

Capítulo 14

Riscos sanitários nas instituições de longa permanência para idosos (ILPI)

Karla Cristina Giacomini.

APRESENTAÇÃO

Este capítulo aborda os riscos sanitários nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) e está dividido em 4 seções, a saber: a Introdução, os Riscos Sanitários, as Estratégias para redução dos riscos sanitários nas ILPI e as Considerações finais.

INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, a pandemia de COVID-19, causada pelo vírus Sars-Cov2, tornou evidente a vulnerabilidade das pessoas idosas, especialmente aquelas institucionalizadas, dada a elevada mortalidade observada em instituições de cuidados de longa duração (COMAS-HERRERA *et al.*, 2020) e as fraquezas (ou a falta) da base de dados nacional e das práticas de prevenção e controle de infecções (PCI) em ILPI (HANRATTY *et al.*, 2020). Contudo, no nosso meio, a pandemia também explicitou o quanto tais instituições são invisíveis para o Estado e para a sociedade brasileira (FERNANDES *et al.*, 2021).

A criação do movimento social “Frente Nacional de Fortalecimento às ILPI” (FN-ILPI) (www.frentenacionalilpi.com.br), inicialmente motivada pela pandemia de covid-19, visou apoiar essas instituições, ante o risco de alta mortalidade da população institucionalizada (HORTA *et al.*, 2021). Esse movimento tem produzido e divulgado gratuitamente material técnico-científico baseado nas melhores evidências. Além dessa atuação, reconhecida em nível nacional e internacional, a FN-ILPI realizou um censo a partir das informações disponíveis e identificou cerca de 8.000 ILPI em todo o país, com grande heterogeneidade em sua distribuição geográfica (DOMINGUES *et al.*, 2021).

De modo inédito, a FN-ILPI viabilizou a capacitação virtual de cerca de 13.500 gestores e técnicos de ILPI de todo o país e apoiou a Fundação Oswaldo Cruz, por meio do Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (PROQUALIS) e do Comitê de Saúde da Pessoa Idosa do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde - ICICT/Fiocruz, na oferta de um curso de Cuidados de Saúde e Segurança no contexto da COVID-19, para estes profissionais. Um Manual de Qualidade do Cuidado e da Gestão foi elaborado pela FN-ILPI abordando os 20 principais temas sugeridos pelos profissionais das ILPIs, durante a pandemia da COVID-19 e está disponível no site da FN-ILPI.

Embora não exista um consenso entre diferentes atores sociais quanto a conceito, tipo, natureza,

abrangência e qualidade dos cuidados prestados nesses espaços (WACHHOLZ *et al.*, 2022), indubitavelmente o maior risco sanitário para a população idosa institucionalizada é a falta de cuidado adequado. Assim, este capítulo tem como objetivo discutir os principais riscos sanitários envolvidos nessa modalidade de cuidado.

RISCOS SANITÁRIOS NAS ILPIs

A literatura aponta como principais razões para a ineficiência do cuidado institucional: a supervisão insuficiente das equipes de cuidado; a escassez e a falta de qualificação profissional das equipes; a baixa de autoestima e a desmotivação dos funcionários; a baixa remuneração e as técnicas ineficazes de premiação/punição para garantir o melhor desempenho dos profissionais (BREEN; MATUSIT; WAN, 2009). Além disso, com equipes desfalcadas, as pessoas tomam decisões que ultrapassam seu conhecimento e formação, e frequentemente desconhecem os problemas dos residentes, o que contribui para o cuidado redundante, irrelevante ou problemático (LEVENSON, 2010). As deficiências mais relevantes acontecem em atividades e atitudes do cotidiano das ILPI (BREEN; MATUSIT; WAN, 2009). (Quadro 1).

Quadro 1. Principais atividades realizadas com deficiências pelas equipes de cuidado das ILPI.

- Higiene alimentar	- Cuidado em geral
- Limpeza do ambiente	- Prevenção de acidentes
- Úlceras de pressão	- Protocolos profissionais
- Acidentes	- Planos de cuidado
- Controle de infecções	- Respeito à dignidade da pessoa

Fonte: Reproduzido de Giacomini e Couto (2010).

O cuidado institucional desejável deve ser ao mesmo tempo global e centrado na pessoa idosa. Contudo, a população institucionalizada costuma apresentar mais de uma condição clínica, funcional e/ou psicossocial e compartilha ambientes, equipamentos e cuidados. Além disso, a demanda por institucionalização é maior exatamente entre as pessoas mais idosas e mais frágeis. Portanto, atenção a normas de biossegurança é fundamental (WACHHOLZ *et al.*, 2022; HANRATTY *et al.*, 2020). Infelizmente, as equipes de cuidado em muitas ILPIs são formadas por cuidadores e técnicos sem a devida formação para exercer este cuidado.

Assim, para melhorar o cuidado nas ILPIs é fundamental assegurar a educação permanente, o incentivo ao trabalho mais comprometido e o estímulo ao vínculo e à redução das deficiências nas equipes. Isso significa cuidar de quem cuida. Os coordenadores deveriam ser capazes de reconhecer o esforço das pessoas, de elogiar e de oferecer melhores condições de trabalho, de modo que para cada tipo de cuidado requerido houvesse o recurso necessário correspondente (BREEN; MATUSIT; WAN, 2009).

O PAPEL DA FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA

Dos órgãos fiscalizadores espera-se que promovam – ou pelo menos não dificultem – todos os aspectos do processo de cuidado, uma vez que, na ILPI, “fazer a coisa certa da maneira certa” significa estar de acordo com as medidas de regulação (mas não focado exclusivamente nelas); ser cuidado por indivíduos qualificados, conhecedores de seus papéis e limites; e estar apoiado em um efetivo processo de gestão (LEVENSON, 2010).

Nesse sentido, ao discutir o papel dos Conselhos, do Ministério Público e da Vigilância Sanitária na fiscalização das ILPIs, Giacomini e Couto (2010), ressaltam que, historicamente, no Brasil, todos os processos de cuidado em uma ILPI - da admissão ao término – sempre ocorreram à revelia de qualquer olhar regulador. No caso da fiscalização sanitária, o principal objetivo deve ser eliminar ou minimizar o risco sanitário. Entende-se como risco sanitário qualquer perigo de dano à saúde.

A Vigilância Sanitária (VISA) é uma das competências do Sistema Único de Saúde – SUS (Lei nº 9782/99), organizada em um Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), presente em todas as esferas de governo, com atributos peculiares e intimamente relacionados à realidade dos cidadãos. Compete a este setor do Sistema Único de Saúde (SUS) definir as normas e padrões a serem cumpridos em todas as ações de interesse da saúde na produção, circulação e consumo de certos produtos, processos e serviços, inclusive as ILPIs (BRASIL (1999)).

Na inspeção sanitária é importante esclarecer as diferentes esferas de atuação:

- No âmbito Federal, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) é uma autarquia que dirige o Sistema de Vigilância Sanitária (SVS), em âmbito nacional, com maior autonomia administrativa nas decisões. Ela funciona e deve funcionar como um instrumento de Estado e não de Governo; atuando frente às entidades privadas e públicas. Cabe à ANVISA estabelecer os princípios gerais de atuação (políticas públicas), orientando, monitorando e limitando a ação tanto do Estado quanto da iniciativa privada, em prol do interesse da sociedade frente a um interesse particular que prejudique o da sociedade (Poder de Polícia¹). Ela pode complementar a norma superior, por meio de Resolução de Diretoria Colegiada (Lei nº 9782/99: Art. 9º);

- No âmbito Estadual/Distrital atua a VISA Estadual e no âmbito local, a VISA municipal. Ambas podem complementar a norma superior, inclusive de modo mais detalhado e adequado à sua realidade, desde que respeitem a diretriz proposta na norma federal.

Não há hierarquias entre as normas: as normas federais são de âmbito geral em relação a estados e municípios; as normas estaduais são suplementares às federais e as municipais prevalecem sobre as expedidas pelos outros entes naquilo em que for mais específico para cada município.

¹ Caso identifique situações de risco, a fiscalização sanitária pode exercer seu poder de polícia e de interdição temporária ou definitiva do local vistoriado, porém raramente se vale dele como primeira estratégia.

Em 2005, no vazio deixado pela não atuação da imensa maioria dos Estados e Municípios, a ANVISA publicou a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC/ANVISA nº 283) que tratava do Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as ILPIs (BRASIL, 2005). Em 2021, esta norma foi reeditada, sob o nº 502/2021, com alterações de forma, mas praticamente manteve seu conteúdo. Esta RDC vale para instituições de todas as naturezas jurídicas: filantrópicas e privadas com fins econômicos de diferentes padrões de hotelaria e de cuidado.

Conforme o grau de dependência dos idosos institucionalizados, ela define o número de cuidadores e de profissionais necessários para apoiá-los em suas necessidades de cuidado. Considera-se como Grau I, os idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda e define-se um cuidador para cada 20 idosos independentes, ou fração. As pessoas idosas de Grau II são aquelas com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada, com previsão de um cuidador para cada 10 idosos por turno. Define-se como Grau III os idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e/ou com comprometimento cognitivo e a norma prevê um cuidador para cada seis idosos por turno. Por sua vez, a relação entre os tipos de atividades e os profissionais/carga horária exigidos estão apresentados no Quadro 2.

Quadro 2. Relação entre o tipo de atividades, os recursos humanos necessários e a carga horária de trabalho segundo a RDC nº 502/2021 da ANVISA.

Tipo de atividade	Recursos humanos	Carga horária de trabalho
Serviços de limpeza	Um profissional/ 100m ² de área interna ou fração	Por turno/dia
Atividades de lazer	Um profissional com formação de nível superior/ 40 idosos	12 horas por semana
Serviço de alimentação	Um profissional/ 20 idosos	Dois turnos de 8 horas
Serviço de lavanderia	Um profissional/ 30 idosos ou fração	Diariamente

Fonte: Elaborado pela autora.

A norma sanitária exige um Responsável Técnico – RT - com formação de nível superior, não necessariamente na área da Saúde, para responder pela instituição junto à autoridade sanitária local. Caso haja profissionais de saúde, a entidade deve exigir o seu registro no respectivo Conselho de Classe. A cada dois anos, deve ser elaborado um Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes, em articulação com o gestor local de saúde, conforme os princípios do SUS. Este plano inclui a atenção integral à saúde, as rotinas e procedimentos escritos; o transporte do residente por um serviço de remoção e uma avaliação anual pela ILPI sobre a implantação e efetividade das ações previstas no plano, considerando, no mínimo, os critérios de acesso, resolubilidade e humanização.

A RDC nº 502/2021 também prevê requisitos de infraestrutura física, além daqueles estabelecidos em códigos, leis ou normas pertinentes, quer na esfera federal, estadual ou municipal e das normas

específicas da ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas – e outros documentos mais complexos, como o Plano Geral de Resíduos Sólidos em Saúde (PGRSS) (destinação dada ao lixo contaminado), o Projeto Arquitetônico e o Projeto do Corpo de Bombeiros. Ela define os indicadores do desempenho e padrão de funcionamento das ILPIs que devem anualmente, ser remetidos ao SNVS e os indicadores locais (taxa de mortalidade; ocorrência de escabiose/sarna, diarreia, desidratação, lesões de decúbito; prevalência de desnutrição, diabetes e notificação compulsória e imediata da ocorrência de eventos sentinela - queda com lesão ou tentativa de suicídio). No entanto, até o momento, a ANVISA e o SNVS não dispõem de nenhum mecanismo de publicização ou consolidação desses indicadores, em quaisquer dos níveis de governo (BRASIL, 2021).

ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DOS RISCOS SANITÁRIOS NAS ILPIs

Embora todos os entes federados pudessem legislar sobre as melhores práticas de cuidado em ILPI, somente um número ínfimo de municípios elaborou normas específicas². Portanto, o padrão de cuidados obtido com a fiscalização sistemática é proporcional ao envolvimento do órgão fiscalizador e à capacidade de entendimento e engajamento do responsável pela ILPI. A aplicação da lei e o respeito à norma acontecerão apenas se a fiscalização sanitária for sistemática, permanente e mais frequente. A fiscalização que acontece de forma não padronizada dificulta sobremaneira avaliar se a pessoa idosa teve ou tem, de fato, os cuidados adequados.

Outrossim, a profissionalização da gestão e a garantia de equipe de profissionais vinculada às instituições são condições *sine qua non* para apoiar o cuidado institucional. Na questão do cuidado institucional, a desigualdade social do país mais uma vez se revela: há ILPI para quem pode pagar por equipamentos com melhores condições de cuidado, acessibilidade, higiene e equipe multiprofissional bem treinada e há ILPI para a parcela mais pobre, cujas carências chegam a níveis tão básicos e intoleráveis que ferem a dignidade humana. A questão dos recursos humanos é mais crítica em ILPI que assistem populações menos favorecidas, sejam elas privadas sem ou com fins econômicos, pois falta profissionalismo das equipes de cuidado, a capacidade administrativa é frágil e o apoio da realização do cuidado por profissionais de saúde voluntários pode comprometer a qualidade e a regularidade desse cuidado.

Certamente há ILPI que até supere as exigências previstas na RDC nº 502/2021; todavia, fora do contexto das capitais e grandes cidades, fica difícil supor que esta norma esteja adequada à realidade da maioria dos mais de 5560 municípios brasileiros. Além disso, nenhuma norma conterà todas as ocorrências

² Vale citar a publicação da Portaria Municipal 052/2000 pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (MG), por iniciativa do CMI e de várias entidades que participaram da sua elaboração, por ter sido a primeira manifestação legal sobre ILPI e VISA, antes mesmo da RDC 283/2005. Posteriormente revista e atualizada na Portaria 012/2015. [https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/publicacoes-da-vigilancia-em-saude/cartilha-ilpi%20\(1\).pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/publicacoes-da-vigilancia-em-saude/cartilha-ilpi%20(1).pdf)

observadas no cotidiano institucional. Por exemplo, é impraticável determinar na lei o número e o horário da troca de fraldas ou definir especificamente onde os idosos mais dependentes devam ficar em uma ILPI, embora não seja raro encontrá-los totalmente isolados do convívio com os outros. São situações que devem contar com o bom senso de quem aplica a lei. Cabe à lei estabelecer os itens que garantam a segurança sanitária mínima indispensável ao funcionamento da entidade, os quais serão categorizados conforme o risco que representam para o bem-estar e a saúde dos idosos (GIACOMIN; COUTO, 2010). Os itens sobre fiscalização poderiam ser qualificados em imprescindíveis – aqueles cujo cumprimento condiciona a instituição a receber o alvará sanitário e serão 100% exigidos; os necessários – itens que não restringem a liberação do Alvará, mas reforçam a qualidade do cuidado; os recomendáveis que reduziriam ainda mais o risco sanitário, e os informativos, que ficariam a critério da ILPI aplicar ou não. Estes três últimos, de menor risco, poderão ser progressivamente conquistados e saneados, em um trabalho de parceria na busca de soluções pactuadas em saúde (COUTO; LAGES, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estima-se que apenas 1% dos idosos brasileiros resida em ILPI. Este número não é resultado do respeito ao artigo nº 230 da CR/1988 que prevê a partilha de responsabilidades entre a família, a sociedade e o Estado no amparo à pessoa idosa, em caso de necessidade, nem de uma vasta rede de cuidados como proposto na Lei 8842/1994 ou de vínculos familiares fortalecidos. A baixa oferta de vagas em ILPI revela a total falta de opções ou de apoio para o cuidado ao idoso frágil que pode ser explicada por diferentes tipos de preconceito: o idadismo, o sexismo, o familismo, além do preconceito social que culpabiliza quem institucionaliza o parente (WACHHOLZ *et al.*, 2022). Além disso, a crescente dependência familiar da renda da pessoa idosa também pode justificar a permanência no domicílio, uma vez que a institucionalização resulta no comprometimento de até 70% da renda da pessoa idosa para custear os serviços, mesmo quando ofertados por instituições filantrópicas (CAMARANO; BARBOSA, 2016).

Portanto, é patente a necessidade de construir uma Política Nacional de Cuidados Continuados, na qual cada instituição seja apoiada para realizar as melhores práticas na redução dos riscos sanitários e venha, de fato, a funcionar como um elo de uma rede de cuidados.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos**. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC 283, 2005 set 26.

BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

BRASIL. **Lei nº 9.782/1999**. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. **Resolução RDC nº 502, de 27 de maio de 2021**. Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. Diário Oficial da União: seção 1, p. 110, Brasília, DF, 31 maio 2021.

BREEN, G. M.; MATUSITZ, J.; WAN, T. T. The use of public policy analysis to enhance the Nursing Home Reform Act of 1987. **Soc Work Health Care**;48(5):505-18, 2009.

CAMARANO, A. A.; BARBOSA, P. **Instituições de longa permanência para idoso no Brasil: do que se está falando?** In: Alcântara AO, Camarano AA, Giacomin KC, organizadores. Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Ipea; 2016. p. 479-514.

COMAS-HERRERA, A. *et al.* **Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: early international evidence**. LTCcovid.org; 2020. Disponível em: <https://ltccovid.org/2020/04/12/mortality-associated-with-covid-19-outbreaks-in-care-homes-early-international-evidence/%20International%20Long-Term%20Care%20Policy%20Network>

COUTO, E. C.; LAGES, E.A.S. **Análise da Elaboração do Código de Saúde de Belo Horizonte à Luz da Legística**. Disponível em: http://www2.almg.gov.br/opencms/export/sites/default/hotsites/legistica/docs/analise_elaboracao.pdf. Acessado em 11 fevereiro de 2023.

DOMINGUES, M. A. R. D. C. *et al.* Methodological description of the mapping of Brazilian long-term care facilities for older adults. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 15, p. 1-5, 2021.

FERNANDES, D. *et al.* Atuação de movimentos sociais e entidades na pandemia da COVID-19 no Brasil: O cuidado à pessoa idosa em Instituições de Longa Permanência. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 24, n. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 24, n.2, 2021.

GIACOMIN, K. C.; COUTO, E. C. **A fiscalização das ILPIs: o papel dos Conselhos, do Ministério Público e da Vigilância Sanitária**. In: Camarano AA, organizador. Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea; 2010.

HORTA, N. D. C. *et al.* Brazilian National Front for Strengthening Long-Term Care Facilities for Older People: history and activities. **Geriatr., Gerontol. Aging**, p.1-8, 2021.

LEVENSON, S. A. The Basis For Improving and Reforming Long-Term Care. Part 4: Identifying Meaningful Improvement Approaches (Segment 1). **J Am Med Dir Assoc**, v. 11, p.84–91, 2010.

WACHHOLZ, P. A. *et al.* Impacto do tamanho das instituições de longa permanência na adesão às orientações de prevenção de infecções por COVID-19. **Rev Lat-Am Enferm**, v. 30, 2022.

WACHHOLZ, P. A. *et al.* Reflections on the development of an integrated continuum of long-term care for older adults in Brazil. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 16, p. 1-11, 2022.