



## Impacto do tamanho das instituições de longa permanência na adesão às orientações de prevenção de infecções por COVID-19


Patrick Alexander Wachholz<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-4474-009X>

Ruth Caldeira de Melo<sup>2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-9713-8617>

Alessandro Ferrari Jacinto<sup>3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-1977-5880>

Paulo José Fortes Villas Boas<sup>1</sup>





 <https://orcid.org/0000-0001-9876-3222>

**Destaques:** **(1)** A prevenção é um fator crítico no controle de infecções durante infecções emergentes. **(2)** A COVID-19 afetou desproporcionalmente as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). **(3)** A preparação para mitigar a COVID-19 nas ILPIs brasileiras foi considerada excelente. **(4)** A adesão às medidas de prevenção e controle de infecções (PCI) para COVID-19 não foi influenciada pelo tamanho das unidades. **(5)** As principais dificuldades estavam relacionadas a problemas financeiros e gerenciamento da equipe de trabalho.

**Objetivo:** avaliar a adesão das instituições de longa permanência brasileiras às orientações de Prevenção e Controle de Infecções da Organização Mundial da Saúde, observando a associação entre seu porte e a adesão a essas recomendações. **Método:** estudo transversal realizado com gestores de estabelecimentos. Os autores desenvolveram um questionário de 20 itens, com base nessas orientações, e um escore global de adesão, com base na adesão a essas recomendações. A adesão foi classificada como (1) excelente para aquelas que atenderam  $\geq 14$  de 20 recomendações, (2) bom para 10 a 13 itens e (3) baixo para aquelas com menos de dez itens. O tamanho das instalações foi classificado como pequeno, médio e grande, de acordo com uma análise de cluster em duas etapas. Estatística descritiva e teste de qui-quadrado foram utilizados com nível de significância de 5%. **Resultados:** das 362 instituições incluídas, 308 (85,1%) aderiram a 14 ou mais recomendações. Em relação ao seu tamanho, a adesão à triagem de sintomas de COVID-19 dos visitantes ( $p=0,037$ ) e ao isolamento de pacientes até que tenham dois exames laboratoriais negativos ( $p=0,032$ ) foi menor em estabelecimentos maiores, em comparação com estabelecimentos de médio e pequeno porte. **Conclusão:** a adesão às medidas de mitigação da COVID-19 nas unidades brasileiras foi considerada excelente para a maioria das recomendações, independentemente do porte das unidades.

**Descritores:** Idoso; COVID-19; Fidelidade a Diretrizes; Assistência de Longa Duração; Coronavírus; Instituição de Longa Permanência para Idosos.

### Como citar este artigo

Wachholz PA, Melo RC, Jacinto AF, Boas PJFV. Impact of long-term care facilities' size on adherence to COVID-19' infection prevention guidance. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2022;30:3516. [Access    ]; Available in:  . <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5581.3516>

mês dia ano

URL

<sup>1</sup> Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Artes, Ciências e Humanidades, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, SP, Brasil.

## Introdução

Os idosos que vivem em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) foram afetados desproporcionalmente pela pandemia de COVID-19<sup>(1-6)</sup>. A pandemia sobrecarregou os sistemas de saúde em todo o mundo e realçou as fraquezas (ou a falta) da base de dados nacional e das práticas de prevenção e controle de infecções (PCI) em ILPIs<sup>(7)</sup>.

A prevalência de COVID-19 na comunidade é um forte preditor do número de casos e óbitos em ILPIs<sup>(4,8)</sup>. As taxas de mortalidade aumentaram significativamente entre os idosos mais frágeis e entre os que vivem em instituições mais lotadas<sup>(9)</sup>. Além disso, observou-se que a probabilidade de ocorrência de casos de COVID-19 é maior em instituições grandes, sem fins lucrativos e em regiões metropolitanas. Corroborando esses achados, examinaram-se as características das ILPIs norte-americanas com casos documentados de COVID-19 e descobriram que as infecções estavam relacionadas à localização (urbana) e ao tamanho (maior que 50 leitos) das instituições<sup>(1)</sup>.

Por outro lado, mostrou-se que um alto número de auxiliares de enfermagem e o total de horas de enfermagem contribuem para mitigar as infecções por COVID-19 em ILPIs<sup>(4)</sup>. Equipes maiores<sup>(9)</sup> e práticas precoces e robustas de PCI<sup>(6)</sup> parecem estar associadas a menores taxas de casos de COVID-19 e de mortalidade entre idosos que vivem nesses ambientes.

Desde o início da pandemia, a Organização Mundial da Saúde (OMS), os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) e as organizações regionais publicaram recomendações e ações políticas para mitigar o impacto da COVID-19 entre pessoas que dependem do setor de cuidados de longo prazo<sup>(10-13)</sup>. Contudo, até onde sabemos, a preparação para COVID-19 em ILPIs e a adesão a essas recomendações não foram suficientemente investigadas.

Um estudo norte-americano com uma amostra pequena evidenciou que as recomendações do CDC para PCI foram as mais utilizadas (88%), seguidas pelas recomendações das secretarias estaduais ou locais de saúde (84%) e pelas orientações da OMS (48%)<sup>(14)</sup>. Mais da metade dos gerentes (54%) tinha planos separados para lidar com a COVID-19, quase todos (96%) tinham políticas para triagem de visitantes e a maioria (68%) indicou ter um hospital de referência local aceitando seus pacientes sob suspeita de infecção por COVID-19. Quase 83% esperavam uma escassez significativa de pessoal e 66% relataram ter acesso a testes de COVID-19<sup>(14)</sup>.

A implementação da prática clínica baseada em evidência não é fácil e nem rápida. Barreiras e facilitadores precisam ser abordados com urgência e de forma correta, principalmente no nível organizacional<sup>(15-17)</sup>. Não está claro

se o tamanho das ILPIs pode ser uma barreira para a implementação de estratégias para mitigar a disseminação da COVID-19. Por exemplo, em ILPIs maiores, quanto maior o número de residentes, colaboradores e visitantes, maior é o número de trabalhadores, a necessidade de treinamento e de elaboração de escalas de rodízio para suprir abstenções por possíveis afastamentos, as demandas de contratação por rotatividade/retenção e o risco de desabastecimento<sup>(18-19)</sup>.

Este estudo teve como objetivo avaliar a adesão dos gestores de ILPIs brasileiras às orientações de PCI da OMS, observando a associação entre o tamanho da instituição e a sua adesão às recomendações para mitigação da COVID-19.

## Método

### Aspectos éticos

Este estudo transversal foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Botucatu, da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" – UNESP (CAAE 30577520.0.0000.0008, protocolo nº 4.012.489). Todos os participantes assinaram um termo de consentimento esclarecido on-line. Os conjuntos de dados que apoiam os achados deste estudo estão disponíveis\*. Para os fins deste estudo, uma ILPI é uma instituição que presta cuidados de longa duração e/ou reabilitação, restauração e cuidados de fim de vida a residentes que necessitam de assistência em atividades da vida diária, incluindo uma variedade de serviços (sociais, médicos e pessoais) a pessoas incapazes de viver de forma independente.

### Desenho do estudo e participantes

Este estudo transversal foi realizado exclusivamente por meio de plataformas eletrônicas, durante doze semanas consecutivas, a partir de 5 de maio de 2020, utilizando o *Google Forms*. A população de interesse foi composta por gestores de ILPIs brasileiras, cujos contatos foram obtidos por meio de listagens em domínios disponíveis na Internet, incluindo busca ativa em secretarias de saúde, vigilância epidemiológica, acionistas, Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e grupos de apoio às ILPIs, incluindo sites e grupos de redes sociais. Não houve restrições quanto a tamanho, localização ou tipo de instituição.

### Coleta de dados

A Organização Mundial da Saúde publicou, em 21 de março de 2020, o documento "Orientações sobre

\* Dados disponíveis em <https://doi.org/10.7910/DVN/LXBFQG>

prevenção e controle de infecção para instituições de longa permanência no contexto da COVID-19”, com o objetivo de oferecer orientações sobre práticas de PCI nesse setor para evitar que o vírus entre nas instituições e se espalhe dentro e fora delas<sup>(10)</sup>. Inicialmente elaborado em inglês, o documento foi posteriormente traduzido para o português pela Organização Pan-Americana da Saúde<sup>(10)</sup>. Ao contrário de outras ferramentas de avaliação desenvolvidas pela OMS<sup>(20-21)</sup>, esse guia provisório foi pensado para informar e apoiar os gestores de ILPIs na implementação dos requisitos mínimos para práticas de PCI no setor. O objetivo não era ser usado como uma ferramenta de auditoria, mas sim ajudar a avaliar, planejar, organizar e implementar práticas e atividades de PCI em um contexto inicial com pouca disponibilidade de evidências de apoio.

Com base nas recomendações da OMS<sup>(10)</sup>, os autores desenvolveram um questionário de 20 itens com questões de múltipla escolha e questões dicotômicas. Como até no momento atual faltam dados nacionais confiáveis sobre o setor, foram incluídas vinte e seis questões adicionais, com o objetivo de fornecer informações sobre a caracterização das ILPIs, provisão/disponibilidade de equipamentos de proteção individual, infraestrutura para gestão de casos suspeitos/infectados e óbitos, além de planos de contingência para possíveis surtos. Também foi incluída uma pergunta aberta sobre as dificuldades mais significativas enfrentadas pela instituição no combate à pandemia. O questionário foi dividido em nove seções: prevenção, distanciamento físico dentro da instituição, regras para visitantes, vigilância prospectiva para COVID-19 entre residentes, vigilância prospectiva entre funcionários, controle de fonte, restrições de circulação e transporte, fornecimento e disponibilidade de equipamentos de proteção individual e equipamentos de limpeza, suporte técnico para enfrentar a pandemia.

Os autores desenvolveram um escore global de adesão às 20 questões com base na orientação original da OMS (Tabelas 2 e 3). Para este estudo, a adesão foi classificada como (1) **excelente** para ILPIs que atenderam pelo menos 14 itens das 20 recomendações (ou seja, 70%), (2) **bom** para ILPIs que atenderam de 10 a 13 itens (ou seja, 50 a 69%) e (3) **baixa** para aquelas que atenderam menos de dez itens (ou seja, <49%).

O tempo estimado para o preenchimento do questionário foi de 30 minutos. Os respondentes tiveram

a liberdade de participar mais de uma vez, mas cada ILPIs foi incluída apenas uma vez no estudo, com a resposta mais completa e recente sendo utilizada para a análise.

### Tratamento e análise de dados

A análise estatística foi realizada no programa SPSS versão 20. Quando os respondentes não informaram dados para uma ou mais variáveis, estas foram descritas como ausentes e sua proporção informada na tabela. Como não há uma definição padrão para a classificação de tamanho de ILPIs, tendo em vista os propósitos deste artigo, uma análise de *cluster* em duas etapas foi aplicada à variável contínua “número de residentes” usando o algoritmo de agrupamento automático no SPSS versão 20. Três agrupamentos foram estabelecidos: pequenas, médias e grandes instituições. Estatística descritiva e testes do qui-quadrado foram utilizados com nível de significância de 5%.

A questão aberta foi analisada a partir da análise temática de conteúdo<sup>(22)</sup>, dividida em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Na primeira etapa, foi realizada uma leitura flutuante para identificar as principais dificuldades enfrentadas nas ILPIs. Em seguida, o material foi explorado para estabelecer os temas centrais e as subcategorias. As respostas foram codificadas, permitindo o cálculo da frequência de cada categoria e a extração de partes do texto, de modo a criar um diagrama de Venn.

### Resultados

Um total de 374 respostas foi recebido durante as 12 semanas de investigação. Cinco gestores responderam ao questionário duas vezes, sendo excluídas suas respostas mais antigas e incompletas. Além disso, uma resposta de ILPI não brasileira também foi excluída. Seis gestores não informaram dados sobre o número de residentes, não sendo incluídas, portanto, suas respostas.

Ao todo, foram incluídas 362 ILPIs, com uma população total de 11.903 idosos. A região Sudeste do Brasil concentra a maior proporção de unidades incluídas (53,8%), principalmente aquelas com fins lucrativos (39,7%) e sem fins lucrativos que recebem subsídios governamentais/não governamentais (37,5%). A Tabela 1 apresenta uma caracterização geral da amostra, segundo uma divisão de três tamanhos de ILPIs.

Tabela 1 - Características de 362 instituições brasileiras de longa permanência para idosos de acordo com o porte da instituição, cujos gestores responderam a um questionário online para identificar sua preparação para a pandemia de COVID-19 (n=362). Botucatu, SP, Brasil, 2020

Características da amostra	Tamanho da instituição		
	Instituições pequenas (n= 172)	Instituições médias (n= 157)	Instituições grandes (n= 33)
Número de residentes			
Mediana (IC 95%)	18 (16,8 - 18,5)	37 (37,5 - 40,3)	76 (74,6 - 92,2)
Média (DP)	17,7 (5,7)	38,9 (8,8)	83,4 (24,8)
Fonte de financiamento, n (%)			
Público	10 (5,8)	6 (3,8)	2 (6,0)
Fins lucrativos	98 (56,9)	40 (25,5)	4 (12,1)
Sem fins lucrativos tipo 1*	43 (25,0)	76 (48,4)	18 (54,5)
Sem fins lucrativos tipo 2†	21 (12,2)	35 (22,2)	9 (27,3)

\*Instituições de cuidados de longo prazo que recebem subsídios governamentais/não governamentais; †Instituições de cuidados de longo prazo que trabalham para outros que não seus fundadores ou diretores e podem ser reembolsadas por seus serviços (geralmente entidades de caridade)

Cento e sessenta e seis ILPIs (45,1%), independentemente do tipo de financiamento, declararam não ter recebido subsídios ou financiamentos externos para se preparar e enfrentar a pandemia, incluindo treinamentos e aquisição de equipamentos de proteção e adaptação de infraestrutura para o isolamento respiratório de casos suspeitos. Duzentos e trinta e cinco (64,9%; 74 respostas ausentes) gestores responderam que suas instalações já possuíam a infraestrutura necessária para lidar com casos suspeitos de COVID-19, incluindo acomodações com banheiros individuais, com espaços suficientes para a realização de medidas preventivas de higiene e proteção para trabalhadores e residentes. A disponibilidade de testes para influenza e coronavírus foi baixa: 23,5% (n=85) não tiveram acesso a ambos os testes e 17,4% (n=63) tiveram acesso apenas aos kits de teste rápido para SARS-Cov-2.

As Tabelas 2 e 3 resumem a adesão aos 20 itens com base nas orientações de PCI da OMS. Trezentos e oito gestores (85,1%) aderiram a 14 ou mais recomendações de orientação do IPC, três foram classificados como baixa adesão e 35 (9,7%) não responderam. Em relação ao tamanho das ILPIs, a adesão à triagem de sinais e

sintomas de COVID-19 dos visitantes ( $p=0,037$ ) e ao isolamento de pacientes com COVID-19 até que tivessem dois exames laboratoriais negativos ( $p=0,032$ ) foi menor nas unidades maiores, em comparação com as unidades de médio e pequeno porte. Não foram encontradas diferenças significativas para as demais orientações da OMS entre os três tamanhos de ILPIs estudados.

A Tabela 4 mostra os problemas que podem influenciar a preparação e adesão às recomendações adicionais de suporte técnico para enfrentar a pandemia de COVID-19 em ILPIs em relação a questões não incluídas na pontuação global de adesão. As questões mais frequentes foram relacionadas ao apoio externo (74,3% não receberam apoio para planejar e executar os planos de treinamento e contingência), seguido por dificuldades para adquirir equipamentos de proteção individual para residentes e funcionários (47,0%) e gerenciar casos de óbito (46,1%). Um comitê de planejamento multidisciplinar, criado especificamente para lidar com questões relacionadas à COVID-19, foi menos frequente nas ILPIs pequenas (49,4%), em comparação às médias (65,0) e grandes (75,8) ( $p=0,034$ ).

Tabela 2 - Adesão às orientações da Organização Mundial da Saúde para instituições de longa permanência no contexto da COVID-19 em estabelecimentos brasileiros (n=362). Botucatu, SP, Brasil, 2020

RECOMENDAÇÕES	ADESÃO em N (%)				valor-p
	TOTAL (n=362)	Pequena (n=172)	Média (n=157)	Grande (n=33)	
<b>PREVENÇÃO</b>					
Oferecer treinamento sobre PCI* no contexto da COVID-19 para todos os funcionários	288 (79,6)	132 (76,7)	128 (81,5)	28 (84,8)	0,611
Oferecer sessões informativas sobre COVID-19 para os residentes	258 (71,3)	121 (70,3)	109 (69,4)	28 (84,8)	0,241
Realizar regularmente auditorias sobre práticas de PCI*	320 (88,4)	146 (84,9)	145 (92,4)	29 (87,9)	0,108
Oferecer vacinação anual de acordo com as políticas locais	344 (95,0)	162 (93,6)	151 (96,2)	32 (97,0)	0,720
<b>DISTANCIAMENTO FÍSICO NA INSTITUIÇÃO</b>					
Afixar avisos, cartazes e panfletos em toda a instituição	302 (83,4)	148 (86,0)	125 (79,6)	29 (87,9)	0,423
Distanciamento físico na unidade (em atividades em grupo)	305 (84,3)	146 (84,9)	132 (84,1)	27 (81,8)	0,894
Distanciamento físico na unidade (durante as refeições)	212 (58,6)	103 (59,9)	92 (58,6)	17 (51,5)	0,772
Exigir que os residentes e funcionários evitem se tocar	344 (95,0)	163 (94,8)	148 (94,3)	33 (100)	0,539
<b>REGRAS PARA VISITANTES</b>					
Triagem para detectar sinais e sintomas ou risco de COVID-19	337 (93,1)	161 (93,6)	148 (94,3)	28 (84,8)	<b>0,037</b>

\*PCI = Prevenção e controle de infecções

Tabela 3 - Adesão às orientações da Organização Mundial da Saúde para instituições de longa permanência no contexto da COVID-19 (n= 362). Botucatu, SP, Brasil, 2020

VIGILÂNCIA PROSPECTIVA ENTRE RESIDENTES	TOTAL (n=362)	Pequena (n=172)	Média (n=157)	Grande (n=33)	valor-p
Avaliar o estado de saúde de todo novo residente quando admitido	344 (95,0)	164 (95,3)	148 (94,3)	32 (97,0)	0,700
Avaliar cada residente duas vezes ao dia para acompanhar sintomas	336 (92,8)	160 (93,0)	146 (93,0)	30 (90,9)	0,206
Reportar imediatamente caso um residente apresente febre ou sintomas respiratórios	358 (98,9)	168 (97,7)	157 (100)	33 (100)	0,346
<b>VIGILÂNCIA PROSPECTIVA ENTRE FUNCIONÁRIOS</b>					
Vigilância prospectiva de funcionário (em caso de sintomas)	355 (98,1)	168 (97,7)	156 (99,4)	31 (93,9)	0,223
Monitorar os funcionários com faltas sem justificativa	328 (90,6)	157 (91,3)	142 (90,4)	29 (87,9)	0,568
Realizar verificações de temperatura em todos os funcionários ao entrarem na instituição	275 (76,0)	128 (74,4)	122 (77,7)	25 (75,8)	0,777
<b>DISPONIBILIDADE DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL</b>					
Funcionários devem tomar precauções de contato e para gotículas	327 (90,3)	155 (90,1)	143 (91,1)	29 (87,9)	0,792
EPIs* devem ser usados de acordo com os procedimentos recomendados para evitar contaminação	345 (95,3)	162 (94,2)	152 (96,8)	31 (93,9)	0,386
<b>CONTROLE DE FONTES</b>					
Notificar as autoridades locais sobre qualquer caso suspeito e isolar os residentes que comecem a apresentar sintomas respiratórios	228 (63,0)	101 (59,7)	100 (43,9)	27 (81,8)	0,190
<b>RESTRITÕES DE MOVIMENTAÇÃO E TRANSPORTE</b>					
Pacientes que sejam casos confirmados não devem sair de seus quartos enquanto estiverem doentes.	338 (93,4)	162 (94,2)	147 (93,6)	29 (87,9)	0,057
Isolar os pacientes com COVID-19 até que tenham dois resultados negativos dos testes laboratoriais	329 (90,9)	158 (91,9)	142 (90,4)	29 (87,9)	<b>0,032</b>

\*EPI = Equipamento de proteção individual

Tabela 4 - Preparação e adesão às recomendações de suporte técnico para o enfrentamento da pandemia de COVID-19 em 362 instituições de longa permanência brasileiras (n=362). Botucatu, SP, Brasil, 2020

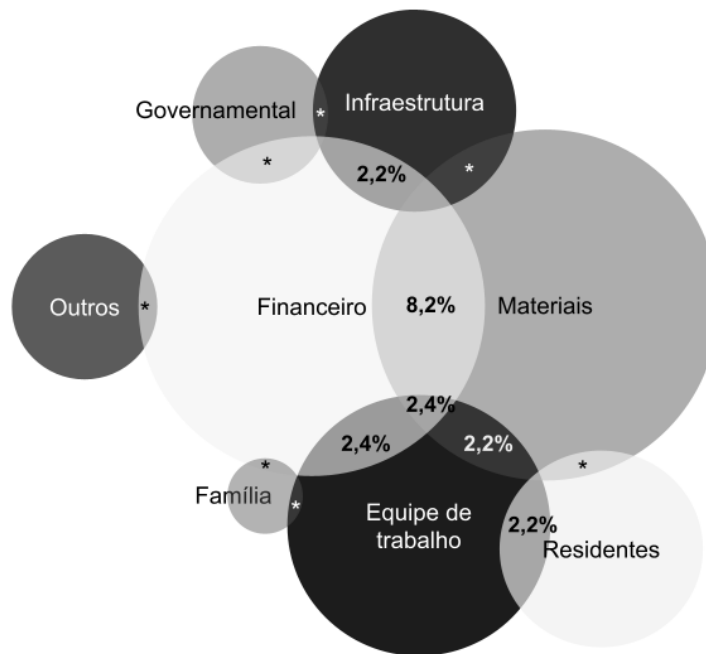
RECOMENDAÇÕES	ADESÃO n (%)				valor-p
	TOTAL (n=362)	Pequena (n=172)	Média (n=157)	Grande (n=33)	
<b>PLANO DE CONTINGÊNCIA</b>					
Gestores discutiram, analisaram ou consideraram a criação de um plano de contingência para identificar o número mínimo de funcionários necessário para funcionar com segurança.	276 (72,7)	128 (74,4)	124 (79,0)	24 (72,7)	0,838
Os gerentes implementaram efetivamente um plano de contingência para identificar o número mínimo de funcionários necessário para funcionar com segurança e como contratá-los ou recrutá-los.	241 (66,6)	110 (64,0)	109 (69,4)	22 (66,7)	0,304
Uma comissão de planejamento multidisciplinar foi criada especificamente para decidir e discutir o planejamento das ações de prevenção e combate à COVID-19.	212 (58,6)	85 (49,4)	102 (65,0)	25 (75,8)	<b>0,034</b>
<b>EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL</b>					
Moradores e funcionários têm acesso confortável e suficiente aos EPIs*.	323 (89,2)	156 (90,7)	137 (87,3)	30 (90,9)	0,716
A instituição está enfrentando dificuldades para comprar ou manter materiais de limpeza e EPIs* para moradores e funcionários.	192 (53,0)	89 (51,7)	89 (56,7)	14 (42,2)	0,499
<b>GESTÃO DE CASOS SUSPEITOS/INFECTADOS E MORTES</b>					
A unidade estabeleceu fluxos de atendimento com autoridades de saúde locais ou unidades de referência para transferência de casos suspeitos.	228 (63,0)	101 (58,7)	100 (63,7)	27 (81,8)	0,199
Os gestores criaram um plano de contingência para lidar com os casos de óbito dentro da unidade.	195 (53,9)	80 (46,5)	95 (60,5)	20 (60,6)	0,249

\*EPI = Equipamento de proteção individual

A análise das respostas dos gestores à questão aberta demonstrou que a maioria (98%) das ILPIs enfrentou dificuldades para lidar com a pandemia de COVID-19. De acordo com os gestores, as áreas mais afetadas foram as seguintes: disponibilidade de materiais suficientes (42%) (por exemplo, EPIs, higiene e limpeza, testes de COVID-19); dificuldades financeiras (39%) (por exemplo, o custo extra com materiais, o custo adicional com pessoal e questões de captação de recursos); e gerenciamento de pessoal (24%) (por exemplo, ausências e substituições, conscientização e cumprimento de protocolo, qualificação e treinamento, e sofrimento emocional). Problemas com infraestrutura (adaptação para isolamento de casos suspeitos/confirmados e espaço suficiente para procedimentos de distanciamento social) e com os residentes (conscientização e cumprimento

do protocolo, sofrimento emocional, distanciamento social, gerenciamento de demência, restrição social e de visitas e ausência de contato familiar) foram relatados por 14% das ILPIs.

A Figura 1 ilustra a sobreposição entre os problemas enfrentados nas ILPIs, segundo seus gestores. A principal sobreposição detectada foi entre questões financeiras e materiais (8,2%), seguidas por financeira vs. equipe de trabalho (2,4%) e financeira vs. materiais vs. equipe de trabalho (2,4%). Uma sobreposição de 2,2% também foi observada para questões financeiras e infraestrutura, materiais e equipe de trabalho e equipe de trabalho e questões dos residentes. As demais combinações de problemas enfrentados nas ILPIs estiveram presentes em menos de 2,0% das respostas.



O símbolo \* indica sobreposição inferior a 2,0%

Figura 1 - Diagrama de Venn mostrando a sobreposição entre os problemas enfrentados nas instituições de longa permanência. Botucatu, SP, Brasil, 2020

## Discussão

Neste estudo transversal, a maioria dos gestores das ILPIs brasileiras (85,1%) relatou excelente adesão às recomendações gerais baseadas nas orientações de PCI da OMS para mitigar a COVID-19. Apesar disso, 98% das instituições relataram dificuldades com escassez de insumos, EPIs e materiais, problemas financeiros e dificuldades de gestão da equipe de trabalho.

Apesar de evidências anteriores que sugerem que o tamanho da ILPI está associado a um risco maior de surtos e mortes e, possivelmente, a dificuldades de adesão às medidas de PC<sup>(1,4)</sup>, as ILPIs deste estudo obtiveram uma alta taxa de adesão geral, independentemente de seu tamanho. A pontuação global foi um pouco menor em ILPIs maiores para "triagem de visitantes externos" e "isolamento de moradores contaminados". A adesão à recomendação de estabelecimento de comitês multidisciplinares de combate à COVID-19 foi menor em ILPIs menores.

Embora o tamanho das instalações não tenha sido avaliado em uma revisão sistemática recente<sup>(23)</sup> sobre a epidemiologia e as características clínicas dos surtos de COVID-19 em instituições de cuidados a idosos, instituições maiores foram previamente correlacionadas com a disseminação de infecções<sup>(23-24)</sup>. No entanto, aumentar a capacidade de testagem e atualizar os protocolos de vigilância podem facilitar a detecção precoce de surtos, ajudando essas unidades no gerenciamento da

oferta de profissionais de saúde e da qualidade das casas de repouso, especialmente em relação à sua resposta a doenças infecciosas<sup>(24-25)</sup>.

Muitas ILPIs perceberam um aumento considerável na carga de trabalho durante a pandemia de COVID-19. Tarefas e atividades que exigem envolvimento direto dos funcionários, como cuidar de residentes infectados (particularmente aqueles com deficiência funcional e déficit cognitivo) e realizar a triagem de visitantes externos, têm um impacto mais significativo nas instituições com um maior número de residentes. Esse impacto, no entanto, não foi suficiente para reduzir a adesão às recomendações do IPC.

A mortalidade por COVID-19 foi maior em unidades com maior aglomeração (9,7% vs. 4,5% em baixa aglomeração) nos EUA, independentemente do tamanho da unidade<sup>(26)</sup>. No Canadá, o tamanho da ILPI foi fortemente associado a surtos de COVID-19 (*odds ratio* por cada aumento de 20 leitos 3·35, IC 95% 1·99–5·63)<sup>(27)</sup>. No Reino Unido, a probabilidade de propagação foi maior em ILPIs maiores (> 20 leitos) quando trabalhadores e instalações não aderiram às medidas de PCI para mitigar a infecção<sup>(28)</sup>. No entanto, a preparação e a adesão a essas recomendações em ILPIs não foram suficientemente descritas em países de baixa e média renda (LMIC).

A prevenção é um fator crítico no controle de infecções, especialmente durante infecções emergentes. O setor de cuidados de longo prazo em ILPIs permanece subdesenvolvido. Assim, estratégias específicas

devem ser consideradas e adaptadas para promover e implementar com sucesso protocolos e diretrizes de PCI. A implementação das práticas de PCI em populações de alto risco diferiu significativamente entre os grupos de prevalência mais alta e mais baixa nas categorias de distanciamento social e uso de EPI em um país de alta renda<sup>(26)</sup>.

Outros fatores podem influenciar a adesão às práticas de PCI, atuando como facilitadores ou barreiras para sua implementação. A prevalência de COVID-19 na comunidade, a disponibilidade de testes e a taxa de infecção entre os trabalhadores (incluindo rotatividade e retenção de pessoal) podem influenciar a adesão a algumas das recomendações de PCI. A taxa de ocupação da instituição, as medidas inadequadas de PCI entre os funcionários para minimizar a transmissão entre a equipe, o atraso no reconhecimento de casos em residentes devido a um baixo índice de suspeita e o compartilhamento de um mesmo local por residentes com risco de morbidade grave e morte também são fatores que podem influenciar a adesão<sup>(28)</sup>.

Dados de estudos anteriores realizados com 23.896 respondentes brasileiros (idade média: 47,4 anos) revelaram que os participantes aderiram de forma satisfatória às diretrizes nacionais de prevenção da COVID-19. Pessoas mais jovens, do sexo masculino, moradores de zona rural/aldeias ou bairros populares, estudantes e trabalhadores relataram menor adesão aos comportamentos preventivos<sup>(29)</sup>.

Os resultados deste estudo apresentam limitações inerentes ao desenho transversal adotado e ao viés de memória. Da mesma forma, potenciais vieses de seleção podem ter privilegiado ILPIs com acesso à internet e equipes mais completas, incluindo trabalhadores dedicados às atividades administrativas. Embora tenham sido elaboradas pelos autores com base nas orientações da OMS, as perguntas não pretendem ser uma ferramenta de avaliação ou auditoria, já que as respostas fornecidas pelos gestores das ILPI podem não refletir a situação real das unidades incluídas. Da mesma forma, não há pontos de corte estabelecidos para classificar as instalações por tamanho, o que pode ter influenciado os achados. Apesar disso, todas as definições adotadas para este estudo foram definidas *a priori*, sendo incluído um número grande e nacionalmente representativo de unidades.

A COVID-19 tem sido uma pandemia ou sindemia<sup>(30)</sup> de desigualdades: países com respostas bem-sucedidas desenvolveram parcerias em vários níveis entre setores governamentais, fizeram testagens em tempo oportuno e realizaram encaminhamentos de casos suspeitos<sup>(31)</sup>. Parte do drama observado no início da pandemia, quando a mortalidade por COVID-19 entre os residentes de ILPIs era brutalmente alta em alguns países, foi devido à ausência

de guias e regulamentações oficiais para pandemias e desastres naturais em todo o mundo<sup>(32)</sup>.

Poucas iniciativas no Brasil têm se dedicado a recomendar as melhores práticas na mitigação da COVID-19 no setor de cuidados nas ILPIs. Entre as mais representativas, como as lideradas pela Frente Nacional de Fortalecimento à ILPI<sup>(33)</sup> e pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia<sup>(34)</sup>, nenhuma foi investigada quanto à sua eficácia até o presente momento. Ao identificar a taxa de adesão às recomendações de PCI, os gestores de ILPIs e suas equipes de trabalho podem reconhecer a eficácia dessas ações, traçando e adaptando planos de contingência que possam preparar o setor para novas ameaças emergentes. Da mesma forma, em termos práticos, a equipe de enfermagem das ILPIs pode utilizar o roteiro de perguntas para verificar as melhores práticas de PCI no setor.

## Conclusão

Em conclusão, a adesão às recomendações da orientação de PCI da OMS foi considerada excelente para a maioria dos itens propostos, independentemente do tamanho das unidades. Apenas a adesão à triagem de sintomas de COVID-19 dos visitantes e ao isolamento de pacientes até que tenham dois exames laboratoriais negativos foi menor em estabelecimentos maiores, em comparação com estabelecimentos de médio e pequeno porte. De acordo com os gestores, a maioria das ILPIs enfrentou dificuldades para lidar com a pandemia de COVID-19, relacionadas principalmente às dificuldades financeiras, à falta de materiais de proteção individual, de higiene e limpeza, assim como ao gerenciamento de pessoal.

## Agradecimentos

Nossos agradecimentos são destinados à pesquisadora Helena Akemi Wada Watanabe, da Frente Nacional de Fortalecimento à ILPI, e ao grupo de profissionais e pesquisadores do site <https://www.ilpi.me/> pelo apoio na realização deste estudo.

## Referências

1. Abrams HR, Loomer L, Gandhi A, Grabowski DC. Characteristics of U.S. Nursing Homes with COVID-19 Cases. *J Am Geriatr Soc.* 2020;68:1653-6. doi: <http://doi.org/10.1111/jgs.16661>
2. Comas-Herrera A, Zalakaín J, Lemmon E, Litwin C, Hsu AT, Schmidt AE, et al. Mortality associated with COVID-19 in care homes: international evidence [Internet]. 2020 [cited 2021 May 10]. Available from: [\[www.eerp.usp.br/rlae\]\(http://www.eerp.usp.br/rlae\)](https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/10/Mortality-associated-</a></li></ol></div><div data-bbox=)



- with-COVID-among-people-living-in-care-homes-14-October-2020-3.pdf
3. American Geriatrics Society. American Geriatrics Society Policy Brief: COVID-19 and Nursing Homes. *J Am Geriatr Soc.* 2020;68:908-11. doi: <http://doi.org/10.1111/jgs.16477>
  4. Gorges RJ, Konetzka RT. Staffing Levels and COVID-19 Cases and Outbreaks in U.S. Nursing Homes. *J Am Geriatr Soc.* 2020. doi: <http://doi.org/10.1111/jgs.16787>
  5. Watanabe HAW, Domingues MARC, Duarte YAO. COVID-19 and homes for the aged: care or an announced death? *Geriatr Gerontol Aging.* 2020;14:143-5. doi: <http://doi.org/10.5327/Z2447-2123202020142LTTTR>
  6. Wachholz PA, Moreira VG, Oliveira D, Watanabe HAW, Boas PJFV. Estimates of infection and mortality from COVID-19 in care homes for older people in Brazil. *Geriatr Gerontol Aging.* 2020;14:290-3. doi: <http://doi.org/10.5327/Z2447-212320202000127>
  7. Hanratty B, Burton JK, Goodman C, Gordon AL, Spilsbury K. Covid-19 and lack of linked datasets for care homes. *BMJ.* 2020;369. doi: <http://doi.org/10.1136/bmj.m2463>
  8. Sepulveda ER, Stall NM, Sinha SK. A Comparison of COVID-19 Mortality Rates Among Long-Term Care Residents in 12 OECD Countries. *J Am Med Dir Assoc.* 2020;21:1572-1574.e3. doi: <http://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.08.039>
  9. Fisman DN, Bogoch I, Lapointe-Shaw L, McCreedy J, Tuite AR. Risk Factors Associated With Mortality Among Residents With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Long-term Care Facilities in Ontario, Canada. *JAMA Netw Open.* 2020;3:e2015957. doi: <http://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.15957>
  10. World Health Organization. Infection prevention and control guidance for long-term care facilities in the context of COVID-19: interim guidance, 21 March 2020 [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 28]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331508>
  11. Center for Disease Control and Prevention. Interim Infection Prevention and Control Recommendations to Prevent SARS-CoV-2 Spread in Nursing Homes [Internet]. [cited 2020 Oct 28]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/long-term-care.html>
  12. British Geriatric Society. Managing the COVID-19 Pandemic in Care Homes [Internet]. London: British Geriatric Society; 2020 [cited 2020 Sept 5]. Available from: [www.bgs.org.uk/COVID-19](http://www.bgs.org.uk/COVID-19)
  13. Comas-Herrera A, Fernández-Plotka JL. Summary of international policy measures to limit impact of COVID19 on people who rely on the Long-Term Care sector [Internet]. March 29 2020 [cited 2020 Oct 28]. Available from: <https://ltccovid.org/2020/03/29/summary-of-international-policy-measures-to-limit-impact-of-covid19-on-people-who-rely-on-the-long-term-care-sector/>
  14. Quigley DD, Dick A, Agarwal M, Jones KM, Mody L, Stone PW. COVID-19 Preparedness in Nursing Homes in the Midst of the Pandemic. *J Am Geriatr Soc.* 2020;68:1164-6. doi: <http://doi.org/10.1111/jgs.16520>
  15. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Sci.* 2009;4:50. doi: <http://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
  16. Babar Z, Austin Z. *Encyclopedia of Pharmacy Practice and Clinical Pharmacy.* Amsterdam: Elsevier; 2019.
  17. Helfrich CD, Li YF, Sharp ND, Sales AE. Organizational readiness to change assessment (ORCA): Development of an instrument based on the Promoting Action on Research in Health Services (PARIHS) framework. *Implementation Sci.* 2009;4:38. doi: <http://doi.org/10.1186/1748-5908-4-38>
  18. Zúñiga F, Chu CH, Boscart V, Fagertun A, Gea-Sánchez M, Meyer J, et al. Recommended Common Data Elements for International Research in Long-Term Care Homes: Exploring the Workforce and Staffing Concepts of Staff Retention and Turnover. *Gerontol Geriatr Med.* 2019;5:2333721419844344. doi: <http://doi.org/10.1177/2333721419844344>
  19. Lepore M, Scales K, Anderson RA, Porter K, Thach T, McConnell E, et al. Person-directed care planning in nursing homes: A scoping review. *Int J Older People Nurs.* 2018;13:e12212. doi: <http://doi.org/10.1111/opn.12212>
  20. World Health Organization. Instructions for the National Infection Prevention and Control Assessment Tool 2 (IPCAT2) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2021 Nov 20]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330078>
  21. World Health Organization. Assessment tool of the minimum requirements for infection prevention and control programmes at the national level [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2021 Nov 23]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/assessment-tool-of-the-minimum-requirements-for-infection-prevention-and-control-programmes-at-the-national-level>
  22. Bardin L. *L'analyse de contenu.* Paris: Presses Univ. de France; 2005.
  23. Hashan MR, Smoll N, King C, Ockenden-Muldoon H, Walker J, Wattiaux A, et al. Epidemiology and clinical features of COVID-19 outbreaks in aged care facilities: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine.* 2021;33:100771. doi: <http://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100771>

24. Bagchi S, Mak J, Li Q, Sheriff E, Mungai E, Anttila A, et al. Rates of COVID-19 Among Residents and Staff Members in Nursing Homes — United States, May 25–November 22, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2021;70:52-5. doi: <http://doi.org/10.15585/mmwr.mm7002e2>
25. Abe K, Kawachi I. Deaths in Nursing Homes During the COVID-19 Pandemic - Lessons from Japan. *JAMA Health Forum.* 2021;2:e210054. doi: <http://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2021.0054>
26. Telford CT, Bystrom C, Fox T, Holland DP, Wiggins-Benn S, Mandani A, et al. COVID-19 Infection Prevention and Control Adherence in Long-Term Care Facilities, Atlanta, Georgia. *J Am Geriatr Soc.* 2021;69:581-6. doi: <http://doi.org/10.1111/jgs.17001>
27. Burton JK, Bayne G, Evans C, Garbe F, Gorman D, Honhold N, et al. Evolution and effects of COVID-19 outbreaks in care homes: a population analysis in 189 care homes in one geographical region of the UK. *Lancet Healthy Longevity.* 2020;1:e21-e31. doi: [http://doi.org/10.1016/S2666-7568\(20\)30012-X](http://doi.org/10.1016/S2666-7568(20)30012-X)
28. European Centre for Disease Prevention and Control. Increase in fatal cases of COVID-19 among long-term care facility residents in the EU/EEA and the UK [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 19]. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Increase-fatal-cases-of-COVID-19-among-long-term-care-facility-residents.pdf>
29. Faria de Moura Villela E, López RVM, Sato APS, Oliveira FM, Waldman EA, Van den Bergh R, et al. COVID-19 outbreak in Brazil: adherence to national preventive measures and impact on people's lives, an online survey. *BMC Public Health.* 2021;21:152. doi: <http://doi.org/10.1186/s12889-021-10222-z>
30. Mendenhall E. The COVID-19 syndemic is not global: context matters. *Lancet.* 2020;396:1731. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32218-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32218-2)
31. Sirleaf EJ, Clark H. Report of the Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response: making COVID-19 the last pandemic. *Lancet.* 2021:S0140673621010953. doi: [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01095-3](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01095-3)
32. Thompson DC, Barbu MG, Beiu C, Popa LG, Mihai MM, Berteanu M, et al. The Impact of COVID-19 Pandemic on Long-Term Care Facilities Worldwide: An Overview on

- International Issues. *BioMed Res Int.* 2020;2020:1-7. doi: <http://doi.org/10.1155/2020/8870249>
33. Giacomini KC, coord. Instituições de Longa Permanência para Idosos e o Enfrentamento da Pandemia de COVID-19: subsídios para a Comissão de Defesa dos Direitos do Idoso da Câmara Federal – Relatório técnico [Internet]. Brasília: Frente Nacional de Fortalecimento às Instituições de Longa Permanência para Idosos; 2020 [cited 2021 Nov 24]. Available from: [https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2020/06/Relato%CC%81rio-final-FN\\_fichaC.pdf](https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2020/06/Relato%CC%81rio-final-FN_fichaC.pdf)
34. Special Commission COVID-19, Brazilian Society of Geriatrics and Gerontology Recommendations for the prevention and control of coronavirus infections (SARS-CoV-2) in long term care facilities. *Geriatr Gerontol Aging.* 2020;14:134-7. doi: <http://doi.org/10.5327/Z2447-2123202020142ESP3>

## Contribuição dos autores

**Concepção e desenho da pesquisa:** Patrick Alexander Wachholz, Ruth Caldeira de Melo. **Obtenção de dados:** Patrick Alexander Wachholz, Ruth Caldeira de Melo, Alessandro Ferrari Jacinto, Paulo José Fortes Villas Boas. **Análise e interpretação dos dados:** Patrick Alexander Wachholz, Ruth Caldeira de Melo, Alessandro Ferrari Jacinto, Paulo José Fortes Villas Boas. **Análise estatística:** Patrick Alexander Wachholz, Ruth Caldeira de Melo, Alessandro Ferrari Jacinto, Paulo José Fortes Villas Boas. **Redação do manuscrito:** Patrick Alexander Wachholz, Ruth Caldeira de Melo, Alessandro Ferrari Jacinto, Paulo José Fortes Villas Boas. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Patrick Alexander Wachholz, Ruth Caldeira de Melo, Alessandro Ferrari Jacinto, Paulo José Fortes Villas Boas.

**Todos os autores aprovaram a versão final do texto.**

**Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.**

Recebido: 21.07.2021

Aceito: 28.12.2021

Editora Associada:

Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

Copyright © 2022 Revista Latino-Americana de Enfermagem


Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autor correspondente:

Patrick Alexander Wachholz

E-mail: [patrick.wachholz@unesp.br](mailto:patrick.wachholz@unesp.br)

 <https://orcid.org/0000-0002-4474-009X>