

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

## Resumo de políticas públicas 4. Definição dos serviços de cuidados de longa duração cobertos no plano de benefícios

### Mensagens principais

- Para definir o alcance dos benefícios de cuidados de longa duração (CLD) cobertos, é preciso estabelecer claramente critérios de inclusão para avaliações de necessidades, definir linhas de elegibilidade, realizar revisões regulares baseadas em evidências do alcance do plano e vincular os serviços a sistemas de financiamento e prestação de serviços que promovam cuidados de alta qualidade.
- As pessoas idosas têm uma ampla gama de necessidades de saúde e sociais; portanto, avaliações de necessidades individuais são realizadas para identificar as categorias de necessidade e a intensidade dos serviços necessários para atendê-las que serão cobertos por recursos públicos.
- Serviços para atender a limitações funcionais nas atividades básicas da vida diária, como tomar banho, vestir-se e alimentar-se, geralmente são priorizados nos planos de benefícios de CLD. Serviços para auxiliar em dificuldades nas atividades instrumentais da vida diária apoiam as atividades complexas necessárias para uma vida independente; esses serviços também têm sido incluídos em planos de benefícios por ajudarem as pessoas a permanecerem em seus lares.
- Em alguns contextos, o nível de necessidade é definido como o suporte necessário após consideração da disponibilidade de cuidados informais; entretanto, avaliações de necessidades que não levam em conta a disponibilidade de cuidadores informais são mais equitativas na garantia de acesso e contribuem para a igualdade de gênero.

- Critérios claramente definidos para avaliações de necessidades, administrados de forma transparente, podem ajudar a assegurar que as pessoas compreendam seu direito a cuidados; critérios claros também revelam as relações entre as necessidades de cuidados de saúde e sociais e a alocação de recursos.
- Em geral, níveis mais elevados de necessidade de CLD e dependência acionam benefícios mais abrangentes para os beneficiários.
- A criação de um plano de benefícios de CLD é um processo contínuo que requer que instituições e formuladores de políticas avaliem de forma constante e transparente a forma como as necessidades e a elegibilidade são determinadas, o orçamento disponível e as evidências para embasar decisões sobre a inclusão de serviços e produtos específicos.

### **Os serviços de cuidados de longa duração cobertos por planos de benefícios podem incluir cuidados médicos ou de enfermagem, cuidados pessoais e serviços de assistência ou cuidados sociais**

Os serviços de cuidados de longa duração (CLD) em planos de benefícios podem incluir uma ampla gama de serviços de cuidados médicos e sociais (1). Os cuidados médicos ou de enfermagem podem incluir serviços preventivos (como vacinas), manejo de doenças crônicas, reabilitação, cuidados para quando a funcionalidade não pode mais ser totalmente preservada e cuidados paliativos e de fim de vida. Os serviços de cuidados pessoais são oferecidos para ajudar as pessoas que apresentem dificuldades nas atividades básicas da vida diária (ABVDs), como comer e tomar banho, devido a fragilidade, incapacidade ou doença. Os serviços de assistência permitem que as pessoas vivam de forma independente em seus lares, oferecendo ajuda com atividades instrumentais da vida diária (AIVDs), como lavar roupa e cozinhar. Esses serviços podem ser oferecidos em instituições — como clínicas geriátricas, hospitais ou outros estabelecimentos — em regime de internação ou ambulatorial, na comunidade ou em domicílio.

### **Para definir o alcance dos benefícios cobertos, é preciso estabelecer claramente critérios de inclusão para avaliações de necessidades, definir linhas de elegibilidade, realizar revisões regulares baseadas em evidências dos benefícios e serviços e vincular os serviços a sistemas de financiamento e prestação de serviços que promovam a qualidade**

Para definir o alcance dos benefícios cobertos para CLD, um bom ponto de partida para estabelecer um plano básico de benefícios de saúde e processos claros de tomada de decisão são os princípios e as melhores práticas da OMS (2,3). Isso envolve considerar princípios fundamentais de universalidade, inclusão e transparência no processo decisório e na distribuição de recursos. Essas decisões envolvem a identificação e aplicação de critérios claros, a definição de linhas de elegibilidade e a revisão periódica de evidências empíricas para avaliar a necessidade de ajustes nos serviços cobertos pelos benefícios. Além disso, a OMS enfatiza a necessidade de vincular o plano de serviços a um financiamento robusto e mecanismos efetivos de prestação de serviços que promovam atenção de alta qualidade.

Principalmente em contextos de escassez de recursos, os serviços e intervenções incluídos no plano de benefícios de CLD devem estar amplamente disponíveis e ser de alta qualidade e custo-efetivos. Alguns serviços podem ser priorizados para a cobertura com financiamento público, o que exige escolhas difíceis entre os diversos serviços necessários nas áreas de cuidados médicos, enfermagem qualificada, assistência social e cuidados pessoais.

**As pessoas idosas têm uma ampla gama de necessidades de saúde e sociais; portanto, avaliações de necessidades individuais são realizadas para identificar o que estará coberto por recursos públicos na população elegível**

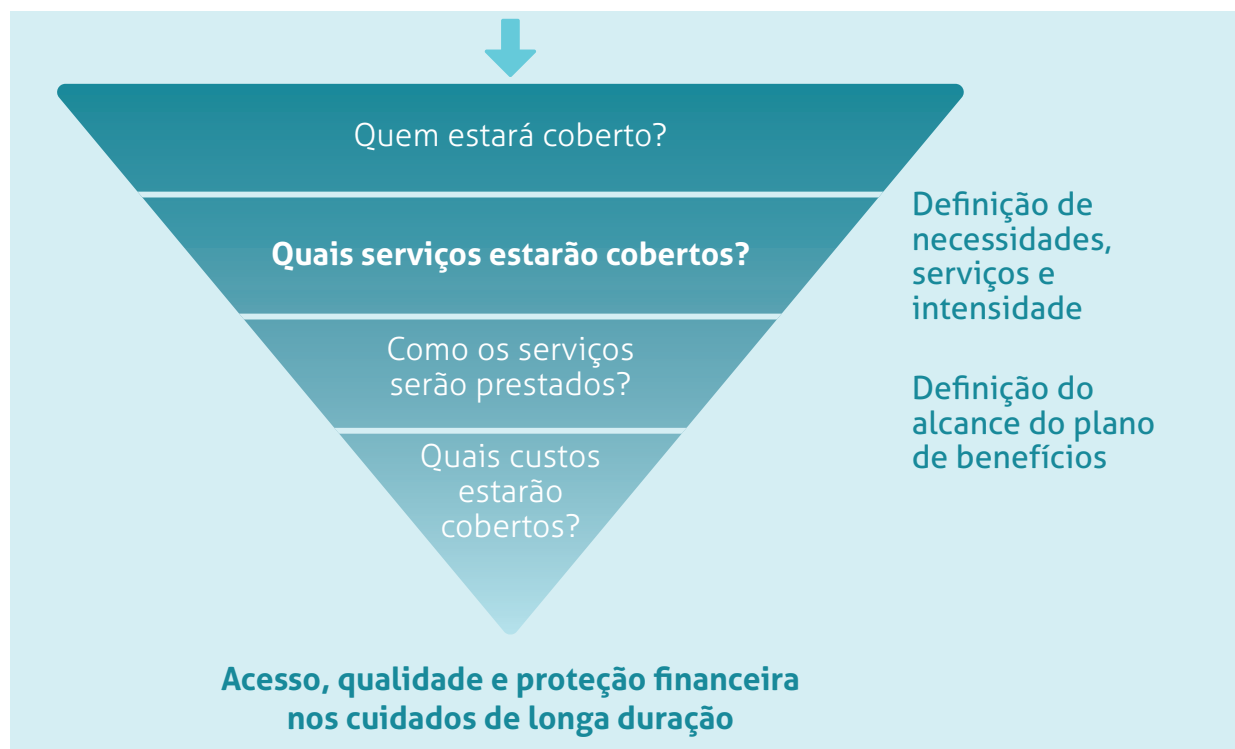
Há uma grande heterogeneidade nas necessidades sociais e de saúde das pessoas idosas. Enquanto algumas pessoas podem precisar de pouco ou nenhum apoio, outras podem apresentar vários problemas sociais e de saúde. Não há consenso entre as disciplinas e os sistemas de CLD<sup>a</sup> sobre o que constitui necessidade ou dependência em CLD. As definições de necessidade em CLD também variam entre profissionais de saúde. A maioria dos programas de CLD, no entanto, busca identificar necessidades ou dependência por meio de uma avaliação dos mesmos conceitos de funcionamento físico, estado cognitivo e funcionamento social. A forma como esses conceitos são mensurados varia muito.

Além disso, a sociedade pode ter diferentes opiniões sobre quais serviços de cuidados de longa duração devem ser financiados com recursos públicos e quais devem ser pagos pelos próprios indivíduos ou famílias. Para enfrentar esses desafios, são usadas avaliações formais, estruturadas e multidimensionais que determinam as categorias de necessidade ou dependência. Essas avaliações geralmente diferem das avaliações geriátricas mais detalhadas e abrangentes realizadas normalmente durante uma consulta clínica (4). As avaliações formais estruturadas visam estabelecer a elegibilidade para serviços em instituições, bem como na comunidade e em domicílio. Esses tipos de avaliações são usados independentemente do tipo de sistema, universal ou seletivo (Fig. 1).

---

<sup>a</sup> 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.

Fig. 1. Quais serviços estarão cobertos? Definição da necessidade e do alcance do plano de benefícios de cuidados de longa duração



Fonte: Figura adaptada de Wismar et al. (5).

### **Os programas de cuidados de longa duração geralmente utilizam avaliações graduadas de dependência para determinar primeiro a categoria de necessidade e depois a gravidade da necessidade e a intensidade correspondente dos serviços necessários**

Não existe padronização nos instrumentos de avaliação utilizados pelos países para identificar as necessidades de um indivíduo. Há centenas de instrumentos de avaliação em uso, e os critérios de classificação variam de acordo com o contexto, com base em decisões normativas sobre sua importância relativa (6). Essas diferenças são observadas tanto entre países quanto dentro de um mesmo país, assim como entre diferentes programas e serviços que prestam cuidados para pessoas idosas, e mesmo dentro de um mesmo ambiente de atenção. Isso fica particularmente evidente em sistemas com financiamento ou prestação de serviços descentralizados. Entretanto, a maioria desses instrumentos de avaliação segue um processo semelhante. Primeiro, eles determinam se há uma necessidade ou dependência e a categoria de necessidade entre as pessoas elegíveis para receber serviços de CLD. Normalmente, essa avaliação se baseia em critérios de seleção e limites predefinidos. Em segundo lugar, são definidos os serviços e a intensidade de apoio necessária para atender às necessidades e permitir a manutenção do funcionamento físico. Essa avaliação pode se basear nos programas de CLD disponíveis.

### **A inclusão de serviços que ajudam pessoas com limitações nas atividades básicas da vida diária nos benefícios cobertos pelos programas de cuidados de longa duração é priorizada**

As avaliações de necessidades de CLD geralmente priorizam dificuldades nas ABVDs, que representam habilidades fundamentais para a independência da pessoa, como tomar banho, usar o vaso sanitário, vestir-se e alimentar-se (Quadro 1) (7).

A avaliação das necessidades de cuidados médicos e de enfermagem e de cuidados pessoais básicos pode ser menos subjetiva e mais facilmente atendida por instituições existentes. Portanto, cuidados médicos, enfermagem qualificada e cuidados pessoais que atendam às limitações nas ABVDs geralmente têm maior prioridade, e os benefícios para esses tipos de cuidados tendem a ser mais abrangentes em comparação aos cuidados domésticos ou à assistência nas AIVDs (8).

Os países modificam seus instrumentos, critérios e limites de avaliação de necessidades ao longo do tempo. Essas medidas têm sido adotadas para combater a exclusão de determinados grupos e para estabelecer critérios que melhor reflitam as necessidades dos beneficiários devido a comprometimentos físicos, mentais ou cognitivos (9). Em resposta a um aumento dos recursos, alguns países ampliaram os critérios e modificaram os limites; por outro lado, em alguns casos os critérios ficaram mais rigorosos para conter custos (10).

### **Oferecer apoio para superar limitações nas atividades instrumentais da vida diária é importante para adiar a necessidade de cuidados agudos, e pode ajudar as pessoas a permanecerem em casa por mais tempo**

As AIVDs referem-se a tarefas complexas necessárias para viver de forma independente em casa. Dificuldades para realizar AIVDs podem ser causadas por deficiências ou incapacidades físicas, mas também incluem comprometimentos cognitivos que impedem o indivíduo de desempenhar tarefas em casa e na comunidade (Quadro 2). Em alguns casos, medidas de contenção de custos levaram à exclusão do apoio a AIVDs dos planos de benefícios.

No entanto, as diferenças entre o nível de apoio para as ABVDs e AIVDs nem sempre são claras, principalmente para pessoas com alta necessidade de cuidados ou que são frágeis ou têm limitações cognitivas.

As dificuldades com as AIVDs podem ocorrer antes das dificuldades com as ABVDs e, portanto, são um sinal precoce de necessidade. Dessa forma, considera-se que o suporte para limitações nas AIVDs é um passo importante para prevenir o declínio e promover a mobilidade. Esse suporte pode adiar a necessidade de cuidados agudos ou a transferência para um ambiente institucional. Esse é o modelo da Dinamarca, por exemplo, onde o sistema de CLD fornece apoio universal para pessoas com limitações nas ABVDs e AIVDs a fim de incentivá-las a permanecer em casa pelo tempo que puderem (11). Para apoiar as pessoas com limitações nas AIVDs, o plano de benefícios pode incluir adaptações domiciliares e tecnologias, como dispositivos auxiliares (12).

#### **Quadro 1. Atividades básicas da vida diária**

- Tomar banho
- Controlar a continência
- Vestir-se de forma independente
- Ter mobilidade funcional
- Alimentar-se de forma independente
- Usar o vaso sanitário

#### **Quadro 2. Atividades instrumentais da vida diária**

- Limpar e manter a casa
- Lavar roupas
- Lidar com dinheiro
- Gerir os medicamentos
- Preparar refeições
- Fazer compras
- Tomar transporte
- Usar dispositivos de comunicação

## **Avaliações de necessidades que não levam em conta a disponibilidade de cuidadores informais são mais equitativas na garantia do acesso universal e contribuem para a igualdade de gênero**

Em alguns contextos, o nível de necessidade é definido como o suporte necessário após consideração da disponibilidade de cuidados informais (regras centradas no cuidador) (13). Essas avaliações levam em conta a disponibilidade de cuidadores informais e reduzem ou eliminam o apoio público quando há cuidadores informais disponíveis. A justificativa para essas regras é direcionar o apoio às pessoas mais necessitadas sem opções de cuidado. Entretanto, essas regras nem sempre requerem que os cuidados informais sejam de fato prestados. No Reino dos Países Baixos, o princípio de “cuidados habituais” refere-se aos cuidados normalmente esperados entre membros da família, mesmo que esses cuidados informais não ocorram de fato (14). Além disso, em alguns locais, os cuidados informais são uma pré-condição para receber apoio público. Em última análise, essas regras podem gerar iniquidades e necessidades não atendidas, de modo que pessoas com necessidades semelhantes e diferentes redes de apoio são elegíveis a diferentes graus e tipos de cuidado.

Avaliações que não levam em consideração a disponibilidade de cuidados informais tendem a garantir que pessoas com necessidades semelhantes recebam o mesmo grau e tipo de cuidados financiados com recursos públicos. Além disso, reduzem as responsabilidades de cuidadores dentro das famílias e contribuem para a igualdade de gênero, já que a maioria dos cuidados informais é prestada por mulheres (Tabela 1). Quando as pessoas não são obrigadas a trabalhar informalmente como cuidadores, elas podem entrar para a força de trabalho formal e contribuir para ganhos no mercado de trabalho e para a economia como um todo.

**Tabela 1. Como os cuidados informais podem ser usados para definir necessidades e seus efeitos nos serviços**

<b>Descrição</b>	<b>Vantagens (+) e desvantagens (-)</b>
O apoio público é reduzido ou não é prestado quando há cuidadores informais disponíveis	<ul style="list-style-type: none"><li>+ Pode direcionar o apoio público de forma restrita às pessoas mais necessitadas</li><li>- Os cuidados informais podem não ser prestados de fato, resultando em necessidades não atendidas</li><li>- Pessoas com necessidades semelhantes e redes de cuidados informais diferentes terão direito a níveis diferentes de cuidados, gerando uma distribuição desigual de benefícios públicos, o que pode ser injusto</li></ul>
Os cuidados informais são uma pré-condição para receber apoio público	<ul style="list-style-type: none"><li>- Se os cuidados informais não estiverem disponíveis, as necessidades não atendidas continuam a existir</li><li>- Pessoas com necessidades semelhantes e redes de cuidados diferentes têm direito a níveis diferentes de cuidados, gerando uma distribuição desigual de benefícios públicos, o que pode ser injusto</li></ul>

Descrição	Vantagens (+) e desvantagens (-)
A disponibilidade de um cuidador informal não é levada em consideração na avaliação	+ Mais equitativo, pois pessoas com necessidades semelhantes recebem níveis semelhantes de cuidados e benefícios públicos

Fonte: Carrino et al. (13).

### **Critérios claramente definidos para avaliações de necessidades, administrados de forma transparente, podem ajudar a assegurar que as pessoas compreendam seu direito a cuidados e podem revelar as relações entre as necessidades de cuidados de saúde e sociais e a distribuição de recursos**

Em alguns contextos, as avaliações são conduzidas localmente por gestores de caso ou profissionais de saúde e assistência social na linha de frente. Esse processo pode levar em consideração características individuais ou contextuais importantes e informações que não são facilmente observáveis nem mensuráveis (como dificuldades no ambiente doméstico). Isso pode diminuir a transparência do processo decisório e gerar grandes diferenças na elegibilidade e no uso dos cuidados entre regiões geográficas para pessoas com necessidades semelhantes. Em alguns locais, foram relatadas estratégias para tirar vantagem dos critérios (15). Isso enfatiza a necessidade de transparência no processo de gestão.

A alternativa é usar um algoritmo claramente definido que identifique os critérios detalhados e os limites usados para avaliar a elegibilidade (13). Nesses casos, os critérios e limites são claramente definidos em estatutos ou legislação semelhante.

Esses sistemas são considerados mais transparentes e, talvez, mais fáceis de navegar, além de serem potencialmente mais equitativos, pois garantem os mesmos cuidados para necessidades iguais. Vários países da Europa têm procurado estabelecer sistemas de CLD com critérios de abrangência nacional (16). Essas regras baseadas em algoritmos estão associadas a alguns sistemas de previdência social para CLD, como na França (Quadro 3).

Alguns locais usam uma combinação de estratégias. No Japão, por exemplo, a avaliação das necessidades de cuidado é feita por meio de um algoritmo informatizado padronizado nacionalmente, baseado em dados sobre a condição física, mental, social e cognitiva. Um comitê formado por membros com uma ampla variedade de experiências toma as decisões finais sobre o nível de necessidade de cada indivíduo, considerando tanto a estimativa do algoritmo quanto informações adicionais fornecidas pelo médico do indivíduo. Em última análise, o uso de diretrizes nacionais padronizadas no processo decisório permite uma abordagem mais uniforme na definição de necessidades em todo o país, ao mesmo tempo em que incorpora informações adicionais observadas pelo provedor de saúde local (17).

### Quadro 3. Regras baseadas em algoritmos para cuidados de longa duração na França

Na França, o índice de dependência é calculado com base em 10 variáveis relacionadas à atividade física e mental (estar coerente, orientar-se, usar o vaso sanitário, vestir-se, alimentar-se, controlar a continência, levantar-se e deitar-se da cama, locomover-se dentro de casa, locomover-se na rua, estar alerta) e 7 variáveis associadas à atividade doméstica e social (cozinhar, realizar tarefas domésticas, usar transporte, fazer compras, gerenciar as finanças, gerenciar os medicamentos, participar de atividades externas).

Há seis níveis de dependência: 1 é o nível mais alto de dependência (ou seja, necessidade de atenção contínua) e 6 representa autossuficiência (ou seja, não há necessidade de ajuda). Pessoas nos níveis 1 a 4 têm direito a um subsídio de autonomia pessoal, um pagamento em dinheiro para pessoas adultas com 60 anos de idade ou mais que tenham altas necessidades pessoais e altas necessidades de cuidados de longa duração que não estejam cobertas pelo programa de seguro social de saúde. O subsídio é um auxílio condicionado ao teste de meios que oferece cuidados domiciliares ou residenciais, financiado por contribuições nacionais e impostos arrecadados por governos locais.

Fonte: Barber et al. (18).

Em geral, níveis mais elevados de necessidade de cuidados de longa duração e dependência acionam benefícios mais abrangentes para as pessoas que necessitam desses cuidados

O *continuum* de CLD abrange uma ampla gama de assistência, desde cuidados médicos e de enfermagem intensivos até cuidados pessoais, serviços de apoio e cuidados sociais. Em alguns contextos, o nível de necessidade determina o nível de benefício; quanto maior a dependência do indivíduo, mais abrangente é o conjunto de serviços cobertos. Como o nível de dependência é um dos principais determinantes dos benefícios, aplicam-se avaliações de necessidades e define-se o nível de serviços para os quais os beneficiários são cobertos. A Tabela 2 ilustra como essas decisões são feitas no Japão, onde os níveis de benefícios aumentam de acordo com o nível de necessidade. Nesse programa de cuidados, os pagamentos de seguro cobrem os custos dos cuidados menos as coparticipações individuais, quando aplicável.

No caso dos cuidados institucionais na França, o cálculo do plano de cuidados em clínicas geriátricas é baseado na pontuação de grupos de cuidados ponderados da Organização Internacional de Normalização, que gera 238 perfis de condições correspondentes às necessidades de cuidado e níveis de dependência normais. O nível médio de recursos necessários para os 238 perfis foi definido por especialistas e é apresentado na forma de pontos por item de custo. O instrumento usa 10 variáveis que medem as capacidades físicas e mentais e 7 variáveis para atividades domésticas e sociais (por exemplo, cozinhar, tarefas domésticas e mobilidade) (Quadro 3). O montante do financiamento público alocado para as clínicas geriátricas é calculado de acordo com a pontuação média de dependência dos residentes da instituição e o valor ou preço do ponto de dependência fixado pelo conselho local (17).



Tabela 2. Níveis de necessidade determinam níveis de benefícios no programa de seguro de cuidados de longa duração do Japão, 2023

Nível de apoio ou cuidado necessário	Necessidade	Benefício máximo do seguro (US\$/mês) <sup>a</sup>
<b>Nível de apoio</b>		
1	Alguma forma de apoio necessária para evitar um nível intensivo de cuidados	348
2	Ligeira deterioração que requer algum apoio	728
<b>Nível de cuidado</b>		
1	Instabilidade ao ficar em pé e caminhar; precisa de assistência para usar o vaso sanitário e tomar banho	1159
2	Dificuldade para ficar em pé e caminhar sem apoio; precisa de assistência para usar o vaso sanitário, tomar banho e comer	1363
3	Não consegue ficar de pé ou andar sem apoio; precisa de assistência para usar o vaso sanitário, tomar banho, comer e se vestir	1870
4	Assistência necessária em todos os aspectos da vida diária, inclusive para usar o vaso sanitário, tomar banho, comer e se vestir	2139
5	Necessidade de assistência em todos os aspectos da vida diária; o indivíduo tem dificuldade para se comunicar	2504

<sup>a</sup> Em agosto de 2023, a taxa de conversão era de 144,61 ienes japoneses = US\$ 1,00.

Fonte: Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-Estar do Japão (19).

**A criação de um plano de benefícios para cuidados de longa duração é um processo contínuo que requer que as instituições e políticas avaliem de forma constante e transparente a forma como as necessidades são determinadas, o orçamento disponível e as evidências mais recentes que possam ajudar a embasar decisões sobre a inclusão de serviços e produtos específicos**

Como no caso dos planos de benefícios de saúde, o desenvolvimento de um plano de benefícios de CLD não é uma atividade pontual. É preciso monitorar e avaliar continuamente as políticas de CLD e seus impactos sobre as pessoas idosas e suas famílias para assegurar o cumprimento dos objetivos do sistema e minimizar consequências indesejadas. Os critérios de avaliação da elegibilidade devem ser revisados continuamente para assegurar a inclusão dos serviços e grupos populacionais necessários (13). O plano de benefícios deve ser atualizado regularmente para refletir a disponibilidade de novas tecnologias, novas evidências e mudanças nas necessidades das pessoas idosas. Os serviços de CLD disponibilizados para a população em

situação de necessidade devem estar alinhados com os recursos disponíveis. Em alguns casos, os países tiveram de limitar o acesso a serviços devido à escassez de recursos financeiros. Portanto, é essencial diferenciar as necessidades identificadas dos benefícios realmente recebidos, que podem ser limitados pelos recursos disponíveis, inclusive financeiros, mas também humanos e de infraestrutura. Normalmente, à medida que mais recursos são disponibilizados, os benefícios são ajustados para refletir os recursos adicionais e equilibrar melhor o financiamento público e as contribuições individuais para garantir o acesso e a proteção financeira.

Em última análise, as decisões relativas aos planos de benefícios envolvem escolhas difíceis entre as diferentes partes interessadas, como os beneficiários, o governo (em diferentes níveis administrativos) e os estabelecimentos. A definição de critérios claros para a inclusão de serviços no plano de benefícios promove a transparência no processo decisório e facilita a comunicação dos motivos para incluir ou omitir produtos e serviços específicos.

### **Implicações para países de baixa e média renda**

As pessoas idosas são heterogêneas em suas necessidades sociais e de saúde. Para criar um plano de benefícios de CLD, é fundamental definir claramente os critérios e limites usados na avaliação das necessidades individuais, vincular os serviços oferecidos aos sistemas de financiamento e prestação de serviços disponíveis e estabelecer revisões regulares, baseadas em evidências, de políticas e critérios. Dispor de instrumentos para avaliar as necessidades de um indivíduo é fundamental para categorizar as necessidades e o nível necessário de intensidade dos serviços para atender a essas necessidades.

Países com recursos limitados ou com programas incipientes de CLD geralmente priorizam serviços que abordam limitações nas ABVDs, especialmente serviços médicos e de saúde que já contem com um sistema de prestação de serviços. No entanto, a provisão de serviços para lidar com as limitações nas AIVDs necessárias para uma vida independente pode ajudar as pessoas a permanecerem em suas casas pelo maior tempo possível e reduzir as pressões e os custos nos hospitais e estabelecimentos de cuidados agudos. Em alguns locais, o nível de necessidade é determinado também por uma avaliação da disponibilidade de cuidadores informais. Porém, avaliações de necessidades que não levam em conta a disponibilidade de cuidadores informais são mais equitativas na garantia do acesso universal, além de contribuir para a igualdade de gênero. A criação de um plano de benefícios de CLD é um processo contínuo que demanda instituições dedicadas, recursos humanos e tempo para coletar dados que embasem as políticas, revisão constante das evidências e reavaliação e reformulação do orçamento para determinar a inclusão de serviços e produtos adicionais.

## **Agradecimentos**

Este resumo de políticas públicas faz parte de uma série para formuladores de políticas sobre financiamento de cuidados de longa duração: lições para países de baixa e média renda. Elaborado por Sarah L Barber, Centro da OMS para o Desenvolvimento da Saúde (WHO Kobe Centre – WKC), Japão, e Ricardo Jorge Alcobia Granja Rodrigues, Universidade de Lisboa, Portugal. Ludovico Carrino, Universidade de Trieste, Itália; Pablo Villalobos Dintrans, Universidade de Santiago, Chile; Jang Hyobum, Departamento de Saúde Materna, Neonatal, Infantil e Adolescente e Envelhecimento da OMS, Suíça; Sara J McLaughlin, Universidade de Miami, Estados Unidos da América; Ricarda Milstein, Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, França; e Megumi Rosenberg, WKC, fizeram comentários valiosos sobre o texto.

## Referências

1. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, Eurostat, Organização Mundial da Saúde. A system of health accounts 2011, revised edition. Paris: OCDE Paris; 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/9789264270985-en>. Consultado em 22 de fevereiro de 2024.
2. Principles of health benefit packages. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/340723>. Consultado em 21 de fevereiro de 2024.
3. Glassman A, Giedion U, Sakuma Y, Smith PC. Defining a health benefits package: what are the necessary processes? *Health Syst Reform*. 2016;2(1):39-50(<https://doi.org/10.1080/23288604.2016.1124171>). Consultado em 11 de março de 2024.
4. Atenção Integrada para os Idosos (ICOPE): Atenção integrada para os idosos. Orientações sobre a avaliação centrada na pessoa e roteiros para a atenção primária. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde; 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51974>. Consultado em 22 de fevereiro de 2024.
5. Wismar M, Palm W, Figueras J, Ernst K, van Ginneken E, eds. Cross-border health-care in the European Union: mapping and analysing practices and policies. Copenhagen: Organização Mundial da Saúde, Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde; 2011. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/327961>. Consultado em 21 de fevereiro de 2024.
6. Kane RL, Kane RA. Assessment in long-term care. *Ann Rev Public Health*. 2000:659-86. Disponível em: <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.21.1.659>. Consultado em 11 de março de 2024.
7. Katz S, Down TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in the development of the index of ADL. *Gerontologist*. 1970;10:20-30. Disponível em: [https://doi.org/10.1093/geront/10.1\\_part\\_1.20](https://doi.org/10.1093/geront/10.1_part_1.20). Consultado em 11 de março de 2024.
8. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9:179-86. PMID:5349366.
9. Villalobos Dintrans P. Designing long-term care systems: elements to consider. *J Aging Soc Policy*. 2020;32: 83-99. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/08959420.2019.1685356>. Consultado em 11 de março de 2024.
10. Gori C, Luppi M. Cost-containment long-term care policies for older people across the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD): a scoping review. *Ageing Soc*. 2022;2022:1-24. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0144686X22001076>. Consultado em 11 de março de 2024.
11. Denmark: country case study on the integrated delivery of long-term care. Copenhagen: Escritório Regional da OMS para a Europa; 2019. Disponível em: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2022-5260-45024-64130>. Consultado em 9 de fevereiro de 2024.
12. Colombo F, Llena-Nozal A, Mercier J, Tjadens F. Help wanted? Providing and paying for long-term care. Paris: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico; 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>. Consultado em 22 de fevereiro de 2024.

13. Carrino L, Avendano M, Cravo Oliveria Hashiguchi T, Ortega Regalado JC, Llana-Nozal A. Who should be eligible for long-term care in older age? Policy trade-offs and implications for coverage, equity and well-being. In: Cylus J, Wharton G, Ilina 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).
14. Grootegoed, E, Van Barneveld E, Duyvendak JW. What is customary about customary care? How Dutch welfare policy defines what citizens have to consider 'normal' care at home. *Crit Soc Policy*. 2015;35(1):110-31. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0261018314544266>. Consultado em 11 de março de 2024.
15. Ikegami N. Financing long-term care: lessons from Japan. *Int J Health Policy Manag*. 2019;8(8):462-66. Disponível em: <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.35>. Consultado em 11 de março de 2024.
16. Ranci C, Pavolini E. Not all that glitters is gold: long-term care reforms in the last two decades in Europe. *J Eur Soc Policy*. 2015;25(3):270-85. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0958928715588704>. Consultado em 11 de março de 2024.
17. Imanaka Y, Sasaki N, Goto E. Financing long-term care for older people: intergenerational transfers and financial stability in Japan. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2023. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/373541>. Consultado em 21 de fevereiro de 2024.
18. Barber SL, van Gool K, Wise S, Woods M, Or Z, Penneau A, et al. Pricing long-term care for older persons. Genebra: Organização Mundial da Saúde, Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico; 2021. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/344505>. Consultado em 21 de fevereiro de 2024.
19. Information on LTC services. Tóquio: Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-Estar do Japão. Disponível em: <https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/commentary/fee.html>. Consultado em 22 May 2023 (em japonês).

Versão oficial em português da obra original em inglês

*Long-term care financing: lessons for low- and middle-income settings.  
Brief 4. Determining the long-term care services covered in the benefits package*

© Organização Mundial da Saúde, 2024

ISBN: 978-92-4-009062-0 (versão eletrônica)

*Financiamento de cuidados de longa duração: lições para contextos  
de baixa e média renda. Resumo de políticas públicas 4. Definição dos  
serviços de cuidados de longa duração cobertos no plano de benefícios*

ISBN: 978-92-75-72951-9 (PDF)

ISBN: 978-92-75-22951-4 (versão impressa)

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

Alguns direitos reservados. Esta obra está disponível nos termos da licença  
Atribuição-NãoComercial-Compartilhalgual 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 4. Definição dos serviços de cuidados de longa  
duração cobertos no plano de benefícios. Washington, D.C.; 2024. Disponível  
em: <https://doi.org/10.37774/9789275729519>

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](http://www.paho.org)

