

Capítulo 14

Riesgos para la salud en instituciones de larga estancia para ancianos (ILEA)

Karla Cristina Giacomini.

PRESENTACIÓN

Este capítulo aborda los riesgos para la salud en las instituciones de larga estancia para personas mayores (ILEA) y se divide en 4 secciones, que incluyen: introducción, riesgos para la salud, estrategias para reducir los riesgos para la salud en ILEA y consideraciones finales.

INTRODUCCIÓN

En todo el mundo, la pandemia de covid-19, causada por el virus Sars-Cov2, evidenció la vulnerabilidad de los ancianos, especialmente los institucionalizados, dada la alta mortalidad observada en las instituciones de atención a largo plazo (COMAS-HERRERA *et al.*, 2020) y las debilidades (o falta) de la base de datos nacional y las prácticas de prevención y control de infecciones (PCI) en ILEA (HANRATTY *et al.*, 2020). Sin embargo, en nuestro medio, la pandemia también explicó cuán invisibles son tales instituciones para el Estado y para la sociedad brasileña (FERNANDES *et al.*, 2021).

La creación del movimiento social "Frente Nacional para el Fortalecimiento de las ILEA" (FN-ILEA) (www.frentenacionalILEA.com.br), inicialmente motivado por la pandemia del covid-19, tuvo como objetivo apoyar a estas instituciones, dado el riesgo de alta mortalidad de la población institucionalizada (HORTA *et al.*, 2021). Este movimiento ha producido y difundido material técnico-científico gratuito basado en la mejor evidencia. Además de este desempeño, reconocido a nivel nacional e internacional, FN-ILEA realizó un censo basado en la información disponible e identificó cerca de 8.000 ILEA en todo el país, con gran heterogeneidad en su distribución geográfica (DOMINGUES *et al.*, 2021).

De manera inédita, FN-ILEA posibilitó la capacitación virtual de cerca de 13,500 Gerentes y Técnicos de ILEA de todo el país y apoyó a la Fundación Oswaldo Cruz, a través del Centro Colaborador para la Calidad de Atención y Seguridad al Paciente (PROQUALIS) y el Comité de Salud de los Adultos Mayores del Instituto de Comunicación e Información Científica y Tecnológica en Salud – ICICT / Fiocruz en la oferta de un curso de atención y seguridad en salud en el contexto del Covid-19, para estos profesionales. FN-ILEA preparó un Manual de Calidad de Atención y Gestión que aborda los 20 temas principales sugeridos por los profesionales de ILEA durante la pandemia de covid-19 y está disponible en el sitio web de FN-ILEA.

Aunque no existe consenso entre los diferentes actores sociales sobre el concepto, tipo, naturaleza, alcance y calidad de la atención prestada en estos espacios (WACHHOLZ *et al.*, 2022), sin duda el mayor

riesgo para la salud de la población anciana institucionalizada es la falta de cuidados adecuados. Por lo tanto, este capítulo tiene como objetivo discutir los principales riesgos para la salud involucrados en esta modalidad de atención.

RIESGOS PARA LA SALUD EN LA ILEA

La literatura señala como principales razones para la ineficiencia de la atención institucional: supervisión insuficiente de los equipos de atención; la escasez y falta de cualificación profesional de los equipos; baja autoestima y desmotivación de los empleados; bajos salarios y técnicas ineficaces de adjudicación/castigo para garantizar el mejor desempeño de los profesionales (BREEN; MATUSIT; WAN, 2009). Además, con equipos no capacitados, las personas toman decisiones que van más allá de su conocimiento y capacitación, y a menudo desconocen los problemas de los residentes, lo que contribuye a una atención redundante, irrelevante o problemática (LEVENSON, 2010). Las deficiencias más relevantes ocurren en actividades y actitudes de la vida cotidiana de la ILEA (BREEN; MATUSIT; WAN, 2009). (Tabla 1).

Tabla 1. Principales actividades realizadas con deficiencias por los equipos asistenciales de la ILEA.

- Higiene alimentaria	- Cuidados en general
- Limpieza del medio ambiente	- Prevención de accidentes
- Úlceras por presión	- Protocolos profesionales
- Accidentes	- Planes de atención
- Control de infecciones	- Respeto de la dignidad de la persona

Fuente: Reproducido por Giacomini y Couto (2010).

La atención institucional deseable debe ser al mismo tiempo global y centrada en los ancianos. Sin embargo, la población institucionalizada suele tener más de una condición clínica, funcional y/o psicosocial y comparte ambientes, equipos y cuidados. Además, la demanda de institucionalización es mayor precisamente entre las personas mayores y más frágiles. Por lo tanto, la atención a los estándares de bioseguridad es fundamental (WACHHOLZ *et al.*, 2022; HANRATTY *et al.*, 2020). Desafortunadamente, los equipos de atención en muchos ILEA están formados por cuidadores y técnicos sin la capacitación adecuada para ejercer este cuidado.

Por lo tanto, para mejorar la atención en la ILEA, es esencial garantizar la educación permanente, el incentivo para un trabajo más comprometido y el estímulo para vincular y reducir las deficiencias en los equipos. Eso significa cuidar de quien lo cuida. Los coordinadores deben ser capaces de reconocer el esfuerzo de las personas, elogiar y ofrecer mejores condiciones de trabajo, de modo que para cada tipo de cuidado requerido existiera el correspondiente recurso necesario (BREEN; MATUSIT; WAN, 2009).

EL PAPEL DE LA VIGILANCIA SANITARIA

Se espera que los órganos de supervisión promuevan – o al menos no obstaculicen – todos los aspectos del proceso de atención, ya que, en el ILEA, "hacer lo correcto de la manera correcta" significa estar de acuerdo con las medidas regulatorias (pero no centrarse exclusivamente en ellas); ser atendido por individuos calificados, conocedores de sus roles y límites; y estar respaldados por un proceso de gestión eficaz (LEVENSON, 2010).

En este sentido, al discutir el papel de los Consejos, el Ministerio Público y la Vigilancia Sanitaria en la supervisión de la ILEA, Giacomini y Couto (2010), señalan que, históricamente, en Brasil, todos los procesos de atención en un ILEA - desde la admisión hasta la terminación - siempre han ocurrido en ausencia de cualquier mirada regulatoria. En el caso de la inspección sanitaria, el objetivo principal debe ser eliminar o minimizar el riesgo para la salud. Cualquier peligro para la salud se entiende como un peligro para la salud.

La Vigilancia de la Salud (VISA) es una de las competencias del Sistema Único de Salud (SUS), organizado en un Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria (SNVS), presente en todas las esferas de gobierno, con atributos peculiares y estrechamente relacionados con la realidad de los ciudadanos. Corresponde a este sector del Sistema Único de Salud (SUS) definir las normas y estándares que deben cumplirse en todas las acciones de interés sanitario en la producción, circulación y consumo de ciertos productos, procesos y servicios, incluyendo el ILEA (BRASIL (1999).

En la inspección sanitaria es importante aclarar los diferentes ámbitos de actuación:

- A nivel federal, la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) es una autoridad que dirige el Sistema de Vigilancia Sanitaria (SVS), a nivel nacional, con mayor autonomía administrativa en las decisiones. Funciona y debe funcionar como un instrumento del Estado y no del gobierno; actuando frente a entidades privadas y públicas. Corresponde a ANVISA establecer los principios generales de acción (políticas públicas), orientando, monitoreando y limitando la acción tanto del Estado como del sector privado, a favor del interés de la sociedad frente a un interés particular que perjudica al de la sociedad (Poder Policial). Puede complementar el estándar superior, a través de una Resolución de la Junta Colegiada (Lei nº 9782/99: Art. 9º);

- A nivel estatal/distrital, la visa actúa a nivel estatal y a nivel local, la visa municipal. Ambos pueden complementar el estándar más alto, incluso de una manera más detallada y adecuada a su realidad, siempre que cumplan con la directriz propuesta en el estándar federal.

No hay jerarquías entre las normas: las normas federales son generales en relación con los estados y municipios; Las normas estatales son complementarias a las federales y municipales prevaleciendo sobre las emitidas por las demás entidades en lo que es más específico de cada municipio.

En 2005, en el vacío dejado por el incumplimiento de la gran mayoría de los estados y municipios, ANVISA publicó la Resolución del Consejo Colegiado (RDC/ANVISA n° 283) que trataba sobre el Reglamento Técnico que define las normas de operación para la ILEA (BRASIL, 2005). En 2021, esta norma fue reeditada, bajo el n° 502/2021, con cambios de forma, pero prácticamente mantuvo su contenido. Esta RDC se aplica a instituciones de todas las naturalezas jurídicas: filantrópicas y privadas con fines económicos de diferentes estándares de hospitalidad y atención.

De acuerdo con el grado de dependencia del anciano institucionalizado, define el número de cuidadores y profesionales necesarios para apoyarlos en sus necesidades de cuidado. Los ancianos independientes se consideran grado I, incluso si requieren el uso de equipos de autoayuda y se define un cuidador por cada 20 ancianos independientes, o fracción. Los ancianos de grado II son aquellos que dependen de hasta tres actividades de autocuidado para la vida diaria, tales como: alimentación, movilidad, higiene; sin deterioro cognitivo o con deterioro cognitivo controlado, y se espera que un cuidador por cada 10 ancianos por turno. Los ancianos con dependencia que requieren asistencia en todas las actividades de autocuidado para la vida diaria y / o con deterioro cognitivo se definen como Grado III, y la norma prevé un cuidador por cada seis ancianos por turno. A su vez, la relación entre los tipos de actividades y los profesionales/carga de trabajo requeridos se presenta en el Gráfico 2.

Tabla 2. Relación entre el tipo de actividades, los recursos humanos necesarios y la carga de trabajo según RDC n° 502/2021 de ANVISA.

Tipo de actividad	Recursos humanos	Carga de trabajo
Servicios de limpieza	Un profesional/100m ² de área interna o fracción	Por turno/día
Actividades de ocio	Un profesional con educación superior/ 40 ancianos	12 horas a la semana
Servicio de alimentación	Un profesional/ 20 personas mayores	Dos turnos de 8 horas
Servicio de lavandería	Un profesional/30 ancianos o fracción	Diario

Fuente: Elaboración propia.

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 ILEA sobre a implantação e efetividade das ações previstas no plano, considerando, no mínimo, os critérios de acesso, resolubilidade e humanização.

A RDC n° 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 ILEAs 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 ILEAs

Aunque todas las entidades federales podían legislar sobre las mejores prácticas de atención en ILEA, solo un pequeño número de municipios desarrolló normas específicas¹. Por lo tanto, el nivel de atención obtenido con la supervisión sistemática es proporcional a la participación del órgano de supervisión y la capacidad de comprender y comprometer a la persona responsable del ILEA. La aplicación de la ley y el cumplimiento de la norma ocurrirán solo si la inspección sanitaria es sistemática, permanente y más frecuente. La inspección que se realiza de manera no estandarizada hace que sea muy difícil evaluar si la persona mayor tuvo o tiene, de hecho, una atención adecuada.

Además, la profesionalización de la gestión y la garantía de un equipo de profesionales vinculados a las instituciones son condiciones *sine qua non* para apoyar la atención institucional. En el tema de la atención institucional, la desigualdad social del país se revela una vez más: hay ILEA para aquellos que pueden pagar equipos con mejores condiciones de atención, accesibilidad, higiene y personal multidisciplinario bien capacitado y hay ILEA. Fore para la porción más pobre, cuyas necesidades alcanzan niveles tan básicos e intolerables que dañan la dignidad humana. El tema de los recursos humanos es más crítico en las ILEA que asisten a las poblaciones menos favorecidas, ya sean privadas sin fines económicos o sin fines económicos, porque la falta de profesionalismo de los equipos de atención, la capacidad administrativa es frágil y el apoyo de la atención por parte de profesionales voluntarios de la salud puede comprometer la calidad y regularidad de esta atención.

Ciertamente hay ILEA que incluso superan los requisitos establecidos en la DRC n.º. 502/2021; sin

¹ Cabe mencionar la publicación de la Ordenanza Municipal n.º 052/2000 por la Secretaría Municipal de Salud de Belo Horizonte (MG), por iniciativa del IMC y varias entidades que participaron en su elaboración, porque fue la primera manifestación legal sobre ILEA y VISA, incluso antes de RDC n.º 283/2005. Posteriormente revisado y actualizado en la Ordenanza 012/2015. [https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-government/saude/2018/publicacoes-da-vigilancia-em-saude/primer-ILEA%20\(1\).pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-government/saude/2018/publicacoes-da-vigilancia-em-saude/primer-ILEA%20(1).pdf)

embargo, fuera del contexto de las capitales y las grandes ciudades, es difícil suponer que este estándar es apropiado para la realidad de la mayoría de los más de 5560 municipios brasileños. Además, ninguna norma contendrá todas las ocurrencias observadas en la vida cotidiana institucional. Por ejemplo, no es práctico determinar en la ley el número y el momento del cambio de pañal o definir específicamente dónde deben permanecer los ancianos más dependientes en un ILEA, aunque no es raro encontrarlos totalmente aislados de vivir con otros. Estas son situaciones que deben basarse en el sentido común de quienes hacen cumplir la ley. Corresponde a la ley establecer los ítems que garanticen la seguridad sanitaria mínima indispensable para el funcionamiento de la entidad, los cuales serán categorizados de acuerdo al riesgo que representen para el bienestar y la salud de las personas mayores (GIACOMIN; COUTO, 2010). Los ítems bajo supervisión podrían ser calificados como esenciales – aquellos cuyo cumplimiento condiciona a la institución para recibir el permiso de salud y será 100% requerido; los necesarios: elementos que no restringen la liberación de la Licencia, sino que refuerzan la calidad de la atención; aquellos recomendados que reducirían aún más el riesgo para la salud, y la información, que sería a discreción del ILEA aplicar o no. Los tres últimos, de menor riesgo, pueden ser progresivamente conquistados y saneados, en un trabajo de asociación en la búsqueda de soluciones consensuadas en salud (COUTO; LAGES, 2007).

CONSIDERACIONES FINALES

Se estima que apenas 1% de los ancianos brasileños viven en ILEA. Este párrafo no es el resultado del cumplimiento del artículo 230 de la CR/1988, que prevé el reparto de responsabilidades entre la familia, la sociedad y el Estado en apoyo de la persona de edad, en caso de necesidad, ni de una amplia red de atención como se propone en la Ley n° 8842/1994 o del fortalecimiento de los vínculos familiares. La baja oferta de vacantes en ILEA revela la falta total de opciones o apoyo para el cuidado de los ancianos frágiles que puede explicarse por diferentes tipos de prejuicios: ildadismo, sexismo, familismo, además de prejuicios sociales que culpan a quienes institucionalizan al familiar (WACHHOLZ *et al.*, 2022). Además, la creciente dependencia familiar de los ingresos de la persona mayor también puede justificar la permanencia en el hogar, ya que la institucionalización resulta en el compromiso de hasta el 70% de los ingresos de la persona mayor para pagar los servicios, incluso cuando son ofrecidos por instituciones filantrópicas (CAMARANO; BARBOSA, 2016).

Por lo tanto, es evidente la necesidad de construir una Política Nacional de Atención Continua, en la que cada institución sea apoyada para llevar a cabo las mejores prácticas en la reducción de los riesgos para la salud y, de hecho, actúe como un enlace de una red de atención.

REFERENCIAS

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 ILEAs: 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.