

Financiamento de cuidados de longa duração: lições para contextos de baixa e média renda

Resumo de políticas públicas 7. Promoção da qualidade e do valor nos cuidados de longa duração

Mensagens principais

- A pandemia de COVID-19 revelou problemas de qualidade e segurança de longa data nas instituições de longa permanência para pessoas idosas (ILPIs), que levaram a taxas chocantemente altas de mortalidade prevenível entre pessoas idosas vulneráveis.
- Um pré-requisito fundamental para prestação, monitoramento e financiamento dos serviços de cuidados de longa duração (CLD) é a criação de sistemas que estabeleçam princípios e normas de qualidade aplicáveis à ampla gama de contextos de prestação de CLD.
- Investir em estruturas robustas de garantia de qualidade é essencial para prestar, monitorar e financiar CLD de qualidade; isso envolve desenvolver e implementar sistemas de credenciamento e regulamentação para instituições e provedores de cuidados na comunidade.
- A coleta e o monitoramento de dados sobre a qualidade de todos os provedores de CLD em instituições e comunidades podem informar as estratégias de aprimoramento. Está ocorrendo uma transição na forma de avaliação, favorecendo-se métricas de qualidade que medem o bem-estar e a qualidade de vida em vez de medir resultados adversos.
- Para incentivar a qualidade, alguns países vincularam pagamentos mais altos a melhores resultados; entretanto, os efeitos do pagamento por qualidade na saúde e CLD são incertos, e uma avaliação mais aprofundada se faz necessária.

- Além de vincular os pagamentos a resultados de qualidade, diversos países adotam várias outras estratégias de compra que utilizam incentivos financeiros para melhorar a qualidade dos cuidados de longa duração; porém, faltam avaliações sobre seu impacto.
- Para melhorar a qualidade dos cuidados para pessoas idosas, é preciso primeiro que elas participem formalmente em pesquisas biomédicas, que formam a base para o desenvolvimento de diretrizes clínicas e sistemas de pagamento.
- Contextos de baixa e média renda podem aprender com as experiências e os erros de países mais desenvolvidos e investir precocemente em sistemas robustos de qualidade e regulamentação de CLD, incluindo a priorização de métricas de qualidade que meçam os resultados desejados, como qualidade de vida.

A pandemia de COVID-19 revelou problemas de qualidade e segurança de longa data nas instituições de longa permanência para pessoas idosas, que levaram a taxas chocantemente altas de mortalidade prevenível entre pessoas idosas extremamente vulneráveis

A pandemia de COVID-19 foi sentida de forma desproporcional entre as pessoas idosas. Residentes de clínicas geriátricas, que estão entre os membros mais vulneráveis da sociedade, sofreram altas taxas de mortalidade prevenível pela COVID-19, representando até metade de todas as mortes na Europa e nos Estados Unidos da América (EUA) durante as primeiras fases da pandemia (1). É importante frisar que muitas dessas mortes eram preveníveis. Em alguns locais, a mortalidade atribuível à COVID-19 foi insignificante devido à implementação de medidas básicas de controle de infecções, como higiene das mãos, desinfecção do ambiente, testagem, distanciamento social e medidas fundamentais de controle de surtos em instituições residenciais (2).

Garantir a qualidade dos cuidados de longa duração (CLD) já era problemático antes da pandemia. A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) monitora dados sobre segurança em clínicas geriátricas, medida na forma de incidência de infecções adquiridas em estabelecimentos de saúde ou de CLD que são resistentes a antibióticos e antifúngicos, portanto de difícil tratamento. Nos EUA, estima-se que um em cada 43 residentes de clínica geriátrica contraia pelo menos uma infecção relacionada à assistência à saúde todos os dias (3). Outras considerações de segurança incluem polifarmácia e prescrição excessiva. Os países que fornecem dados à OCDE relatam que mais da metade das pessoas adultas com 75 anos ou mais fazem uso de pelo menos cinco medicamentos prescritos. Além disso, foi relatado uso crônico de benzodiazepínicos, geralmente prescritos para sedação, ansiedade e depressão. Em 2021, esses medicamentos foram prescritos para uma média de 44 pessoas idosas em cada 1 000, apesar de seu uso não ser recomendado nessa população devido a efeitos colaterais perigosos (4). As grandes variações no uso podem ser atribuídas, em parte, às políticas de reembolso e prescrição. Há muito menos informações disponíveis sobre a qualidade dos CLD prestados em domicílio e na comunidade, em parte devido à menor regulamentação e a sistemas fracos de monitoramento da qualidade e informação.

Um pré-requisito fundamental para prestação, monitoramento e financiamento dos serviços de cuidados de longa duração é a criação de sistemas fortes que estabeleçam princípios e normas de qualidade aplicáveis à ampla gama de contextos de prestação de serviços

A qualidade em CLD promove cuidados equitativos e centrados na pessoa, respeitando preferências individuais e atendendo a uma ampla gama de necessidades importantes, como saúde, comportamento e cuidados sociais; segurança; qualidade de vida; e autonomia. Sistemas para aprimorar continuamente a qualidade em contextos de CLD podem abranger uma ampla gama de atividades. Exemplos incluem fortalecer os modelos dos sistemas de prestação de serviços; assegurar que a força de trabalho em CLD tenha o tamanho e as qualificações adequados; promover a transparência no financiamento e na propriedade das instituições; garantir financiamento suficiente e sustentável; criar sistemas de garantia de qualidade que incluam programas de regulamentação e ouvidoria, programas de medição, monitoramento e aprimoramento da qualidade e sistemas de informação abrangentes; e permitir que as pessoas beneficiárias escolham seu provedor de cuidados (5). Este documento aborda algumas questões relevantes para países de baixa e média renda (PBMRs), reconhecendo que a maturidade de um sistema de CLD¹ é fundamental para definir as estratégias adotadas pelos países para melhorar a qualidade (6). Devido ao reconhecimento de que as estratégias de CLD para recrutamento e retenção da força de trabalho são numerosas e críticas, esses tópicos são abordados separadamente.

Vários países estabeleceram estratégias para garantir e regulamentar a qualidade dos serviços de CLD em todos os contextos (7). A Alemanha estabeleceu a Lei de Seguro de Cuidados de Longa Duração, que define um quadro de requisitos para todos os provedores de CLD, tanto em ambientes residenciais quanto comunitários. Esses requisitos incluem a qualidade da estrutura física, as qualificações da força de trabalho e sistemas internos de gestão da qualidade que podem incluir orientações para o tratamento de problemas de saúde específicos e o monitoramento dos resultados. O quadro também estabelece as funções e responsabilidades das partes interessadas, incluindo o papel do governo em diferentes esferas administrativas. Em Luxemburgo, a estrutura de qualidade em CLD é uma exigência legal e se aplica a todos os provedores de cuidados, sejam formais ou informais. O principal órgão responsável pelo controle de qualidade é a Administração de Avaliação e Monitoramento do seguro de cuidados de longa duração, um órgão independente. Em Portugal, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados especifica os requisitos exigidos por lei para todos os serviços de CLD, sejam eles prestados em ambientes de cuidados de saúde ou sociais, em instituições ou comunidades ou oferecidos por organizações públicas ou privadas. Em outros locais da Europa, a qualidade em CLD é coberta por marcos regulatórios existentes para cuidados de saúde e sociais.

¹ Nota explicativa: A Organização Pan-Americana da Saúde considera que o uso do termo "sistemas de cuidados de longa duração" precisa ser revisado para refletir definições e conceitos multissistêmicos bem estabelecidos, nos quais geralmente não se considera que os cuidados de longa duração formem um sistema. Isso facilitará uma melhor compreensão das estruturas, organizações, pessoas e ações cujo principal objetivo é promover, restaurar ou manter a saúde e o bem-estar, além de garantir que os cuidados de longa duração sejam prestados através da integração dos diferentes sistemas existentes, como o sistema de saúde e o de proteção social.

O fortalecimento das estruturas de garantia de qualidade é essencial para prestar, monitorar e financiar cuidados de longa duração de qualidade, incluindo sistemas de credenciamento e regulamentação para instituições e provedores de cuidados na comunidade

As estruturas de garantia de qualidade reconhecem a necessidade de investimentos para reforçar as normas fundamentais para a prestação de CLD. Os investimentos precisam ser semelhantes aos do setor de saúde, incluindo o desenvolvimento e a implementação de normas para entradas no sistema e para a infraestrutura. A implementação inclui regulamentar as qualificações e o número de provedores e profissionais de cuidados, além de estabelecer normas para proteger as pessoas idosas.

A maioria dos países da OCDE estabelece normas mínimas de licenciamento e credenciamento de instituições de CLD (8). As normas de credenciamento da Joint Commission International para CLD incluem normas centradas na segurança dos residentes, no acesso a cuidados e na qualidade dos cuidados, além de normas institucionais para o pessoal e governança (Quadro 1) (9). A definição e a fiscalização dessas normas são particularmente importantes em PBMRs para garantir que as pessoas idosas fiquem seguras e protegidas, uma vez que cuidados de baixa qualidade podem ser prejudiciais (10).

A fiscalização das normas de qualidade requer instituições regulatórias e sanções. A obrigatoriedade da certificação da qualidade ou do credenciamento pode ser um pré-requisito para a obtenção de uma licença de prática e para que os estabelecimentos de CLD sejam elegíveis para pagamentos públicos ou reembolsos de seguros. Os estabelecimentos que não cumprirem as normas regulatórias poderão ter seu credenciamento suspenso, perder repasses públicos, receber multas ou até mesmo ser fechados, dependendo da natureza e persistência da infração (7, 11). Na Austrália, os órgãos reguladores buscam promover melhorias tanto na segurança quanto na qualidade, optando por uma abordagem colaborativa com os provedores a fim de encontrar soluções para os problemas identificados (12).

Os requisitos para os serviços de cuidados domiciliares variam muito entre contextos de alta renda. Alguns países estabeleceram conjuntos de normas ou adotam processos de cadastramento, outros utilizam sistemas de credenciamento. O cadastro de provedores de serviços de cuidados domiciliares pode ser utilizado para garantir a disponibilidade de uma quantidade mínima de recursos humanos qualificados e de recursos financeiros suficientes. Na Inglaterra, a Comissão de Qualidade dos Cuidados faz uma fiscalização minuciosa de provedores de serviços de CLD recém-registrados

Quadro 1. Domínios de qualidade: normas de credenciamento para cuidados de longa duração da Joint Commission International, 2023 (9)

Seção 1. Requisitos de participação no credenciamento

Seção 2. Normas de cuidados centrados nos residentes

Metas de segurança dos pacientes

Acesso a cuidados e continuidade da atenção

Cuidados centrados nos residentes

Avaliações dos residentes

Cuidados prestados aos residentes

Manejo e uso de medicamentos

Seção 3. Normas de organização e gestão dos serviços de saúde

Melhoria da qualidade e segurança dos residentes

Prevenção e controle de infecções

Governança, liderança e direção

Gestão e segurança do estabelecimento

Qualificações e educação dos funcionários

Gerenciamento de informações

para avaliar a segurança, a efetividade, os cuidados prestados e sua capacidade de resposta e liderança (13). Em Luxemburgo, os provedores de CLD, tanto em ambientes comunitários quanto em ambientes de cuidados residenciais, devem passar por um processo de credenciamento para serem autorizados a operar no setor. Além disso, existem normas referentes às qualificações dos funcionários e à infraestrutura. Na Lituânia, os provedores de serviços sociais precisam obter uma licença e atender a normas de dotação de pessoal e de cuidados. Os provedores de CLD no setor da saúde precisam ser credenciados pela Agência Estatal de Credenciamento de Cuidados de Saúde e obter uma licença para exercer suas atividades (7).

Embora seja difícil, a coleta de dados sobre a qualidade de todos os provedores de cuidados de longa duração em instituições e comunidades pode subsidiar o monitoramento e informar as estratégias de aprimoramento; está ocorrendo uma transição na forma de avaliação, favorecendo-se métricas de qualidade que medem o bem-estar e a qualidade de vida em vez de métricas focadas em resultados adversos

Avaliar a qualidade dos CLD é um desafio persistente, devido à diversidade de provedores e instituições envolvidos na prestação de cuidados e à variedade de resultados almejados. Os processos de garantia de qualidade e regulamentação envolvem a definição de medidas e normas, com requisitos mínimos para a oferta de serviços de CLD. Muitas das normas de qualidade são estruturais, como as relacionados aos recursos humanos, enquanto outras dizem respeito aos processos e resultados. Em alguns cenários, os países exigem a apresentação de relatórios sobre esses requisitos padrão. Dessa forma, as informações sobre os indicadores de qualidade estrutural podem ser coletadas e monitoradas com mais facilidade.

Avaliar o processo, a qualidade e os resultados de CLD prestados na comunidade e em domicílio continua sendo um desafio, e muitas métricas se concentram em grupos de doenças ou resultados adversos (14). No caso das instituições de longa permanência para pessoas idosas, os indicadores de qualidade geralmente se concentram na incidência de eventos adversos específicos, como quedas, úlceras de pressão, uso de restrições físicas, perda de peso involuntária, problemas com medicação ou infecções resistentes a medicamentos (7). Também há esforços para deixar de usar métricas negativas de qualidade para usar métricas que adotam uma visão mais positiva do envelhecimento e dos resultados almejados dos cuidados de pessoas idosas, incluindo bem-estar, qualidade de vida e direito aos cuidados. As medidas de qualidade de vida, por exemplo, podem abranger mobilidade, capacidade de autocuidado, capacidade de realizar atividades habituais, relações sociais, ambiente, higiene e conforto pessoal, nutrição, acesso a moradia limpa e confortável, controle sobre a vida cotidiana, ter uma ocupação e dignidade (15).

Alguns países de alta renda disponibilizam dados sobre preço e qualidade dos CLD para os provedores de saúde e o público em geral. Na Alemanha, os fundos de seguro são obrigados a auditar a qualidade dos estabelecimentos de CLD (principalmente processos e resultados) pelo menos uma vez ao ano, e os resultados dessas auditorias são públicos (7). Em alguns casos, a divulgação de dados sobre preços e qualidade faz parte de uma estratégia para incentivar a escolha individual. No programa australiano de cuidados domiciliares, por exemplo, a tabela de preços dos serviços de CLD deve ser publicada no site governamental *My Aged Care* e incluir a tarifa diária básica, os custos de gerenciamento de cuidados e a estimativa de horas de serviço disponíveis em cada nível de pacote para serviços comuns de cuidados domiciliares, como cuidado

peçoal, atendimento por enfermeiro registrado, assist4ncia com limpeza e tarefas dom4sticas (16). A tabela de preços tamb4m deve incluir outros custos, como o reembolso pelo deslocamento da equipe e custos extras incorridos para obter os serviços de outros provedores. No entanto, ainda n4o h4 consenso sobre se o acesso p4blico a informaço3es sobre o custo e a qualidade influencia a utilizaço3o dos serviços e os resultados dos pacientes (17).

Para incentivar a qualidade dos cuidados, alguns pa4ses vincularam pagamentos mais altos a melhores resultados; entretanto, os efeitos do pagamento por qualidade na sa4de e cuidados de longa duraço3o s4o incertos, e uma avaliaço3o mais aprofundada se faz necess4ria

Normalmente, provedores de sa4de que prestam CLD em domic4lio s4o remunerados por meio de sal4rios e pagamento por procedimento (*fee-for-service*); j4 as instituiço3es de CLD costumam cobrar di4rias (18). Esse tipo de pagamento tende a incentivar um aumento na quantidade de serviços em vez de priorizar a qualidade e os melhores desfechos de sa4de. Est4o em curso algumas iniciativas para utilizar mecanismos de pagamento como incentivo 4 qualidade. Os mecanismos mais comuns s4o sistemas de pagamento por desempenho (*pay-for-performance*) que premiam o cumprimento de metas espec4ficas de qualidade ou penalizam o n4o cumprimento. Isso pode incluir pagamentos por coordenaço3o de cuidados, nos quais os provedores recebem incentivos adicionais pela colaboraço3o e coordenaço3o dos cuidados, atividades cruciais para o manejo de doenças cr4nicas, sobretudo para pacientes com multimorbidade. Entretanto, h4 uma car4ncia de evid4ncias rigorosas e documentaço3o sobre os impactos desses mecanismos na qualidade, especialmente no que se refere a serviços de CLD e PBMRs (19). A implementaço3o desses mecanismos apresenta desafios como medir a qualidade com precis4o suficiente para vincul4-la aos pagamentos, garantir a entrega de relat4rios em tempo h4bil e ajustar os mecanismos conforme os riscos de sa4de e socioecon4micos de diferentes grupos de benefici4rios (20, 21).

Novos mecanismos de pagamento que incentivam uma forte coordenaço3o e cuidados integrados t4m surgido como estrat4gias para oferecer incentivos financeiros para melhorar a qualidade da atenço3o 4 sa4de e dos CLD. V4rios modelos de pagamento incluem o compartilhamento de economias e riscos, aplicando pagamentos baseados em atividades a valores de refer4ncia pr4-estabelecidos para um conjunto de serviços que podem incluir cuidados de sa4de e sociais, geralmente em redes de provedores. Os provedores podem compartilhar as economias caso reduzam os gastos abaixo dos valores de refer4ncia e cumpram as metas de qualidade. Um exemplo dessas estrat4gias s4o as organizaço3es de assist4ncia respons4vel (*accountable care organizations*) dos Estados Unidos. Nos modelos de risco compartilhado, os provedores s4o respons4veis por gastos excessivos caso seus custos excedam o valor de refer4ncia. Uma revis4o de escopo que incluiu oito modelos de compartilhamento de riscos e economias encontrou evid4ncias de melhorias nos resultados dos processos na forma de indicadores de gest4o e controle de doenças espec4ficas; entretanto, a certeza das evid4ncias variou de moderada a baixa, e havia pouca certeza quanto 4 melhoria dos desfechos de sa4de e 4 continuidade da atenço3o (22). Esses modelos enfatizam a import4ncia de aspectos mais gerais da prestaço3o de serviços conjuntamente com a compra, incluindo a implementaço3o de estrat4gias de coordenaço3o do cuidado e manejo de pacientes. Entretanto, s4o necess4rias avaliaço3es de impacto para determinar seu efeito sobre a qualidade, especialmente no que se refere a PBMRs e serviços de CLD.

Além de vincular os pagamentos a resultados de qualidade, diversos países adotam várias outras estratégias de compra que utilizam incentivos financeiros para melhorar a qualidade dos cuidados de longa duração; porém, faltam avaliações sobre seu impacto

Além das estratégias que vinculam os pagamentos à qualidade e aos resultados em saúde e CLD, os países têm adotado uma ampla gama de outros instrumentos de compra que utilizam incentivos financeiros para promover a qualidade. Por exemplo, reconhecendo as limitações do sistema de pagamento por procedimento da Austrália para as pessoas beneficiárias que necessitam de CLD complexos, o governo federal destinou recursos adicionais para clínicos gerais, incentivando-os a coordenar os cuidados para pacientes idosos — desde cuidados agudos até CLD — e estimulando esses pacientes a se consultarem em uma dessas clínicas. Desde 2020, pacientes com 70 anos ou mais são elegíveis para se consultarem com um único clínico geral credenciado. O objetivo do programa é aprimorar a continuidade da atenção, melhorar os desfechos de saúde e reduzir os gastos (18).

O Reino dos Países Baixos oferece um financiamento fixo adicional para as clínicas geriátricas como forma de incentivar melhorias na qualidade. Os escritórios regionais de compras distribuem esses recursos entre os provedores com base em seus planos obrigatórios de qualidade. A Suécia utilizou incentivos financeiros para promover um melhor desempenho por meio de transferências orçamentárias condicionais. Essas transferências visam estimular o aprimoramento do desempenho dos provedores por meio do incentivo à concorrência, encorajando os usuários a escolher entre diferentes provedores e garantindo que os municípios ofereçam valor e qualidade (18).

Nos países com sistemas de CLD desenvolvidos, os preços dos serviços são predominantemente estabelecidos unilateralmente pelo comprador ou por negociações coletivas entre compradores e provedores. Esses métodos têm o potencial de reduzir a discriminação de preços nos serviços de CLD, diminuindo, assim, as variações de preços para serviços idênticos que não estejam vinculados à qualidade ou produção. Isso tem o potencial de promover a acessibilidade econômica e a equidade em comparação com sistemas nos quais os preços são determinados por mecanismos de mercado. Entretanto, as vantagens da fixação unilateral de preços podem ser anuladas se houver diferenças no nível de administração e se as autoridades locais definirem os preços de acordo com a disponibilidade de recursos. Por exemplo, governos subnacionais da França, Espanha e Suécia desempenham um papel importante na definição dos preços para pagadores públicos por serviços de CLD pessoais e sociais para pessoas idosas, resultando em uma variação substancial de preços dentro de cada país que não reflete necessariamente diferenças de qualidade, custos de produção ou salários locais (18).

Alguns países ajustam os preços dos serviços de CLD para assegurar que os pagadores públicos cubram cuidados que atendam a normas mínimas de qualidade, assegurando, por exemplo, um pagamento justo por cuidados de qualidade em áreas remotas ou rurais. A fim de reconhecer as diferenças de custo entre os provedores, os preços podem ser ajustados de acordo com a localização geográfica, o grau de dependência das pessoas beneficiárias e o tipo e duração do serviço de cuidados domiciliares. Austrália, EUA e Reino dos Países Baixos ajustam os preços para estabelecimentos em áreas rurais. Pagamentos extraordinários são feitos para garantir a qualidade no atendimento de necessidades de cuidados adicionais, incluindo oxigênio e nutrição enteral (Austrália), cuidados paliativos (Austrália e França), estadias curtas e longas (França) e doenças específicas, como demência (Austrália) ou doença de Huntington (Reino dos Países Baixos). A Austrália fornece apoio complementar para assegurar a presença dos serviços nas comunidades indígenas (18).

No Japão, as taxas e condições de cobrança foram revisadas de forma a estarem alinhadas com objetivos de políticas relacionadas ao acesso e à qualidade. Por exemplo, agências de cuidados domiciliares que empregam trabalhadores com mais experiência recebem um bônus. No Reino dos Países Baixos, é possível haver um pagamento adicional para compensar provedores de cuidados em clínicas geriátricas ou substituir cuidados domiciliares contínuos em áreas relativamente caras, caso os orçamentos regionais sejam insuficientes (devido à alta rotatividade de pessoal em regiões urbanas, por exemplo) (18).

Para melhorar a qualidade dos cuidados para pessoas idosas, é preciso primeiro que elas participem formalmente em pesquisas biomédicas, que formam a base para diretrizes clínicas e mecanismos de pagamento por qualidade

Os protocolos e itinerários de cuidados, embasados em pesquisas biomédicas, são essenciais para o manejo e encaminhamento de pessoas beneficiárias de CLD. A pesquisa biomédica é a base da atenção clínica. Os ensaios clínicos realizados para avaliar produtos médicos geralmente excluem as populações às quais muitas vezes se destinam: pessoas idosas e pessoas com diversos problemas de saúde (23). Essa é uma omissão importante, considerando-se que o envelhecimento pode afetar a ação dos medicamentos. Por exemplo, pacientes idosos frequentemente apresentam redução da função hepática e renal, o que altera a forma como os medicamentos são absorvidos, distribuídos e eliminados pelo organismo, possivelmente causando efeitos colaterais graves.

A pesquisa biomédica básica fundamenta as diretrizes de prática clínica, mas algumas dessas diretrizes podem ser inadequadas para pacientes com multimorbidade. Essas diretrizes, por sua vez, também podem ser utilizadas para desenvolver métricas de qualidade e sistemas de pagamento. Muitas diretrizes clínicas são específicas para determinadas doenças e podem não ser adequadas para pacientes com comorbidades. A capacitação de médicos e outros profissionais de saúde geralmente segue o mesmo modelo, com foco no tratamento de doenças específicas e isoladas. Portanto, o profissional de saúde que desenvolve um plano de cuidados para uma pessoa idosa com uma combinação de diferentes doenças, como depressão, doença pulmonar obstrutiva crônica e artrite, muitas vezes carece de informações completas e dos incentivos certos para garantir a qualidade. Dado que a idade avançada é um fator de risco para multimorbidade, os critérios tradicionais de inclusão e exclusão de pessoas idosas em estudos clínicos devem ser reconsiderados nos casos em que não houver justificativa clínica. Enquanto isso, os países podem fortalecer os estudos de vigilância pós-comercialização de medicamentos e abordagens de cuidados existentes, avaliando seu uso em populações idosas e em diferentes contextos de CLD.

Implicações para países de baixa e média renda

A pandemia de COVID-19 revelou problemas de longa data relacionados à qualidade e à segurança dos CLD. Os membros mais vulneráveis das comunidades — pessoas idosas frágeis em ILPIs — enfrentaram taxas inaceitavelmente altas de mortalidade prevenível em ambientes que não cumpriam normas fundamentais de segurança e qualidade. Um pré-requisito fundamental para os PBMRs é a criação de sistemas robustos que estabeleçam princípios e normas de qualidade aplicáveis à ampla gama de contextos de prestação de CLD. Especificamente, é necessário dar atenção às estruturas de garantia da qualidade, incluindo sistemas de credenciamento e regulamentação para instituições e provedores de cuidados na comunidade. A coleta de dados sobre a qualidade de todos os provedores de CLD em instituições e

comunidades pode subsidiar o monitoramento e as estratégias de aprimoramento. Embora muitos países tenham investido em disponibilizar ao público informações sobre qualidade, não está claro se tais estratégias influenciam a escolha ou os resultados de qualidade. Países de alta renda também têm utilizado uma variedade de incentivos financeiros para promover a qualidade. Isso inclui métodos de pagamento vinculados aos resultados de qualidade, bem como uma ampla gama de estratégias de compra que utilizam incentivos financeiros para promover a qualidade. No entanto, são necessárias mais avaliações para determinar seu impacto na qualidade e resultados de CLD, especialmente em PBMRs. A inclusão de pessoas idosas em pesquisas biomédicas pode apoiar o desenvolvimento de diretrizes clínicas e métricas de qualidade relevantes. Os PBMRs podem aprender com as experiências e os erros cometidos em países mais desenvolvidos e investir precocemente em sistemas robustos de qualidade e regulamentação para CLD.

Agradecimentos

Este resumo de políticas públicas faz parte de uma série sobre financiamento de cuidados de longa duração: lições para países de baixa e média renda. O documento foi elaborado por Sarah L Barber, Centro da OMS para o Desenvolvimento da Saúde (WHO Kobe Centre – WKC), Japão; Sara J McLaughlin, Universidade de Miami, EUA; Ricardo Jorge Alcobia Granja Rodrigues, Universidade de Lisboa, Portugal; Megumi Rosenberg, WKC; Cassandra Simmons, Escritório Regional da OMS para a Europa; e Tsolmongerel Tsilaajav, Escritório Regional da OMS para o Sudeste Asiático.

Referências

1. Aalto UL, Pitkälä KH, Andersen-Ranberg K, Bonin-Guillaume S, Cruz-Jentoft AJ, Eriksdotter M, et al. COVID-19 pandemic and mortality in nursing homes across USA and Europe up to de outubro de 2021. *Eur Geriatr Med.* 2022;13(3):705-9. doi:10.1007/s41999-022-00637-1.
2. Calcaterra L, Cesari M, Lim WS. Long-term care facilities (LTCFs) during the COVID-19 pandemic –lessons from the Asian approach: a narrative review. *J Am Med Dir Assoc.* 2022;23(3):399-404. doi:10.1016/j.jamda.2022.01.049.
3. Healthcare-associated infections and antibiotic use prevalence survey [site]. Atlanta: Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos; 2022. Disponível em: <https://www.cdc.gov/healthcare-associated-infections/php/haic-eip/antibiotic-use.html>. Consultado em 16 April 2024.
4. Health at a glance 2023: OECD indicators. Paris: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico; 2023. Disponível em: <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>. Consultado em 16 April 2024.
5. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. The national imperative to improve nursing home quality: honoring our commitment to residents, families, and staff. Washington, D.C.: National Academies Press; 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.17226/26526>. Consultado em 15 April 2024.
6. Malley J, Zigante V. How have countries worked to improve the quality of long-term care? In: Cylus J, Wharton G, Iliina S, Carrino L, Huber M, Barber SL, eds. *The care dividend: why and how countries should invest in long-term care*. Cambridge: Cambridge University Press; (no prelo).
7. Cès S, Coster S. Mapping long-term care quality assurance practices in the EU: summary report. Bruxelas: Comissão Europeia; 2019. Disponível em: <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=22303&langId=en>. Consultado em 16 April 2024.
8. A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care. Paris: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico; 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264194564-en>. Consultado em 16 April 2024.
9. Joint Commission international accreditation standards for long-term care, second edition. Oakbrook Terrace (IL): Joint Commission International; 2023. Disponível em: <https://www.jointcommissioninternational.org/-/media/jci/jci-documents/accreditation/long-term-care/2023-jci-longtermcare-standards-2nd-standards-only-6-21-23--bw.pdf>. Consultado em 15 April 2024.
10. Harbishettar V, Gowda M, Tenagi S, Chandra M. Regulation of long-term care homes for older adults in India. *Indian J Psychol Med.* 2021;43(5 Suppl.):S88-96. doi:10.1177/025371762111021785.
11. Nursing home enforcement [site]. Baltimore: Centers for Medicare and Medicaid Services; 2023. Disponível em: <https://www.cms.gov/medicare/health-safety-standards/enforcement/nursing-home-enforcement>. Consultado em 16 April 2024.
12. Gori C, Fernández JL, Wittenberg R, eds. *Long-term care reforms in OECD countries: successes and failures*. Bristol: Policy Press; 2016. Disponível em: <https://policy.bristoluniversitypress.co.uk/long-term-care-reforms-in-oecd-countries>. Consultado em 16 April 2024.
13. What we do on an inspection [site]. London: Care Quality Commission; 2024. Disponível em: <https://www.cqc.org.uk/about-us/how-we-do-our-job/what-we-do-inspection>. Consultado em 16 April 2024.

14. Joling KJ, van Eenoo L, Vetrano DL, Smaardijk VR, Declercq A, Onder G, et al. Quality indicators for community care for older people: a systematic review. *PLoS One*. 2018;13(1):e0190298. doi:10.1371/journal.pone.0190298.
15. Siette J, Knaggs GT, Zurynski Y, Ratcliffe J, Dodds L, Westbrook J. Systematic review of 29 self-report instruments for assessing quality of life in older adults receiving aged care services. *BMJ Open*. 2021;11:e050892. doi:10.1136/bmjopen-2021-050892.
16. My aged care [site]. Canberra: Commonwealth of Australia; 2024. Disponível em: <https://www.myagedcare.gov.au/>. Consultado em 16 April 2024.
17. Metcalfe D, Rios Diaz AJ, Olufajo OA, Massa MS, Ketelaar NA, Flottorp SA, Perry DC. Impact of public release of performance data on the behaviour of healthcare consumers and providers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;(9):CD004538. doi:10.1002/14651858.CD004538.pub3.
18. Barber SL, van Gool K, Wise S, Woods M, Or Z, Penneau A, et al. Pricing long-term care for older persons. Geneva: Organização Mundial da Saúde, Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico; 2021. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/344505>. Consultado em 15 April 2024.
19. Purchasing for quality chronic care: summary report. Geneva: Organização Mundial da Saúde, Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico; 2023. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/373217>. Consultado em 15 April 2024.
20. Wouterse B, Bakx P, Wong A. Measuring nursing home performance using administrative data. *Med Care Res Rev*. 2023;80(2):187-204. doi:10.1177/10775587221108247.
21. Norton EC. Long-term care and pay-for-performance programs. *Rev Dev Econ*. 2018;22(3):1005-21. doi:10.1111/rode.12359.
22. Simmons C, Pot M, Leichsenring K. Scoping review on alternative purchasing arrangements: impact of purchasing, service delivery and institutional design on quality of chronic care. Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2023. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/375717>. Consultado em 15 April 2024.
23. Shenoy P, Harugeri A. Elderly patients' participation in clinical trials. *Perspect Clin Res*. 2015;6(4):184-9. doi:10.4103/2229-3485.167099.

Versão oficial em português da obra original em inglês

*Long-term care financing: lessons for low- and middle-income settings.
Brief 7. Promoting quality and value in long-term care*

© Organização Mundial da Saúde, 2024

ISBN: 978-92-4-009472-7 (versão eletrônica)

*Financiamento de cuidados de longa duração: lições para contextos
de baixa e média renda. Resumo de políticas públicas 7. Promoção da
qualidade e do valor nos cuidados de longa duração*

ISBN: 978-92-75-72954-0 (PDF)

ISBN: 978-92-75-22954-5 (versão impressa)

© **Organização Pan-Americana da Saúde, 2024**

Alguns direitos reservados. Esta obra está disponível nos termos da licença
Atribuição-NãoComercial-Compartilhual 3.0 Organizações
Intergovernamentais da Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).

Citação sugerida: Organização Pan-Americana da Saúde. Financiamento de
cuidados de longa duração: lições para contextos de baixa e média renda.
Resumo de políticas públicas 7. Promoção da qualidade e do valor nos
cuidados de longa duração. Washington, D.C.; 2024. Disponível em:
<https://doi.org/10.37774/9789275729540>.

Design e layout de Howdy LLP.

Organização Mundial da Saúde
Centro para o Desenvolvimento da Saúde
(WHO Kobe Centre – WKC)
Kobe, Japão

<https://wkc.who.int/>

OPAS



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
Região das Américas

www.paho.org

