

Situação: O preprint foi publicado em um periódico como um artigo
DOI do artigo publicado: 10.5327/Z2447-212320202000127

OCORRÊNCIA DE INFECÇÃO E MORTALIDADE POR COVID-19 EM RESIDENCIAIS PARA IDOSOS NO BRASIL

Patrick Alexander Wachholz, Virgilio Garcia Moreira, Déborah Oliveira, Helena Akemi Wada
Watanabe, Paulo José Fortes Villas Boas

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1032>

Submetido em: 2020-07-29

Postado em: 2020-08-03 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

OCCURRENCE OF INFECTION AND MORTALITY BY COVID-19 IN

CARE HOMES FOR OLDER PEOPLE IN BRAZIL

OCORRÊNCIA DE INFECÇÃO E MORTALIDADE POR COVID-19

EM RESIDENCIAIS PARA IDOSOS NO BRASIL

COVID-19 in care homes

COVID-19 em residenciais para idosos

Patrick Alexander Wachholz

Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista - UNESP. E-mail: patrick.wachholz@unesp.br. <https://orcid.org/0000-0002-4474-009X>

Virgilio Garcia Moreira

Laboratório de Pesquisas em Envelhecimento Humano – GeronLab – Departamento de Medicina Interna, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: virgilio.garcia.moreira@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0002-4932-1935>

Déborah Oliveira

Departamento de Psiquiatria, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. Email: oliveiradc.phd@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0002-6616-533X>

Helena Akemi Wada Watanabe

Department of Politics, Management and Health, Public Health School of the University of São Paulo, São Paulo - SP, Brazil. E-mail: hwatanab@usp.br. <https://orcid.org/0000-0002-3951-9091>

Paulo José Fortes Villas Boas

Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista - UNESP. E-mail: paulo.boas@unesp.br. <https://orcid.org/0000-0001-9876-3222>

Contribuição dos autores:

Conception or design of the work (PAW, DO); Data collection (PAW, VGM, PJFVB, HAWW); Data analysis and interpretation (PAW, VGM, DO, PJFVB, HAWW); Drafting the article (PAW, VGM, DO, PJFVB, HAWW); Critical revision of the article (PAW, VGM, DO, PJFVB, HAWW); Final approval of the version to be published. (PAW, VGM, DO, PJFVB, HAWW).

Autor correspondente:

Patrick Alexander Wachholz

Rua Álvaro Ferreira de Moraes, 79 - Ourinhos, São Paulo - CEP 19900-250 - Brasil.

E-mail: patrick.wachholz@unesp.br

Conflito de interesses: nenhum

Financiamento: nenhum

RESUMO

Introdução: As taxas de mortalidade pela COVID-19 em idosos que vivem em Residenciais de Cuidado de Longa Duração (RCLD) chegam a 80% em alguns países. No Brasil, pouco se conhece sobre a incidência e mortalidade nesta população.

Objetivo: Descrever a ocorrência da infecção e mortalidade por COVID-19 em RCLD para idosos no Brasil.

Metodologia: Estudo transversal e descritivo com uso de fontes primárias e secundárias e amostragem não probabilística. Entre abril e junho de 2020, por meio de um questionário eletrônico, administradores de RCLD de todo o Brasil foram convidados a informar a ocorrência de infecção e mortalidade de residentes por COVID-19. Além disso, foi realizada busca ativa de dados junto aos serviços do Ministério Público Estadual, Secretarias de Saúde e Sistema Único de Assistência Social. Os dados foram analisados através de estatística descritiva.

Resultados: Foram analisadas as informações de 1,802 RCLD de 11 estados, onde residiam 42,216 idosos. A taxa de incidência de COVID-19 foi de 6,14%. Foram registrados no período 458 óbitos, com uma taxa de letalidade de 17,65%.

Conclusão: A incidência e letalidade observados neste estudo foram menores do que as taxas observadas em outros países. Entretanto, dadas as limitações quanto a coleta de informações e outras barreiras para o estudo, novas fontes estruturadas de dados são fundamentais para o conhecimento da propagação do vírus nos RCLD no país.

ABSTRACT

Introduction: Mortality rates due to COVID-19 in older people living in long-term care homes reach 80% in some countries. In Brazil, little is known about the incidence and mortality in this population.

Objective: To describe the occurrence of COVID-19 infection and mortality in care homes for the older people in Brazil.

Methods: Cross-sectional and descriptive study using primary and secondary sources and non-probabilistic sampling. Between April and June 2020, through an electronic questionnaire, care homes administrators from all over Brazil were invited to report the occurrence of infection and mortality of residents by COVID-19. In addition, an active search for data was carried out with the services of the State Public Prosecutor Offices, State Health Departments and the Unified Social Assistance System. The data were analyzed using descriptive statistics.

Results: Information from 1,802 care homes from 11 states was analyzed, where 42,216 older people lived. The incidence rate of COVID-19 was 6.14%, and 458 deaths were recorded in the period, with a case-fatality rate of 17.65%.

Conclusion: The incidence and fatality observed in this study were lower than the rates observed in other countries. However, given the limitations regarding the collection of information and other barriers to the study, new structured data sources are essential for understanding the spread of the virus in care homes in the country.

INTRODUÇÃO

Desde a identificação dos primeiros casos da síndrome respiratória aguda grave causada pela infecção pelo novo coronavírus 2 (SARS-CoV-2, do inglês *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*) no final de 2019, na China, as taxas de infecção superaram as estimativas iniciais e causaram uma crise global de saúde pública sem precedentes neste século.¹ A capacidade de controlar a disseminação comunitária da infecção, proteger populações vulneráveis, e reduzir sua letalidade (particularmente nos segmentos mais longevos) falhou ou mostrou-se insuficiente em grande parte do mundo, incluindo nações de alto, médio e baixo poder econômico.²

Dados do Reino Unido sugerem que 72% dos óbitos de idosos que vivem em Residenciais de Cuidados de Longa Duração (RCLD)* por causas relacionadas à COVID-19 (acrônimo do termo "doença por coronavírus" em inglês) ocorreram dentro dos próprios RCLD, e que a mortalidade observada superou em mais de 50% as estimativas iniciais.³ Em países como Canadá, Irlanda, Bélgica, França e Eslovênia, os óbitos de residentes em RCLD representaram mais de 50% do total nacional dos óbitos observados até o final do mês de junho de 2020.³

Desde o início da transmissão comunitária no Brasil, além do crescimento exponencial no número de casos e óbitos decorrentes da infecção, a politização da pandemia culminou com uma crise político-institucional cuja repercussão negativa para o cuidado às vítimas é inquestionável, seja pelas mensagens contraditórias provenientes

* O termo instituições de longa permanência para idosos (ILPI) foi recomendado pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) em 2003, e tem sido amplamente utilizado desde então, inclusive em documentos oficiais do Ministério da Saúde e descritores da Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME). A literatura internacional, entretanto, percebe este como um termo potencialmente estigmatizante pois remete o idoso residente à despersonalização e à condição de "institucionalizado". Por esse motivo, adotou-se neste estudo o termo RCLD.

dos diferentes níveis de governo, seja pela controversa acurácia das estatísticas oficiais no país.^{4,5}

O Brasil coloca-se, em julho de 2020, como a segunda nação com o maior número de casos cumulativos de óbitos por COVID-19, com a oitava maior taxa de letalidade pela doença no mundo.⁶ Apesar da população idosa residente em RCLD constituir um dos segmentos mais vulneráveis e de maior risco para o desenvolvimento de surtos e das formas mais graves da COVID-19,⁷ pouco se sabe sobre o perfil desta população no país, e menos ainda acerca do potencial impacto da pandemia neste segmento. A falta de fontes de informação sistematizadas e de dados confiáveis sobre a epidemiologia da infecção neste setor dificultam o enfrentamento da pandemia e o estabelecimento de políticas públicas emergenciais.

Apesar de existirem iniciativas (governamentais e não-governamentais) para reunir dados epidemiológicos, aumentar a disponibilidade de testagem, e oferecer melhor qualidade de informações para os RCLD no Brasil,⁴ pouco tem-se avançado na construção de indicadores de ocorrência da infecção neste setor. Em 2010, estimava-se que haviam mais de 3,500 RCLD em atividade no Brasil;⁸ dados do Sistema Unificado de Assistência Social (SUAS) sugerem que, em 2019, haviam 1,669 RCLD de caráter público ou privado sem fins lucrativos no país.⁹ Dados extra oficiais do Ministério Público do Estado de São Paulo sugerem que em 2020, no estado mais populoso do país, o número de idosos residentes em RCLD seja superior a 35 mil pessoas.

A atual configuração dos sistemas oficiais de vigilância e monitoramento da COVID-19 no Brasil não permite identificar com precisão a situação de mortalidade e número de casos confirmados entre residentes e trabalhadores dos RCLD mediante consulta

direta aos dados do Sistema Único de Saúde (<https://susanalitico.saude.gov.br/>), DATASUS, ou vigilância epidemiológica local. Não há cruzamento entre as notificações individuais e o tipo de estabelecimento / local de ocorrência de casos de COVID-19, muito menos a identificação dos funcionários que neles trabalham. Considerando que há no Brasil um grande contingente de RCLD privadas e de pequeno porte,¹⁰ além de um número incerto (mas possivelmente elevado) de residenciais informais ou não registrados, é bastante provável que o endereço de residentes contaminados não seja adequadamente identificado e vinculado como sendo um RCLD. Frequentemente, os surtos em RCLD são identificados por iniciativa dos próprios residenciais, de profissionais de saúde, da mídia e do Ministério Público, que disparam ações subsequentes de proteção aos indivíduos de contato.

Este estudo descreve o perfil da ocorrência de infecção e mortalidade relacionada à COVID-19 em RCLD para idosos no Brasil.

METODOLOGIA

Este estudo transversal e descritivo é parte de um estudo Latino Americano maior intitulado "*Avaliação da resposta e prontidão para a mudança no enfrentamento da pandemia pelo novo coronavírus (SARS-Cov-2) por parte dos gestores de Instituições de Longa Permanência para Idosos*". A população de interesse foram idosos residentes em RCLD no Brasil. Foram utilizadas fontes primárias e secundárias de dados, com amostragem não probabilística.

Os administradores de RCLD brasileiras foram convidados a informar a ocorrência de casos de COVID-19 em suas respectivas instituições. Os contatos dos administradores

foram obtidos por meio de listagens com domínio disponíveis na internet, e por busca ativa junto às secretarias de saúde e respectivas vigilâncias epidemiológicas e Sistema Unificado de Assistência Social (SUAS).

Além disso, os 26 Ministérios Públicos estaduais(MP) foram contatados por correio eletrônico. Desde 2015, os MPs vem promovendo ações de fiscalização e aproximação junto aos RCLD para idosos, com vistas a garantir os direitos fundamentais desta população.¹¹ Os procuradores de sete estados compartilharam informações de abrangência estadual ou municipal sobre a ocorrência da casos confirmados e óbitos por COVID-19 em idosos residentes em RCLD no âmbito de seus respectivos estados. Todos os dados acessados haviam sido previamente anonimados.

Em uma planilha de Excel, os pesquisadores agruparam as informações referentes as seguintes variáveis: o número de RCLD e de residentes vivendo em cada unidade; a realização de vacinação contra influenza em residentes e trabalhadores; o número de residentes com sintomas de síndrome gripal (SG) e confirmação laboratorial de COVID-19; e o número de óbitos confirmados pela infecção nos residentes. Os dados foram coletados entre 17/04/2020 e 20/06/2020.

Empregou-se estatística descritiva mediante o uso de medidas de tendência central (média, mediana e moda), de dispersão (valores mínimo e máximo, desvio padrão e variância), e distribuição para a análise dos dados. O estudo foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, sob o CAAE nº 30577520.0.0000.0008.

RESULTADOS

Foram analisados os dados de 1,802 RCLD de 11 estados do Brasil (Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo). Os estados de São Paulo e Santa Catarina incluem a maioria dos RCLD avaliados (81,13% e 12,37%, respectivamente).

A Tabela 1 descreve o número de casos confirmados da infecção nos residentes investigados no estudo. Identificou-se uma mediana de 21 residentes por RCLD (p25=14; p75=33,5).

Dos 1,802 RCLD, 1,380 (76,58%) informaram ter participado da campanha nacional de imunização contra influenza, enquanto 1,28% (n=23) declarou não ter realizado a imunização; 399 unidades participantes (22,14%) não forneceram informações acerca do status vacinal.

Foram registrados 2,595 casos laboratorialmente confirmados de COVID-19 entre os 42,216 idosos, somando 458 óbitos. A taxa de incidência dos casos no período avaliado foi de 6,14%, com taxa de letalidade de 17,65%.

DISCUSSÃO

A ocorrência de infecção por COVID-19 em idosos que vivem em RCLD brasileiros não tem sido oficialmente informada nos boletins epidemiológicos e relatórios das agências governamentais em níveis federal, estadual ou municipal. Este estudo constitui uma das iniciativas nacionais de reunir informações sobre a ocorrência da infecção nas RCLD.

A pandemia global de COVID-19 afetou desproporcionalmente a população de idosos residentes em RCLD.^{3,12} A elevada prevalência de comorbidades e fragilidade, associada a imunosenescência, estão relacionadas a maior risco de mortalidade entre os residentes.³ O comprometimento funcional e cognitivo característico deste segmento, porém, eleva as chances de transmissão do vírus,^{4,7,13,14} particularmente considerando o elevado número de casos assintomáticos¹² e a necessidade de auxílio para a execução das atividades de vida diária.

Com mais 42 mil residentes e uma taxa letalidade de 17,65% no Brasil, os dados observados são relativamente menores que os de outros países, que tiveram taxas de óbitos de 19 a 72% nestes residenciais.^{3,15} Nos Estados Unidos, país com maior número de casos confirmados de infecção por COVID-19 até abril de 2020, foram relatadas mais de 10,000 mortes em RCLD.¹⁶

Os dados brasileiros de incidência e letalidade menores do que os relatados em outros países possivelmente devem-se a subnotificação de casos, incluindo o registro inapropriado da causa de óbito. O caráter híbrido das RCLD no país, hospedando idosos funcionalmente independentes juntos a residentes frágeis, também pode influenciar a contaminação. A baixa disponibilidade de testagem laboratorial para os residentes assintomáticos muito provavelmente afetou de modo significativo as taxas de incidência neste período.

Frente as primeiras notícias de surtos e elevada mortalidade nas RCLD europeias, a grande maioria dos RCLD brasileiros adotaram estratégias de *lockdown*: a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)¹⁷ e a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia,¹⁸ além de outras iniciativas, recomendaram precocemente a suspensão

de visitas no setor. Por este motivo, a pandemia neste setor talvez ainda esteja em fases iniciais no Brasil, com potencial risco de aumento dos casos com a flexibilização dos regimes de visitação. No Reino Unido, por exemplo, os casos de COVID -19 nos RCLD tiveram aumento em fase mais tardia da pandemia, três meses após o relato do primeiro caso de COVID-19 no país.¹²

O setor de RCLD é subfinanciado de forma global, particularmente em países de baixo e médio poder econômico. No Brasil, por exemplo, os RCLD são considerados equipamentos da assistência social. Apenas no município de São Paulo, 14 dos RCLD públicos são considerados equipamentos sócio-sanitários e passaram a contar com enfermeiros e técnicos de enfermagem em seus quadros. No Estado do Rio de Janeiro, a Lei 8,049 de 17 de julho de 2018, que estabelece normas para o setor, define a obrigatoriedade da inclusão de equipe multiprofissional de acordo com o grau de dependência dos residentes.¹⁹

A equipe de trabalhadores que atua em RCLD é frequentemente mal remunerada e insuficientemente treinada.¹³ Responder de modo adequado a pandemia, com a implantação de medidas de mitigação e prevenção, demanda mais do que boa vontade – demanda recursos financeiros para a aquisição de equipamentos de proteção individual, adequação estrutural, e treinamento da equipe de trabalhadores e colaboradores para o cuidado.

É fundamental que sejam implementadas políticas públicas de cuidado para o setor. Mesmo em países da União Europeia, cujas circunstâncias demográficas e econômicas são distintas, a sustentabilidade de sistemas de cuidado de longa duração é complexa.²⁰ Mosca e colaboradores citam, por exemplo, a necessidade de se estimular

a criação e implementação de medidas como a complementação do financiamento público e privado, o enfrentamento da informalidade na força de trabalho, bem como a adoção de inovações para aumentar a produtividade e reduzir custos no setor.²⁰

Informações confiáveis são ferramentas fundamentais para conter o avanço do coronavírus. A decisão do governo federal de reduzir a transparência dos dados sobre a notificação de casos e mortes da COVID-19, por exemplo, afetou a confiança da opinião pública sobre as estimativas de ocorrência da infecção. Somente em junho de 2020, meses após o início da pandemia, o Ministério da Saúde lançou uma plataforma específica para coleta de dados (<https://opendatasus.saude.gov.br/group/dados-do-coronavirus>). Do mesmo modo, a ausência de um censo completo nas RCLD no Brasil dificulta a interpretação do impacto do perfil dos residentes nas estimativas de ocorrência da COVID-19.²¹

A insuficiente disponibilidade de testagem laboratorial no setor é outro fator limitante para a interpretação adequada das estimativas nacionais de infecção pelo novo coronavírus. Enquanto outros países já adotam estratégias de flexibilização para as visitas nas RCLD,²² as unidades brasileiras ainda tem dificuldades para a identificação precoce de surtos de COVID-19.

Experiências anteriores tem confirmado que, durante um surto de COVID-19 em RCLD, a rápida adoção de múltiplas medidas se faz necessária, incluindo o uso de equipamentos de proteção individual (com treinamento em seu uso), disponibilização de testes diagnósticos rápidos, e medidas para aliviar a escassez de profissionais, inclusive com fornecimento de equipes de reforço.^{15,23}

Hong Kong, por exemplo, devido a experiência anterior com a epidemia de Síndrome de Angústia Respiratória Severa (SARS) em 2003, já possuía um plano de ação bem articulado para o enfrentamento do novo coronavírus; distanciamento social, práticas rigorosas de higiene, e medidas comportamentais foram rapidamente implantados. Neste país, com um total de 1,053 indivíduos infectados até 17 de maio de 2020, somente 4 mortes foram observadas (0,4% dos casos confirmados) e, nos RCLD, nenhum óbito foi confirmado.²⁴

O Brasil apresenta grande disparidade de renda e acesso à educação e aos serviços de saúde.²⁵ As regiões Sul e Sudeste apresentam os melhores indicadores sociais e econômicos, e segundo o Censo realizado em 2010,⁸ abrigavam mais de 80% das RLDC do país. As regiões Norte e Nordeste abrigavam 7,2% dos residenciais para idosos. Pesquisa realizada com residenciais públicos e filantrópicos cadastrados no SUAS (2014) encontrou que 74,5% destas estavam nas regiões Sul e Sudeste, e 14.8% nas regiões Norte e Nordeste.²⁶

Apesar do grande número de RCLD analisados, o presente estudo apresenta várias limitações. A primeira refere-se ao caráter transversal de análise. A pandemia tem exibido perfis de comprometimento diferentes de acordo com a semana epidemiológica: foi mais impactante nas capitais e grandes núcleos de ingresso populacional no país no início da pandemia, passou por etapa de interiorização, e agora, em algumas localidades, já há indícios de que possam existir segundas ondas de infecção. Essas mudanças não podem ser percebidas por esse tipo de estudo.

A segunda está relacionada à concentração das informações predominantemente em dois estados – São Paulo e Santa Catarina representaram 93,5% das respostas – , e a

pouca representatividade das regiões Norte e Nordeste. As barreiras associadas ao acesso à internet podem ter reduzido o acesso de RCLD rurais, pequenas e informais. Equipes que estivessem sobrecarregadas, respondendo as demandas de um surto em suas unidades, possivelmente não tivessem tempo para responder a demandas eletrônicas por informação. Além disso, outras variáveis de confusão, incluindo a viés de coleta de fontes secundárias, precisa ser considerada na interpretação destes dados.

A taxa de incidência, do mesmo modo, possivelmente tenha sido influenciada pela baixa capacidade de testagem nas RCLD – até junho de 2020, poucos serviços dispunham de testes laboratoriais para toda população de residentes, incluindo idosos assintomáticos.

Em maio de 2020, a Portaria nº65/2020²⁷ definiu atribuições ao órgão gestor da Assistência Social nesse período de pandemia. Destacam-se, nesta portaria, atribuições pertinentes ao levantamento de informações e planejamento de ações de contingência, e o cruzamento de informações referentes à localização das unidades de acolhimento (incluindo RCLD). Estas ações visariam, por exemplo, indicar a qual Unidade de Atenção Primária à Saúde cada unidade de acolhimento deveria ser referenciada. Até julho de 2020, entretanto, adquirir informações epidemiológicas sobre a ocorrência de casos de COVID-19 nos RCLD para idosos continua sendo uma tarefa complexa. Não há publicação de dados oficiais a respeito destes residenciais, e os dados disponibilizados por fontes extra-oficiais, como o Ministério Público, não são isentas de viés.

CONCLUSÃO

A informação é, indubitavelmente, um instrumento essencial para a tomada de decisões em saúde. Ela orienta a implantação, acompanhamento e avaliação dos modelos de atenção à saúde, bem como das ações de prevenção e controle de doenças. Infelizmente, sistemas de informação públicos que acompanhem, monitorem e orientem o setor de cuidados de longa duração são inexistentes no Brasil. E a ausência deles se faz mais amplamente percebida em momentos de crise o da atual pandemia de COVID-19.

Nos 1,802 RCLD brasileiros avaliados entre abril e junho de 2020, foram identificados 458 óbitos em 2,595 idosos residentes com diagnóstico laboratorial confirmado de COVID1-9. A taxa de incidência dos casos no período avaliado foi de 6,14%, com taxa de letalidade de 17,65%.

A fragmentação das informações em saúde, restrições intersetoriais ao compartilhamento de dados, e a falta de investimento nacional em melhores sistemas de informação, como vistos neste estudo, são lacunas importantes que devem ser preenchidas de modo mais apropriado e rápido às necessidades do setor de RCLD.

REFERÊNCIAS

1. Hartley DM, Perencevich EN. Public Health Interventions for COVID-19: Emerging Evidence and Implications for an Evolving Public Health Crisis. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 2020.
2. Bauchner H, Sharfstein J. A Bold Response to the COVID-19 Pandemic: Medical Students, National Service, and Public Health. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 2020.
3. Comas-Herrera A, Zalakain J. Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes : early international evidence. Resources to support community and institutional Long-Term Care responses to COVID-19. 2020.
4. Wachholz PA, Ferri CP, Mateus E, da Mata F, Oliveira D. The COVID-19 situation in Brazilian care homes and actions taken to mitigate infection and reduce mortality [Internet]. 2020 [citado 1º de julho de 2020]. Disponível em: <https://ltccovid.org/2020/06/29/the-covid-19-situation-in-brazilian-care-homes-and-actions-taken-to-mitigate-infection-and-reduce-mortality/>
5. The Lancet. COVID-19 in Brazil: “So what?” *Lancet*. 2020;395(10235):1461.
6. Johns Hopkins CSSE. Coronavirus COVID-19 (2019-nCoV) [Internet]. Coronavirus COVID-19 Global Cases by Johns Hopkins CSSE. 2020 [citado 1º de julho de 2020]. p. 1. Disponível em: <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>
7. D’Adamo H, Yoshikawa T, Ouslander JG. Coronavirus Disease 2019 in Geriatrics and Long-term Care: The ABCDs of COVID-19: COVID-19 in Geriatrics and Long-Term Care. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 25 de março de 2020 [citado 27 de março de 2020]; Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/jgs.16445>
8. Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*. junho de 2010;27(1):232–5.
9. Vigilância Socioassistencial - Secretaria Nacional de Assistência Social - Ministério do Desenvolvimento Social [Internet]. 2019 [citado 23 de julho de 2020]. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/snas/vigilancia/index2.php>
10. IPEA. Comunicados do IPEA nº 93 - Condições de funcionamento e infraestrutura das instituições de longa permanência para idosos no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2011 [citado 20 de julho de 2020] p. 17. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5208/1/Comunicados_n93_Condi%3%a7%3%b5es.pdf
11. Conselho Nacional do Ministério Público. O Ministério Público na Fiscalização das Instituições de Longa Permanência para Idosos MANUAL DE ATUAÇÃO FUNCIONAL. 1º ed. Vol. 1. Brasília: CNMP; 2016. 1–130 p.

12. British Geriatric Society. Managing the COVID-19 pandemic in care homes [Internet]. BGS; 2020 [citado 21 de julho de 2020]. Report No.: v3. Disponível em: www.bgs.org.uk/COVID-19
13. Werner RM, Hoffman AK, Coe NB. Long-Term Care Policy after Covid-19 — Solving the Nursing Home Crisis. *New England Journal of Medicine* [Internet]. 27 de maio de 2020 [citado 5 de julho de 2020]; Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp2014811>
14. Fallon A, Dukelow T, Kennelly SP, O’Neill D. COVID-19 in nursing homes. *QJM*. 01 de 2020;113(6):391–2.
15. Inzitari M, Risco E, Cesari M, Buurman BM, Kuluski K, Davey V, et al. Nursing Homes and Long Term Care After COVID-19: A New ERA? *J Nutr Health Aging* [Internet]. 11 de julho de 2020 [citado 21 de julho de 2020]; Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1447-8>
16. Coe NB, Van Houtven CH. Living Arrangements of Older Adults and COVID-19 Risk: It Is Not Just Nursing Homes. *J Am Geriatr Soc*. julho de 2020;68(7):1398–9.
17. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota técnica 01/2020 - ORIENTAÇÕES PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DE INFECÇÕES PELO NOVO CORONAVÍRUS (SARS-CoV-2) EM INSTITUIÇÕES DE ACOLHIMENTO [Internet]. 2020 [citado 10 de julho de 2020]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/219201/4340788/NOTA_TECNICA_PUBLICA_CSIP_S_PREVENCAO_DA_COVID_19_EM_INSTITUICOES_DE_ACOLHIMENTO+%281%29.pdf/dc574aaf-e992-4f5f-818b-a012e34a352a
18. 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. *Geriatrics, Gerontology and Aging*. 2020;14(2):134–7.
19. Rio de Janeiro, Governo do Estado. Lei 8049/18 | Lei nº 8049 de 17 de julho de 2018. do Rio de Janeiro, Governo do Estado do Rio de Janeiro [Internet]. Jusbrasil. 2018 [citado 23 de julho de 2020]. Disponível em: <https://gov-rj.jusbrasil.com.br/legislacao/607160910/lei-8049-18-rio-de-janeiro-rj>
20. Mosca I, van der Wees PJ, Mot ES, Wammes JGG, Jeurissen PPT. Sustainability of Long-term Care: Puzzling Tasks Ahead for Policy-Makers. *Int J Health Policy Manag*. 17 de agosto de 2016;6(4):195–205.
21. Watanabe HAW, Domingues MAR da C, Duarte YA de O. COVID-19 and homes for the aged: care or an announced death? *Geriatrics, Gerontology and Aging*. 2020;14(2):143–5.
22. Verbeek H, Gerritsen DL, Backhaus R, de Boer BS, Koopmans RTCM, Hamers JPH. Allowing Visitors Back in the Nursing Home During the COVID-19 Crisis: A Dutch National Study Into First Experiences and Impact on Well-Being. *J Am Med Dir Assoc*. julho de 2020;21(7):900–4.

23. Laxton CE, Nace DA, Nazir A, AMDA—The Society for Post-Acute and Long-Term Care Medicine. Solving the COVID-19 Crisis in Post-Acute and Long-Term Care. *J Am Med Dir Assoc.* julho de 2020;21(7):885–7.
24. Lum T, Shi C, Wong G, Wong K. COVID-19 and Long-Term Care Policy for Older People in Hong Kong. *Journal of Aging & Social Policy.* 3 de julho de 2020;32(4–5):373–9.
25. Massa KHC, Pabayo R, Chiavegatto Filho ADP. Income inequality and self-reported health in a representative sample of 27 017 residents of state capitals of Brazil. *J Public Health (Oxf).* 01 de 2018;40(4):e440–6.
26. Duarte, YAO, Watanabe, HAW, Giacomini, K, Lebrão L (in memoriam). Estudo das condições sociodemográficas e epidemiológicas dos idosos residentes em ILPIs registradas no Censo SUAS [Internet]. Faculdade de Saúde Pública da USP.; 2018 [citado 23 de julho de 2020]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/22/resultados-residentes.pdf>
27. Brasil, Ministério da Cidadania. PORTARIA Nº 65, DE 6 DE MAIO DE 2020 - PORTARIA Nº 65, DE 6 DE MAIO DE 2020 - DOU - Imprensa Nacional [Internet]. 2020 [citado 23 de julho de 2020]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-65-de-6-de-maio-de-2020-255614645>

Tabela 1. Medidas de ocorrência da COVID-19 em amostra de residenciais de cuidado de longa duração para idosos no Brasil (Junho/2020).

	Número de RCLD participantes	Número de residentes	Casos confirmados de COVID-19 nos residentes	Óbitos confirmados em residentes infectados pelo COVID-19
Espírito Santo*	Não informado	Não informado	68	17
Goiás	3	153	0	0
Minas Gerais	4	132	3	0
Paraná	1	32	1	0
Pernambuco	25	899	51	25
Piauí	9	Não informado	3	0
Rio de Janeiro†	71	Não informado	796	53
Rio Grande do Norte‡	Não informado	Não informado	5	0
Rio Grande do Sul	1	26	0	0
Santa Catarina	223	5,685	45	4
São Paulo	1,462	35,026	1,623	399
Total	1,802	42,216	2,595	498

RCLD = residenciais de cuidado de longa duração.

* O Ministério Público estadual compartilhou dados consolidados de 10 municípios, sem informações do número de RCLD ou de residentes. Para 2 RCLD os dados foram informados pelos gestores das RCLD (somando 32 residentes).

† O Ministério Público estadual compartilhou dados consolidados de 65 RCLD, sem informações sobre o número de residentes. Para 6 RCLD os dados foram informados pelos gestores das RCLD (somando 191 residentes).

‡ O Ministério Público estadual compartilhou dados consolidados de 2 municípios, sem informações do número de RCLD e residentes. Para 1 RCLD os dados foram informados pelo gestor da RCLD (somando 40 residentes).