa capacidade para lidar com aquela situação, isto é, o quanto ela requer de nós a capacidade de utilização dos recursos pessoais ou sociais que estão ao nosso alcance para enfrentamento do problema exigido pelo estímulo. Possui caráter comportamental e tem relação inversamente proporcional com a forma como somos afetados pelos acontecimentos da vida. Assim, quanto mais alto o senso de gestão, menor será a reação negativa diante dos estímulos (ANTONOVSKY, 1991, 1993a, 1993b).

Por último, está a capacidade de investimento. Depois de organizar as informações e identificar os recursos próprios para lidar com a situação, é fundamental que se encontre motivação para agir. Essa capacidade está relacionada com a percepção de sentido em tudo o que está a acontecer. O componente motivacional é fundamental para o investimento de energia e empenho nos problemas e necessidades. Possui caráter atitudinal e impulsiona o enfrentamento com dignidade, movido pelo sentido da vida (ANTONOVSKY, 1993a, 1993b, 1996).

Feitos esses esclarecimentos, este estudo assume o NREM e o Modelo Salutogênico como referenciais teóricos. O NREM contribuiu para a organização dos dados, ao identificar os elementos que constituem a tomada de decisão na composição do cuidado do idoso institucionalizado e organizá-los em sua tríade fundamental de estrutura, processo e resultados. O Modelo Salutogênico, por sua vez, possibilitou identificar os elementos essenciais capazes de contribuir para que a institucionalização do idoso não se torne um fator de risco à pessoa idosa, mas, sim, de uma vida salutar.

A reflexão sobre a responsabilidade pelo cuidado do idoso ter sido transferida da família, muitas vezes por falta de condições de protagonizar esse processo, para o Estado e às Instituições, neste caso, às ILPIs, abrange vários aspectos. Um deles é a necessidade de um modelo de atenção integral e integrador, que promova mudança das práticas de cuidado e de longa duração. Outros aspectos incluem a atuação do enfermeiro, por ser o responsável pela tomada de decisões, e as próprias características do cuidado integral e de longa duração. Todos esses fatores envolvem, diretamente, a articulação de duas dimensões que integram a atividade deste profissional no cuidado do idoso: a assistencial e a gerencial.

Diante disso, a presente pesquisa mostra-se essencial para que as ILPIs elaborem um plano de atenção integral e individual para cada residente, alinhado com os princípios de universalização, equidade e integralidade. Esse plano deve contemplar ações de proteção, prevenção e promoção da saúde.

Quando analisado especificamente esse espaço de cuidado de longa duração, ou seja, as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), emergiram as questões que envolvem a gestão do cuidado gerenciado pelo enfermeiro, além de temas correlacionados, com ênfase na tomada de decisão do enfermeiro.

3.1 Tipo de Estudo

Esta investigação ocorreu em duas etapas: uma Revisão Sistemática de Estudos Qualitativos e um Estudo de Campo que se configura como um Estudo Exploratório Sequencial Quanti-Quali. Primeiramente, foram coletados e analisados os dados quantitativos e, posteriormente, os qualitativos (CRESWELL, 2010).

A revisão sistemática buscou compreender como tem sido a tomada de decisão dos enfermeiros nos serviços de saúde e foi conduzida de acordo com a metodologia do *Instituto Joanna Briggs* de revisão sistemática de estudos qualitativos. Foi desenvolvida na plataforma *JBI Sumari* e adotou como estratégia o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement* (MOHER et al., 2009). Para organização e seleção dos estudos da revisão, utilizou-se a plataforma *Qatar Computing Research Institute - Rayyan QCRI* (OUZZANI et al., 2016).

Para esta revisão, foi elaborado um protocolo que descreve todas as etapas para sua realização. Neste protocolo constam a questão da pesquisa, descritores, critérios de inclusão e exclusão, estratégia de busca, extração e apresentação dos dados. Este protocolo foi submetido e avaliado na plataforma da PROSPERO- *International prospective register of systematic reviews da Universidade de York*, onde se encontra registrado sob número CRD42019127009 e disponível em https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?RecordID=127009 (BUENO AA, FERREIRA MMF, 2019) e no Anexo 1.

A proposta de um estudo de abordagem múltipla atende a uma preocupação de aproveitar as contribuições específicas das pesquisas quantitativas e qualitativas no intuito de ampliar o enfoque da pesquisa e responder de maneira ampla aos seus objetivos. Assim, este estudo pôde, na medida em que os problemas foram identificados, ter um olhar mais detalhado sobre alguns fatores sociais e/ou culturais que estivessem envolvidos e/ou exercessem algum tipo de impacto na questão estudada (CRESWELL, 2010).

As abordagens qualitativa e quantitativa foram utilizadas de forma sequencial. Enquanto a primeira foi dirigida àquele que gerencia o cuidado, ou seja, o enfermeiro, a segunda voltou-se para o objeto do cuidado, isto é, para o idoso. Assim, a abordagem quantitativa revelou o contexto do cuidado e a qualitativa, como o cuidado tem sido composto. Portanto, esta investigação não teve a pretensão de integrar o quantitativo e o qualitativo, mas de utilizar suas características específicas para obtenção de dados específicos e mais fidedignos (RIBEIRO; SOUZA; COSTA, 2016).

A investigação qualitativa foi realizada após a quantitativa, com a finalidade de ampliar a compreensão dos fatores subjetivos envolvidos no tema em estudo. Por meio desta, buscou-se conhecer as motivações, os interesses individuais e da categoria. A análise temática (BRAUN; CLARKE, 2016) foi utilizada para o tratamento dos dados obtidos por meio do *Body Mapping* (RIBEIRO; SOUZA; COSTA, 2016).

3.2 Local de Estudo

O estudo foi realizado no município de Ribeirão Preto, interior do estado de São Paulo, distante cerca de 315 km ao noroeste da capital paulista. De acordo com

o Censo de 2010, a cidade tinha uma população de 604.682 habitantes e, segundo o IBGE, estimada em 666.323 para 2015 (RIBEIRÃO PRETO, 2020).

A população idosa em Ribeirão Preto tem aumentado de forma considerável, mais precisamente 28% nos últimos 15 anos, chegando a 91.376 pessoas no ano de 2015. Assim, se continuar seguindo esta tendência, Ribeirão Preto terá, em 2030, mais idosos do que crianças e jovens com até 15 anos (CATANANTE et al., 2017; MAZZOCO, 2014).

3.3 Participantes do Estudo/População

A população estudada foi composta por dois grupos distintos e específicos. O primeiro formado por idosos com idade igual ou superior a 60 anos, residentes em ILPIs localizadas no município de Ribeirão Preto, e o segundo, por enfermeiros que trabalhavam nas ILPIs estudadas.

3.3.1 Critérios de Inclusão

➤ **Instituições de Longa Permanência para Idosos:**

- Instituições credenciadas na Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, São Paulo;
- Instituições autorizadas pela Vigilância Sanitária;
- Com enfermeiros no quadro de profissionais das ILPIs.

➤ **Idosos:**

- Residir em uma das ILPIs;
- Ter 60 anos ou mais de idade;
- Ambos os sexos.

➤ **Enfermeiros:**

- Possuir inscrição no Conselho de Classe, COREn;
- Exercer a função de Enfermeiro na ILPI estudada.

3.3.2 População da Pesquisa

➤ **ILPIs/Idosos**

De acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde, o município de

Ribeirão Preto, SP, conta com 19 Instituições de Longa Permanência para Idosos licenciadas pela Vigilância Sanitária, das quais duas oferecem o serviço somente na modalidade *Day Care*. Feito o contato individual com o(a) gestor (a) de cada ILPI explicando o objetivo da pesquisa e convidando-as para participar, oito (todas privadas) não concordaram e, assim, foram incluídas no estudo nove ILPIs.

A coleta de dados foi realizada nas nove Instituições de Longa Permanência para Idosos, caracterizadas por um serviço de 24 horas, identificadas junto à Secretaria Municipal de Saúde e que consentiram em participar da pesquisa (RIBEIRÃO PRETO, 2020).

Com relação aos idosos institucionalizados, por se tratar de uma população finita, a coleta de dados incluiu toda a população das nove ILPIs, em um total de 249 idosos.

➤ Enfermeiros

Quanto aos enfermeiros, aplicou-se o *Practice Environment Scale* (PES) (GASPARINO; GUIARDELLO, 2017), inicialmente a toda população de enfermeiros vinculados às ILPIs participantes, em um total de 21 profissionais. Esta foi uma etapa relevante do estudo, pois permitiu estabelecer os limites para o quantitativo de dados submetidos ao *Body Mapping* (GASTALDO; RIVAS-QUARNETI; MAGALHAES, 2018), tendo impacto direto na qualidade do resultado alcançado.

Dessa forma, mediante o critério de saturação teórica, a coleta dos dados qualitativos se restringiu a oito enfermeiros, momento em que a interação entre o campo de pesquisa e o investigador não mais forneceu novos elementos para balizar ou aprofundar a teorização (RIBEIRO; SOUZA; LOBÃO, 2018).

3.4 Coleta de Dados

3.4.1 Instrumentos e Procedimentos para a Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada pelo próprio pesquisador, sob supervisão da orientadora do estudo. Previamente, agendou-se, por telefone, um encontro com cada responsável pelas ILPIs para apresentar os objetivos do estudo e a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Em seguida, foi agendada a coleta de dados.

Os dados coletados com os idosos nesta etapa compõem a Variável Independente, uma vez que este item configura parte da estrutura proposta e compreende questões fundamentais à construção de um cuidado de longa duração de qualidade, na perspectiva do cuidado integral.

➤ **Instrumentos de coleta de dados:**

- A. Características sociodemográficas dos idosos: idade (em anos); sexo (masculino/ feminino); naturalidade; escolaridade (fundamental/ médio/superior/ pós-graduação); estado civil (solteiro/casado/união estável/separado/ divorciado/viúvo); possui filhos? (sim /não/ caso sim, quantos?); possui netos? (sim /não / caso sim, quantos?); possui renda própria? (sim /não / caso sim, quanto?); tempo total na instituição: (em anos) (Apêndice A);
- B. Características sociodemográficas dos enfermeiros: idade (anos); sexo (masculino/ feminino); naturalidade; estado civil (solteiro/ casado/ união estável/ separado/ divorciado/ viúvo); possui filhos? (sim /não/ caso sim, quantos?); quantas pessoas moram em sua residência, contando com você? (em número); tempo total de formação em enfermagem (em anos); tempo total de experiência profissional (anos); pretende fazer alguma pós-graduação? (se sim, qual?) (Apêndice B);
- C. O instrumento utilizado para verificar o nível de dependência dos idosos foi a Medida da Independência Funcional (MIF), desenvolvido na América do Norte na década de 1980 e traduzido para a Língua Portuguesa no Brasil no ano 2000, com a aplicação de testes de reprodutibilidade e confiabilidade e tendo alcançado bons níveis para o valor total. A MIF não é um instrumento autoaplicável e, para utilizá-lo, os profissionais precisam de treinamento específico que os habilite a interpretar corretamente os itens. Deve ser aplicado mediante observação direta concomitante com a entrevista (MARTEL; FLORA; LINI, 2018; RIBERTO et al., 2004). Os dados obtidos pela utilização desse instrumento forneceram subsídios para analisar o nível de independência funcional do idoso e seu impacto na qualidade do cuidado que tem sido oferecido nas ILPIs, uma vez que o grau de dependência do idoso tem relação direta com a carga de trabalho da equipe de enfermagem. A MIF avalia quantitativamente a

carga de cuidados relacionados às atividades diárias de uma pessoa, tanto as cognitivas quanto as motoras. Assim, atividades para autocuidado, transferência, locomoção, controle esfincteriano, comunicação, memória, interação social e resolução de problemas são avaliadas por uma pontuação que varia de um a sete, conforme o grau de dependência. A dependência total recebe um ponto, máxima assistência dois pontos, moderada assistência três pontos, mínima assistência quatro pontos, supervisão cinco pontos, independência modificada seis pontos e independência completa sete pontos, de modo que a pontuação final varia de 18 a 126 pontos (MARTEL; FLORA; LINI, 2018; RIBERTO et al., 2004)(Anexo 2).

D. O *Practice Environment Scale* - PES é uma escala desenvolvida nos Estados Unidos e validada para a cultura brasileira por Gasparino (2015). Foi aplicado aos enfermeiros das ILPIs e tem por finalidade avaliar determinadas características que podem influenciar de forma positiva ou negativa a prática da equipe de enfermagem, bem como classificar o ambiente de trabalho em favorável, misto e desfavorável. Como consequência, o PES auxilia a instituição na busca de melhoria contínua no ambiente de trabalho da enfermagem, a fim de obter melhores resultados em termos de satisfação no trabalho e segurança do paciente. Segundo a mesma autora, o PES apresenta 31 itens que representam cinco subescalas. São eles: 1. O papel e o valor do enfermeiro no contexto organizacional; 2. O cuidado de enfermagem fundamentado na qualidade; 3. O enfermeiro no papel de gerente e as habilidades necessárias; 4. A adequação qualitativa e quantitativa da equipe; e 5. As relações de trabalho positivas, principalmente entre enfermeiros e médicos. O instrumento se apresenta como uma escala tipo Likert, na qual o participante responde: 1- discordo totalmente, 2 discordo parcialmente, 3 concordo parcialmente e 4 concordo totalmente, em um total máximo possível de 4 pontos. Quanto maior a pontuação, maior será a presença de atributos que favoreçam o trabalho da enfermagem. Pontuações acima de 2,5 em qualquer subescala ou em apenas uma caracterizam instituições com ambientes desfavoráveis; pontuações superiores a 2,5 em duas ou três subescalas são consideradas mistas; e pontuações maiores que 2,5 em quatro ou cinco subescalas caracterizam ambientes favoráveis à prática profissional de enfermagem (GASPARINO et al., 2019; GASPARINO; GUIRARDELLO, 2017) (Anexo 3).

E. Com relação à coleta de dados na investigação qualitativa, a mesma ocorreu por meio da utilização do *Body Mapp Storytelling* que, segundo Gastaldo (2012), permitiu o envolvimento dos participantes em um exame crítico do significado de suas experiências. O *Body Mapp Storytelling* é uma técnica de mapeamento do corpo, em tamanho real, que utiliza desenho, pintura ou outra técnica para representar, no espaço interior ao seu contorno, aspectos relacionados à sua vida ou ao mundo, como um todo. Foi utilizado inicialmente na África do Sul, sendo adaptado para a pesquisa em saúde por Gastaldo, em 2007, no Canadá. A utilização deste método visual para a coleta de dados favoreceu a expressão e elucidação de ideias, sentimentos e opiniões dos participantes. Como resultado, foram obtidos três componentes da história: uma breve narrativa, o desenho do corpo ilustrado e a chave para interpretação do corpo (GASTALDO et al., 2012; GASTALDO; RIVAS-QUARNETI; MAGALHAES, 2018; JAGER et al., 2016).

A coleta de dados se desdobrou em três etapas e em dois locais distintos, a saber:

- a. ILPIS: **1.** Entrevistas individuais com os enfermeiros nas instituições onde atuavam, a fim de favorecer a aproximação do pesquisador com esses profissionais, coletar os dados sociodemográficos e aplicar o *Practice Environment Scale* – PES, além de realizar uma exploração inicial do tema; **2.** Os idosos foram entrevistados individualmente em suas instituições, sendo coletados dados sociodemográficos, os quais posteriormente foram avaliados por meio da Medida da Independência Funcional-MIF;
- b. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP: **3.** Para a coleta dos dados, foi organizado um grupo de nove enfermeiros, com o pesquisador, a orientadora do estudo e duas colaboradoras. As entrevistas seguiram um roteiro previamente elaborado com o apoio de especialistas, para avaliar a validade de conteúdo, a relação com o problema investigado e os respectivos objetivos: 1. Como você foi trabalhar na Instituição de Longa Permanência para Idosos? 2. De que forma o enfermeiro compõe o cuidado diário dos idosos institucionalizados? 3. Qual o significado desse cuidado para você? Para o desenvolvimento da técnica do *Body Mapp Storytelling* foram utilizados papel tipo kraft em rolo, recortado e colocado na parede, pincel atômico e giz de cera. Cada participante desenhou o

contorno de seu corpo, em tamanho real. A seguir, projetou suas reflexões, por escrito, acerca do cuidado oferecido ao idoso nas ILPIs, seguindo um roteiro semiestruturado (Apêndice C). Esta etapa se caracterizou como uma co-construção entre o pesquisador e os participantes, tendo sido utilizados diário de campo, gravador e filmagem dos diversos encontros, conforme planejado com os enfermeiros, seguindo as etapas da coleta de dados (GASTALDO et al., 2012).

Uma vez que a abordagem qualitativa oferece oportunidades de obter inferências, esclarecimentos e uma compreensão mais abrangente dos fatos, considera-se acertada a escolha do *Body Mapp Storytelling* para coleta dos dados, pois permite ir além da explicação dos fenômenos e favorece a expressão e compreensão dos dados em sua totalidade, mediante uma reflexão pessoal com maior profundidade (GASTALDO et al., 2012; GASTALDO; RIVAS-QUARNETI; MAGALHAES, 2018).

No caso deste estudo, o uso do *Body Mapp Storytelling* permitiu uma projeção dos enfermeiros no próprio papel de cuidadores e de gestores de cuidados, e favoreceu a reflexão mais profunda sobre os significados das ações desenvolvidas cotidianamente pelo enfermeiro que atua em ILPI. Esta reflexão permitiu maior conscientização dos participantes sobre o alcance e consequências de suas ações, bem como a respeito de como este caminho tem sido por eles percorrido (GASTALDO et al., 2012; GASTALDO; RIVAS-QUARNETI; MAGALHAES, 2018).

Ao final da técnica, foram coletados dados em três elementos distintos que compõem a história contada. O primeiro se refere a um testemunho, isto é, o relato em si acerca dos fatos envolvidos e contados em primeira pessoa. O segundo elemento é o próprio mapa corporal, que é o desenho do contorno do próprio corpo, em tamanho real, utilizado para a inserção de elementos significativos da narrativa. Os mapas elaborados pelos participantes foram posteriormente mostrados aos demais membros do grupo, momento em que eles não só explicaram os desenhos como os complementaram com algumas descrições, por escrito. Como último elemento decorrente desta técnica, encontra-se uma orientação para a interpretação de cada figura que será inserida no mapa corporal. Esta orientação foi dada por cada participante no momento da apresentação de seu mapa (GASTALDO et al., 2012; GASTALDO; RIVAS-QUARNETI; MAGALHAES, 2018).

3.5 Análise dos Dados

3.5.1 Dados Quantitativos

Elaborou-se um banco de dados no aplicativo Microsoft Excell e estes foram importados para o software aplicativo *Statistical Package for the Social Sciences – Predictive Analytics Software 22.0* (SPSS–PASW). Este software permitiu e auxiliou na elaboração das análises descritivas dos dados coletados (BAYLISS, 2020).

3.5.2 Dados Qualitativos

Além da análise do resultado visual dos mapas, os dados obtidos foram transcritos em uma narrativa descritiva. No tratamento dos dados qualitativos, utilizou-se o *Software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRaMuTeQ), o qual auxiliou na análise qualitativa desde a coleta dos dados até a elaboração das considerações finais. Nele, o “investigador poderá editar, visualizar, interligar e organizar documentos. Poderá criar categorias, codificar, controlar, filtrar, efetuar pesquisas e questionar os dados com o objetivo de responder às suas questões de investigação” (MENDES et al., 2016; RODRIGUES et al., 2018b; SOUZA et al., 2018).

A utilização da análise temática foi fundamental para a identificação de padrões de análise, e seu método orientou a organização dos dados e facilitou a análise para o alcance dos objetivos da pesquisa. No entanto, apesar dos benefícios da utilização do software, foi na análise temática que essa investigação obteve respostas às questões norteadoras mediante um processo de desconstrução da narrativa e identificação de significados (BRAUN; CLARKE, 2016).

3.6 Procedimentos Éticos

A proposta da pesquisa foi encaminhada aos Gestores das ILPIs do município de Ribeirão Preto, SP, para apreciação e concordância do estudo. A seguir, foi inserida no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão

Preto, USP, via Plataforma Brasil, para apreciação e aprovação, sendo aprovada com número CAAE 89994218.1.0000.5393 (Anexo 4). Ao longo do estudo, foram observados todos os aspectos ético-legais da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, norma vigente no país (BRASIL, 2012).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelos idosos (Apêndice B) e pelos enfermeiros (Apêndice C), em duas vias, sendo que uma ficou de posse do pesquisador e a segunda foi entregue para cada participante do estudo.

Primeiramente, serão apresentados os resultados extraídos dos 23 estudos incluídos na revisão sistemática, os quais constituem as evidências científicas a respeito da tomada de decisão do enfermeiro nos serviços de saúde. No segundo momento, serão dispostos os resultados atinentes ao contexto das Instituições de Longa Permanência para Idosos e sobre a percepção dos enfermeiros quanto à gestão dos cuidados de idosos institucionalizados.

4.1 Tomada de decisão nos Serviços de Saúde: revisão sistemática

Com referência à revisão sistemática, a figura 1 apresenta o fluxograma dos resultados do processo de busca e seleção deste estudo. Esses resultados apresentam uma amostra da revisão publicada no período de 2002 a 2018, que se caracteriza por 20 estudos na língua inglesa, dois na língua portuguesa e um na espanhola. Com relação ao local de desenvolvimento das pesquisas, nota-se grande diversidade: Reino Unido totalizou oito estudos; Suécia e Brasil, três estudos cada; Estados Unidos da América, dois; Dinamarca, Noruega, Canadá, Espanha, Austrália e Irlanda, um estudo cada; e Suíça e Itália desenvolveram um estudo multicêntrico.

No tocante à população dos estudos, 14 escolheram como participantes apenas profissionais de enfermagem; sete outros profissionais, além da enfermagem; um estudo incluiu pacientes e profissionais de enfermagem; e outro, pacientes e outros profissionais, além da enfermagem.

O referencial teórico-metodológico não foi apresentado em 14 estudos e, dentre aqueles que apresentaram esta definição, a *Grounded Theory* obteve maior frequência, sendo identificada em quatro estudos. A Fenomenologia e a Etnografia foram utilizadas em dois estudos cada. Outras teorias adotadas nos estudos foram: Teoria Geral dos Sistemas, Teoria Ética de Michel Foucault e Teoria do Processamento de Informações. Os demais estudos não mencionaram as teorias que fundamentaram suas investigações.

Como ferramenta para coleta dos dados, destacou-se a entrevista, presente em 21 estudos, quer isoladamente (9) ou associada a outras técnicas como observação não participante (7), grupo focal (4) e uso de cenários de simulação realística (1).

Na análise dos dados, foram identificados diferentes recursos para

organização e interpretação, porém com predomínio da análise de conteúdo (13). Identificou-se indicativo do crescimento na utilização de algum software de análise qualitativa (9), sendo o NVIVO da NUD*IST (5) o mais utilizado.

Figura 1- Fluxograma de seleção dos estudos.

Fonte: PRISMA modificado pelo próprio autor (2019).

Os 23 artigos selecionados (ARSLANIAN-ENGOREN; SCOTT, 2014; BURKETT, 2016; BUSANELLO et al., 2014; BUSANELLO; LUNARDI FILHO; KERBER, 2013; CHONG; ASLANI; CHEN, 2013; COHEN-MANSFIELD; LIPSON, 2003; COYLEWRIGHT; MONTORI; TING, 2012; DUNER, 2013; HEDBERG; LARSSON, 2003; HIGUCHI et al., 2002; HOV; ATHLIN; HEDELIN, 2009; LINDBERG et al., 2013; MCCAUGHAN et al., 2005; MOLINA-MULA; GALLO-ESTRADA; PERELLÓ-CAMPANER, 2018; O'CATHAIN et al., 2004; OFFREDY; MPHIL, 2002; PINHEIRO, 2009; RYCROFT-MALONE et al., 2009; SERIGHT, 2011; TAYLOR; DONNELLY, 2006; UPTON et al., 2011; VALCARENGHI et al., 2018; ZOFFMANN; HARDER; KIRKEVOLD, 2008) foram agrupados na Quadro 1, sendo observadas as características dos métodos utilizados na abordagem qualitativa. Assim, foram considerados os meios para a coleta e análise dos dados, tipo de contexto organizacional e participantes.

Quadro 1 – Caracterização metodológica dos estudos selecionados. Ribeirão Preto, SP, 2018.

Artigo	Coleta dos dados	Análise dos dados	Contexto	Participante
(MOLINA-MULA; GALLO-ESTRADA; PERELLÓ-CAMPANER, 2018)	Entrevista semiestruturada e seis cenários para tomada de decisão	Software NUD*IST e análise de conteúdo	Atenção primária	11 enfermeiros e 11 médicos
(VALCARENGHI et al., 2018)	Entrevistas de admissão e alta hospitalar, além de uma conversa da enfermeira com um médico, uma nutricionista e outra enfermeira sobre o paciente	Software "Qualitative Media Analyzer" e o processo indutivo de análise comparativa constante	Unidade de internação de doenças crônicas em um hospital universitário	11 pacientes com diabetes e 8 enfermeiros
(BURKETT, 2016)	Entrevistas semiestruturadas	Análise temática de conteúdo	Dois lares de idosos	14 enfermeiros
(BUSANELLO et al., 2014)	Notas de campo de observações realizadas em 19 atendimentos observados e gravados, em reuniões de planejamento e extraídas de 12 entrevistas semiestruturadas gravadas	Análise de conteúdo, sendo os dados organizados no software NVIVO9	Lar de idoso e uma enfermagem para idosos de um hospital	Equipes interprofissionais das unidades de cuidado e 12 enfermeiros
(ARSLANIAN-ENGOREN; SCOTT, 2014)	Observação das atividades dos enfermeiros nos domicílios, além de reuniões formais e informais e entrevistas em profundidade	Software NUD*IST	Agência de cuidados domiciliares que emprega enfermeiros de cuidados domiciliares. Modelo de gestão da atenção primária	16 enfermeiros
(BUSANELLO; LUNARDI FILHO; KERBER, 2013)	Entrevistas gravadas, além de observação não participante	Os dados foram analisados por meio de codificação em três fases: Codificação Organizacional, Codificação Axial e Codificação Seletiva. A análise progrediu com a organização dos dados em categorias e, por último, para conectar as categorias foi organizada uma história	Atenção primária em zona rural.	12 enfermeiros
(CHONG; ASLANI; CHEN, 2013)	Quatro sessões de educação com avaliação pré e pós-intervenção, além de observação, discussão em grupo e autorrelato das experiências vivenciadas	Análise de conteúdo	Instituição hospitalar	10 enfermeiras
	Entrevista semiestruturada integrada,	Análise temática de conteúdo	Dois centros oncológicos	14 enfermeiros

(DUNER, 2013)	observação não participante e dados organizacionais.			
(LINDBERG et al., 2013)	Entrevista semiestruturada	Análise de conteúdo	Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família	12 enfermeiros
(COYLEWRIGHT; MONTORI; TING, 2012)	Entrevistas em profundidade	Análise do discurso e utilização do software ATLAS.ti versão 6	Medicina interna e departamentos de especialidades de um Hospital Geral.	13 enfermeiros
(SERIGHT, 2011)	Questionários e entrevistas abertas.	Análise de conteúdo	Casa de repouso	70 residentes de lar de idoso, 5 médicos e 12 enfermeiros
(UPTON et al., 2011)	Grupo focal e diário de campo	Análise temática de conteúdo	Hospital de grande porte	03 enfermeiros
(HOV; ATHLIN; HEDELIN, 2009)	Entrevistas individuais semiestruturadas	Análise temática	Estabelecimento de saúde australiano	31 cuidadores de saúde, sendo 07 enfermeiros
(PINHEIRO, 2009)	Entrevistas, observações e análise documental	Estrutura interativa de comparação constante com frequente análise e reanálise dos dados	Clínicas de atenção primária	33 enfermeiros
(RYCROFT-MALONE et al., 2009)	Entrevistas	Abordagem fenomenológica da pesquisa reflexiva do mundo da vida	Enfermaria para idosos em um hospital	12 enfermeiras
(ZOFFMANN; HARDER; KIRKEVOLD, 2008)	Entrevista semiestruturada	Software NVIVO	Clínica geral	20 enfermeiros
(TAYLOR; DONNELLY, 2006)	Entrevistas semiestruturadas e grupos focais	Software NUD*IST	Unidade de cuidados a longo prazo para idosos de uma instituição hospitalar	Equipe interprofissional com enfermeiros
(MCCAUGHAN et al., 2005)	Estudo de caso		Enfermaria da clínica médica	1 médico e 1 enfermeira
(O'CATHAIN et al., 2004)	Grupo focal	Análise de conteúdo	Hospital filantrópico	12 enfermeiros
(COHEN-MANSFIELD; LIPSON, 2003)	Observação não participante, entrevistas semiestruturadas pós-observação com funcionários e pacientes, notas de campo, sessões de feedback e análise documental	Análise indutiva e temática	Uma unidade diabética e endócrina e uma unidade médica cardíaca	41 enfermeiros 6 Médicos 17 Pacientes
(HEDBERG; LARSSON, 2003)	Entrevistas semiestruturadas	Análise de conteúdo	Atenção primária à saúde	6 enfermeiros
(HIGUCHI et al., 2002)	Análise de decisões clínicas e	Análise de conteúdo	Unidade de cuidados	157 enfermeiros

	entrevistas por escrito.		intensivos	
(OFFREDY; MPHIL, 2002)	Entrevista semiestruturada	Análise de enquadramento e software Winmax	Enfermeiros vinculados ao Serviço Nacional de Saúde	43 enfermeiros

Fonte: Elaborada pelo próprio autor (2019).

Os 23 artigos selecionados foram revisados quanto à qualidade metodológica, sendo que nenhum foi excluído em função dos resultados obtidos. Todos apresentaram congruência entre a metodologia da pesquisa e as questões e objetivos propostos e alcançaram, como resultado da avaliação, qualidade moderada e alta. Além disso, 12 estudos preencheram todos os 10 critérios de avaliação crítica, nove atenderam a nove critérios e três cumpriram oito critérios. O critério com maior frequência foi a congruência entre a perspectiva filosófica e a metodologia de pesquisa, com ausência identificada em sete estudos. O critério com maior ausência foi sobre a influência do pesquisador na pesquisa, isto é, se ele examina criticamente seu próprio papel e o potencial desta influência durante a coleta de dados.

Os estudos identificaram espaços institucionais variados, que se configuram entre ambientes hospitalares gerais e especializados, clínicas, casas de idosos, atenção primária em unidades de saúde, rurais e urbanas, além de serviços domiciliares. Essa multiplicidade de contextos foi fundamental para o alcance do objetivo deste estudo, uma vez que os resultados apresentados são representativos de uma diversidade significativa de serviços de saúde que contam com a presença do enfermeiro na gestão e composição do cuidado.

Com base no modelo teórico adotado e nas evidências científicas identificadas nesta revisão, é possível visualizar a tomada de decisão como ferramenta gerencial, inserida em uma rede de negociação complexa na busca de resultados pautados na qualidade assistencial.

Nesse sentido, foram identificados quatro fatores que influenciam o enfermeiro em sua tomada de decisão, são eles: institucional, individual, inter-relacional e assistencial. Esses fatores compõem a rede de negociação do enfermeiro, uma vez que determinam os elementos estruturantes da gestão do cuidado e os processos que se constituem na busca dos resultados esperados. A Figura 2 representa esse espaço organizacional identificado nos estudos, o qual compõe a tomada de decisão do enfermeiro nos serviços de saúde.

Figura 2 - Dimensão organizacional para a tomada de decisão da enfermagem. Ribeirão Preto, SP, 2018.

Fonte: Elaborada pelo próprio autor (2019).

O modelo NREM distribui os elementos fundamentais do cuidado em enfermagem em estrutura, processo e resultados e acrescenta que estes se organizam em ações individuais e inter-relacionais. O enfermeiro se caracteriza como elemento de conexão dos diversos interesses envolvidos no cuidado e, dessa forma, sua tomada de decisão tem papel relevante no equilíbrio entre os interesses institucionais, as necessidades apresentadas pelos usuários e a capacidade gerencial e executora da enfermagem.

O objeto desta investigação se configura pela tomada de decisão do enfermeiro nos serviços de saúde. Nesse sentido, a análise dos artigos selecionados contribuiu para a identificação de segmentos de textos, bem como para agrupá-los, formular inferências e nomear categorias que sintetizassem características fundamentais deste processo.

Foram identificados 178 segmentos de textos, denominados achados, os quais, mediante a similaridade de significados, formaram 10 subcategorias e 4 categorias subjacentes. Essa meta-agregação permitiu sintetizar os achados e caracterizar, de forma ampla, diversos fatores envolvidos com o processo decisório do enfermeiro nos serviços de saúde, conforme sínteses abaixo, na Tabela 1. Nela, está identificado o número de segmentos de texto (achados) que foram agregados e

contribuíram para a identificação das subcategorias e, pelo agrupamento, nomearam as categorias principais.

Tabela 1 – Identificação da formação das categorias de análise temáticas referentes à tomada de decisão. Ribeirão Preto, SP, 2018.

Achados	Subcategorias	Categorias	Síntese dos achados
22	Processo		A sistematização do processo decisório permite o melhor planejamento e organização das etapas necessárias para
33	Apoio	Sistematização do processo decisório	a tomada de decisão e a identificação de sistemas de apoio úteis à sua execução.
11	Pressupostos	Elementos determinantes	Elementos que favorecem ou dificultam o processo decisório.
30	Barreiras	do processo decisório	
46	Facilitadores		
10	Cliente	Participantes	O modelo de gestão adotado determina os participantes do processo decisório.
07	Família	do processo decisório	
13	Profissionais		
05	Poder	Tipo de poder e foco da	A configuração final do processo decisório será definida pelo tipo de poder e foco que a orienta.
04	Foco	decisão	

Fonte: Elaborada pelo próprio autor (2019).

A seguir, está descrito o processo de elaboração das categorias identificadas.

A) Síntese 1: Sistematização do processo decisório

A categoria que aborda a sistematização faz referência ao planejamento e organização das etapas necessárias para a tomada de decisão e identificação de sistemas de apoio, individual e institucional, úteis à sua execução. Foram apresentados diversos apoios com nomenclaturas distintas. No momento da meta-agregação, ficaram denominados como manuais e protocolos, ferramentas gerenciais, informações disponibilizadas na internet, colegas de trabalho (fontes

humanas), histórico de situações, prática baseada em evidências, experiência pessoal, banco de dados, livros e software (MCCAUGHAN et al., 2005; MOHER et al., 2009; MOLINA-MULA; GALLO-ESTRADA; PERELLÓ-CAMPANER, 2018; O'CATHAIN et al., 2004; PINHEIRO, 2009; SERIGHT, 2011; UPTON et al., 2011).

O processo para a tomada de decisão pelo enfermeiro também foi descrito com características específicas de distintas realidades, mas que, mediante a análise de similaridade, pôde ser composto pelas seguintes etapas: definir o problema, coletar os dados, identificar opções, atribuir pesos aos resultados esperados, verificar os riscos relacionados, considerar o impacto de todos, tomar a decisão, agir e avaliar (BURKETT, 2016; HEDBERG; LARSSON, 2003; OFFREDY; MPHIL, 2002; PINHEIRO, 2009).

B) Síntese 2: Elementos determinantes do processo decisório

A categoria referente aos determinantes apresenta elementos que interferem diretamente na qualidade da tomada de decisão. Nesse sentido, as evidências foram agrupadas em três subcategorias: pressupostos, facilitadores e barreiras.

Os pressupostos se referem às condições mínimas criadas para o êxito na tomada de decisão, sendo nomeados como coerência organizacional, planejamento e ajustes do cuidado, adequação entre necessidades e recursos, reflexão situacional e mútua, gestão dos riscos, definição de competências, protagonismo profissional e conduta ética (BURKETT, 2016; BUSANELLO; LUNARDI FILHO; KERBER, 2013; COHEN-MANSFIELD; LIPSON, 2003; DUNER, 2013; LINDBERG et al., 2013; O'CATHAIN et al., 2004; TAYLOR; DONNELLY, 2006; ZOFFMANN; HARDER; KIRKEVOLD, 2008). Os pressupostos devem ser considerados pré-requisitos para a eficácia na tomada de decisão, além da rigorosa observação de fatores que podem favorecer ou não o resultado esperado.

São apresentados como facilitadores para a tomada de decisão, ações de educação em saúde, apreciação por parte dos colegas das decisões a serem tomadas, estabelecimento de confiança, construção da relação terapêutica e manutenção de comunicação focada (ARSLANIAN-ENGOREN; SCOTT, 2014; BURKETT, 2016; BUSANELLO et al., 2014; CHONG; ASLANI; CHEN, 2013; COHEN-MANSFIELD; LIPSON, 2003; DUNER, 2013; HIGUCHI et al., 2002; PINHEIRO, 2009; SERIGHT, 2011).

Também foram identificadas algumas barreiras que dificultam o êxito no processo decisório: sobrecarga de trabalho, insegurança na atividade profissional, pouco tempo para decidir, interesse econômico, estereótipos profissionais, dependência funcional, informações não organizadas, cultura de decidir sem informação, limitações na comunicação e no uso da tecnologia, trabalho isolado, muita responsabilidade e pouco poder (BUSANELLO et al., 2014; BUSANELLO; LUNARDI FILHO; KERBER, 2013; COHEN-MANSFIELD; LIPSON, 2003; DUNER, 2013; HIGUCHI et al., 2002; HOV; ATHLIN; HEDELIN, 2009; LINDBERG et al., 2013; RYCROFT-MALONE et al., 2009).

C) Síntese 3: Participantes do processo decisório

Neste agrupamento, as evidências indicam as pessoas que podem participar do processo de tomada de decisão. Essa participação se estende desde uma atividade exclusiva do enfermeiro até ações que envolvem integralmente a equipe de profissionais de saúde, além do idoso e sua família (ARSLANIAN-ENGOREN; SCOTT, 2014; BURKETT, 2016; DUNER, 2013; SERIGHT, 2011; VALCARENGHI et al., 2018), paciente (ARSLANIAN-ENGOREN; SCOTT, 2014; BURKETT, 2016; COHEN-MANSFIELD; LIPSON, 2003; DUNER, 2013; HIGUCHI et al., 2002; O'CATHAIN et al., 2004; RYCROFT-MALONE et al., 2009; SERIGHT, 2011) e, ainda, a família do paciente (ARSLANIAN-ENGOREN; SCOTT, 2014; BURKETT, 2016; COHEN-MANSFIELD; LIPSON, 2003; DUNER, 2013; HIGUCHI et al., 2002; O'CATHAIN et al., 2004; RYCROFT-MALONE et al., 2009; SERIGHT, 2011).

Assim, os achados do estudo apresentam a possibilidade de menor ou maior participação no processo decisório, de modo que a decisão tomada de forma única pelo enfermeiro representa uma configuração verticalizada na estrutura das relações profissionais, com pouca participação de outros integrantes na composição do cuidado. Na medida em que ocorre a inclusão de outros participantes na tomada de decisão, essa estrutura se torna, cada vez mais, horizontalizada e participativa.

D) Síntese 4: Tipo de poder e foco da decisão

A última categoria identificada agrega os resultados referentes a diretrizes e tipos de tomada de decisão. A primeira foi identificada como “tomada de decisão compartilhada” e a segunda como “tomada de decisão focada no cliente”.

A primeira diretriz se refere ao poder de quem decide. A grande maioria

dos estudos não apresenta essa discussão, pressupondo a predominância do modelo tradicional, no qual a decisão é atribuída a quem presta o serviço. No entanto, alguns estudos apresentaram como alternativa a este modelo a tomada de decisão compartilhada (BUSANELLO et al., 2014; CHONG; ASLANI; CHEN, 2013; COHEN-MANSFIELD; LIPSON, 2003; HIGUCHI et al., 2002; LINDBERG et al., 2013; O'CATHAIN et al., 2004; RYCROFT-MALONE et al., 2009; SERIGHT, 2011), em referência à possibilidade de incluir no processo de decisão todos aqueles envolvidos na construção do cuidado.

A segunda considerou o foco, isto é, as decisões são assumidas de acordo com as necessidades apresentadas pelo cliente. É a chamada de tomada de decisão centrada no cliente (BURKETT, 2016; BUSANELLO et al., 2014; COHEN-MANSFIELD; LIPSON, 2003; HIGUCHI et al., 2002; LINDBERG et al., 2013).

Diante do exposto, a revisão realizada configura a tomada de decisão do enfermeiro nos serviços de saúde, conforme proposto na figura 03, a seguir:

Figura 3 - Configuração da Tomada de Decisão do Enfermeiro nos Serviços de Saúde. Ribeirão Preto, SP, 2018.

Fonte: Elaborada pelo próprio autor (2020).

4.2 Caracterização dos Idosos Institucionalizados

Das 17 Instituições de Longa Permanência para Idosos cadastradas na Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, nove participaram deste estudo. No período da coleta de dados, de um total de 245 idosos atendidos nessas instituições, 76 (31%) eram do sexo masculino e 169 (69%) do feminino, sendo que duas instituições atendiam, exclusivamente, pessoas do sexo feminino. Quanto à naturalidade, 205 (83%) idosos eram de São Paulo, 28 (11%) de Minas Gerais e os demais distribuídos em vários estados. Dois eram imigrantes: um de Portugal e o outro da Espanha. Com relação ao nível de escolaridade, cinco (2%) nunca frequentaram a escola, 192 (78%) cursaram o ensino fundamental, 31 (13%) o ensino médio, 15 (6%) o ensino superior e 2 (1%) fizeram pós-graduação.

Quanto ao estado civil, foram identificados 75 (31%) idosos solteiros, 18 (7%) casados, 28 (11%) separados e 124 (51%) viúvos. Ainda, 79 (32%) idosos não tiveram filhos. Dos 166 (68%) com filhos, 59 (36%) tiveram um, 56 (34%) dois e 51 (30%) três ou mais, sendo que um idoso teve oito filhos. Desses, 156 (64%) tiveram netos, que variaram de um (10 idosos) a 15 netos (um idoso).

Com relação à renda, 45 idosos não possuíam renda própria. Dos que tinham renda, 103 recebiam o equivalente a um salário mínimo, 30 a dois, 31 a três salários mínimos e os demais se distribuíram nos outros valores, com o limite de 15 salários mínimos que um idoso tinha direito a receber.

Conforme Tabela 2, as Instituições apresentaram variações quanto ao número de idosos institucionalizados, entre oito e 73, porém não foi identificada diferença significativa entre as instituições na média de idades apresentadas, de 79,01 a 85,67 anos, sendo $F=1,38$ e $p=0,21$. Dos 245 idosos institucionalizados, 124 (51%) tinham mais de 80 anos, um deles centenário. Em uma das instituições, a presença de idosos acima de 80 anos chegou a 75% em relação ao total.

Sobre o tempo total na instituição, identificou-se diferença entre as instituições na média de tempo, com $F=5,07$ e $p=0,00$, sendo que a instituição 1 abrigava pessoas com maior tempo de internação ($M=5,11\pm4,03$ anos) e a instituição 3, pessoas com menor tempo ($M=1,30\pm0,657$ anos). A instituição 1 apresenta alguns dados interessantes, pois, além de ser a instituição com maior média de tempo de institucionalização e menor média etária, também apresentou a maior presença

relativa de idosos que não tinham filhos, sendo esta de 27%. Por outro lado, a instituição 3, com menor tempo de institucionalização, obteve a maior média de filhos por idoso, 1,9 filhos.

Os dados referentes à MIF apresentaram diferenças entre as instituições ($F=5,70$ $p=0,00$). A instituição 9 abrigava idosos com menor independência ($M=5,496\pm2,0079$ pontos) e a instituição 7, pessoas com maior independência ($M=2,369\pm1,5080$). Importante observar que, nos idosos das instituições pesquisadas, não foi identificada qualquer relação que associe idade com nível de dependência. Os idosos da instituição com maior média etária foi a quinta em nível de dependência e com escore acima dos quatro pontos. Por outro lado, os idosos da ILPI com menor média etária possuía o segundo maior escore em nível de dependência.

No entanto, ao relacionar os resultados encontrados dos níveis de independência e dependência dos idosos com os dados obtidos por meio do *Body Mapping*, foi verificado que nas instituições com idosos com maior dependência, os enfermeiros apresentaram maior vínculo afetivo com a atividade profissional.

Tabela 2 - Identificação da Idade, do Tempo de Instituição e da MIF em idosos institucionalizados. Ribeirão Preto, SP, 2018.

ILPIs	N		Idade	Tempo de Instituição		MIF	
	N	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão
1	73	79,01	8,647	5,11	4,030	3,699	2,1075
2	20	84,55	8,166	2,60	2,234	3,770	1,7786
3	20	80,55	8,918	1,30	0,657	4,455	1,2542
4	9	85,67	8,185	1,56	0,726	4,100	1,8398
5	8	80,25	9,130	1,88	0,641	4,963	2,1672
6	20	80,20	7,641	2,20	0,410	3,970	1,5772
7	14	81,21	9,924	2,64	0,929	2,369	1,5080
8	35	81,14	9,540	4,37	3,671	4,451	1,2680
9	46	82,07	7,582	4,47	4,480	5,496	2,0079
Total	245	80,98	8,628	3,75	3,566	4,221	1,9589

Fonte: Elaborada pelo próprio autor (2020).

4.3 Caracterização da Enfermagem nas Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIS

Participaram deste estudo 15 enfermeiros de nove Instituições de Longa Permanência para Idosos, com idade entre 23 e 40 anos, sendo 14 mulheres e um homem, oito solteiros, seis casados e um viúvo. O tempo de formação acadêmica alternou de um a 18 anos, com predomínio entre oito e 11, e o tempo de experiência não divergiu, de forma significativa, do tempo de formação. Porém, em relação ao tempo de atuação na ILPI, predominou o intervalo de um a dois anos, com 10 enfermeiros, conforme gráfico 01.

Os dados coletados nas ILPIs indicam a presença de 12 (80%) enfermeiros com tempo de formação acadêmica menor que 10 anos e 13 (87%) com experiência profissional em enfermagem inferior a 10 anos, sendo que um destes incluiu dois anos trabalhados como técnico de enfermagem. Do total de 15 enfermeiros, 14 (93%) trabalhavam na instituição há menos de cinco anos.

Gráfico 1 - Perfil profissional dos enfermeiros das ILPIs. Ribeirão Preto, São Paulo, 2018.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor (2020).

As ILPIs participantes deste estudo apresentavam um quadro de enfermeiros com tempo reduzido de formação acadêmica e experiência profissional, situação agravada pelo tempo ainda mais reduzido de permanência na instituição. Além disso, apenas três enfermeiros possuíam pós-graduação, sendo uma *stricto sensu* na área de saúde do idoso e duas *lato sensu* em outras áreas de conhecimento.

A aplicação da *Practice Enviroment Scale* (PES) contribui para a compreensão do ambiente organizacional que envolve a atividade de enfermagem em cinco dimensões (subescalas): 1. valor da enfermagem no contexto institucional, 2. busca da qualidade pela enfermagem, 3. habilidade do gerente de enfermagem para com sua equipe, 4. disponibilidade de recursos para que a enfermagem desenvolva um serviço de qualidade e 5. relações de trabalho entre médicos e enfermeiros (GASPARINO et al., 2019; GASPARINO; GUIRARDELLO, 2017).

Os dados coletados pela aplicação do PES não foram submetidos a uma análise estatística, uma vez que o número de enfermeiros participantes deste estudo foi reduzido. Entretanto, os resultados obtidos contribuem para a descrição do ambiente organizacional das ILPIs, na percepção dos enfermeiros, e as subescalas que compõem o instrumento foram apresentadas de forma descritiva.

Na dimensão 1, referente ao valor da enfermagem no contexto institucional, os itens foram respondidos com amplo predomínio de “concordo plenamente”, principalmente aqueles que abordavam as decisões institucionais compartilhadas e a interação entre a gerência de enfermagem e a equipe. Assim, é possível considerar que o enfermeiro nas ILPIs é valorizado pela equipe de enfermagem e por outros profissionais de saúde prestadores de serviço e que este reconhecimento favorece sua inclusão e participação ativa no planejamento institucional.

Também foi avaliada nesse instrumento a dimensão 2, sobre a percepção dos enfermeiros com relação aos fundamentos básicos de enfermagem para um cuidado de qualidade. Os itens que compõem este tópico obtiveram valores baixos e oscilaram entre “discordo parcialmente” e “discordo totalmente”. Contudo, a variável referente à educação continuada foi a que obteve o menor escore e se apresenta como um aspecto altamente fragilizado nas ILPIs, sendo identificada como ausente para 13 (87%) enfermeiros. Os resultados indicam ausência de cultura de qualidade entre os trabalhadores de enfermagem e carência de cuidado baseado em evidências na assistência nas Instituições de Longa Permanência para Idosos.

A dimensão 3 foi a que se apresentou com a melhor avaliação, e ela se

refere ao papel do gerente de enfermagem nas ILPIs. Todos os participantes concordaram totalmente com as afirmações que reconhecem a função gerencial do enfermeiro nas ILPIs. Assim, houve pleno reconhecimento destes profissionais pela liderança exercida, aprendizagem pelos erros, elogio pelo trabalho de qualidade e suporte para o trabalho da equipe. O enfermeiro que trabalha nas ILPIs assume o protagonismo na sua equipe e exerce a liderança positiva, caracterizada por ações motivacionais e de suporte para a equipe. Tal atitude é fundamental para manutenção de uma assistência de qualidade, uma vez que consegue estabelecer uma micropolítica própria da equipe, mesmo em um contexto onde não foi identificada a presença de cultura de qualidade. Também é possível que essa reconhecida função gerencial do enfermeiro tenha influenciado para que o valor da enfermagem para a instituição fosse avaliado de forma satisfatória, no item anterior.

A avaliação do dimensionamento de pessoal de enfermagem (dimensão 4) oscilou com identificação de condição parcial para atender às necessidades de cuidado, maior déficit nos serviços de apoio, com consequente comprometimento do tempo de dedicação aos pacientes, e falta de oportunidade de discussão com outros enfermeiros sobre os cuidados oferecidos. As ILPIs possuem quantitativo de pessoal de enfermagem limitado e, não raro, cuidadores são inseridos nas equipes para complementar a assistência. Esse déficit de pessoal desencadeia variáveis como o comprometimento do tempo de dedicação aos residentes e a ausência de possibilidade de discussão dos cuidados com outros enfermeiros. Vale destacar que apenas uma das instituições investigadas disponibilizava dois enfermeiros no mesmo turno.

A relação da equipe de enfermagem com a equipe médica (dimensão 5) obteve avaliação que oscilou entre satisfatória e não satisfatória. Inicialmente, a relação entre ambas as equipes foi considerada boa, porém apenas quando a escala direcionou as variáveis para um trabalho interdisciplinar, caracterizado pela integração e interdependência entre os profissionais. Assim, na avaliação do trabalho em equipe, a satisfação diminui e se mantém em uma posição mediana. Por outro lado, quando a questão aponta para a colaboração, no sentido de prática conjunta, foi identificado o predomínio de “discordo totalmente”.

Embora as ILPIs contem com outros profissionais além da enfermagem, principalmente o médico, o processo de trabalho não está organizado em um formato colaborativo e de alternância de protagonismo, de modo que as ações ainda são,

predominantemente, independentes.

Apesar de não ser possível o adequado tratamento estatístico dos dados obtidos pela aplicação do PES, a sua utilização proporcionou um olhar para o ambiente institucional das ILPIs e sua influência no trabalho da enfermagem. Os fatores institucionais dependentes de ações no nível macro organizacional das ILPIs pesquisadas apresentaram fragilidades significativas, porém, no nível operacional, foi evidenciado um esforço pessoal da equipe de enfermagem na tentativa de compensar essas fragilidades e garantir uma assistência qualificada. O enfermeiro busca blindar sua equipe e residentes de fatores que podem fragilizar ou comprometer o cuidado prestado.

4.4 Enfermagem em Instituições de longa permanência para Idosos

A análise qualitativa teve início mediante a utilização do *software IRaMuTeQ* versão 0.7 alpha 2. Trata-se de um software de uso livre, criado por Pierre Ratinaud, e conta com dicionários completos de vários idiomas como suporte para análise. Inicialmente, foi utilizado no Brasil por pesquisadores que investigavam as representações sociais, porém, atualmente, tem sido usado em diversas linhas da pesquisa qualitativa (RODRIGUES et al., 2018b; SOUZA et al., 2018; STRAPASSONI; CÁSSIA R. G. MEDEIR, 2009).

Dessa forma, após a transcrição, no *LibreOffice Writer* do pacote *LibreOffice.org*, dos testemunhos obtidos durante a realização do *Body-Mapp Storytelling*, foi preparado o *corpus* para processamento e agrupamento das palavras, com significância estatística no *IRaMuTeQ* para a análise de similitude. Como resultado, obteve-se a árvore máxima que, com base na teoria dos grafos, permitiu a identificação de co-ocorrências entre as palavras presentes nas entrevistas (MENDES et al., 2016; RODRIGUES et al., 2018b; SOUZA et al., 2018).

A trama associativa presente na figura 04 configura conexões importantes entre os termos mais significativos do *corpus*, sendo a mais significativa delas observada entre os dois núcleos principais: “enfermagem” e “idoso”. Cada um deles, em um nível secundário, forma conjuntos semânticos que ilustram as representações feitas durante a execução do *Body_Mapp Storytelling*. Outros núcleos se destacaram, porém com menos força, tais como “instituição” e “sozinho” associados ao primeiro

Os dados coletados mediante a utilização do *Body Mapping* foram, posteriormente, submetidos à análise temática de conteúdo (BRAUN; CLARKE, 2016) e organizados de acordo com o NREM (IRVINE; SIDANI; HALL, 1998; SIDANI; DOIDGE, 2002), para distribuição das categorias em três grupos: estrutura, processo e resultados.

4.4.1 Estrutura das ILPIs

O *corpus* constituído pelas entrevistas permitiu a análise léxica com auxílio do Iramuteq e a realização da análise temática de conteúdo. Ele foi obtido após a elaboração do mapa corporal pelos entrevistados e com base na história contada por cada um após reflexão acerca de seu próprio mapa. A seguir, a Figura 5 apresenta três mapas na íntegra:

Figura 5 - Mapas completos do *Body Mapping*. Ribeirão Preto, SP, 2018.

Fonte: Técnica *Body Mapping* aplicada pelo próprio autor (2019).

Quando analisada a estrutura da ILPI, os componentes básicos fundamentais a serem considerados são a organização, o residente e o profissional de enfermagem. No caso da organização, as falas dos enfermeiros indicaram um ambiente institucional com diversas limitações físicas, materiais e de pessoas. As Instituições de Longa Permanência para Idosos se caracterizam como organizações de médio e pequeno porte, nas quais a estrutura administrativa é reduzida e há uma relação direta entre o operacional e o gerencial. Em alguns casos, principalmente nas organizações de caráter privado, a gestão macro é realizada pelo proprietário. Tal estrutura evidenciou uma relação direta do enfermeiro com o proprietário, porém com reduzida autonomia, uma vez que para cada decisão tomada é necessário o pronto consentimento. Neste aspecto, houve apenas uma referência no *Body Mapping* que expressou essa dificuldade gerencial enfrentada pelo enfermeiro no ambiente das ILPIs, sendo o aspecto financeiro destacado na Figura 6.

Figura 6 - Identificação do fator Finanças em *Body Mapping*. Ribeirão Preto, SP, 2018.

Fonte: Técnica *Body Mapping* aplicada pelo próprio autor (2019).

“Porque não depende da gente, depende do financeiro, depende do apoio da própria dona, porque lá é uma clínica particular. E assim, a gente não consegue ir além.” (Enf. 02)

Outros fatores são apresentados na Figura 7 e, na sequência, nas falas dos enfermeiros:

Figura 7 - Identificação dos fatores limitadores da gestão em *Body Mapping*. Ribeirão Preto, SP, 2018.

Fonte: Técnica *Body Mapping* aplicada pelo próprio autor (2019).

“Só eu como enfermeira, têm as técnicas de enfermagem, não tem médico. Às vezes, eu me sinto sozinha nessa questão de troca” (Enf. 04)

“...a gente ainda tem muita dificuldade em realizar algumas coisas, realizar alguns processos.” (Enf. 08)

“Então a gente tem que fazer de tudo com ele lá. E a clínica é nova, e tem hora que assim, eu fico perdida, né, porque eu sou sozinha lá, né. Só eu como enfermeira, têm as técnicas de enfermagem, não tem médico.” (Enf. 09)

As entrevistas apresentam um perfil profissional do enfermeiro da ILPI que está inserido em equipes inter e intraprofissionais, uma vez que foi identificada a presença de auxiliares e técnicos de enfermagem, além de cuidadores e de outros profissionais de saúde como médicos, nutricionistas e fisioterapeutas, ainda que de forma ocasional. Porém, na prática, essa atuação não se apresenta de forma articulada e complementar, pois há apenas um atendimento pontual de cada profissional participante. No *Body Mapping*, uma participante apresentou sua própria limitação técnica e complementou o desenho com a descrição da ausência do “olhar holístico”, conforme Figura 8. Em seguida, algumas falas reiteram esta ausência de uma equipe mais presente e articulada:

Figura 8 - Identificação da ausência de olhar holístico em *Body Mapping*.

Fonte: Técnica Body Mapping aplicada pelo próprio autor (2019).

“...porque eu sou nova nisso, na parte do idoso. No começo fiquei até um pouco mal na minha situação, porque veio tudo na minha cabeça: será que eu vou ter família para cuidar de mim? Como que é lidar com a questão da morte?” (Enf. 01)

“Então a gente tem que fazer de tudo com ele lá. E a clínica é nova, então assim, eu tenho uma abertura muito grande lá, pela dona ser fisioterapeuta, então tem uma proximidade muito boa com os pacientes. Só eu como enfermeira, têm as técnicas de enfermagem, não tem médico fixo, apenas para consulta semanal.” (Enf. 04)

“E a gente se cobra muito e não tem com quem dividir as dúvidas... Os outros profissionais passam e só fazem a parte deles...” (Enf. 03)

Decorrente dessa desarticulação enquanto equipe, o enfermeiro passa a dedicar-se com maior empenho para conquistar credibilidade e respeito. No entanto, por não ter com quem compartilhar suas dúvidas e interagir profissionalmente, sente-

se como alvo das queixas e cobranças, algumas feitas por si mesmo, pelos idosos e, ainda, pelos familiares, conforme Figura 9.

Figura 9 - Autopercepção como alvo em *Body Mapping*. Ribeirão Preto, SP, 2018.

Fonte: Técnica *Body Mapping* aplicada pelo próprio autor (2019).

“Eu até coloquei um “alvo” porque, às vezes, eu me sinto mesmo um alvo, as famílias me cobram muito. Então assim, eu sou a mira. Passam outros profissionais por lá, mas não existe muita troca entre nós. (Enf. 05)

Além disso, essas equipes foram identificadas como insuficientes diante da demanda de cuidado apresentada pelos idosos, de modo que a sobrecarga de trabalho foi explicitada pela maioria dos participantes. Porém, como atenuante dessa sobrecarga identificada, a relação do enfermeiro com os idosos se caracterizou pelo vínculo afetivo, sustentado pelo sentimento de responsabilidade pelos residentes e pela projeção do cuidado que esperam receber na própria velhice:

Então eu tento passar isso pra eles, muitas vezes realmente estou com sobrecarga de trabalho, é telefone, é reunião, é não sei o quê?” (Enf. 03)

“Então, vendo os idosos, eu comecei a me ver neles e eu comecei a despertar em mim mesmo até o medo de envelhecer. Eu falo até hoje que tenho medo de envelhecer porque eu não quero chegar na situação que eu vejo alguns pacientes.” (Enf. 04)

“É, eu acho que ainda falta com certeza, mais tempo para poder estar com o idoso, isso eu sinto falta.” (Enf. 07)

“Eu acho que trabalhar no envelhecimento ensina a gente a ser pessoas melhores. Leva a gente a caminhar por uma vida mais saudável, porque você começa a pensar como é que você vai envelhecer, e aí você fica preocupado com a forma que você está vivendo a própria vida.” (Enf. 06)

“Porque a gente realmente vira mãe de todo mundo, não só dos idosos, mas também da equipe. Eu tenho trinta e quatro funcionários que são a minha responsabilidade e é pouco. Precisava de mais...” (Enf. 07)

“Agora e o paciente idoso que está ali o tempo inteiro, né, como lidar com isso? Estou tentando trabalhar ainda, já melhorei muita coisa dentro de mim na questão do psicológico, mas ainda tenho que trabalhar muito isso. Do que fazer com eles e do que fazer comigo também, como é que eu vou receber isso. Tem toda essa pressão. O que alivia um pouco é o que sentimos por eles...” (Enf. 08)

“Então eu comecei a compartilhar essa responsabilidade dentro de mim, começando a dar mais valor para as pessoas também que são a minha família. Eu comecei a pensar formas de eu também ter esse tempo para cuidar de mim e da minha família; e isso foi muito importante pra mim.” (Enf. 09)

Essa relação entre o idoso e o enfermeiro ficou caracterizada, por diversas vezes, pelo vínculo afetivo. Vários mapas corporais apresentaram um coração para representar o elemento principal de motivação e superação das dificuldades e limitações vivenciadas cotidianamente nas instituições. Na Figura 10, é possível observar algumas imagens utilizadas para expressar este vínculo:

Figura 10 - Percepção do vínculo afetivo no *Body Mapping*. Ribeirão Preto, SP, 2018.

Fonte: Técnica *Body Mapping* aplicada pelo próprio autor (2019).

A qualificação das equipes de trabalho emergiu como um aspecto importante e que necessita de um planejamento mais efetivo. Os enfermeiros identificaram três aspectos relevantes a esse respeito: o cuidado dos idosos não era a primeira opção de emprego, o que sugere uma provável falta de preparo para esta função; há falta de educação continuada para os colaboradores e, por conseguinte, dependência maior de decisões do enfermeiro no direcionamento das atividades diárias da ILPI; e a realização de atividades para as quais ele não obteve qualificação em sua formação profissional. Essas constatações estão presentes nas falas a seguir:

“...Nunca pensei em trabalhar aqui...” (Enf. 03)

“...Estava sem emprego, quando surgiu esta oportunidade e eu fui tentar...” (Enf. 05)

“Falta preparo para todos e isso nos dá muita insegurança...” (Enf. 08)

“Em alguns momentos, não sabemos como reagir... temos medo de errar...” (Enf. 09)

Assim, essa falta de preparo suscita indagações e reflexões constantes nos enfermeiros em relação à qualidade do cuidado oferecido, à própria vida, à morte e aos diversos sentimentos conflitantes a que estão diariamente expostos, conforme se observa na Figura 11.

Figura 11- Indagações dos enfermeiros no *Body Mapping*. Ribeirão Preto, SP, 2018.

Fonte: Técnica *Body Mapping* aplicada pelo próprio autor (2019).

Com relação ao idoso, dois fatores foram indicados como determinantes do cuidado oferecido: nível de participação da família e nível de dependência do idoso. Por outro lado, o próprio idoso foi apresentado como o fator motivacional para a dedicação diária, tanto pelo vínculo afetivo estabelecido diante das fragilidades inerentes ao processo de envelhecimento quanto pela gratidão e reconhecimento por ele manifestados, deliberadamente, com referência aos cuidados recebidos.

Aliás, o reconhecimento mais significativo pelo trabalho realizado foi percebido nos idosos. Reconhecimento pelo cuidado, ou simplesmente pela presença ao lado, mas que, aos poucos, vai adquirindo uma conotação de vínculo familiar. A Figura 12 ilustra esse sentimento, que também foi enaltecido em algumas entrevistas:

“...é um dia a dia de esperança de que nós temos muitos idosos que são abandonados pela família e a gente vê como que nós

somos importantes ali...” (Enf. 03)

“E os idosos precisam que se sente e escute eles. Embora lá seja uma clínica particular, eu vejo muito que algumas famílias vão lá todo dia e tem umas que nunca aparecem...” (Enf. 05)

“E aí, de repente, a gente se cobra tanto da família, mas, na verdade, quem abandonou ele primeiro não foi o próprio familiar. Muitas vezes, de uma certa forma, ficou traumatizado ou simplesmente não se formou mais vínculo. Então é como se fosse uma pessoa desconhecida, que estava perdida no mundo, de repente virou idoso, de repente caiu numa instituição e de repente aquele filho que ele nem criou virou responsável por ele. Porque o filho é sempre responsável pelo pai.” (Enf. 06)

“A gente aprende a valorizar mais as pessoas porque as coisas passam.” (Enf. 01)

“...eles voltam a ser crianças e dependem de nós para tudo...” (Enf. 02)

Figura 12 - Percepção do reconhecimento no *Body Mapping*. Ribeirão Preto, SP, 2018.

Fonte: Técnica *Body Mapping* aplicada pelo próprio autor (2019).

4.4.2 Processos nas ILPIs

A gestão do cuidado nas ILPIs foi caracterizada como uma tarefa complexa, uma vez que o cuidado do idoso não se restringe a uma assistência formal como as relacionadas a medicamentos e alimentação. Os enfermeiros expressaram, verbalmente ou nos desenhos, que a atenção integral ao idoso requer o atendimento de necessidades emocionais, sociais e, muitas vezes, intervenções junto à família, na tentativa de resgatar um vínculo familiar fragilizado. A Figura 13 apresenta alguns elementos por eles destacados como essenciais na constituição do cuidado humanizado ao idoso institucionalizado, que se encontra distante do convívio familiar:

“A gente tem medicamento, comida a gente vai receber, não é? Alguém vai dar para gente comida e remédio, mas e o amor? E o carinho?” (Enf. 03)

“E como eu sou uma pessoa muito brincalhona, muito extrovertida, eu comecei a brincar com os idosos, né, dali. De qualquer coisa que eles gostem, de cosquinha, de abraçar, de dar beijo, dá apelido – apelido carinhoso – e elas me dão apelido também.” (Enf. 04)

“Eu não me vejo hoje trabalhando em outro lugar a não ser lá. Quando eu chego e falo: “- Bom dia!” Eu já escuto um trem: “- Oi mãe!” (risos) É outra coisa para mim! É uma humanização do cuidado.” (Enf. 07)

Figura 13 - Cuidado humanizado no *Body Mapping*. Ribeirão Preto, SP, 2018.

Fonte: Técnica *Body Mapping* aplicada pelo próprio autor (2019).

Essas relações de cuidado remetem à criação de vínculos que conferem significado ao cotidiano. Os relatos dos enfermeiros apontam para esse vínculo como fundamental para o estabelecimento de uma relação terapêutica, porém também afetiva. Como consequência, alguns mencionaram que a ILPI deve ser considerada um novo arranjo familiar para o idoso, uma vez que representa seu novo lar. Nesse sentido, este cuidado se apresenta como um desafio diário, em virtude da complexidade das demandas desta parcela da população:

“...trabalhar o envelhecimento é um desafio todos os dias. Eu sempre sei o horário que eu tenho que chegar no trabalho, mas eu nunca sei que horas que eu vou embora. Eu sempre chego com um sorriso no rosto e saio cheia de interrogações na minha cabeça. Então, todos os dias é esse desafio.” (Enf. 05)

“E aí pensando nesse cuidado, eu fui percebendo, ao longo do tempo, que para prestar assistência integral ao idoso eu teria também que me envolver com as questões sociais, com as questões familiares. Então é isso que a gente vem tentando ao longo do dia a dia e que, às vezes, é um desafio maior, às vezes é um desafio menor; que é integrar a família ali no residencial e fazer com que todos sejam uma grande família.” (Enf. 06)

“Eu falo que a gente vê aí hoje em dia tem tantos arranjos familiares e a ILPI não deixa de ser um novo arranjo familiar. Porque são pessoas que passam a residir juntos numa mesma casa. Daí o desafio do enfermeiro é fazer com que aquele ambiente, seja um ambiente de casa. Não um mini hospital, não mais um serviço de saúde.” (Enf. 06)

“Hoje eu tenho uma outra visão, tenho uma visão mais ampla. Hoje eu sei, graças a Deus eu ainda consigo ter um tempo hábil para que eu possa me sentar do lado do meu idoso e conversar. O aconchego e ele se sentir protegido com você ali” (Enf. 08)

“Porque a gente realmente vira mãe de todo mundo, não só dos idosos, mas também da equipe. Eu tenho trinta e quatro funcionários que são a minha responsabilidade.” (Enf. 09)

Diante das demandas percebidas, o enfermeiro das ILPIs reconhece a importância de seu papel na gestão do cuidado do idoso, bem como a necessidade de incluir cuidados de saúde, vínculo afetivo e, ainda, ações em prol da manutenção ou resgate de sua dignidade, enquanto ser humano. Portanto, a gestão do cuidado na ILPI assume como parâmetros a centralidade do cuidado no idoso, a preservação de sua autonomia e a manutenção de uma atitude dialógica fundamentada no respeito à vida, conforme observado na Figura 14. A fala a seguir sintetiza essa concepção:

“... porque nós estamos trabalhando com a última fase da vida e é preciso que o desfecho aconteça com dignidade” (Enf. 07)

Figura 14 - Respeito à vida no *Body Mapping*. Ribeirão Preto, SP, 2018.

Fonte: Técnica *Body Mapping* aplicada pelo próprio autor (2019).

Outro aspecto relevante nos processos é a gestão da equipe. O trabalho de cada cuidador, auxiliar e técnico de enfermagem é fundamental para o alcance dos resultados esperados e, nesse sentido, a educação continuada foi apontada como essencial no desempenho da equipe responsável pelos cuidados da ILPI. Como o enfermeiro não está presente durante as 24 horas do dia, somente uma equipe qualificada poderá garantir qualidade na continuidade dos cuidados:

“E essa parte de educação continuada que eu acho que ainda tá faltando.” (Enf. 01)

“...na hora que tem uma intercorrência com o idoso nem sempre eu estou lá para acudir, às vezes, principalmente à noite, porque eu acho que a maioria das clínicas aqui não tem uma enfermeira à noite, eles têm que rever as técnicas, eles têm que lembrar como funciona, saber o que que faz. Então isso é muito importante.” (Enf. 04)

“Então cada mês é um tema, tem mês que tem mais de um tema ... Então assim, estudo lá é o que não falta. Eu acho importante de serem profissionais também...” (Enf. 03)

Além da educação continuada, a liderança foi identificada como prioritária no desempenho da equipe, pois contribui para que ela mantenha os princípios do cuidado humanizado como foco de suas ações e auxilia para que todos os envolvidos no processo de cuidar, e também aqueles que participam do cotidiano da ILPI, deem continuidade a este padrão nas relações estabelecidas. Esse foi um aspecto destacado pelos enfermeiros:

“As responsabilidades, a parte de liderança que você acaba se aperfeiçoando, a educação, a empatia, porque você começa a ter mais empatia.” (Enf. 05)

“...o desafio principal, nesse quesito, eu acho que ainda tem sido passar para equipe, passar para todos os funcionários, a responsabilidade que eles têm com “a pessoa”. (Enf. 05)

“Não a técnica pela técnica, que é o trabalho pelo trabalho, o emprego pelo salário no fim do mês, é mudar um pouco as coisas. Principalmente o auxiliar, o técnico de enfermagem, ao longo do tempo ele vai ficando muito tecnicista.” (Enf. 06)

A composição dos processos de cuidado no ambiente das Instituições de Longa Permanência apresenta algumas características fundamentais para sua efetividade, consideradas pilares dos processos, principalmente o processo gerencial e o do cuidar.

A gestão do cuidado precisa considerar as diversas necessidades apresentadas pelo idoso a partir da centralidade do cuidado. O estabelecimento de uma relação dialógica será diretamente proporcional à real centralidade desse cuidado, assim como a manutenção da autonomia, enquanto indicador de continuidade da centralidade.

Por outro lado, a gestão da equipe é imprescindível para que os processos alcancem os resultados esperados. Nesse sentido, as falas dos enfermeiros indicam dois elementos essenciais na relação do enfermeiro com sua equipe. O primeiro se refere à liderança exercida e que se caracteriza pela influência motivacional para que a equipe busque incorporar às suas atividades as boas práticas de cuidado. O segundo item é a capacitação contínua no ambiente de trabalho, uma vez que esta é fundamental para sustentar o bom desempenho profissional.

4.4.3 Resultados esperados nas ILPIs

Alguns resultados não foram representados diretamente nas figuras do *Body Mapping*, mas evidenciados nas falas decorrentes das reflexões realizadas com base no mapeamento corporal. Neles foram identificadas duas dimensões de resultados esperados e que podem, inclusive, subsidiar a formulação de indicadores da prática profissional e do cuidado gerenciado.

Os resultados podem ser divididos em indicadores técnicos e afetivos.

Enquanto os primeiros se referem à condição apresentada pelo idoso e podem ser aferidos nas dimensões da cura, prevenção e promoção de saúde, os segundos pertencem à dimensão afetiva, isto é, serão constatados na relação estabelecida com a equipe de cuidados. Esta, por sua vez, pode ser avaliada pelo grau de satisfação com o cuidado recebido, reconhecimento do idoso com relação aos seus cuidadores e, ainda, pela qualidade das relações interpessoais mantidas na instituição, como é possível observar nos trechos a seguir:

“Eu tenho esse problema até hoje também com funcionário que me liga vinte e quatro horas, manda foto, manda WhatsApp; tem um remedinho que esqueceu. É o pessoal da cozinha que fala “Oh, você esqueceu a receita”, tem o pessoal da lavanderia...” (Enf. 01)

“Que você vai lá, você pega um idosos que chega lá com um monte de lesão, aí você começa a querer melhorar aquele processo...” (Enf. 05)

“...conseguindo sensibilizar o próximo eles consigam ter um pouco mais de percepção do que eu gostaria de estar diretamente fazendo com aquele idoso.” (Enf. 07)

“...em que existir uma rotina, mas trabalhar com pessoas é deixar a rotina flexível pensando que nós estamos dentro da casa dele ou eles dentro da nossa casa. Então, todos os dias têm que bater nessa tecla: eu acho que é valorizar a pessoa, ouvir a pessoa, olhar nos olhos da pessoa, tocar a pessoa e jamais esquecer que nós estamos lidando com uma pessoa...” (Enf. 09)

“A pessoa é mais importante do que a técnica, a pessoa é mais importante do que a rotina.” (Enf. 01)

“Nós precisamos propiciar a melhor qualidade de vida para pessoa na sua fragilidade. Nós precisamos fazer o melhor pela pessoa, principalmente em respeito a tudo que essa pessoa já fez um dia.” (Enf. 02)

“Quando eu entrei nessa área a gente se sente completamente “esgotado” de todas as formas: física e, principalmente, mental. E aí eu comecei a me deparar que também não posso me cobrar tanto assim, porque eu também tenho a minha vida.” (Enf. 03)

“E como eu disse, a gente sente tão cansada, a gente deixa de cuidar da gente e, muitas vezes, a gente deixa de fazer coisas que nos façam felizes fora dali: de ir num cinema, de fazer uns

exercícios, de cuidar dos cachorros, de namorar, sei lá o que.”
(Enf. 04)

“Então eu comecei a pensar: Eu também tenho que cuidar um pouquinho de mim. E comecei a ser um pouco menos egoísta, fazendo e cobrando mais do outro e acreditando mais no outro, confiando mais no outro e passando mais responsabilidades também para o outro.” (Enf. 05)

O cuidado prestado ao idoso institucionalizado permite a reflexão constante sobre o papel do enfermeiro naquele contexto, mas, também, suscita a reflexão sobre como será o amanhã. O cuidado do idoso permite a projeção sobre o próprio processo de envelhecimento, o que potencializa o cuidado humanizado e favorece a superação dos limites pessoais e institucionais:

“eu comecei a me deparar que também não posso me cobrar tanto assim, porque eu também tenho a minha vida. E daqui a pouco eu também posso ser uma idosa se eu não morrer antes.”
(Enf. 06)

Quando considerados os resultados da análise temática e o referencial do NREM, e em sendo a proposta de um modelo de gestão de cuidado ao idoso na ILPI com base na tomada de decisão, os dados obtidos configuram a ação do enfermeiro em Instituições de Longa Permanência com relação ao cuidado do idoso, da forma como apresentado na Figura 15.

Diante dessa configuração, a tomada de decisão deste profissional se caracteriza como atividade complexa, pois se configura a partir de uma estrutura multifatorial com características específicas que variam em cada instituição e indivíduo. Portanto, a capacidade de converter os elementos estruturantes, por meio da gestão, em processos voltados para a obtenção dos resultados esperados será fundamental no exercício da enfermagem e, mais especificamente, na oferta dos cuidados a idosos institucionalizados.

Os dados obtidos neste estudo apontam como condição para que os resultados assistenciais sejam considerados satisfatórios que o enfermeiro avalie a condição específica do idoso e atenda aos indicadores objetivos relacionados à sua condição de saúde. Esses indicadores se configuram como respostas aos cuidados oferecidos e são identificados nos níveis da recuperação, prevenção e promoção à saúde, mas também devem contemplar aspectos afetivos igualmente identificados como essenciais na relação com o idoso institucionalizado, tais como:

reconhecimento, satisfação e relações interpessoais.

A configuração da tomada de decisão do enfermeiro nas Instituições de Longa Permanência, sistematizada com base no NREM, apresenta diversos fatores que limitam a ação cuidadora dos idosos. Esses fatores estão presentes no ambiente institucional e podem ser percebidos a partir da estrutura organizacional, disponibilidade de recursos e definição das funções a serem desempenhadas. Assim, os resultados apontam para um ambiente organizacional com ausência ou pouco planejamento específico para o acolhimento do idoso e um ambiente que, por vezes, fragiliza o cuidado especializado para atender suas necessidades.

Figura 15 - Configuração da Tomada de Decisão do Enfermeiro em ILPIs. Ribeirão Preto, SP, 2018.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor (2019).

O enfermeiro, enquanto segundo elemento estruturante, também foi caracterizado por fatores que dificultam a assistência qualificada: ausência de especialização para o cuidado ao idoso, pouca interação com outros profissionais de saúde e sobrecarga de trabalho. Esses três resultados evidenciam um contexto limitador para a ação cuidadora do enfermeiro e, apesar da identificação do vínculo afetivo como fator motivacional para o trabalho, fica evidente a carência de conhecimentos, habilidades e atitudes específicas deste profissional para o cuidado especializado.

Com relação ao terceiro elemento estruturante, o idoso, três fatores foram identificados como impactantes para o cuidado. O envolvimento da família é fundamental para a assistência qualificada e influencia diretamente o fator motivacional do idoso para adesão e autocuidado, uma vez que favorece ou dificulta a possibilidade de estabelecimento de vínculos afetivos. Além disso, outra característica importante do idoso que deve ser considerada é o nível de dependência, pois ele define o tipo de cuidado necessário e, conseqüentemente, também o quantitativo da equipe cuidadora.

Ao considerar a estrutura, o enfermeiro percebe a possibilidade de estabelecer os resultados esperados de maneira objetiva e sistemática. O olhar sobre o quadro clínico do idoso e os recursos institucionais e individuais disponíveis permite a projeção dos resultados possíveis de serem alcançados pelo trabalho individual e coletivo, em indicadores tanto subjetivos, como os afetivos, quanto objetivos, como os clínicos. Nesse sentido, o NREM contribui objetivamente por diferenciar no plano de trabalho quais serão os resultados sensíveis à ação da enfermagem e quais dependerão da ação conjunta com os outros profissionais de saúde, uma vez que este modelo propõe a identificação de ações dependentes, independentes e interdependentes da enfermagem com relação a outros profissionais cuidadores.

Entre a estrutura e o resultado, existe o processo. O processo representa o caminho a ser percorrido para alcançar o objetivo proposto. Nele ocorre a gestão dos elementos estruturantes com direcionamento para o alcance dos resultados esperados. Assim, durante a elaboração e execução dos processos, há a tomada de decisão por meio do planejamento, organização dos recursos e controle e manutenção em direção aos resultados, isto é, gestão da equipe e do cuidado. A atitude gerencial do enfermeiro se manifesta nessa etapa e se caracteriza com um espaço de negociação entre os interesses institucionais, as necessidades

apresentadas pelo idoso e a capacidade operacional da equipe, conforme apresentado anteriormente na figura 2.

Portanto, a composição dos processos assume relevância nessa configuração, pois o arranjo das ações a serem executadas pode possibilitar o uso adequado dos recursos e otimizar sua potencialidade para o alcance dos resultados esperados. Por esta razão, a figura destaca a função gerencial na dimensão dos processos. A gestão dos processos, no modelo salutogênico, organizará os processos com valorização das potencialidades como forma de minimizar as fragilidades. Por fim, os resultados esperados e pactuados se tornam determinantes da organização do trabalho, e não somente uma meta a ser alcançada. O modelo salutogênico estabelece uma relação de continuidade entre a recuperação, prevenção e promoção e esse fluxo reorienta todos os processos constituídos na tomada de decisão do enfermeiro para a gestão cuidadora do idoso institucionalizado.

A discussão dos dados desse estudo se inicia com a compreensão sobre o processo de tomada de decisão do enfermeiro em serviços de saúde, a partir das evidências obtidas por meio da revisão sistemática. Posteriormente, a discussão dos dados obtidos no estudo de campo apresenta o contexto das ILPIs e modelam a tomada de decisão do enfermeiro para a gestão do cuidado ao idoso institucionalizado.

5.1 Configuração da Tomada de Decisão do Enfermeiro nos Serviços de Saúde

A revisão sistemática foi realizada para compreender como se processa a tomada de decisão pelo enfermeiro na produção dos cuidados no contexto dos serviços de saúde. Os 23 artigos selecionados apresentam esta temática desenvolvida em 12 países e com diversos delineamentos metodológicos em estudos qualitativos e mistos. A validade dos achados justifica a sua significância para guiar a prática da enfermagem e reitera a crescente importância atribuída ao processo decisório da enfermagem nos serviços de saúde.

O NREM (SIDANI; HALL, 1998) identifica a contribuição da enfermagem para a configuração dos cuidados em ambientes multidimensionais em ações independentes, dependentes e interdependentes na busca por resultados de qualidade para o usuário (LUKEWICH et al., 2019b).

Nesse percurso, a tomada de decisão pelo enfermeiro é uma etapa inevitável e determinante para a obtenção dos resultados esperados. As evidências indicam que nenhuma ação é realizada sem que haja processo decisório, quer ele seja puramente intuitivo ou inteiramente racionalizado, independente das ferramentas utilizadas e, além de ser imprescindível, a tomada de decisão se configura como grande responsável pela qualidade dos resultados alcançados (ASLANIAN-ENGOREN; SCOTT, 2014; O'CATHAIN et al., 2004).

Assim, discutir as evidências à luz do NREM favorece uma disposição dos elementos da tomada de decisão com fundamentação teórica que reconhece a importância da enfermagem na composição e oferta de cuidados (LUKEWICH et al., 2019b), assumindo como limites a gestão de qualidade e, como princípio, a centralidade no usuário (ZOFFMANN; HARDER; KIRKEVOLD, 2008).

O NREM organiza o cuidado de enfermagem de qualidade em estrutura, processo e resultados. A estrutura se refere às variáveis que compõem o cuidado relacionadas ao usuário, à enfermagem e à instituição e são determinantes quanto às formas de organização de todo o processo e sobre os resultados esperados (IRVINE; SIDANI; HALL, 1998).

Ao considerar o contexto do trabalho em saúde como trabalho vivo, uma vez que sua produção ocorre no ato do consumo, a percepção do processo decisório sobre qualquer prática assume alto nível de complexidade. Evidentemente que qualquer decisão assumida no contexto dos serviços de saúde não ocorre isolada de aspectos adicionais relacionados a fatores individuais, relacionais e institucionais e que podem favorecer ou dificultar a atividade do tomador de decisão (JOHANSEN; O'BRIEN, 2016; NORA et al., 2016; UPTON et al., 2011; ZOFFMANN; HARDER; KIRKEVOLD, 2008).

As evidências nomeadas como pressupostos foram consideradas aquelas que, quando ausentes, tornam aleatório o êxito na tomada de decisão. Isso porque os pressupostos contribuem para o estabelecimento de um processo ético e factível e colocam quem toma a decisão na direção certa e em condições de cumprir o seu propósito (NORA et al., 2016). Os elementos identificados neste item não se restringem a um nível específico da organização, uma vez que se referem a aspectos da cultura e identidade organizacional, mas também a características profissionais e individuais. Aliás, os pressupostos estabelecem um diálogo entre a percepção sobre como as ações devem ser feitas e como podem ser realizadas. A tomada de decisão se torna uma resposta que se ajusta a coerência organizacional, adequação entre necessidades e recursos e conduta ética (BURKETT, 2016; COHEN-MANSFIELD; LIPSON, 2003; DUNER, 2013; LINDBERG et al., 2013; O'CATHAIN et al., 2004; TAYLOR; DONNELLY, 2006; ZOFFMANN; HARDER; KIRKEVOLD, 2008).

Os facilitadores referem-se a aspectos relacionais e estão presentes tanto nas interações profissionais quanto na relação enfermeiro-paciente. Esse achado apresenta um indicativo de correlação diretamente proporcional entre qualidade da tomada de decisão (escolha e execução) e qualidade das relações estabelecidas (JOHANSEN; O'BRIEN, 2016; NORA et al., 2016). Os facilitadores se caracterizaram como elementos de construção no cotidiano do trabalho realizado e devem ser percebidos como resultado de planejamento e ação consciente da gestão. Portanto a gestão do cuidado deve incluir em seu plano de trabalho ações de educação em

saúde, apreciação por parte dos colegas das decisões a serem tomadas, estabelecimento de confiança, construção da relação terapêutica e manutenção de comunicação focada (ARSLANIAN-ENGOREN; SCOTT, 2014; BURKETT, 2016; BUSANELLO et al., 2014; CHONG; ASLANI; CHEN, 2013; COHEN-MANSFIELD; LIPSON, 2003; DUNER, 2013; HIGUCHI et al., 2002; PINHEIRO, 2009; SERIGHT, 2011). Esses aspectos identificados como facilitadores apresentam, de maneira muito evidente, características relacionais que estão presentes tanto nas relações com os pares, como na relação idoso e enfermeiro.

Os achados identificados como barreiras se relacionam com fatores organizacionais e do processo de trabalho. São aspectos nos quais o enfermeiro possui menor possibilidade de interferência direta, pois pertencem à macroestrutura organizacional. No entanto, seu reflexo é percebido na tarefa executada, uma vez que atuam como determinantes do processo de trabalho. Na análise dos determinantes identificados, os facilitadores se apresentam na dimensão das ações que os enfermeiros possuem maior autonomia para modificar, enquanto as barreiras estão relacionadas com situações que estão fora do seu círculo de influência direta (JOHANSEN; O'BRIEN, 2016). No entanto, esta percepção não deve ser inibidora da ação na gestão do cuidado. A equipe deve estar atenta a sinais de sobrecarga de trabalho, insegurança na atividade profissional, pouco tempo para decidir, interesse econômico, estereótipos profissionais, dependência funcional, informações não organizadas, cultura de decidir sem informação, limitações na comunicação e no uso da tecnologia, trabalho isolado, responsabilidade e pouco poder (BUSANELLO et al., 2014; BUSANELLO; LUNARDI FILHO; KERBER, 2013; COHEN-MANSFIELD; LIPSON, 2003; DUNER, 2013; HIGUCHI et al., 2002; HOV; ATHLIN; HEDELIN, 2009; LINDBERG et al., 2013; RYCROFT-MALONE et al., 2009). Ao perceber a presença desses elementos limitadores da ação gerencial, o enfermeiro precisa buscar mecanismos compensatórios na micro política de trabalho para que os facilitadores compensem as barreiras, e minimizem o impacto delas.

Além do percurso a ser seguido, o processo oportuniza a devida adequação entre a estrutura presente e os resultados esperados. Ele representa algo exequível e que alinha os recursos disponíveis às necessidades apresentadas (IRVINE; SIDANI; HALL, 1998; JACKSON et al., 2014). Portanto, a análise e composição do processo é favorecida, percebendo-o ora em relação direta com a estrutura, ora em relação com os resultados, o que reforça o caráter dinâmico e integrador de toda a atividade de

tomada de decisão.

A sistematização da tomada de decisão apresenta o processo delineado em definir o problema, coletar os dados, identificar opções, atribuir pesos aos resultados esperados, verificar os riscos relacionados, considerar o impacto de todos, tomar a decisão, agir e avaliar (BURKETT, 2016; HEDBERG; LARSSON, 2003; OFFREDY; MPHIL, 2002; PINHEIRO, 2009). A literatura endossa a necessidade de que a tomada de decisão não se caracterize como ação intuitiva e, meramente espontânea, mas que deve ocorrer em etapas ordenadas e coerentes, em um processo de complementariedade (EDUARDO et al., 2015; JOHANSEN; O'BRIEN, 2016; THOKALA et al., 2016).

A tomada de decisão é inevitável para o enfermeiro na construção do cuidado. As decisões podem ser simples ou complexas, urgentes ou programadas e, independentemente de suas características, esse processo traz em si as consequências prováveis e improváveis. Nos serviços de saúde, as incertezas se acentuam pela especificidade do trabalho produzido no ato do consumo e variam no limiar de um serviço programado ou urgente (EDUARDO et al., 2015; THOKALA et al., 2016; UPTON et al., 2011; VALCARENGHI et al., 2018). O processo decisório se torna um instrumento para o enfermeiro, pois favorece a integração entre o conhecimento técnico e a situação específica, mediada pelo raciocínio crítico e reflexivo.

No que se refere ao processo decisório, os achados identificaram vários tipos de apoio, tanto individuais quanto institucionais, que têm sido utilizados pela enfermagem em seu cotidiano, tais como: manuais e protocolos, ferramentas gerenciais, informações disponibilizadas na internet, colegas de trabalho (fontes humanas), histórico de situações, prática baseada em evidências, experiência pessoal, banco de dados, livros e software (MCCAUGHAN et al., 2005; MOHER et al., 2009; MOLINA-MULA; GALLO-ESTRADA; PERELLÓ-CAMPANER, 2018; O'CATHAIN et al., 2004; PINHEIRO, 2009; SERIGHT, 2011; UPTON et al., 2011). De um modo geral, as ferramentas identificadas possuem uma característica em comum: a relação com a gestão do conhecimento. Portanto, é suposto que uma adequada organização e desenvolvimento da tomada de decisão está intimamente relacionada com a qualidade da informação disponibilizada pela instituição, com os mecanismos de gestão da informação institucional e com a capacidade do enfermeiro gerenciar essa informação a seu favor (IRANI et al., 2018; JENSEN; GUEDES; LEITE, 2016;

NORA et al., 2016; SILVA; ÉVORA; CINTRA, 2015; THOKALA et al., 2016).

O conceito de resultados no NREM é direcionado para indicadores aplicáveis a diversas situações específicas do trabalho em enfermagem (IRVINE; SIDANI; HALL, 1998). Segundo o NREM, agrupam-se os resultados de uma unidade de saúde em qualidade/custo, duração da estadia, mortalidade e taxas de readmissão. Essas dimensões dos resultados esperados representam a multidimensionalidade do trabalho em enfermagem e enaltecem a importância do papel do enfermeiro nos serviços de saúde nas atividades dependentes, independentes e interdependentes (LUKEWICH et al., 2019b; SILLERO-SILLERO; ZABALEGUI, 2019).

Na tomada de decisão tratada nesta revisão, os resultados foram representados pelos grupos de interesse envolvidos no processo de cuidar, sendo agrupados por identidade e representação e nomeados como usuário, família, profissionais, instituição e sistema de saúde (BUSANELLO et al., 2014; CHONG; ASLANI; CHEN, 2013; COHEN-MANSFIELD; LIPSON, 2003; HIGUCHI et al., 2002; LINDBERG et al., 2013; O'CATHAIN et al., 2004; RYCROFT-MALONE et al., 2009; SERIGHT, 2011).

As categorias relacionadas aos tipos de tomada de decisão e aos participantes do processo foram agrupadas para análise conjunta, uma vez que quando se pondera a relação do poder de decisão, ocorre, de forma inevitável, a consideração acerca de quem participará desse processo (ARSLANIAN-ENGOREN; SCOTT, 2014; BURKETT, 2016). Portanto, ao optar por uma decisão compartilhada, torna-se obrigatória a decisão sobre o quanto será participativo esse processo, o que pode incluir membros da equipe de enfermagem, profissionais de saúde, familiares e o próprio usuário (EDUARDO et al., 2015; TRUGLIO-LONDRIGAN; SLYER, 2018). Evidentemente que o contexto e a especificidade da atividade e ambiente serão definidores dos limites deste modelo.

Além do poder, o foco da decisão também orientou o tipo de decisão a ser tomada. Nesse sentido, a tomada de decisão centralizada no paciente foi evidenciada nos achados desta revisão sob duas vertentes (BURKETT, 2016; BUSANELLO et al., 2014; COHEN-MANSFIELD; LIPSON, 2003; HIGUCHI et al., 2002; LINDBERG et al., 2013). A primeira se refere ao objeto de cuidado e direciona a atenção às necessidades apresentadas pelo usuário e a segunda preserva sua autonomia e reconhece sua possibilidade de participação ativa na construção do cuidado. As necessidades apresentadas pelo usuário não devem ser motivo para exclusão da

individualidade, tampouco limitadoras das capacidades pessoais. Pelo contrário, a participação do idoso no cuidado planejado favorece seu comprometimento e continuidade do cuidado proposto (IRANI et al., 2018; SILVA; ÉVORA; CINTRA, 2015).

5.2 Gestão do Cuidado pelo Enfermeiro nas ILPIs

Os resultados da análise temática dos dados obtidos na pesquisa de campo também foram organizados sob o referencial NREM e distribuídos em três momentos distintos do processo de trabalho de enfermagem: estrutura, processos e resultados (IRVINE; SIDANI; HALL, 1998; LUKEWICH et al., 2019a; SIDANI; DOIDGE, 2002).

Os autores do NREM consideram como estrutura os fatores relacionados à instituição, à enfermagem e ao paciente e se referem àquilo que precede a tomada de decisão para a composição do cuidado. A Instituição representa os recursos disponíveis para a prestação dos cuidados e, ainda, os princípios e diretrizes que devem reger as decisões a ele relacionadas e que envolvem a estrutura hierárquica, distribuição de poder, tomada de decisão, dentre outros (LUKEWICH et al., 2019a; SIDANI; DOIDGE, 2002).

As ILPIs estudadas se caracterizam, predominantemente, como instituições de médio e pequeno porte, com estrutura hierárquica reduzida e limitação tanto de recursos para o cuidado quanto de autonomia do enfermeiro no exercício de sua função. Tal caracterização configura um ambiente organizacional reducionista para a atividade deste profissional, no qual predomina a gestão controladora que defere ou indefere sua tomada de decisão e inibe sua atividade criativa e complexa na resolução de problemas do cotidiano (LAKE; RIMAN; SLOANE, 2020; ROCHE et al., 2016).

O ambiente institucional tem sido considerado fundamental para a composição do processo de trabalho em enfermagem e, consequentemente, para o resultado alcançado pela equipe. Um ambiente reducionista favorece a ausência de comprometimento com resultados satisfatórios por parte da equipe de enfermagem, o que se reflete na falta de desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes específicas no cuidado do idoso (DE ALMEIDA TAVARES et al., 2015; RODRIGUES et al., 2018a; TAVARES et al., 2017).

Os resultados obtidos na aplicação do PES apresentaram um dilema com relação ao ambiente institucional nas ILPIs. O enfermeiro tem seu papel reconhecido por sua competência profissional, porém a limitação dos recursos institucionais disponíveis atenua toda possibilidade de melhoria no desempenho profissional da enfermagem. As dimensões do ambiente institucional que não estão a favorecer o trabalho da enfermagem foram evidenciadas na elaboração do *Body Mapping*, com ênfase na ausência de autonomia e de trabalho em equipe, mas com grande presença do vínculo relacional com o idoso.

Os resultados desse estudo são corroborados com a aplicação do PES em Instituições de Longa Permanência para Idosos em um estudo realizado na China. Esse estudo apresenta forte correlação entre o desgaste da enfermeira com fatores pessoais e ambientais, sendo que os fatores pessoais se associaram com a realização pessoal, enquanto os fatores ambientais estavam relacionados com a exaustão emocional (WANG, LIU, WANG, 2013).

Em outro estudo em que o PES foi utilizado em ILPI na Suíça, foi identificado uma ambiente favorável ao desempenho do trabalho da enfermagem com alto grau de satisfação com relação aos administradores da instituição, presença de trabalho em equipe com alto nível de interdependência e forte satisfação no trabalho, como consequência, foi apresentado a baixa rotatividade dos trabalhadores e alto grau de especialização e capacitação profissional (SCHWENDIMANN et al, 2016).

Resultados estes que são contrários à realidade decorrente da limitação de recursos apresentada pelas ILPIs investigadas, onde o enfermeiro agrega múltiplas funções na instituição. Sua atividade diária inclui o processo assistencial e gerencial, porém, muitas vezes, assume demandas que extrapolam as questões relacionadas diretamente com o exercício da enfermagem. Dessa forma, as demandas apresentadas pelas ILPIs são de diversas dimensões, tais como o despreparo da gerência e equipe prestadora de serviço, recursos escassos, insatisfação generalizada, exigências legais e grau de dependência dos idosos, e indicam a necessidade de profissionalização da gestão nesses ambientes, além da criação de outros mecanismos de financiamento e manutenção desses espaços (RODRIGUES et al., 2018a; ROQUETE; BATISTA; ARANTES, 2017).

Com relação aos idosos, os dados obtidos por meio da MIF (MARTEL; FLORA; LINI, 2018) são fundamentais para a descrição do idoso na condição de elemento da estrutura organizacional, uma vez que o grau de dependência do idoso

influencia tanto a carga de trabalho a ser executada quanto o nível de complexidade do cuidado.

A limitação funcional do idoso com relação às atividades da vida diária estabelece ao idoso, o grau de dependência para realizá-las. Assim, o idoso pode apresentar dependência relativa ou total e ainda independência em suas atividades. Essa condição reflete uma condição que se estende da adequada funcionalidade ao seu comprometimento e revela um quadro de comorbidades, mas, também a propensão ou maior risco para o agravamento da condição geral da saúde (LIMA et al, 2019; PAULA et al, 2017; MENEGUIN; BANJA; FERREIRA, 2017; MARQUES LIMA et al, 2016).

Nesse sentido, o grau de dependência do idoso se torna um fator determinante do planejamento dos cuidados em ambiente institucional com ações de recuperação, prevenção e promoção da saúde diretamente relacionado a capacidade funcional do idoso e aos recursos disponíveis na instituição. A qualidade da resposta da instituição a essa condição do idoso favorecerá um sentimento de abandono ou um sentimento de reintegração (LIMA et al, 2019; PAULA et al, 2017; MARQUES LIMA et al, 2016; SILVA; ECHER; MAGALHÃES, 2016).

Para que as instituições possam oferecer aos idosos um cuidado adequado ao seu grau de dependência, existe a necessidade de profissionais com capacitação e quantitativo adequada. O planejamento e oferta de um cuidado que promova a saúde, previna complicações e recupere a condição sadia, envolve a avaliação cuidadosa do idoso e a elaboração de um cuidado centrado no paciente com a valorização do autocuidado, manutenção de sua independência e atendimento às suas necessidades apresentadas (LIMA et al, 2019; PAULA et al, 2017; MARQUES LIMA et al, 2016).

Assim, a medida de independência e dependência funcional, apesar de estar vinculada à condição de vulnerabilidade e de colaboração do idoso, indica, de forma direta, um quantitativo de pessoas e de tempo que será necessário para a execução do cuidado a cada idoso, dependendo do grau de autonomia (MENEGUIN; BANJA; FERREIRA, 2017; SILVA; ECHER; MAGALHÃES, 2016).

Assim, em ILPIs, considerar o grau de dependência ou independência do idoso além de sua utilidade na gestão do cuidado, também se torna uma ferramenta de gestão administrativa, necessária para a organização da estrutura organizacional e dimensionamento da equipe de cuidadores, pois o nível de dependência do idoso

afeta o planejamento da estrutura física da instituição, aquisição e utilização dos recursos materiais e o perfil qualitativo e quantitativo da equipe de profissionais (SILVA; ECHER; MAGALHÃES, 2016).

Esse aumento das demandas, associado à limitação de recursos e de autonomia, estabelece um ambiente desfavorável para a tomada de decisão com qualidade e dificulta a gestão de cuidados com centralidade nas necessidades individuais apresentadas por cada idoso (ROCHE et al., 2016).

Aliás, o enfermeiro é o segundo item que compõe a estrutura, de acordo com o NREM (IRVINE; SIDANI; HALL, 1998; SIDANI; DOIDGE, 2002). Nesse aspecto, as entrevistas demonstram um perfil profissional do enfermeiro da ILPI que está inserido em equipes com outros profissionais e colaboradores, porém, este trabalho não se apresenta de forma articulada e complementar. Dessa forma, apesar da presença de diferentes profissionais no ambiente da ILPI, o processo de trabalho desenvolvido não se caracteriza pelo agir comunicativo e integrado (REGAN; LASCHINGER; WONG, 2016).

Assim como há consenso acerca da necessidade da presença de equipes multidisciplinares nos ambientes das ILPIs, também a concordância sobre a falta de recursos na maioria dessas instituições, o que acarreta escassez de profissionais para prestação diária de cuidados. Por conseguinte, o déficit de recursos humanos faz recair sobre auxiliares e técnicos de enfermagem, além de cuidadores de idosos, a responsabilidade pelos cuidados diários, sendo estes supervisionados pelo enfermeiro, que também acumula outras demandas institucionais (GLANZNER; OLSCHOWSKY; DUARTE, 2018; LOUREIRO; DE SOUSA MENDES; PINTO E SILVA, 2017; MARIANO et al., 2015).

O sentido de complementariedade e integração favorece o planejamento, organização e execução das atividades e caracteriza um efetivo trabalho em equipe, principalmente equipes interdisciplinares, além de favorecer um sentimento de pertencimento de cada integrante (MERHY, 1998). O trabalho em equipe permite ainda a distribuição adequada das atividades e reconhece a importância de cada profissional por suas competências e habilidades. Assim, a estrutura institucional e a organização do processo de trabalho podem influenciar tanto a composição como a funcionalidade das equipes e redirecionar as ações profissionais para um efetivo cuidado colaborativo e ampliado, uma vez que permitem otimizar recursos e ampliar o foco do cuidado (MATUDA et al., 2015; REGAN; LASCHINGER; WONG, 2016;

SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

Por outro lado, na ausência dessa orientação no processo de trabalho, os enfermeiros das ILPIs identificam a sobrecarga de trabalho associada ao quantitativo insuficiente de cuidadores como um fator presente e de grande influência na dinâmica dos trabalhadores (DUFFIELD et al., 2011).

Com relação ao perfil profissional do enfermeiro, foi possível identificar que as ILPIs, em geral, são o primeiro emprego do enfermeiro recém-formado, embora não fossem sua primeira opção no planejamento pessoal. Essa realidade caracteriza a ILPI como um espaço para compromisso apenas temporário da enfermagem e exclui a busca por qualificação para assumir esta função (FERNANDES; SILVA, 2018; ROQUETE; BATISTA; ARANTES, 2017).

Apesar dos fatores reducionistas identificados terem impacto no perfil do enfermeiro, um aspecto mais ressaltado por todos que trabalham em ILPI foi o vínculo afetivo criado com o idoso e como isso os impulsiona para um cuidado que atenda às necessidades apresentadas pelo idoso, apesar das condições adversas (GRØDAL et al., 2019; WOZNYJ et al., 2019).

O vínculo afetivo que se estabelece com o enfermeiro tem seu desenvolvimento apoiado em três aspectos fundamentais que emergem da relação com o idoso, que são a projeção pessoal do enfermeiro para sua própria condição de idoso no futuro, o senso de responsabilidade que surge pelo idoso por sua fragilidade e vulnerabilidade e a gratidão pelo reconhecimento diário demonstrado pelo idoso com relação ao cuidado recebido. Na prática, tal vínculo se torna o principal fator motivacional que impulsiona o enfermeiro em sua dedicação diária e superação das dificuldades e limitações institucionais (GRØDAL et al., 2019; WOZNYJ et al., 2019).

O vínculo afetivo está presente no trabalho da enfermagem e é considerado indispensável para a oferta do cuidado significativo. Apresenta-se como fonte de prazer e satisfação no trabalho, motivação para a continuidade e compensação diante das adversidades, e sua intensidade é diretamente proporcional ao grau de fragilidade e vulnerabilidade apresentado por aquele que é cuidado (GRØDAL et al., 2019; WOZNYJ et al., 2019). Assim, o vínculo afetivo tem sido reconhecido como essencial à reorientação do cuidado na neonatologia, em cuidados paliativos, oncologia, hemodiálise e gerontologia (ALENCAR et al., 2017; MARIANO; CARREIRA, 2016).

Diante da estrutura apresentada, o segundo tópico considerado pelo NREM, o processo, assume função primordial. A configuração dos processos é

relevante neste contexto na busca dos resultados esperados, pois o processo permite alguma forma de organização dos recursos a fim de que sejam utilizados de modo eficaz e eficiente na busca das boas práticas e de resultados pautados na qualidade (IRVINE; SIDANI; HALL, 1998; LUKEWICH et al., 2019b).

A prática da enfermagem gerontológica é relativamente recente em comparação com outras áreas da profissão, mas tem sido caracterizada por um constante e crescente desenvolvimento de políticas públicas voltadas ao idoso e, conseqüentemente, pelo surgimento de tecnologias, modelos de cuidado e reorientação dos serviços especializados (HEDLER et al., 2016; KLETEMBERG et al., 2019).

A função gerencial foi apresentada com relevância pelos enfermeiros das ILPIs, sendo direcionada para três áreas interdependentes, mas que se configuram com características próprias: gestão administrativa, gestão de equipe e gestão do cuidado.

A gestão administrativa apresenta-se como um desafio para o enfermeiro, pois em alguns ambientes ela agrega atividades específicas para as quais ele não obteve preparo adequado e suficiente. Além disso, as atividades administrativas tendem a afastá-lo de sua atividade básica: o cuidar (RODRIGUES et al., 2018a; TREVISO et al., 2017).

A gestão administrativa é considerada uma competência essencial a ser desenvolvida pela enfermagem, em virtude das demandas apresentadas pelos serviços de saúde e das atuais funções assumidas pelos enfermeiros nesses serviços. A inclusão de ações administrativas ao processo gerencial do enfermeiro acontece em todas as áreas de atuação e, apesar de impor um aparente conflito sobre o objeto de trabalho do enfermeiro, na realidade, ampliou as possibilidades de participação deste profissional no mercado de trabalho e fortaleceu o protagonismo da enfermagem na gestão dos serviços de saúde (KLETEMBERG et al., 2019; MEDEIROS et al., 2015).

A gestão da equipe traz a ênfase na necessidade de qualificação profissional e no exercício da liderança. A qualificação continuada e permanente é fundamental para a composição e execução de processos com qualidade. A produção do cuidado tem no processo o melhor mecanismo de garantia de qualidade, uma vez que seu consumo, na maioria dos casos, ocorre de forma simultânea à sua produção (DEBONO et al., 2016; TREVISO et al., 2017).

A qualidade da gestão da equipe de enfermagem e de cuidados, no contexto das ILPIs, afeta diretamente a qualidade do serviço executado e dos resultados obtidos. Assim, se essa gestão se caracteriza pelo aproveitamento das oportunidades do cotidiano para o aprendizado permanente de cada membro da equipe, o próprio processo se torna o controle da qualidade, visto que a qualificação permanente orienta para a atitude crítica-reflexiva na condução do processo de cuidar (MAZZONI, VIVIAN GOMES BITTENCOURT, LEYLANE PORTO RIBEIRO; GOUVÊA, 2017; RIBEIRO et al., 2019; TOWNSON et al., 2020).

Esse controle de qualidade por parte da equipe cuidadora é fundamental, pois é ela que permanece ao lado do idoso nas instituições pelo período de 24 horas e efetiva as prescrições e recomendações para o cuidado dos outros profissionais envolvidos no processo. Assim, a qualidade da tomada de decisão e da execução do cuidado na beira do leito será influenciada pela qualificação individual de cada cuidador. Garantir a educação permanente favorece, portanto, a autonomia responsável no cuidar (MAZZONI, VIVIAN GOMES BITTENCOURT, LEYLANE PORTO RIBEIRO; GOUVÊA, 2017; RIBEIRO et al., 2019).

Da mesma forma que qualificar a equipe para as atividades diárias é importante para a produção de um cuidado com qualidade, também é fundamental que esta equipe esteja comprometida, motivada e direcionada para a manutenção dessa condição (DEBONO et al., 2016; ELLIOTT, 2017).

Nesse sentido, o exercício de uma liderança junto à equipe, por parte do enfermeiro, na busca dos objetivos propostos também é essencial no cotidiano das ILPIs, pois enquanto a qualificação capacita, a liderança tem caráter atitudinal, uma vez que conduz a ação. A liderança em enfermagem, e especificamente em ILPIs, percebe as limitações e dificuldades, mas orienta o cuidado pelas capacidades e possibilidades de cada indivíduo, em um movimento coletivo em prol do alcance de metas e objetivos (FISCHER, 2016; FREIRE et al., 2019; KELLY; LEFTON; FISCHER, 2019).

O caráter atitudinal da liderança a caracteriza como um processo transversal às ações técnicas da equipe e se torna elemento motivacional essencial para a construção de boas práticas e manutenção de metas individuais, coletivas e institucionais. Em meio a condições nem sempre favoráveis à produção do cuidado, o fator inter-relacional da liderança assume protagonismo para o desempenho da equipe de trabalho e é capaz de reverter a influência de fatores organizacionais não

colaborativos para o pleno exercício da enfermagem (ELLIOTT, 2017; JULIANI; KURCGANT, 2010; ROCHA et al., 2019).

A gestão da equipe, por meio de uma qualificação contínua e permanente e pelo exercício da liderança, favorece a gestão do cuidado, terceiro item apresentado na dimensão processual. Nesse sentido, embora a qualidade do cuidado esteja relacionada com todos os fatores presentes no ambiente das ILPIs, foi evidenciado que o fator relacional na gestão do cuidado é fundamental.

A relação enfermagem e paciente precisa estar presente no cuidar diário, e esta se manifesta na presença de três fatores: o primeiro é a autonomia, sendo esta (a autonomia) exercida mediante o uso das capacidades de saber, sentir, decidir e fazer.

Fundamentalmente, a autonomia profissional está relacionada com o histórico profissional, desempenho individual e contexto institucional. Assim, ela emerge de uma construção histórica de saberes e práticas que conceituam uma identidade profissional e habilitam o exercício individual em alinhamento ao contexto institucional. Portanto, o exercício da autonomia pelo enfermeiro está limitado por características profissionais, individuais e institucionais (ELLIOTT, 2017; SANTOS et al., 2017).

Na enfermagem, a autonomia considera outro fator importante: o cuidado não existe de forma isolada. Ele surge como resposta humana às necessidades humanas apresentadas, o que caracteriza a assistência como uma atividade essencialmente relacional. Assim, a autonomia profissional de quem cuida não pode ferir ou suprimir a autonomia individual de quem é cuidado. Enquanto questões pessoais, profissionais e institucionais definem “o que eu devo”, o fator relacional orienta a autonomia sobre aquilo que “eu posso” (MELO et al., 2016; SANTOS et al., 2017).

Assim, a autonomia é percebida como um pressuposto da prática profissional, sendo orientada pelo segundo fator: a centralidade do cuidado nas necessidades do idoso. Cada idoso precisa ser percebido em suas necessidades individuais e o cuidado se apresenta com o sentido de complementar as fragilidades, vulnerabilidades e limitações individuais, ao mesmo tempo em que preserva e amplia funcionalidades e capacidades. Nessa relação, a centralidade no sujeito garante a autonomia de quem oferece o cuidado, mas também de quem o recebe, e estabelece um espaço de interdependência entre os envolvidos (OSHODI et al., 2019;

PARANHOS; ALBUQUERQUE; GARRAFA, 2017; TRAYNOR, 2019).

O cuidado centrado no idoso utiliza a seu favor a tomada de decisão do paciente na elaboração do cuidado, diminui a resistência e favorece a adesão. Além disso, o idoso percebe o cuidado como uma busca pelo seu bem, com preservação de sua intimidade e interioridade. O caráter relacional do cuidado é preservado em um processo terapêutico predominantemente salutogênico e orientado para o envelhecimento ativo (PARANHOS; ALBUQUERQUE; GARRAFA, 2017; WILD et al., 2019).

O cuidado passa a ser configurado como atitude dialógica (terceiro fator) entre oferta e demanda, mas, acima de tudo, dialógica entre dois indivíduos com suas capacidades reconhecidas. A atitude dialógica é condição para a existência de um cuidado centrado no paciente, uma vez que estabelecer o diálogo como forma de acolhimento contínuo permite a expressão espontânea das percepções e expectativas individuais, bem como caracteriza cada ato de cuidar como um encontro terapêutico (SUZUKI et al., 2019; WILD et al., 2019). Assim, a palavra assume um sentido mais amplo que a comunicação, pois estabelece um compromisso de relação interdependente com base no amplo entendimento do idoso e de sua individualidade e no reconhecimento e permissão para o cuidar pela enfermagem (CLEOTILDE et al., 2018; DE OLIVEIRA et al., 2016).

Por fim, e como consequência da estrutura e do processo apresentado, chega-se aos resultados. Nesta etapa, foram identificados os indicadores técnicos e afetivos.

Os indicadores técnicos são comuns a todos os serviços de saúde e se referem à recuperação da saúde, à prevenção de doenças e à promoção da saúde. Em relação aos idosos institucionalizados, esse processo saúde-doença pode ser percebido como um contínuo e não como etapas, de modo que os indicadores técnicos iniciais são estabelecidos por ocasião da institucionalização do idoso, mas devem ser atualizados no intervalo da doença para a vitalidade e considerar desde a disfuncionalidade até a máxima funcionalidade (FERREIRA; BRITO; SANTOS, 2018; RAMÍREZ; PÉREZ; MILÁN, 2019; RIVERA DE RAMONES, 2019).

Nesse sentido, os indicadores técnicos passam a ser orientados pelo modelo salutogênico e configuram um modelo de cuidado com foco na promoção global da saúde do idoso institucionalizado e que conduz ao envelhecimento ativo. Essa orientação favorece o rompimento da visão dominante acerca da

institucionalização do idoso que o caracteriza como alguém incapaz, em declínio e à espera da morte (EVANGELISTA et al., 2014; MARIANO et al., 2015; MARIANO; CARREIRA, 2016).

Os indicadores técnicos salutogênicos estabelecem como objetivo o envelhecimento ativo em um processo de redirecionamento na composição da estrutura e processos norteados por emancipação, cidadania, participação e autonomia. Essa proposta possibilita que o idoso reavalie seus objetivos pessoais, além de compensar as perdas pela institucionalização pela otimização de suas capacidades. Evidente que nos aspectos individuais de cada idoso, havendo a necessidade de recuperação da saúde e prevenção de doenças, serão estabelecidos indicadores específicos, porém estes não se configuram como limites do cuidar.

A configuração da tomada de decisão do enfermeiro nas ILPIs se caracteriza como ação multidimensional, uma vez que sua ação não se restringe a especificamente o cuidado. Considerar o ambiente organizacional em suas diferentes variáveis, tais como, composição e características da equipe, grau de autonomia profissional, disponibilidade de recursos é tão fundamental para a composição do cuidado. quanto a caracterização do idoso em suas diversas dimensões, como envolvimento familiar, nível de dependência e características individuais (MARIANO et al, 2015).

O ambiente organizacional e a caracterização do idoso se configuram como elementos definidores do processo de trabalho em enfermagem com impacto direto sobre a qualidade e a quantidade do trabalho a ser realizado pela enfermagem. Nas ILPIs, o trabalho da enfermagem se caracteriza por rotinas intensas de cuidados diários que se sucedem constantemente (MARIANO et al, 2015).

A escassez de recursos nas ILPIs compromete a assistência ao idoso e, neste caso, tem como consequência o aumento das necessidades apresentadas pelo próprio idoso. Isso ocorre em função do comprometimento natural das funcionalidades que o idoso apresenta. Esse comprometimento não é estático, assim, sem um cuidado adequado, o idoso tem sua autonomia comprometida e perda de funcionalidades e, conseqüentemente, aumento gradual do nível de dependência (MARIANO et al, 2015; MARTEL; FLORA; LINI, 2018).

Com o aumento das necessidades diárias apresentadas pelo idoso, ocorre, de forma paralela, o aumento do trabalho a ser executado sem que haja, necessariamente, um ajuste do dimensionamento da equipe de enfermagem. A

enfermagem fica exposta ao risco de comprometimento físico pelo aumento do trabalho a ser feito e ao risco emocional, em função do forte vínculo afetivo estabelecido com o idoso e também a dor e sofrimento causada pela frustração de não alcançar os resultados esperados (SCHWENDIMANN, R. et al, 2016; MARIANO et al, 2015).

Fatores identificados neste estudo como falta de cooperação e de oportunidades de crescimento profissional, escassez de pessoal qualificado foram relacionados com insatisfação no trabalho (SCHWENDIMANN, R. et al, 2016). O trabalhador que se encontra nessa condição apresenta a tendência a exaustão emocional, ausência por motivos de doenças e probabilidade de deixar o emprego (SCHWENDIMANN, R. et al, 2016).

Nessa condição, o enfermeiro não apresenta condições para a tomada de decisão crítica-reflexiva que ofereça ao idoso um cuidado capaz de promover sua saúde e preserve, de forma adequada suas funcionalidades. Os processos relacionados com a gestão do cuidado e da equipe são comprometidos e os resultados não são planejados (SCHWENDIMANN, R. et al, 2016).

O modelo proposto neste trabalho para a tomada de decisão do enfermeiro em ILPIs se fundamenta em uma avaliação adequada do idoso, formação do perfil do trabalhador desejado e um ambiente organizacional, com a formação de um processo gerencial caracterizado pelo trabalho em equipe e foco no envelhecimento ativo.

O referencial do NREM colabora ao propor tratar os achados como variáveis e agrupá-los em três distintas dimensões: estrutura, processo e resultado. Enquanto o NREM favorece a organização dos dados, o modelo salutogênico sugere uma ferramenta para minimizar os efeitos limitadores do contexto institucional e, por meio do Sentido de Coerência, manter a ação efetiva em busca dos resultados esperados (ANTONOVSKY, 1993b, 1993a, 1996).

A Figura 15 apresenta uma configuração do ambiente das ILPIs com diversos fatores que dificultam a tomada de decisão do enfermeiro na gestão do cuidado ao idoso institucionalizado. Esta configuração corrobora o tradicional estereótipo caracterizador dos elementos estruturantes das ILPIs. São eles: a instituição, legalmente reconhecida como prestadora de assistência social e não prestadora de assistência em saúde; o enfermeiro, tradicionalmente sem qualificação específica em gerontologia; e o idoso institucionalizado, reconhecido como aquele que se encontra em declínio e incapaz. Esses estereótipos contribuem para a visão

reducionista da institucionalização, sendo reforçada uma condição passiva de cada um desses elementos, ou seja, a instituição não encontra recursos para a adequação de sua estrutura, o enfermeiro não busca qualificação para sua atividade profissional e o idoso não tem permissão de sua família para permanecer em sua residência (FERNÁNDEZ-MAYORALAS et al., 2015; MANTOVANI; LUCCA; NERI, 2016; PINTO; NERI, 2016).

Para reverter esses preconceitos, a institucionalização precisa agregar o sentido de preservação de identidade, autonomia e privacidade daqueles que compõem seu ambiente, além de promover o fator relacional por meio de manutenção e fortalecimento das relações afetivas. A institucionalização deixa de representar uma ruptura com a própria história e passa a ser uma possibilidade de continuidade da mesma. Portanto, se a institucionalização estiver relacionada a uma alternativa às necessidades do envelhecimento, mudança de valores individuais e reformulação de aspirações pessoais, poderá favorecer a reconsideração do sentido da vida, otimização das capacidades e compensação de possíveis perdas (FERNÁNDEZ-MAYORALAS et al., 2015; MANTOVANI; LUCCA; NERI, 2016; PINTO; NERI, 2016).

Nesse sentido, a Instituição, considerada pela sua história como uma casa de caridade com o objetivo de abrigar pessoas que precisavam de cuidado na velhice, tem apresentado maior demanda como consequência do aumento populacional dos idosos e das mudanças na conformação do núcleo familiar. A alteração da estrutura da ILPI promoveu uma conotação diferenciada, isto é, deixou de ter o caráter apenas social e passou a ser reconhecida como um novo modelo de atenção à saúde a pessoas com maior ou menor vulnerabilidade.

Assim, na perspectiva do NREM, é fundamental a análise cuidadosa dos elementos estruturais da ILPIs, assim como dos processos e resultados. Estudos apontam relação de causa e efeito entre eles, ou seja, as características individuais do enfermeiro relacionadas com seu perfil profissional, os atributos pessoais do idoso, inclusive nível de dependência e particularidades dos fatores organizacionais, interferem na capacidade e qualidade de interação entre eles e afetam a elaboração e execução dos projetos e, conseqüentemente, a projeção e obtenção dos resultados (AMARAL et al., 2014; DUFOUR; DUHOUX; CONTANDRIOPOULOS, 2020; HEINEN et al., 2019; SEIFFERT et al., 2020).

Portanto, a dimensão institucional apresenta características estruturais que favorecem ou limitam o trabalho da equipe de enfermagem e podem fortalecer ou

comprometer o devido acolhimento da população idosa. Isso inclui a preservação de sua identidade individual e autonomia para as atividades diárias na dimensão de suas capacidades. Dentre as variáveis organizacionais, sobrecarga de trabalho e horas de assistência possuem relação direta com a qualidade dos resultados alcançados (AMARAL et al., 2014; DUFOUR; DUHOUX; CONTANDRIOPOULOS, 2020).

Os profissionais de saúde que compõem a equipe precisam apresentar em seu perfil profissional a formação e qualificação necessárias para um cuidado com qualidade, sendo que esta condição pode ser exigida desde o momento de seleção dos profissionais ingressantes até a elaboração de um programa permanente de qualificação profissional. A qualificação formal e a experiência são fatores determinantes para a perícia clínica e influenciam diretamente a qualidade da tomada de decisão crítica em situações complexas e, por conseguinte, os resultados obtidos (AMARAL et al., 2014; DUFOUR; DUHOUX; CONTANDRIOPOULOS, 2020).

O idoso institucionalizado tem seu plano de cuidados elaborado com base em um conjunto de fatores, incluindo idade, sexo, tipo de doença, condição geral de saúde, grau de dependência e, além disso, sua resposta individual ao cuidado proposto. Além disso, a enfermagem necessita estar atenta às demandas biológicas, sociais, culturais e comportamentais externadas por meio de exigências, emoções e cognição. O cuidado deve ser centrado no idoso, com presença do fator relacional em um processo de cocriação e participação de todos os envolvidos nessa relação (BRIGOLA et al., 2017; FAGUNDES et al., 2017).

Os processos foram apresentados, anteriormente, como fundamentais no cuidado ao idoso institucionalizado, inclusive porque representam o principal espaço de tomada de decisão do enfermeiro na negociação de interesses múltiplos (da instituição e do idoso) e capacidade da equipe cuidadora. Nesse sentido, a gestão do enfermeiro em ILPI compreendida na perspectiva salutogênica trará contribuições significativas para lidar de maneira satisfatória com os recursos disponíveis diante das demandas apresentadas.

A gestão exercida pelo enfermeiro precisa modelar os processos para a adequada governança da equipe e do cuidado. Caso contrário, a gestão se torna refém das condições adversas e se caracteriza por ações de mera resolução de problemas emergenciais e de curto prazo.

O conceito salutogênico reconhece a condição atual do indivíduo em um contínuo, no qual as extremidades representam, de um lado, a máxima

vulnerabilidade e, do outro lado, a máxima potencialidade. Nesse modelo, o nível de controle para se colocar nesse contínuo está sob a responsabilidade do próprio indivíduo por meio de três atitudes individuais: 1. A compreensão acerca do que está acontecendo; 2. O significado desses acontecimentos; e 3. A capacidade individual de gerenciamento desses acontecimentos (ANTONOVSKY, 1996).

Assim, o modelo salutogênico altera a compreensão acerca dos acontecimentos diários e fatores limitadores a que todos estão sujeitos e modifica, de maneira significativa, o tipo de reação diante dos eventos do cotidiano, ao apresentar uma abordagem proativa dos eventos e uma intervenção positiva por parte de cada indivíduo. Essa mudança de perspectiva favorece tanto o idoso em sua percepção frente a uma alteração em seu estado de saúde, como também o trabalhador e gestor que lidam com situações adversas no desenvolvimento de seu trabalho, uma vez que a mudança ocorre na abordagem do evento e na estratégia para resolução do problema. Portanto, o modelo salutogênico reconhece a constante presença de fatores limitadores e estressores, bem como a capacidade individual de resistência e enfrentamento a esses fatores (ANTONOVSKY, 1996; 1993a).

Para o enfermeiro da ILPI, essa capacidade se expressa na gestão da equipe e do cuidado e se manifesta na competência demonstrada para o alcance dos resultados propostos e esperados. Para tanto, é fundamental ampliar o conhecimento e a habilidade do enfermeiro, pois isso permite adequar sua caixa de ferramenta para a ação necessária.

O enfermeiro abandona o comportamento reducionista e percebe o problema em um contexto sistêmico; em uma direção, busca apreender seus fatores correlacionados e, em outra, identificar o caminho e possibilidades de resolução. Assim, em vez de somente procurar pelas causas do problema, nota-se um esforço maior para identificar e compreender os fatores envolvidos. Essa atitude favorece a uma percepção dos problemas e adversidades como algo natural, em contextos diários, com fatores que, embora não possam ser controlados totalmente, podem ter seu impacto reduzido de maneira significativa. Nesse sentido, torna-se possível criar um ambiente proativo mesmo em meio a fatores limitadores e estressores e que possibilite a busca pela melhor decisão diante das adversidades (ANTONOVSKY, 1996; 1993a; 1993b).

Quando o gestor, o enfermeiro e o idoso assumem o controle de suas ações e identificam a coerência nas possibilidades e nos acontecimentos diários tornam-se

mais preparados para estabelecer metas atingíveis e lidar com possíveis adversidades em seu cotidiano. A presença do sentido de coerência favorece a definição de resultados pactuados entre todos os participantes do cuidado, por meio da tomada de decisão compartilhada. O cuidado centrado no paciente fortalece o sentido de coerência e a corresponsabilidade pelos resultados esperados e, conseqüentemente, garante a adesão e participação do idoso no cuidado, além do engajamento de toda a equipe e a gestão responsável do enfermeiro.

Com relação aos indicadores clínicos do idoso, estes revelam as características do estado de saúde e não somente a doença mais perceptível, como na abordagem patogênica. Dessa forma, a recuperação da saúde em um aspecto do idoso não trará comprometimento para outras áreas; pelo contrário, a abordagem salutogênica permitirá ao idoso o direcionamento de suas ações para recuperar a saúde e se manter na direção da promoção da saúde global, em busca do envelhecimento ativo.

Assim, os resultados esperados do cuidado ao idoso institucionalizado apresentam indicadores de recuperação, prevenção e promoção de forma paralela e contínua conforme as necessidades apresentadas, além de se caracterizarem pela ação relacional. Estabelecer os resultados a partir do modelo salutogênico favorece a compreensão das necessidades fundamentais do idoso, além de oportunizar uma relação inter e intraprofissional colaborativa e integradora. O estabelecimento de resultados adequados estimula a coesão nas atividades diárias e oportuniza a realização profissional pelas metas alcançadas (CATANANTE, G. V. et al, 2017).

As ILPIs foram identificadas com diversos fatores limitadores e estressores em seu cotidiano. A tomada de decisão do enfermeiro para o cuidado centrado nos problemas é redutiva e apresenta um trabalho que se limita a resolver situações diárias, sem perspectiva a médio e longo prazo. Nesse sentido, o senso de coerência na perspectiva salutogênica é uma ferramenta útil para todos os envolvidos no cuidado, pois permite a conscientização e favorece a tomada de decisão compartilhada para o cuidado com foco no envelhecimento saudável. Isso envolve o reconhecimento de que todos possuem a capacidade de compreender, de gerir e de se empenhar para lidar com as adversidades do cotidiano por meio de uma atitude proativa.

Nesse sentido, o modelo salutogênico orienta para o uso das capacidades individuais que favorecem o enfrentamento dos fatores estressores e limitadores do

cotidiano. Ele enfatiza as possibilidades e não as deficiências. Assim, mediante uma atitude proativa, o ambiente organizacional, a equipe de enfermagem e outros profissionais, além do próprio idoso, são percebidos por suas forças e não fraquezas.

A gestão proativa do cuidado do cuidado se caracterizará pela tomada de decisão responsável, autônoma e inclusiva, uma vez que o cuidado se constituirá com base nas necessidades do idoso, mas se executará centrado nas potencialidades desse indivíduo.

*6 PROPOSTA DE MODELO DE GESTÃO DO
CUIDADO AO IDOSO NA ILPI COM BASE NA
TOMADA DE DECISÃO*

Os dados identificados na revisão sistemática e na pesquisa de campo apresentam um quadro que corresponde a ação de tomada de decisão do enfermeiro nas ILPIs revelam a importância da enfermagem para o cuidado do idoso na ILPI em um ambiente que apresenta aspectos que interferem no cuidado de enfermagem.

Os resultados foram organizados na perspectiva do NREM, enquanto referencial gerencial. Ao assumir o envelhecimento saudável como resultado esperado, o Modelo Salutogênico foi proposto para nortear a atenção à saúde, uma vez que este propõe uma abordagem proativa no cuidado a saúde com a utilização da capacidade individual para o autocuidado e estabelece uma relação de continuidade indissociável entre a recuperação, prevenção e promoção da saúde, de modo a garantir a integralidade da atenção (ANTONOVSKY, 1996; 1993a; 1993b).

A figura 15, apresentada anteriormente, revela um cenário desafiador para o enfermeiro nas ILPIs, mas que, devidamente orientado para o cuidado do idoso, pode resultar em uma assistência promotora de saúde e que, verdadeiramente atenda às necessidades individuais apresentadas pelos idosos institucionalizados. Nesse sentido, a realidade percebida enfatiza o cuidar como ação essencial do enfermeiro nas ILPIs e se caracteriza, principalmente, pela interação entre enfermeiro e idoso por meio do vínculo afetivo identificado e a busca constante pela satisfação do enfermeiro pelo cuidado oferecido e do idoso pelo cuidado recebido.

Além do referencial gerencial e do modelo de atenção à saúde, a prática do enfermeiro percebida nas ILPIs por meio desses elementos, apresentava a necessidade de utilizar alguns conceitos para orientar o cuidado de enfermagem prescrito pelo Cuidado Transpessoal de Jean Watson que, pelo seu caráter interacionista centrado no cuidado integral, promocional de saúde e de valorização das potencialidades do idoso e do enfermeiro, possui as características necessárias para reorientar a prática assistencial do enfermeiro com idosos nas ILPIs (FAVERO et al., 2009; LUKOSE, 2011; PERES DE OLIVEIRA P et al., 2018; RODRIGUES et al., 2018a; SCHOSSLER; CROSSETTI, 2008)

O diálogo dos resultados discutidos nesse estudo em sua tomada de decisão no cuidado ao idoso que vive na ILPI, nas dimensões NREM, pode ser observado na Figura 16, referente a proposta da configuração da Tomada de Decisão do Enfermeiro em ILPIs.

Figura 16- Proposta da configuração da Tomada de Decisão do Enfermeiro em ILPIs. Ribeirão Preto, SP, 2018

Fonte: Elaborada pelo próprio autor (2019).

No processo, apresentam-se o Fundamento, a Competência Gerencial e a Tomada de Decisão e, por último, os Resultados, que compreendem os aspectos institucionais como ambiente organizacional favorável e diminuição da rotatividade. Também inclui aspectos profissionais do enfermeiro como a gestão da qualidade, a prática baseada em evidências, a equipe de cuidado qualificada e o cuidado centrado no idoso. E com relação ao idoso, os resultados esperados serão mensurados por meio de indicadores individuais e relacionais. Os indicadores relacionais estão relacionados à sensação de pertencimento e os individuais a sentimentos de dependência, autonomia, integridade e identidade do idoso.

• ESTRUTURA

Como elementos estruturantes do cuidado, são identificados: a instituição, o enfermeiro e o idoso, que se apresentam em uma relação dinâmica, na qual a instituição pode ou não favorecer o trabalho da enfermagem por meio do ambiente institucional, dimensionamento da equipe de enfermagem e de cuidadores formais e organização do trabalho. Esses elementos são identificados como fatores de garantia institucional para que os processos ocorram de modo satisfatório.

A presença dos enfermeiros nas ILPIs está normatizada pelo Conselho Federal de Enfermagem e justificada pela necessidade de adoção do Modelo de Atenção Integral à Pessoa Idosa. É também preconizada na Avaliação Geriátrica Ampla, a fim de alcançar um padrão de excelência nos cuidados ao idoso e favorecer a segurança dessas pessoas, dos profissionais e da instituição (COFEN, 2019).

Nesse sentido, o desenvolvimento de competências gerenciais e assistenciais deve ser percebido como indispensável para a qualificação especializada do enfermeiro. São elas que, mediante o conhecimento especializado, favorecem o pensar, agir, interagir e decidir em favor das melhores práticas assistenciais, além de permitirem mobilizar a equipe para o cuidado adequado ao idoso institucionalizado (TREVISIO et al, 2017).

A qualificação especializada do enfermeiro possibilita o cuidado humanizado e integral como consequência da assistência centralizada no idoso atenta às suas expressões biológicas, sociais, culturais, psicológicas e espirituais, por meio de sua cognição, emoções e exigências, além da coparticipação fundamental da família. Nesse processo de cuidado integral ao idoso na ILPI, a teoria de Watson encontra possibilidade de sua expressão transformada em um processo clínico carita,

uma vez que a relação enfermeiro-idoso, cuidador-cuidado, se configurará pelo tratar com carinho, sensível, atencioso e individualizado, em um espaço de decisões e ações intencionais, que caracteriza o cuidado especializado como garantia individual ao idoso institucionalizado (LUKOSE, 2011; PERES DE OLIVEIRA ET AL, 2017; SCHOSSLER, CROSSETTI, 2008; SILVA ET al, 2010).

A presença do cuidador formal na oferta de cuidados deve ser reconhecida nesse momento, dada a realidade das ILPIs no contexto brasileiro. O cuidador formal é uma ocupação reconhecida pelo Ministério do Trabalho e Renda, mas ainda carece de debates mais amplos sobre o aspecto legal da profissão e de maior reconhecimento social acerca de sua importância. De qualquer forma, diante do acelerado envelhecimento populacional e da mudança no papel das pessoas e instituições que cuidam dos idosos, faz-se necessário definir e esclarecer como de fato se organiza o trabalho dos cuidadores formais de idosos que vivem ou não em ILPIs (TRENTIN LAMPERT; ALBA SCORTEGAGNA; GRZYBOVSKI, 2016).

Assim, a ILPI se define como um ambiente de cuidados sociais e de saúde para o idoso, uma vez que na oferta de cuidados de longa duração pode ser caracterizada como um ambiente residencial e, como tal, tem a responsabilidade de oferecer atenção integral às necessidades do idoso (FLUETTI et al., 2018; KLETEMBERG et al., 2019; ROQUETE; BATISTA; ARANTES, 2017).

Sabe-se que a multidimensionalidade do cuidado de longa duração necessário ao envelhecimento saudável se constitui um desafio que requer múltiplos saberes de disciplinas que estão além da área da saúde. Portanto, as ILPIs tornam-se um ambiente que não só desafia o cuidado para qualquer profissional como estimula o cuidado na perspectiva da prática colaborativa de equipes interprofissionais (MATUDA et al., 2015; MOLINA-MULA; GALLO-ESTRADA; PERELLÓ-CAMPANER, 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

A importância do ambiente organizacional para o trabalho da enfermagem foi validada neste estudo por meio da utilização do *Practice Environment Scale* – PES. A identificação da presença ou ausência de fatores no ambiente organizacional que favorecem ou dificultam o trabalho da equipe de enfermagem é de grande relevância para a gestão do cuidado de enfermagem (GASPARINO et al, 2020). No caso específico da ILPI, embora seja considerada pelo governo brasileiro como uma instituição social para o idoso residir e não uma instituição de saúde, entendemos que sua finalidade não é apenas social, mas, sim, de saúde, uma vez que requer equipe

com médico, enfermeiro e outros profissionais para o cuidado do idoso que apresenta, no momento da admissão ou posteriormente, comorbidades físicas e cognitivas. Assim, por se tratar de um ambiente que abriga residentes idosos com problemas de saúde, o enfermeiro desempenha papel preponderante na organização dessas instituições, o que inclui a composição da equipe para o desenvolvimento de um cuidado mais efetivo.

Neste estudo, a utilização do referencial do Nursing Role Effectiveness Model (NREM) objetivou direcionar o enfermeiro para o cuidado ao idoso em ILPIs com diferentes níveis de dependência. Dessa forma, as dimensões da estrutura e processo se posicionam como mediadoras e favorecem melhores condições e possibilidades de resultados mais efetivos desse cuidado e, obviamente, melhor condição de vida ao idoso.

Os elementos referentes à organização do trabalho da enfermagem e ao dimensionamento da equipe já estão contemplados acima como características ambientais, mas, dada a sua relevância, faz-se necessário identificá-los como elementos à parte. Atualmente, o dimensionamento de pessoal deixou de ser objeto de estudo exclusivo da enfermagem e passou a ser uma preocupação constante dos gestores de serviços de saúde, uma vez que tem relação direta com eficácia, qualidade e custo da assistência à saúde (SANTOS, GAIDZINSKI, 2019).

A organização do trabalho em enfermagem não se restringe a uma mera divisão e ordenação do trabalho, mas inclui as relações de poder e o significado do próprio trabalho em determinado contexto institucional. Portanto, tal organização abrange a percepção sobre relações pessoais e institucionais de trabalho, incorporação tecnológica, divisão do trabalho, modelo de gestão, dentre outros (PIRES, GELBCKE, MATOS, 2004).

Da mesma forma que uma equipe de trabalho é influenciada pelo ambiente organizacional, também exerce influência sobre o mesmo, quer pela cultura organizacional dominante, quer pelos resultados institucionais alcançados. Essa mutualidade também está presente na relação entre o enfermeiro e o idoso, dado o vínculo afetivo identificado neste estudo, o qual se mostrou fator motivacional importante para o enfermeiro em seu trabalho diário, no cuidar do idoso e na sua percepção de acolhimento e sentido de vida diante da institucionalização.

A relação enfermeiro-idoso se caracteriza, nessa perspectiva, como um espaço de atenção transpessoal e autêntica, que favorece a cura e o desenvolvimento

pessoal e coletivo. Para além disso, a relação terapêutica estabelecida entre ambos trará reflexos para a dimensão organizacional ao descaracterizá-la como um ambiente reducionista e restritivo e reorientá-la como espaço acolhedor e de fortalecimento dos aspectos individuais e relacionais (FAVERO et al., 2009; LUKOSE, 2011; PERES DE OLIVEIRA P et al., 2018; RODRIGUES et al., 2018a; SCHOSSLER; CROSSETTI, 2008).

Para que a ILPI ofereça a garantia institucional de um cuidado especializado, ela precisa perceber o idoso em suas expressões e dimensões. Transpor o modelo patogênico e assumir a atenção integral favorece que o cuidado contemple a assistência ao idoso nas dimensões biológica, social, cultural, psicológica e espiritual, por meio da escuta atenta e genuína a todas as suas expressões. Nesse sentido, a multidimensionalidade do idoso somente será percebida quando ele, de fato, ocupar a centralidade do próprio cuidado (FERNANDES; SILVA, 2018; MELO et al., 2019; MENEGUIN; BANJA; FERREIRA, 2017; ROQUETE; BATISTA; ARANTES, 2017).

Essa centralidade ocorre quando a assistência se origina nas necessidades percebidas e expressadas pelo idoso por meio de dados objetivos e subjetivos. O cuidado centralizado no idoso não representa uma proposta unilateral, pelo contrário, ele se constitui pela expressão de todos os envolvidos, ou seja, equipe interprofissional, família e idoso, mas é validado pelo idoso por meio de suas expressões cognitivas (conceitos), emotivas (sentimentos) e exigidas (hábitos) (FIGUEIREDO; MELO; RIBEIRO, 2018; MELO et al., 2019, 2017)

Vale ressaltar que, independentemente da qualidade institucional e assistencial, a presença da família na vida do idoso na ILPI é de grande relevância, pois está relacionada com valores insubstituíveis. A institucionalização não substitui o papel da família, tampouco preenche os espaços e sentimentos que somente ela é capaz de suprir (BRUINSMA, 2017; SOUZA, 2016).

Paralelamente, a consideração dos elementos estruturantes presentes nas ILPIs se torna fundamental para a compreensão da relação entre as dimensões propostas pelo NREM, além de enfatizar a presença dos fatores fundamentais para a composição do cuidado ao idoso na ILPI.

Planejar de forma adequada a estrutura da ILPI expressa o reconhecimento da condição de interdependência entre estrutura, processo e resultado na produção de cuidados e favorece dois aspectos facilitadores da atenção ao idoso: a criação de

um ambiente que favoreça a cura, prevenção e promoção de uma condição saudável e a aceitação das forças presentes. Portanto, a identificação e o reconhecimento da estrutura disponível permitem um preciso diagnóstico situacional e um adequado plano de ação estratégico mediante processos gerenciáveis pelo enfermeiro com o uso da Tomada de Decisão consciente e assertiva. Por esta razão, é possível afirmar que a relação dinâmica entre estrutura, processo e resultado provoca influência constante e contínua, de modo multidimensional e multidirecional (FAVERO et al., 2009; PERES DE OLIVEIRA P et al., 2018; RODRIGUES et al., 2018a; SCHOSSLER; CROSSETTI, 2008).

• PROCESSO

A composição dos processos é fundamental no cuidado do idoso na ILPI, pois é nesta dimensão que ocorrem as principais decisões do enfermeiro para o cuidado. O mapeamento proposto na estrutura disposta permite que o enfermeiro gerencie o espaço de negociação dos diversos interesses envolvidos, para que a tomada de decisão seja influenciada direta e conjuntamente pelas metas institucionais, capacidade pessoal e da equipe e necessidades do idoso.

O processo representa um espaço dinâmico de decisão-ação. Nas ILPIs, esse espaço deve se constituir a partir do binômio proposto pelo modelo salutogênico da saúde-educação como duas representações indissociáveis e complementares entre si (ANTONOVSKY, 1993a, 1996). A sustentabilidade desse binômio no cotidiano ocorre por meio do desenvolvimento das competências gerenciais norteadas pelo Sentido de Coerência com o desenvolvimento da capacidade de compreensão, de gestão e de empenho (ANTONOVSKY, 1993a).

O Sentido de Coerência qualifica tanto a elaboração dos processos quanto a tomada de decisão necessária para sua execução. A tomada de decisão nas ILPIs considera diversos elementos como a legislação de apoio, os recursos e equipe disponíveis, os problemas a serem resolvidos e o cuidado ao idoso. O sentido coerente permite a compreensão da realidade vigente, gerencia os fatores relacionados e decide pela ação proativa.

Assim, a tomada de decisão do enfermeiro é norteadas pelas legislações vigentes nacionais e estaduais, tanto as que se relacionam com a ILPI, como as que definem o exercício profissional do enfermeiro e da equipe de cuidado, na resolução dos problemas para atingir a finalidade das competências assistenciais e gerenciais.

Cabe destacar aqui o processo de cuidado especializado ao idoso que, por se tratar de um indivíduo mais vulnerável, deve seguir protocolos de segurança das organizações internacionais, nacionais, além de se fundamentar em resultados de pesquisas que envolvam o tema da segurança do cuidado, com o intuito de garantir os direitos formalmente constituídos.

Nessa rede de cuidados aos idosos, o modelo salutogênico orienta a aceitar as forças existentes pelo uso do sentido de coerência, além de direcionar para atitudes que poderão conduzir a equipe a transcender os limites iniciais de sua capacidade e mobilização. Essas ações são o estímulo à fé e esperança, cultivo da sensibilidade, desenvolvimento de relacionamento de ajuda e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos. Essa capacidade individual de percepção, gestão e ação apresenta outra interface entre o Modelo Salutogênico e o Cuidado Transpessoal (ANTONOVSKY, 1991, 1993a, 1996; FAVERO et al., 2009; LUKOSE, 2011; PERES DE OLIVEIRA P et al., 2018; RODRIGUES et al., 2018a).

Esses fatores não estão relacionados unicamente na interação enfermeiro-idoso, mas presentes, também, na relação enfermeiro-equipe, enfermeiro-instituição, enfermeiro-família, enfermeiro-enfermeiro e assim por diante. São fatores que exprimem ação e, conseqüentemente, não são estáticos, mas dinâmicos, o que torna a tomada de decisão do enfermeiro um processo de alta complexidade. Assim, quanto maior for a responsabilização no processo de cuidar, maior será a possibilidade de alcançar os resultados esperados. Isso torna fundamental não só a formação de uma consciência para o cuidado humanizado e altruísta como também a promoção de um ambiente de ensino-aprendizagem interpessoal, com preservação da segurança do idoso em todos os processos. O modelo salutogênico corrobora esta proposição por meio do Sentido de Coerência, uma vez que reforça a indissociabilidade do binômio saúde-educação e habilita todos os participantes do processo para uma tomada de decisão consciente, por meio do desenvolvimento da capacidade de compreensão dos fenômenos, capacidade de gestão desses fenômenos e capacidade de ressignificar os fenômenos esperados e não esperados a que todos estão sujeitos (ANTONOVSKY, 1993b, 1993a, 1996; FAVERO et al., 2009; PERES DE OLIVEIRA P et al., 2018; RODRIGUES et al., 2018a; SCHOSSLER; CROSSETTI, 2008).

Os processos que se constituem nas ILPIs possuem características complexas, uma vez que resultam da presença de idosos com características e necessidades únicas em um ambiente dinâmico, onde a presença da equipe

interprofissional é relevante. O enfermeiro é percebido como fundamental nesse processo gerencial e se destaca pela liderança exercida junto aos outros profissionais (MEDEIROS et al., 2015; ROQUETE; BATISTA; ARANTES, 2017).

Porém, a tomada de decisão do enfermeiro em ILPIs não se restringe aos cuidados de enfermagem ou interprofissionais. Ele também desenvolve atividades relacionadas às áreas administrativa e gerencial, assistencial, ensino, pesquisa e investigação e, conseqüentemente, consegue alinhar as respostas institucionais para equilíbrio entre os recursos disponíveis e as demandas apresentadas (LORENZINI; MONTEIRO; BAZZO, 2013; SANTOS et al., 2008).

A presença do enfermeiro é de grande valia para que a ILPI consiga oferecer o acolhimento e cuidado humanizado. A tomada de decisão deste profissional alia a gestão administrativa à gestão do cuidado e inclui nesse processo o idoso, a família e os demais profissionais por meio da tomada de decisão compartilhada e centrada no idoso (EDUARDO et al., 2015; NORA et al., 2016; ZOFFMANN; HARDER; KIRKEVOLD, 2008).

O Sentido de Coerência se torna um sólido fundamento para a tomada de decisão consciente e consistente na gestão dos recursos e equipe para a resolução de problemas em busca dos resultados propostos e desejados. O conceito de Cuidado Transpessoal e o Sentido de Coerência dialogam entre si na perspectiva da possibilidade de crescimento individual, familiar e profissional, pelo uso da autoconsciência na escolha da melhor alternativa para o cuidado e o autocuidado e na ênfase de uma relação centralizada no cuidado mútuo e não na cura de forma isolada.

• RESULTADOS

Enquanto o processo se apresenta como um espaço de negociação entre a estrutura e o resultado e estabelece o percurso que será necessário para a prática do cuidar, o resultado representa a resposta esperada por todos os participantes do cuidado planejado ao idoso e uma condição esperada pela estrutura disponível. Assim, os pressupostos teóricos salutogênicos projetam como resultado um ambiente institucional favorável ao cuidado em enfermagem e, conseqüentemente, diminuição da rotatividade na equipe e maior satisfação de enfermeiros e idosos. O ambiente salutogênico cria um espaço favorável para o cuidado transpessoal, uma vez que a salutogênese têm sido adotada em instituições que se intitulam promotoras de saúde,

com ênfase no binômio saúde-educação (ANTONOVSKY, 1991, 1996; LUKOSE, 2011; RODRIGUES et al., 2018a).

No contexto de uma instituição promotora de saúde, a gestão do enfermeiro ocorre por meio da tomada de decisão orientada pelos princípios da qualidade e alicerçados em valores humanísticos. Além da gestão da qualidade, o enfermeiro recorrerá à prática baseada em evidências para suas ações, conforme verificado na revisão sistemática deste estudo. A gestão da qualidade e a prática baseada em evidência resultarão em uma equipe qualificada para o cuidado centrado no idoso, caracterizado por ações de recuperação, prevenção e promoção da saúde com foco no envelhecimento saudável.

O cuidado promove a interação entre o enfermeiro e o idoso, pois o cuidado e o autocuidado ocorrem de forma paralela e complementar e se instituem a partir da tomada de decisão compartilhada: instituição-enfermeiro-idoso-família, cujo objetivo é o cuidado centrado no idoso. A composição de indicadores relacionais é fundamental para a descrição dos indicadores individuais pelos princípios da independência, autonomia, integridade e identidade (FAVERO et al., 2009; LUKOSE, 2011; PERES DE OLIVEIRA P et al., 2018; RODRIGUES et al., 2018a).

Para a concretude do resultado de um cuidado efetivo do idoso nas ILPIs, é imprescindível também a participação da família, como um constante memorial de sua história pessoal (DA SILVA et al., 2010; FAVERO et al., 2009; LUKOSE, 2011; PERES DE OLIVEIRA P et al., 2018) e na condição de intermediária do processo de negociação com o idoso para o plano de cuidado. Nesse interim, as ILPIs devem tomar como padrão a realização de avaliações multidimensionais do idoso, desenvolvidas pelo enfermeiro. Tais avaliações darão suporte científico para a tomada de decisão no cuidado individual e fornecerão dados que sustentarão a estrutura física da ILPI e o processo de tomada de decisão.

A partir da Tomada de Decisão Compartilhada e do Cuidado Centrado no Idoso, este assume o protagonismo na composição do seu próprio cuidado. Por conseguinte, conforme apresentado anteriormente, o sentido de coerência será uma ferramenta adequada para alcançar um padrão biológico, social, cultural, psicológico e espiritual equilibrado e satisfatório (ANTONOVSKY, 1993a, 1993b, 1996).

Cabe destacar aqui que os resultados apresentados, bem como a discussão dos achados, nos possibilitaram reflexão de uma proposta coerente em prol de uma mudança de cultura para a tomada de decisão compartilhada, com vistas a

oferecer ao idoso um espaço mais adequado para residir, o qual, embora apresente as fragilidades aqui discutidas, garanta a sua integridade e identidade de pessoa. Outras propostas poderão advir nesse momento, porém considera-se que esses indicadores são universais e que as políticas públicas, os gestores e enfermeiros das ILPIs, os pesquisadores, enfim, a sociedade, devem debater o tema, com vistas a oferecer para a população idosa uma vida com qualidade nessa fase do envelhecimento.

Dessa forma, com o aumento da população idosa no Brasil, as ILPIs necessitam de uma nova conformação organizacional, o que evidencia o papel fundamental desempenhado pelo enfermeiro ao longo deste processo de implementação de novas práticas, no sentido de oferecer cuidado de qualidade. A atuação deste profissional será, portanto, decisiva para que o idoso se sinta em um ambiente agradável, seguro e de confiança, como se estivesse na sua casa.

Limitações do Estudo

Este estudo apresentou duas limitações, a primeira para identificação das ILPIs existentes no município onde foi realizada a pesquisa, uma vez que houve dificuldade para obter o endereço de algumas instituições e incluí-las na coleta de dados porque estavam em situação de informalidade. A segunda limitação foi relacionada ao fato de cada instituição ter apenas um enfermeiro em seu quadro assistencial, o que reduziu as contribuições de cada instituição à percepção de apenas um profissional para este estudo.

A gestão do cuidado dos idosos institucionalizados se caracterizou como uma atividade realizada em meio a limitações de recursos, sobrecarga de trabalho e falta de preparo especializado. No entanto, tais condições reducionistas, em muitas situações, foram compensadas pelo vínculo afetivo desenvolvido com os idosos e pela dedicação pessoal dos enfermeiros na oferta de um cuidado de qualidade.

Nesse esforço, eles recorreram ao uso de tecnologias leves como acolhimento e fatores inter-relacionais para minimizar o impacto da institucionalização dos idosos e de sobrecarga de trabalho da equipe de cuidadores. No entanto, foi evidenciado pouco conhecimento sobre as ferramentas gerenciais que poderiam otimizar as ações e favorecer ações eficazes.

O processo decisório tem sido apresentado na literatura sempre associado a objetivos específicos, mas, nesta revisão, a tomada de decisão foi abordada como o próprio objeto de estudo. Assim, pôde ser observada e compreendida como um instrumento de gestão disponível para que a enfermagem desempenhe adequadamente suas atividades, tanto na esfera administrativa quanto assistencial, quer em desempenho individual ou em coletivo, e em qualquer ambiente em que sua decisão seja necessária para a composição e efetivação do cuidado.

Quando orientada pelo NREM, a tomada de decisão contribui expressivamente para a otimização da estrutura disponível e para a elaboração de um processo adequado e executável em prol da obtenção dos resultados esperados. Dessa forma, a adequação ao modelo teórico favorece a percepção do papel da enfermagem e sua contribuição na consolidação da gestão de qualidade e na sua identidade profissional.

Os resultados obtidos indicam algumas tendências relevantes para a organização do processo de trabalho em enfermagem que favorecem a tomada de decisão. A primeira foi identificada em relação ao trabalho em equipe, pois a qualidade e a segurança da tomada de decisão mostraram-se diretamente proporcionais ao envolvimento de outros participantes no processo e à inclusão de profissionais de enfermagem e da área da saúde, usuários e seus familiares.

A segunda tendência identificada se relaciona com a translação do conhecimento. Os estudos apresentam a necessidade de incorporar a prática das evidências como suporte para o processo decisório. A prática baseada em evidências traz benefícios para as esferas individual e coletiva, pois estabelece um referencial para a prática, de modo a fundamentar, instrumentalizar e assegurar uma ação com

maior possibilidade de êxito.

A terceira tendência identificada diz respeito ao papel do enfermeiro enquanto mediador de interesses. Os eventos relacionados com a tomada de decisão situam este profissional como elemento principal de mediação dos diversos interesses envolvidos no processo de cuidar, principalmente acerca dos interesses institucionais e das demandas individuais do usuário. Nesse sentido, o processo de mediação é norteado por um cuidar ético, que busca os melhores resultados esperados, alinhado à coerência organizacional em seus princípios e diretrizes.

No contexto das Instituições de Longa Permanência para Idosos, a tomada de decisão se torna uma ferramenta gerencial de grande importância tanto na gestão da equipe como no gerenciamento do cuidado. A tomada de decisão planejada favorece a adequação entre os recursos disponíveis e objetivos propostos, representados no modelo de eficácia pela estrutura e resultados, respectivamente, de modo que o espaço de ajustes se configura na construção de processos adequados que preservam os interesses de todos os envolvidos, isto é, gestores, cuidadores, famílias e idosos.

Nesse contexto e com o referencial da salutogênese, a composição do cuidado centrado no usuário considerará as necessidades específicas apresentadas por cada idoso e estabelecerá como resultados esperados a maior funcionalidade possível para que essas pessoas, já distantes do convívio familiar, possam ter uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS¹

---

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (NBR 6023).

ALENCAR, D. DE C. et al. Feelings of nurses who work with cancer patients in terminal phase Sentimentos de enfermeiros que atuam junto a pacientes com câncer em fase terminal. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 4, p. 1015, 31 out. 2017.

AMARAL, A. et al. Implementation of the Nursing Role Effectiveness Model. **International Journal of Caring Sciences**, v. 7, n. 3, p. 757–770, 2014.

ANDRADE, F. L. J. P. DE et al. Cognitive impairment and associated factors among institutionalized elderly persons in Natal, Rio Grande do Norte, Brazil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 2, p. 186–196, abr. 2017.

ANTONOVSKY, A. **The implications of Salutogenesis: an outsider's view.** Colloquium on Cognitive Coping in Families with a Member with a Development Disability. **Anais...**1991Disponível em: <<http://www.angelfire.com/OK/SOC/akansas.htm>>

ANTONOVSKY, A. The structure and properties of the sense of coherence scale. **Social Science and Medicine**, v. 33, p. 1–20, 1993a.

ANTONOVSKY, A. The sense of coherence: an historical and future perspective. **Social Science and Medicine**, v. 33, p. 21–39, 1993b.

ANTONOVSKY, A. The salutogenic model as a theory to guide health. **Health Promotion International**, v. 1, p. 13–17, 1996.

ARSLANIAN-ENGOREN, C.; SCOTT, L. D. Clinical decision regret among critical care nurses: A qualitative analysis. **Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care**, v. 43, n. 5, p. 416–419, 2014.

BAYLISS, L. Demystifying Data: A Constructivist Approach to Teaching Statistical Concepts Using SPSS. **Journal of Public Relations Education**, v. 6, n. 1, p. 58–84, 2020.

BEARD, J. R. et al. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. **The Lancet**, v. 387, n. 10033, p. 2145–2154, maio 2016.

BEZERRA, I. M. P.; SORPRESO, I. C. E. Concepts and movements in health promotion to guide educational practices. **Journal of Human Growth and Development**, v. 26, n. 1, p. 11, 28 abr. 2016.

BRASIL. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC/ANVISA Nº 283, de 26 de setembro de 2005**BrasilMinistério da Saúde, , 2005.

BRASIL. **Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde**BrasilConselho Nacional de Saúde, , 2012. Disponível em: <<http://www.conselho.saude/>>

BRAUN, V.; CLARKE, V. (Mis)conceptualising themes, thematic analysis, and other problems with Fugard and Potts' (2015) sample-size tool for thematic analysis. **International Journal of Social Research Methodology**, v. 19, n. 6, p. 739–743, 16

nov. 2016.

BRIGOLA, A. G. et al. Health profile of family caregivers of the elderly and its association with variables of care: a rural study. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 3, p. 409–420, maio 2017.

BUENO AA, FERREIRA MMF, R. R. **Decision-making models for nurses in health services: a protocol for qualitative evidence synthesis** PROSPERO United Kingdon, 2019. Disponível em: <http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.php?ID=CRD42019127009>

BURKETT, L. S. Collaborative decision making: Empowering nurse leaders. **Nursing Management**, v. 47, n. 9, p. 7–10, 2016.

BUSANELLO, J. et al. Modes of subjectivity production of nurses for decision making. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 3, 30 maio 2014.

BUSANELLO, J.; LUNARDI FILHO, W. D.; KERBER, N. P. DA C. Produção da subjetividade do enfermeiro e a tomada de decisão no processo de cuidar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 2, p. 140–147, 27 jul. 2013.

CAMARANO, A. A. **Cuidados de longa duração para a população idosa : um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 27, n. 1, p. 232–235, jun. 2010.

CATANANTE, G. V. et al. Participação social na Atenção Primária à Saúde em direção à Agenda 2030. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, p. 3965–3974, dez. 2017.

CAVEIÃO, C. et al. Teaching-learning tendencies and strategies used in the leadership development of nurses. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. suppl 4, p. 1531–1539, 2018.

CHONG, W. W.; ASLANI, P.; CHEN, T. F. Multiple perspectives on shared decision-making and interprofessional collaboration in mental healthcare. **Journal of Interprofessional Care**, v. 27, n. 3, p. 223–230, maio 2013.

CLEOTILDE, G.-R. et al. Women with Blood Hypertension: A Dialogical Reflection. **Open Journal of Nursing**, v. 08, n. 03, p. 188–195, 2018.

COFEN, C. F. DE E.-. **Resolução COFEN Nº 620 DE 04/11/2019** Brasil Diário Oficial da União nº215, , 2019.

COHEN-MANSFIELD, J.; LIPSON, S. Medical staff's decision-making process in the nursing home. **The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences**, v. 58, n. 3, p. 271–8, mar. 2003.

- COYLEWRIGHT, M.; MONTORI, V.; TING, H. H. **Patient-centered shared decision-making: A public imperative** *American Journal of Medicine* Elsevier Inc., , 2012.
- CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- DA SILVA, C. M. C. et al. A teoria do cuidado transpessoal na enfermagem: análise segundo Meleis. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 3, 30 set. 2010.
- DE ALMEIDA TAVARES, J. P. et al. Portuguese nurses' knowledge of and attitudes toward hospitalized older adults. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 29, n. 1, p. 51–61, mar. 2015.
- DE OLIVEIRA, K. M. et al. Relações dialógicas e assistência segura ao paciente: reflexão à luz da filosofia buberiana. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 5, 17 ago. 2016.
- DEBONO, D. et al. Strengthening the capacity of nursing leaders through multifaceted professional development initiatives: A mixed method evaluation of the 'Take The Lead' program. **Collegian**, v. 23, n. 1, p. 19–28, mar. 2016.
- DONABEDIAN, A.; WHEELER, J. R. C.; WYSZEWIANSKI, L. Quality, Cost, and Health: An Integrative Model. **JSTOR**, v. 20, n. 10, p. 975–992, 1982.
- DUFFIELD, C. et al. Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. **Applied Nursing Research**, v. 24, n. 4, p. 244–255, nov. 2011.
- DUFOUR, É.; DUHOUX, A.; CONTANDRIOPOULOS, D. Measurement and Validation of Primary Care Nursing Indicators Based on a Wound Care Tracer Condition. **Journal of Nursing Care Quality**, v. 35, n. 1, p. 63–69, 2020.
- DUNER, A. Care planning and decision-making in teams in Swedish elderly care: A study of interprofessional collaboration and professional boundaries. **Journal of Interprofessional Care**, v. 27, n. 3, p. 246–253, maio 2013.
- EDUARDO, E. A. et al. Analysis of the decision-making model of nurse managers: a collective reflection". **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 4, p. 668–675, ago. 2015.
- ELLIOTT, N. Building leadership capacity in advanced nurse practitioners - the role of organisational management. **Journal of Nursing Management**, v. 25, n. 1, p. 77–81, jan. 2017.
- EVANGELISTA, R. A. et al. Perceptions and experiences of elderly residents in a nursing home. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. spe2, p. 81–86, dez. 2014.
- FAGUNDES, K. V. D. L. et al. Entidades de larga permanencia como alternativa para acoger adultos mayores. **Revista de Salud Pública**, v. 19, n. 2, p. 210–214, 1 mar.

2017.

FAVERO, L. et al. Aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: uma década de produção brasileira. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 213–218, 2009.

FERNANDES, M. J. C.; SILVA, A. L. DA. A pessoa idosa em estado crítico: barreiras ao cuidado integral. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 7, p. 1887, 3 jul. 2018.

FERNANDES, M. T. DE O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 06, p. 1494–1502, 2012.

FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G. et al. Active ageing and quality of life: factors associated with participation in leisure activities among institutionalized older adults, with and without dementia. **Aging & Mental Health**, v. 19, n. 11, p. 1031–1041, 2 nov. 2015.

FERREIRA, F. M. P. B.; BRITO, I. DA S.; SANTOS, M. R. Health promotion programs in higher education: integrative review of the literature. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. suppl 4, p. 1714–1723, 2018.

FIGUEIREDO, A.; MELO, R.; RIBEIRO, O. Humanitude care methodology: difficulties and benefits from its implementation in clinical practice. **Revista de Enfermagem Referência**, v. IV Série, n. 17, p. 53–62, 29 jun. 2018.

FISCHER, S. A. Transformational leadership in nursing: a concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v. 72, n. 11, p. 2644–2653, nov. 2016.

FLUETTI, M. T. et al. The frailty syndrome in institutionalized elderly persons. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 1, p. 60–69, fev. 2018.

FREIRE, G. V. et al. Nursing leadership in urgency and emergency services: integrative review. **Braz. J. Hea. Rev.**, v. 2, n. 2, p. 2029–2041, 2019.

GASPARINO, R. et al. Evaluation of the professional practice environment of nursing in health institutions. **Acta Paul Enferm**, v. 32, n. 4, p. 449–55, 2019.

GASPARINO, R. C.; GUIRARDELLO, E. DE B. Validation of the Practice Environment Scale to the Brazilian culture. **Journal of Nursing Management**, v. 25, n. 5, p. 375–383, jul. 2017.

GASTALDO, D. et al. **Body-Map Storytelling as Research: Methodological considerations for telling the stories of undocumented workers through body mapping**. Ontario: [s.n.].

GASTALDO, D.; RIVAS-QUARNETI, N.; MAGALHAES, L. Body-Map Storytelling as a Health Research Methodology: Blurred Lines Creating Clear Pictures. **Forum: Qualitative Social Research**, v. 19, n. 2, 2018.

GLANZNER, C. H.; OLSCHOWSKY, A.; DUARTE, M. DE L. C. Equipes de saúde da família e suas estratégias para proteção do sofrimento no trabalho. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 1, 18 abr. 2018.

GRØDAL, K. et al. Affective organizational commitment among nursing home employees: A longitudinal study on the influence of a health-promoting work environment. **Nursing Open**, v. 6, n. 4, p. 1414–1423, 29 out. 2019.

HEDBERG, B.; LARSSON, U. S. Observations, confirmations and strategies-useful tools in decision-making process for nurses in practice? **Journal of Clinical Nursing**, v. 12, p. 215–222, 2003.

HEDLER, H. C. et al. Representação social do cuidado e do cuidador familiar do idoso. **Revista Katálisis**, v. 19, n. 1, p. 143–153, jun. 2016.

HEINEN, M. et al. An integrative review of leadership competencies and attributes in advanced nursing practice. **Journal of Advanced Nursing**, v. 75, n. 11, p. 2378–2392, 21 nov. 2019.

HIGUCHI, K. A. S. et al. **Challenges in Home Care Practice: A Decision-Making Perspective Requests for reprints should be sent to JOURNAL OF COMMUNITY HEALTH NURSING**. [s.l: s.n.].

HOV, R.; ATHLIN, E.; HEDELIN, B. Being a nurse in nursing home for patients on the edge of life. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 23, n. 4, p. 651–659, dez. 2009.

IBGE. **Censo Demográfico – 2010: Características da população e dos domicílios**.

IRANI, E. et al. Home health nurse decision-making regarding visit intensity planning for newly admitted patients: a qualitative descriptive study. **Home Health Care Services Quarterly**, v. 37, n. 3, p. 211–231, 3 jul. 2018.

IRVINE, D.; SIDANI, S.; HALL, L. M. Linking outcomes to nurses' roles in health care. **Nursing Economics**, v. 16, n. 2, p. 58–64, 87, [s.d.].

IRVINE, D.; SIDANI, S.; HALL, L. M. Linking outcomes to nurses' roles in health care. **Nursing Economics**, v. 16, n. 2, p. 58–64, 1998.

JACKSON, K. et al. Optimizing enactment of nursing roles: redesigning care processes and structures. **Journal of Healthcare Leadership**, v. 6, p. 1–14, 26 fev. 2014.

JAGER, A. et al. Embodied Ways of Storying the Self: A Systematic Review of Body-Mapping. **Forum: Qualitative Social Research**, v. 17, n. 2, 2016.

JENSEN, R.; GUEDES, E. DE S.; LEITE, M. M. J. Informatics competencies essential to decision making in nursing management. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 1, p. 109–117, fev. 2016.

JOHANSEN, M. L.; O'BRIEN, J. L. Decision Making in Nursing Practice: A Concept Analysis. **Nursing Forum**, v. 51, n. 1, p. 40–48, jan. 2016.

JULIANI, C. M. C. M.; KURCGANT, P. Educação continuada e gerência participativa: indicadores de qualidade da gestão de recursos humanos em enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 3, 22 dez. 2010.

JUNIOR, A. J. DE L.; GERHARDT, L. M. Desafio global da organização mundial da saúde: redução de danos associados à administração de medicamentos. **Revista Contexto & Saúde**, v. 17, n. 32, p. 1, 2 jun. 2017.

KELLY, L. A.; LEFTON, C.; FISCHER, S. A. **Nurse Leader Burnout, Satisfaction, and Work-Life Balance** *Journal of Nursing Administration* Lippincott Williams and Wilkins, , 1 set. 2019.

KLETEMBERG, D. F. et al. The labor market in gerontological nursing in Brazil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. suppl 2, p. 97–103, 2019.

LAKE, E. T.; RIMAN, K. A.; SLOANE, D. M. Improved work environments and staffing lead to less missed nursing care: A panel study. **Journal of Nursing Management**, p. jonm.12970, 10 mar. 2020.

LINDBERG, E. et al. Older patients' participation in team meetings - A phenomenological study from the nurses' perspective. **International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being**, v. 8, n. 1, 2013.

LORENZINI, E.; MONTEIRO, N. D.; BAZZO, K. Instituição de longa permanência para idosos: atuação do enfermeiro. **Revista de Enfermagem da UFSM - REUFSM**, v. 3, n. 1, p. 345–352, 2013.

LOUREIRO, T.; DE SOUSA MENDES, G. H.; PINTO E SILVA, E. Modelos de gestão e o sofrimento de servidores assistentes em administração. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v. 17, n. 2, p. 97–105, 2017.

LUKEWICH, J. A. et al. Exploring the utility of the Nursing Role Effectiveness Model in evaluating nursing contributions in primary health care: A scoping review. **Nursing Open**, p. nop2.281, 16 maio 2019a.

LUKEWICH, J. A. et al. Exploring the utility of the Nursing Role Effectiveness Model in evaluating nursing contributions in primary health care: A scoping review. **Nursing Open**, p. 1–13, 16 maio 2019b.

LUKOSE, A. Developing a Practice Model for Watson's Theory of Caring. **Nursing Science Quarterly**, v. 24, n. 1, p. 27–30, 10 jan. 2011.

MALTA, D. C. et al. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1799–1809, jun. 2018.

- MANTOVANI, E. P.; LUCCA, S. R. DE; NERI, A. L. Associações entre significados de velhice e bem-estar subjetivo indicado por satisfação em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 2, p. 203–222, abr. 2016.
- MARIANO, P. P. et al. Nursing work organization in long-stay institutions for the elderly: relationship to pleasure and suffering at work. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 756–765, 25 ago. 2015.
- MARIANO, P. P.; CARREIRA, L. Pleasure and suffering in the elderly care in long-term care institution: perception of nursing workers. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 4, 2016.
- MARQUES, M. DE F. M. Decision making from the perspective of nursing students. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 4, p. 1102–1108, ago. 2019.
- MARTEL, M. R. F.; FLORA, G. DELLA; LINI, E. V. Avaliação da capacidade funcional de idosos institucionalizados em um município de pequeno porte do noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. **Revista Contexto & Saúde**, v. 18, n. 35, p. 13–18, 20 dez. 2018.
- MARTIN, P. et al. Defining Successful Aging: A Tangible or Elusive Concept? **The Gerontologist**, v. 55, n. 1, p. 14–25, 1 fev. 2015.
- MATUDA, C. G. et al. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2511–2521, ago. 2015.
- MAZZOCO, H. **Região de Ribeirão terá mais idosos a partir de 2030**. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/ribeiraopreto/2014/07/1483141-regiao-deribeirao-preto-tera-mais-idosos-a-partir-de-2030.shtml>>. Acesso em: 20 mar. 2019.
- MAZZONI, VIVIAN GOMES BITTENCOURT, LEYLANE PORTO RIBEIRO, M. L.; GOUVÊA, M. V. Management and permanent education in an oncological hospital: a descriptive study. **Rev enferm UFPE on line**, v. 11, n. 10, p. 3989–91, 2017.
- MCCAUGHAN, D. et al. Nurse practitioner and practice nurses' use of research information in clinical decision making: findings from an exploratory study. **Family Practice**, v. 22, n. 5, p. 490–497, out. 2005.
- MCGILTON, K. S. et al. Recommendations From the International Consortium on Professional Nursing Practice in Long-Term Care Homes. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 17, n. 2, p. 99–103, 1 fev. 2016.
- MEDEIROS, F. DE A. L. et al. The care for institutionalized elderly perceived by the nursing team. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 1, p. 56–61, mar. 2015.
- MELO, C. M. M. DE et al. Professional autonomy of the nurse: some reflections. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 4, 2016.

- MELO, R. C. C. P. DE et al. Humanity in the humanization of elderly care: experience reports in a health service. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 3, p. 825–829, jun. 2019.
- MELO, R. et al. Undergraduate nursing students' difficulties during clinical training: perception of the main causes. **Rev. Enf. Ref.**, v. IV, n. 15, 2017.
- MENDES, F. R. P. et al. Representações sociais dos estudantes de enfermagem sobre assistência hospitalar e atenção primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 2, p. 343–350, abr. 2016.
- MENDES, R.; FERNANDEZ, J. C. A.; SACARDO, D. P. Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 108, p. 190–203, mar. 2016.
- MENEGUIN, S.; BANJA, P. F. T.; FERREIRA, M. DE L. D. S. Cuidado ao paciente idoso hospitalizado: implicações para a equipe de enfermagem [Care for hospitalized elderly patients: implications for nursing team] [El cuidado de los ancianos hospitalizados: implicaciones para el personal de enfermería]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 25, p. e16107, 20 dez. 2017.
- MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público**. São Paulo: Editora Xamã, 1998.
- MOHER, D. et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **PLoS medicine**, v. 6, n. 7, p. e1000097, 21 jul. 2009.
- MOLINA-MULA, J.; GALLO-ESTRADA, J.; PERELLÓ-CAMPANER, C. Impact of interprofessional relationships from nurses' perspective on the decision-making capacity of patients in a clinical setting. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 15, n. 1, 1 jan. 2018.
- NORA, C. R. D. et al. Elements and strategies for ethical decision-making in nursing. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 25, n. 2, 2016.
- O'CATHAIN, A. et al. Nurses' views of using computerized decision support software in NHS Direct. **Issues and innovations in nursing practice**, v. 45, n. 3, p. 280–286, 2004.
- OFFREDY, M.; MPHIL, B. A. Decision-making in primary care: outcomes from a study using patient scenarios. **Issues and innovations in nursing practice**, v. 40, n. 5, p. 532–541, 2002.
- OLIVEIRA, D. F. DE; KORNIS, G. E. M. A política de qualificação da saúde suplementar no Brasil: uma revisão crítica do índice de desempenho da saúde suplementar. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 207–231, jun. 2017.

- OLIVEIRA, M. R. DE et al. A mudança de modelo assistencial de cuidado ao idoso na Saúde Suplementar: identificação de seus pontos-chave e obstáculos para implementação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 1383–1394, out. 2016.
- OSHODI, T. O. et al. Registered nurses' perceptions and experiences of autonomy: a descriptive phenomenological study. **BMC Nursing**, v. 18, n. 1, p. 51, 1 dez. 2019.
- OUZZANI, M. et al. Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. **Systematic reviews**, v. 5, n. 1, p. 210, 2016.
- PARANHOS, D. G. A. M.; ALBUQUERQUE, A.; GARRAFA, V. Vulnerabilidade do paciente idoso à luz do princípio do cuidado centrado no paciente. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 4, p. 932–942, dez. 2017.
- PERES DE OLIVEIRA P, B. et al. A humanização da assistência na ótica de profissionais de enfermagem que cuidam de idosos. **Investig Enferm Imagen Desarr.**, v. 20, n. 2, 2018.
- PINHEIRO, A. L. S. Nursing management in basic units: information as a decision-making tool. **Rev. APS**, v. 12, n. 3, p. 262–270, 2009.
- PINHEIRO, O. D.; AREOSA, S. V. C. A importância de políticas públicas para idosos. **Revista Brasileira de Assusntos Regionais e Urbanos (BARU)**, v. 4, p. 182, 2019.
- PINTO, J. M.; NERI, A. L. Relações entre níveis de participação social, autoavaliação de saúde e satisfação com a vida em idosos de acordo com gênero. **Kairós Gerontologia**, v. 19, n. 4, 2016.
- RAMÍREZ, N. DE A.; PÉREZ, L. DEL C. A.; MILÁN, J. Y. E. Salutogenic approach in the study of the self-esteem of the elderly. **EDUMECENTRO**, v. 11, n. 3, p. 282–288, 2019.
- REGAN, S.; LASCHINGER, H. K. S.; WONG, C. A. The influence of empowerment, authentic leadership, and professional practice environments on nurses' perceived interprofessional collaboration. **Journal of Nursing Management**, v. 24, n. 1, p. E54–E61, jan. 2016.
- RIBEIRÃO PRETO. **Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto**. Disponível em: <<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/>>. Acesso em: 16 abr. 2019.
- RIBEIRO, J.; SOUZA, D. N. DE; COSTA, A. P. Investigação qualitativa na área da saúde: por quê? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2324–2324, ago. 2016.
- RIBEIRO, J.; SOUZA, F. N. DE; LOBÃO, C. Saturação da Análise na Investigação Qualitativa: Quando Parar de Recolher Dados? **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 6, n. 10, p. 1–5, 2018.

- RIBEIRO, R. R. S. et al. A importância do gerenciamento de enfermagem frente às atribuições de sua equipe na pediatria. **Brazilian Journal of Development**, v. 5, n. 12, p. 28343–28355, 2019.
- RIBERTO, M. et al. Validation of the Brazilian version of Functional Independence Measure. **Acta Fisiátrica**, v. 11, n. 2, 2004.
- RIVERA DE RAMONES, E. M. Camino salutogénico: estilos de vida saludable. **Revista Digital de Postgrado**, v. 8, n. 1, 2019.
- ROCHA, B. S. et al. Coaching tools in the development of nursing leadership in primary health care. **Rev. Enferm. UFSM - REUFSM**, v. 19, n. 46, p. 1–23, 2019.
- ROCHA, D. E.; ALCÂNTARA, A. DE O. Envelhecimento e políticas públicas no Brasil na perspectiva de seus usuários. **Revista Interdisciplinaridade**, 2019.
- ROCHE, M. A. et al. Changes to nurses' practice environment over time. **Journal of Nursing Management**, v. 24, n. 5, p. 666–675, jul. 2016.
- RODRIGUES, M. A. et al. Exercício profissional de enfermagem em instituições de longa permanência para idosos: estudo retrospectivo. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 27, n. 2, 3 maio 2018a.
- RODRIGUES, T. F. C. DA S. et al. Feelings of families regarding drug dependence: in the light of comprehensive sociology. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, n. suppl 5, p. 2272–2279, 2018b.
- ROQUETE, F. F.; BATISTA, C. C. R. F.; ARANTES, R. C. Care and management demands of long-term care facilities for the elderly in Brazil: an integrative review (2004-2014). **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 2, p. 286–299, abr. 2017.
- RYCROFT-MALONE, J. et al. Protocol-based care: The standardisation of decision-making? **Journal of Clinical Nursing**, v. 18, n. 10, p. 1490–1500, maio 2009.
- SANTOS, D. DE S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 861–870, mar. 2018.
- SANTOS, É. I. DOS et al. Autonomia profissional e enfermagem: representações de profissionais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 1, 2017.
- SANTOS, M. Z. DOS et al. Degree in Nursing: education through problem-based learning. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 4, p. 1071–1077, ago. 2019.
- SANTOS, S. S. C. et al. O papel do enfermeiro na instituição de longa permanência para idosos. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 2, n. 3, p. 291, 29 jun. 2008.

- SCHOSSLER, T.; CROSSETTI, M. DA G. Cuidador domiciliar do idoso e o cuidado de si: uma análise através da teoria do cuidado humano de Jean Watson. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 280–287, jun. 2008.
- SEIFFERT, L. S. et al. Indicators of effectiveness of nursing care in the dimension of patient safety. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 3, 2020.
- SERIGHT, T. J. Clinical decision-making of rural novice nurses. **Rural and Remote Health**, v. 11, n. 3, 2011.
- SIDANI, I. D.; DOIDGE, K. M. An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. **Journal of Advanced Nursing**, v. 38, n. 1, p. 29–39, 2002.
- SIDANI, I. D.; HALL, L. M. Linking outcomes to nurses' roles in health care. **Nursing Economics**, v. 16, n. 2, p. 58–64, 1998.
- SILLERO-SILLERO, A.; ZABALEGUI, A. Segurança e satisfação de pacientes com os cuidados de enfermeiros no perioperatório. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, 29 abr. 2019.
- SILVA, H. S. DA; GUTIERREZ, B. A. O. A educação como instrumento de mudança na prestação de cuidados para idosos. **Educar em Revista**, v. 34, n. 67, p. 283–296, fev. 2018.
- SILVA, K. S. DA; ECHER, I. C.; MAGALHÃES, A. M. M. DE. Patients dependency degree in relation to the nursing team: a management tool. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, 2016.
- SILVA, K. DE L.; ÉVORA, Y. D. M.; CINTRA, C. S. J. Software development to support decision making in the selection of nursing diagnoses and interventions for children and adolescents. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 927–935, out. 2015.
- SOUZA, M. A. R. DE et al. O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, 4 out. 2018.
- STRAPASSONI, M. R.; CÁSSIA R. G. MEDEIR, C. R. G. M. Análise qualitativa por meio do software IRAMUTEQ. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 2, p. 228–233, 2009.
- SUZUKI, M. et al. Effects of a fall intervention program for elderly patients with dementia based on person-centered care on care staff. **Nippon Ronen Igakkai Zasshi. Japanese Journal of Geriatrics**, v. 56, n. 4, p. 487–497, 25 out. 2019.
- TAVARES, J. P. DE A. et al. Nurse perception of care of hospitalized older adults - a comparative study between northern and central regions of Portugal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, 19 out. 2017.

TAYLOR, B. J.; DONNELLY, M. **Professional perspectives on decision making about the long-term care of older people** *British Journal of Social Work*, jul. 2006.

THOKALA, P. et al. Multiple Criteria Decision Analysis for Health Care Decision Making—An Introduction: Report 1 of the ISPOR MCDA Emerging Good Practices Task Force. **Value in Health**, v. 19, n. 1, p. 1–13, jan. 2016.

TOWNSON, J. et al. Health professionals' perspectives on delivering home and hospital management at diagnosis for children with type 1 diabetes: a qualitative study from the Delivering Early Care in Diabetes Evaluation (<scp>DECIDE</scp>) trial. **Pediatric Diabetes**, p. pedi.13023, 16 abr. 2020.

TRAYNOR, M. Autonomy and caring: Towards a Marxist understanding of nursing work. **Nursing Philosophy**, v. 20, n. 4, 13 out. 2019.

TRENTIN LAMPERT, C. D.; ALBA SCORTEGAGNA, S.; GRZYBOVSKI, D. Dispositivos legais no trabalho de cuidadores: aplicação em instituições de longa permanência. **REAd - Revista Eletrônica de Administração**, v. 22, n. 3, p. 80–100, 2016.

TREVISIO, P. et al. Competências do enfermeiro na gestão do cuidado. **Revista de Administração em Saúde**, v. 17, n. 69, 17 out. 2017.

TRUGLIO-LONDRIGAN, M.; SLYER, J. T. Shared Decision-Making for Nursing Practice: An Integrative Review. **The Open Nursing Journal**, v. 12, n. 1, p. 1–14, 22 jan. 2018.

UPTON, J. et al. Shared decision making or paternalism in nursing consultations? A qualitative study of primary care asthma nurses' views on sharing decisions with patients regarding inhaler device selection. **Health Expectations**, v. 14, n. 4, p. 374–382, dez. 2011.

VALCARENGHI, D. et al. Exploring the Interaction between Nursing Decision Making and Patient Outcomes in 2 European Cancer Centers: A Qualitative Study. **Cancer Nursing**, v. 41, n. 5, p. E40–E49, 1 set. 2018.

WALKER, A. A strategy for active ageing. **International Social Security Review**, v. 55, n. 1, p. 121–139, 19 jan. 2002.

WHITE, D. E. et al. Optimizing enactment of nursing roles: redesigning care processes and structures. **Journal of Healthcare Leadership**, p. 1, fev. 2014.

WILD, B. et al. Caring for the elderly: A person-centered segmentation approach for exploring the association between health care needs, mental health care use, and costs in Germany. **PLOS ONE**, v. 14, n. 12, p. e0226510, 19 dez. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, W. **Health for all for the twenty-first century: the health policy for Europe** Copenhagen, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, W. Health 21: The health for all policy framework for the WHO European Region. In: **European Health for All Series n.º 6**. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, W. **Workplace health promotion**. Disponível em: <http://www.who.int/occupational_health/topics/workplace/en/index1.html>. Acesso em: 7 jan. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, W. **Interprofessional collaborative practice in primary health care: nursing and midwifery perspectives**. Geneva: World Health Organization, 2013.

WOZNYJ, H. M. et al. Climate and organizational performance in long-term care facilities: The role of affective commitment. **Journal of Occupational and Organizational Psychology**, v. 92, n. 1, p. 122–143, mar. 2019.

ZOFFMANN, V.; HARDER, I.; KIRKEVOLD, M. A person-centered communication and reflection model: Sharing decision-making in chronic care. **Qualitative Health Research**, v. 18, n. 5, p. 670–685, maio 2008.

APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO (IDOSO)

Identificação:

1. Idade: _____anos.

2. Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

3. Naturalidade (sigla):_____

4. Escolaridade: ( ) E. Fundamental ( ) E. Médio ( ) Superior ( ) Pós-Graduação

5. Estado Civil:( ) Solteiro ( ) Casado/União Estável ( ) Separado/Divorciado ( )
Viúvo

6. Possui filhos? ( ) Sim ( ) Não. Caso sim, quantos? _____

7. Possui netos? ( ) Sim ( ) Não. Caso sim, quantos? _____

8. Possui renda própria? ( ) Sim ( ) Não. Caso sim, quanto?_____

8. Tempo total na instituição: _____anos.

APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO (ENFERMEIRO)

Identificação:

1. Idade: _____ anos.

2. Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

3. Naturalidade (sigla): _____

5. Estado Civil: ( ) Solteiro ( ) Casado/União Estável ( ) Separado/Divorciado ( )
Viúvo

6. Possui filhos? ( ) Sim ( ) Não. Caso sim, quantos? _____

7. Quantas pessoas moram em sua residência, contando com você? _____

8. Tempo total de formação em Enfermagem: _____ anos.

9. Tempo total de experiência profissional: _____ anos.

10. Pretende fazer alguma pós-graduação? _____ Se sim, qual?
_____

APÊNDICE 3 - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DA TÉCNICA BODY MAPP STORYTELLING

1. Descreva como foi o começo de seu trabalho em uma Instituição de Longa Permanência para Idoso.
2. Como se caracteriza a relação do enfermeiro com a instituição, com a equipe e com os idosos?
3. Quais são os desafios do enfermeiro na composição do cuidado ao idoso institucionalizado?

APÊNDICE 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (IDOSO)

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário pesquisa intitulada “O Enfermeiro e a Gestão do Cuidado nas Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPIs)”, vinculada a linha de pesquisa “Saúde do Idoso” e apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, nível Doutorado, tendo como pesquisador responsável Alexandre de Assis Bueno e orientadora Profa Dra Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues. Abaixo estão algumas informações importantes que você precisa saber sobre a pesquisa.

Por meio deste estudo pretendemos auxiliar o enfermeiro desta instituição a tomar decisões importantes para atender às suas necessidades em seu dia a dia. Para que isso ocorra, será preciso identificar quais são as suas necessidades de auxílio para executar as atividades diárias. Assim, sua participação ocorrerá pelas respostas ao instrumento que medirá o grau de sua dependência em algumas atividades do cotidiano. Esse instrumento se chama Medida de Independência Funcional. Esse preenchimento ocorrerá na própria instituição de longa permanência, em seu próprio quarto, com duração prevista de 20 minutos. O seu preenchimento será feito pelo próprio pesquisador.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS, RECUSA E SIGILO

Sua participação é voluntária e não existe qualquer risco consequente de sua participação. Mesmo assim, caso você sinta algum mal-estar será providenciada toda assistência necessária. Além disso, a retirada de seu consentimento pode ocorrer a qualquer momento. Sua identidade será mantida em segredo/sigilo (garantia do anonimato ou sigilo da identidade), e não das informações fornecidas por você relativas à pesquisa. Ainda lhe é garantido o direito de indenização, na ocorrência de danos relacionados à sua participação na pesquisa, pelo pesquisador, patrocinador e instituições envolvidas nas diferentes fases da Pesquisa.

Em caso de dúvidas sobre esta pesquisa você poderá consultar os pesquisadores responsáveis: Alexandre de Assis Bueno- Telefone: (16) 99223-5401 / E-mail: alexissbueno@usp.br e Profa Dra Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues – Telefone: (16) 3315-3416. Estas ligações poderão ser feitas a cobrar. Você também poderá tirar dúvidas sobre qualquer procedimento quantas vezes precisar com o Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP, que é responsável por proteger

eticamente os participantes. O telefone deste comitê é ((16) 3315-9197), com atendimento de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas. Você não será identificado em nenhum momento da divulgação dos resultados deste estudo, nem sofrerá qualquer tipo de constrangimento.

RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO

Esta pesquisa não apresenta qualquer risco para você. Você não terá nenhum gasto para participar desta pesquisa e, em caso de danos comprovadamente relacionados à pesquisa, você terá direito à indenização. Caso ocorra qualquer problema relacionado à pesquisa, você receberá a devida assistência.

DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA

Os resultados desta pesquisa serão divulgados, sejam eles favoráveis ou não, por meio de publicação de artigos em revistas científicas, apresentações em congressos da área, divulgação da tese de doutoramento, entretanto, sua identidade será mantida em segredo/sigilo. Estando de acordo com a sua participação nesta pesquisa, pedimos que preencha e assine os campos abaixo. Declaramos que uma via assinada deste documento é sua e a outra é dos pesquisadores responsáveis por este estudo.

CONSENTIMENTO EM PARTICIPAR DA PESQUISA COMO VOLUNTÁRIO

Eu, _____ declaro que li e concordo em participar desta pesquisa,

_____
PARTICIPANTE

_____
PESQUISADOR

APÊNDICE 5 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ENFERMEIRO)

Você está sendo convidado a participar, como voluntário pesquisa intitulada “O Enfermeiro e a Gestão do Cuidado nas Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPIs)”, vinculada a linha de pesquisa “Saúde do Idoso” e apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, nível Doutorado, tendo como pesquisador responsável Alexandre de Assis Bueno e orientadora Profa Dra Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues. Abaixo estão algumas informações importantes que você precisa saber sobre a pesquisa.

Este estudo tem como objetivos: Propor uma tecnologia gerencial que auxilie o enfermeiro na composição do cuidado de longa duração em instituições de longa permanência para idosos. E para alcançá-lo iremos: Caracterizar o contexto assistencial da ILPI; Descrever a atividade do enfermeiro na elaboração do cuidado ao idoso; relacionar os cuidados assistenciais ao idoso institucionalizado com seu grau de independência funcional; Desenvolver uma tecnologia gerencial, para tomada de decisão, que auxilie o enfermeiro no planejamento do cuidado ao idoso.

A sua participação se desdobrará em 3 etapas: 1. entrevista semiestruturada com os enfermeiros, individualmente, com o objetivo de coletar os dados sócio-demográficos e aplicar o Practice Environment Scale – PES, além de realizar uma exploração inicial do tema, subsidiando o segundo momento. Na segunda etapa, será realizado a coleta de dados, em grupo com cinco enfermeiros, em que será desenhado o contorno do corpo humano, em tamanho real, onde serão projetadas as reflexões acerca do cuidado oferecido ao idoso nas ILPIs. Esta etapa se caracteriza como uma co-construção entre o pesquisador e o participante. Por último, será realizado uma reunião do grupo de enfermeiros para discussão dos dados coletados, análise situacional e diretrizes para resolução dos problemas. Os encontros ocorrerão em local e horário de sua preferência e disponibilidade.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS, RECUSA E SIGILO

Sua participação é voluntária e não existe qualquer risco consequente de sua participação. Mesmo assim, caso você sinta algum mal-estar será providenciada toda assistência necessária. Além disso, a retirada de seu consentimento pode ocorrer a qualquer momento. Sua identidade será mantida em segredo/sigilo (garantia do

anonimato ou sigilo da identidade), e não das informações fornecidas por você relativas à pesquisa. Ainda lhe é garantido o direito de indenização, na ocorrência de danos relacionados à sua participação na pesquisa, pelo pesquisador, patrocinador e instituições envolvidas nas diferentes fases da Pesquisa. Em caso de dúvidas sobre esta pesquisa você poderá consultar os pesquisadores responsáveis: Alexandre de Assis Bueno- Telefone: (16) 99223-5401 / E-mail: alexisssbueno@usp.br e Profa Dra Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues – Telefone: (16) 3315-3416. Estas ligações poderão ser feitas a cobrar. Você também poderá tirar dúvidas sobre qualquer procedimento quantas vezes precisar com o Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP, que é responsável por proteger eticamente os participantes. O telefone deste comitê é ((16) 3315-9197), com atendimento de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas. Você não será identificado em nenhum momento da divulgação dos resultados deste estudo, nem sofrerá qualquer tipo de constrangimento.

RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO

Esta pesquisa não apresenta qualquer risco para você. Você não terá nenhum gasto para participar desta pesquisa e, em caso de danos comprovadamente relacionados à pesquisa, você terá direito à indenização. Caso ocorra qualquer problema relacionado à pesquisa, você receberá a devida assistência.

DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA

Os resultados desta pesquisa serão divulgados, sejam eles favoráveis ou não, por meio de publicação de artigos em revistas científicas, apresentações em congressos da área, divulgação da tese de doutoramento, entretanto, sua identidade será mantida em segredo/sigilo. Estando de acordo com a sua participação nesta pesquisa, pedimos que preencha e assine os campos abaixo. Declaramos que uma via assinada deste documento é sua e a outra é dos pesquisadores responsáveis por este estudo.

CONSENTIMENTO EM PARTICIPAR DA PESQUISA COMO VOLUNTÁRIO

Eu, _____ declaro que li e concordo em participar desta pesquisa,

---

PARTICIPANTE

PESQUISADOR

ANEXO 1 - PROTOCOLO DE REVISÃO CRD42019127009

Decision-making models for nurses in health services: a protocol for qualitative evidence synthesis

Alexandre de Assis Bueno, Maria Manuela Frederico Ferreira, Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

Citation

Alexandre de Assis Bueno, Maria Manuela Frederico Ferreira, Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues. Decision-making models for nurses in health services: a protocol for qualitative evidence synthesis. PROSPERO 2019 CRD42019127009 Available from: https://www.crd.york.ac.uk/prospERO/display_record.php?ID=CRD42019127009

Review question

Considering PICO, where P represents the population to be studied, I the phenomena of interest, and Co the context in which object of study¹ is inserted, the following elements were identified:

- Population (P): Nurses, of any age and gender, with higher education, directly involved in primary, secondary, and/or tertiary care activity.
- Phenomena of interest (I): The nurse's decision-making process related to the structure of care regarding physical, material, and/or human resources at an individual or teamwork level.
- Context (Co): Services that provide health care with the presence of nursing professionals with higher education.

The objective of this study is to understand the main phenomena related to the decision-making process of nursing in health services and understand their meaning, feasibility, and adaptation to nursing practice in different care environments. With the use of PICO, the guiding questions are as follows:

1. Main guiding question:

What kind of care practice experience have nurses had regarding decision-making on the physical, material, and human resources for care structure?

2. Underlying questions:

Which theoretical models of the decision-making process have nurses used in their care practice at the different levels of health care?

What are the elements that make up these nursing decision-making processes in health services?

Which influencing factors are facilitators and obstacles in the decision-making process of nurses in their care practice?

Searches

The research strategy will use the following bibliographic databases: PubMed - National Library of Medicine National Institutes of Health, EMBASE - Excerpta Medica Database, CINAHL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, LILACS - Latin-American and Caribbean Center on Health Sciences Information and SciELO - Scientific Electronic Library Online. Subsequent to this phase, the manual search (hand search) will be carried out in the references of each article selected for analysis, in order to explore with greater comprehensiveness, the publications about the topic of study. Indexed descriptors in each database that relate to the terms of the acronym "PICO" will be combined with the keywords using Boolean operations "AND" and "OR". Primary studies, of a qualitative nature, published in English, Portuguese and Spanish will be included in the review. There will be no period restriction.

Search strategy

https://www.crd.york.ac.uk/PROSPEROFILES/127009_STRATEGY_20190228.pdf

Types of study to be included

Primary studies of qualitative approach will be included, as well as mixed studies that present the qualitative design in their method.

Condition or domain being studied

Health services management constitutes a constant challenge in the quest for service quality. This challenge spans different levels of care complexity since it involves the formulation of public health policies, funding of services, the structure and organization of the institutions, as well as the structure of patient-, family-, and community-centered care. The challenges in service provision are complex since they arise from multifactorial causes, creating a dynamic relationship between human, physical, and material resources, organized and geared towards work production. With this purpose, the decision-making process represents an area of negotiation between institution and individual, with direct and decisive effect on the working process structure and, ultimately, on the work object itself. Understanding how to shape the nursing decision-making process in health services related to care management becomes crucial.

Participants/population

Nurses who perform care activities in health services.

Intervention(s), exposure(s)

Identify and understand the methods for decision making, including theoretical foundations, individuals, stages, tools, as well as the individual, relational and organizational factors that influence the process.

Comparator(s)/control

Studies will be included regardless of the presence of a comparator group.

Main outcome(s)

Composition of the decision-making process of nurses in health services in relation to care management.

Additional outcome(s)

Technological tools will be identified and described about their roles and contributions.

Data extraction (selection and coding)

The Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement strategy will be used for study selection which two reviewers will carry out. A third reviewer will be appointed, if necessary. At this stage of the reviewing process, the Qatar Computing Research Institute - RAYYAN QCRI platform will be a tool to organize the studies initially identified in the databases to achieve methodological accuracy. At this stage of the review, the JBI Qualitative data extraction tool will be used to extract data from the selected articles. The total extraction of relevant data, the reduced possibility of transcription errors, and the registration will be guaranteed. The extracted data include general characterization data of the selected study, as well as those describing the analyzed phenomena. Thus, data survey will include author(s), year of publication, source/country of origin, objectives, study population, characteristics of the population, methodology/methods, phenomena of interest, and relevant and key findings related to the scope review.

Risk of bias (quality) assessment

Two researchers will assess the quality of the selected studies independently. The conflicts arising from the assessments will be resolved through discussion between the assessors and the inclusion of a third reviewer. The studies' assessment will use the JBI instrument, called the JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research, to identify the level of accuracy and systematization presented by the selected study.

Strategy for data synthesis

Data will be initially organized in narrative synthesis to respond to the review's guiding questions. Since this is a review of qualitative studies, the organization of the identified categories will compose a comprehensive conceptual framework to describe the decision-making process of nurses in health services. Subsequently, the data will be arranged in a thematic concept map to facilitate consultation of this synthesis' results.

Analysis of subgroups or subsets

If the data synthesis identifies subgroups other than the initially designated, specific analysis of data is required to characterize the decision-making process in situations specific and/or groups. Thus, the results could follow an organization system by specialties of the services or nurses described in the studies.

Contact details for further information

Alexandre de Assis Bueno
alexissbueno@usp.br

Organisational affiliation of the review

University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing
<http://www.eerp.usp.br/>

Review team members and their organisational affiliations

Ms Alexandre de Assis Bueno. University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing
Dr Maria Manuela Frederico Ferreira. Nursing School of Coimbra
Dr Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues. University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing

Collaborators

Dr Daniela Cardoso. The Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA:E/ESEnC)

Type and method of review

Synthesis of qualitative studies, Systematic review

Anticipated or actual start date

08 January 2019

Anticipated completion date

30 April 2019

Funding sources/sponsors

National Council of Scientific and Technological Development (CNPQ). Brasil.

Conflicts of interest**Language**

English, Portuguese-Brazil, Portuguese-Local

Country

Brazil, Portugal

Stage of review

Review Ongoing

Subject index terms status

Subject indexing assigned by CRD

Subject index terms

Decision Making; Health Services; Humans

Date of registration in PROSPERO

27 March 2019

Date of first submission

28 February 2019

Stage of review at time of this submission

Stage	Started	Completed
Preliminary searches	Yes	No
Piloting of the study selection process	Yes	No
Formal screening of search results against eligibility criteria	Yes	No
Data extraction	No	No
Risk of bias (quality) assessment	No	No
Data analysis	No	No

The record owner confirms that the information they have supplied for this submission is accurate and complete and they understand that deliberate provision of inaccurate information or omission of data may be construed as scientific misconduct.

The record owner confirms that they will update the status of the review when it is completed and will add publication details in due course.

Versions

27 March 2019

08 May 2019

PROSPERO

This information has been provided by the named contact for this review. CRD has accepted this information in good faith and registered the review in PROSPERO. The registrant confirms that the information supplied for this submission is accurate and complete. CRD bears no responsibility or liability for the content of this registration record, any associated files or external websites.

ANEXO 2 - MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL - MIF

Instituição:				Data: ____/____/____			
Identificação:		Sexo				Idade: ____ anos	
NÍVEIS DE FUNÇÃO							
INDEPENDÊNCIA		SUPERVISÃO		DEPENDÊNCIA			
7. Independência Completa 6. Independência Modificada		5. Supervisão		4. Assistência Mínima 3. Assistência Moderada 2. Assistência Máxima 1. Assistência Total			
ATIVIDADES							
A	Alimentação						
B	Higiene Pessoal: Cuidado de Apresentação e Aparência						
C	Banho: Limpeza do Corpo						
D	Vestir a Metade Superior do Corpo						
E	Vestir a Metade Inferior do Corpo						
F	Uso do Vaso Sanitário						
G	Controle da Urina						
H	Controle da Bexiga/Frequência de Incontinência						
I	Controle da Fezes						
J	Transferências: Leito, Cadeira e Cadeira de Rodas						
K	Transferências: Vaso Sanitário						
L	Transferência: Banheira ou Chuveiros						
M	Locomoção						
N	Locomoção: Escadas						
O	Compreensão						
P	Expressão						
Q	Interação Social						
R	Resolução dos Problemas						
S	Memória						

ANEXO 3 - PRACTICE ENVIRONMENT SCALE – PES

		Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente
1	Serviços de apoio adequados que me permitem dedicar tempo aos pacientes	1	2	3	4
2	Equipe médica e de enfermagem possuem boas relações de trabalho.	1	2	3	4
3	Uma equipe de gerente/coordenador/supervisor, da unidade, que dá suporte à enfermagem.	1	2	3	4
4	Desenvolvimento ativo da equipe ou programas de educação continuada para a enfermagem.	1	2	3	4
5	Oportunidade de desenvolvimento na carreira profissional.	1	2	3	4
6	Oportunidade para os enfermeiros participarem das decisões administrativas.	1	2	3	4
7	Os gerentes/coordenadores/supervisores, da unidade, utilizam os erros como oportunidades de aprendizagem e não como críticas.	1	2	3	4
8	Tempo e oportunidade suficientes para discutir com outros enfermeiros os problemas relacionados aos cuidados do paciente.	1	2	3	4
9	Equipe de enfermagem em número suficiente para proporcionar aos pacientes um cuidado de qualidade.	1	2	3	4
10	O responsável técnico/diretor/gerente de enfermagem é um bom administrador e líder.	1	2	3	4
11	O responsável técnico/diretor/gerente de enfermagem é acessível e sempre presente para a equipe.	1	2	3	4
12	Equipe de enfermagem suficiente para realizar o	1	2	3	4

	trabalho.				
13	Reconhecimento e elogio por um trabalho bem feito.	1	2	3	4
14	Altos padrões de cuidados são esperados pela administração da enfermagem.	1	2	3	4
15	O responsável técnico/diretor/gerente de enfermagem tem o mesmo poder e autoridade que outros gerentes/diretores da alta administração do hospital.	1	2	3	4
16	A enfermagem e os médicos trabalham bem em equipe.	1	2	3	4
17	Oportunidades de aperfeiçoamento.	1	2	3	4
18	Uma filosofia de enfermagem clara que permeia o ambiente de cuidado ao paciente.	1	2	3	4
19	Trabalho com enfermeiros clinicamente competentes.	1	2	3	4
20	O gerente/coordenador/supervisor de enfermagem, da unidade, dá suporte à sua equipe, em suas decisões, mesmo que conflitem com as do médico.	1	2	3	4
21	A administração da instituição ouve e responde às preocupações dos trabalhadores.	1	2	3	4
22	Programa ativo de garantia da qualidade.	1	2	3	4
23	Os enfermeiros são envolvidos na direção interna do hospital (como por exemplo, nos comitês de normas e de práticas clínicas).	1	2	3	4
24	Colaboração (prática conjunta) entre as equipes médica e de enfermagem.	1	2	3	4
25	Programa de acompanhamento/tutoria dos profissionais de enfermagem recém contratados.	1	2	3	4
26	O cuidado de enfermagem é baseado mais em	1	2	3	4

	modelos de enfermagem do que em modelos médicos.				
27	Os enfermeiros têm oportunidade de participar de comissões do hospital e de enfermagem.	1	2	3	4
28	O gerente/coordenador/supervisor de enfermagem, da unidade, consulta a equipe sobre os procedimentos e problemas do dia a dia.	1	2	3	4
29	Planos de cuidado de enfermagem escritos e atualizados para todos os pacientes.	1	2	3	4
30	A designação de pacientes promove a continuidade do cuidado (isto é: um mesmo profissional de enfermagem cuida dos mesmos pacientes em dias consecutivos).	1	2	3	4
31	Uso de diagnósticos de enfermagem.	1	2	3	4

ANEXO 4 - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA: CAAE**89994218.1.0000.5393**

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: O Enfermeiro e a Gestão do Cuidado nas Instituições de Longa Permanência de Idosos.

Pesquisador: Alexandre de Assis Bueno

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 89994218.1.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.776.579

Apresentação do Projeto:

Trata-se da avaliação das respostas às pendências.

Objetivo da Pesquisa:

Sem alterações

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem alterações

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alterações

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O interessado inseriu a informação referente aos riscos.

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer aprovado ad referendum

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

**USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP**

Continuação do Parecer: 2.776.579

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1128125.pdf	13/07/2018 12:09:06		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_V2.pdf	13/07/2018 12:08:31	Alexandre de Assis Bueno	Aceito
Outros	Oficio.pdf	17/05/2018 09:53:06	Alexandre de Assis Bueno	Aceito
Orçamento	OrcamentoFinanceiroCEP.pdf	16/05/2018 22:36:44	Alexandre de Assis Bueno	Aceito
Cronograma	CronogramaCEP.pdf	16/05/2018 22:34:07	Alexandre de Assis Bueno	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP.pdf	16/05/2018 22:31:45	Alexandre de Assis Bueno	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaoLPIRibeirao.pdf	14/05/2018 16:08:40	Alexandre de Assis Bueno	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	14/05/2018 16:07:46	Alexandre de Assis Bueno	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 19 de Julho de 2018

Assinado por:
Angelita Maria Stabile
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br