

# Estrutura para os países alcançarem um **continuum integrado** de cuidados de longa duração





# Estrutura para os países alcançarem **um continuum integrado de cuidados de longa duração**



Versão oficial em português da obra original em Inglês

*Framework for countries to achieve an integrated continuum of long-term care*

© Organização Mundial da Saúde, 2021

ISBN 978-92-4-003884-4 (versão eletrônica)

*Estrutura para os países alcançarem um continuum integrado de cuidados de longa duração*

ISBN: 978-92-75-72645-7 (PDF)

ISBN: 978-92-75-22645-2 (versão impressa)

### © Organização Pan-Americana da Saúde, 2022

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

De acordo com os termos da licença, é permitido copiar, redistribuir e adaptar a obra para fins não comerciais, desde que se utilize a mesma licença ou uma licença equivalente da Creative Commons e que ela seja citada corretamente, conforme indicado abaixo. Nenhuma utilização desta obra deve dar a entender que a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) endossa uma determinada organização, produto ou serviço. Não é permitido utilizar o logotipo da OPAS.

**Adaptações:** em caso de adaptação da obra, deve-se acrescentar, juntamente com a forma de citação sugerida, o seguinte aviso legal: “Esta publicação é uma adaptação de uma obra original da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). As opiniões expressas nesta adaptação são de responsabilidade exclusiva dos autores e não representam necessariamente a posição da OPAS”.

**Traduções:** em caso de tradução da obra, deve-se acrescentar, juntamente com a forma de citação sugerida, o seguinte aviso legal: “Esta publicação não é uma obra original da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A OPAS não assume nenhuma responsabilidade pelo conteúdo nem pela exatidão da tradução”.

**Citação sugerida:** Organização Pan-Americana da Saúde. Estrutura para os países alcançarem um continuum integrado de cuidados de longa duração. Washington, DC: OPAS; 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275726457>.

**Dados de catalogação:** podem ser consultados em: <http://iris.paho.org>.

**Vendas, direitos e licenças:** para adquirir publicações da OPAS, entrar em contato com [sales@paho.org](mailto:sales@paho.org). Para solicitações de uso comercial e consultas sobre direitos e licenças, ver [www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias](http://www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias).

**Materiais de terceiros:** caso um usuário deseje reutilizar material contido nesta obra que seja de propriedade de terceiros, como tabelas, figuras ou imagens, cabe a ele determinar se necessita de autorização para tal reutilização e obter a autorização do detentor dos direitos autorais. O risco de ações de indenização decorrentes da violação de direitos autorais pelo uso de material pertencente a terceiros recai exclusivamente sobre o usuário.

**Avisos legais gerais:** as denominações utilizadas nesta publicação e a forma como os dados são apresentados não implicam nenhum juízo, por parte da OPAS, com respeito à condição jurídica de países, territórios, cidades ou zonas ou de suas autoridades nem com relação ao traçado de suas fronteiras ou limites. As linhas tracejadas nos mapas representam fronteiras aproximadas sobre as quais pode não haver total concordância.

A menção a determinadas empresas comerciais ou aos nomes comerciais de certos produtos não implica que sejam endossados ou recomendados pela OPAS em detrimento de outros de natureza semelhante. Salvo erro ou omissão, nomes de produtos patenteados são grafados com inicial maiúscula.

A OPAS adotou todas as precauções razoáveis para confirmar as informações constantes desta publicação. Contudo, o material publicado é distribuído sem nenhum tipo de garantia, expressa ou implícita. O leitor é responsável pela interpretação do material e seu uso; a OPAS não poderá ser responsabilizada, de forma alguma, por qualquer prejuízo causado por sua utilização.

FPL/HL/2022

# Sumário

<b>Agradecimentos</b> .....	<b>iv</b>
<b>Resumo executivo</b> .....	<b>vi</b>
<b>1. Introdução</b> .....	<b>1</b>
1.1 Antecedentes.....	1
1.1.1 Uma visão para os cuidados de longa duração por meio da cobertura universal de saúde.....	2
1.1.2 Aprendendo com a pandemia de COVID-19.....	2
1.2 Objetivos deste documento.....	2
1.3 Público-alvo deste documento.....	3
1.4 Como usar este documento.....	3
<b>2. Envelhecimento saudável e cuidados de longa duração</b> .....	<b>5</b>
2.1 O que é o envelhecimento saudável?.....	5
2.2 Definição e escopo dos cuidados de longa duração.....	6
2.2.1 O que são cuidados de longa duração?.....	6
2.2.2 Qual é o objetivo dos cuidados de longa duração?.....	7
2.2.3 Onde são prestados os cuidados de longa duração? Envelhecer no lugar.....	8
<b>3. Rumo a um sistema integrado de cuidados de longa duração</b> .....	<b>10</b>
3.1 O que é um sistema de cuidados de longa duração?.....	10
3.2 Como estabelecer um sistema de cuidados de longa duração?.....	10
<b>4. Estrutura para os países alcançarem um <i>continuum</i> integrado de cuidados de longa duração</b> .....	<b>13</b>
<b>Elemento 1. Governança</b> .....	<b>14</b>
Aspectos-chave a serem considerados na governança dos cuidados de longa duração.....	16
<b>Elemento 2. Financiamento sustentável</b> .....	<b>19</b>
Aspectos-chave a serem considerados no financiamento sustentável dos cuidados de longa duração.....	22
<b>Elemento 3. Sistemas de informação, monitoramento e avaliação</b> .....	<b>24</b>
Aspectos essenciais a serem considerados para sistemas de informação, monitoramento e avaliação dos cuidados de longa duração.....	26
<b>Elemento 4. Força de trabalho</b> .....	<b>29</b>
Aspectos-chave a serem considerados para a força de trabalho dos cuidados de longa duração.....	32
<b>Elemento 5. Prestação de serviços</b> .....	<b>34</b>
Aspectos-chave a serem considerados na prestação de serviços de cuidados de longa duração.....	37
<b>Elemento 6. Inovação e pesquisa</b> .....	<b>39</b>
Aspectos-chave a serem considerados para a inovação e pesquisa em cuidados de longa duração.....	40
<b>Referências</b> .....	<b>45</b>
<b>Anexo 1. Lista de verificação dos principais pontos de ação para fortalecer os sistemas de cuidados de longa duração</b> .....	<b>49</b>
<b>Anexo 2. Metodologia para o desenvolvimento da estrutura</b> .....	<b>57</b>
<b>Anexo 3. Revisão rápida: níveis macro e meso dos cuidados de longa duração</b> .....	<b>59</b>
<b>Glossário</b> .....	<b>63</b>

# Agradecimentos

Este relatório foi produzido sob a supervisão técnica geral de Zee-A Han (responsável técnica, Unidade de Envelhecimento e Saúde), sob a direção de Anshu Banerjee (Diretor do Departamento de Saúde Materna, Neonatal, da Criança e do Adolescente e Envelhecimento), no âmbito da Divisão de Cobertura Universal de Saúde e Curso de Vida da sede da Organização Mundial da Saúde (OMS) em Genebra.

A coordenação geral do desenvolvimento ficou a cargo de Zee-A Han, Hyobum Jang e Anshu Banerjee. O grupo diretor para o desenvolvimento do marco referencial foi composto por conselheiros regionais da OMS – Françoise Bigirimana, Innocent Bright Nuwagira, Saliyou Sanni (Escritório Regional da OMS para a África); Enrique Vega, Patricia Morsch (Escritório Regional da OMS para as Américas); Samar Elfesky (Escritório Regional da OMS para o Mediterrâneo Oriental); Manfred Huber, Satish Mishra, Stefania Ilinca (Escritório Regional da OMS para a Europa); Neena Raina, Aparajit Ballav Dey (Escritório Regional da OMS para o Sudeste Asiático); Hiromasa Okayasu (Escritório Regional da OMS para o Pacífico Ocidental) – bem como funcionários de departamentos técnicos da OMS na sede (Marie-Charlotte Bouesseau, Alarcos Cieza, Pauline Kleinitz, Chapal Khasnabis, Alana Officer, Katrin Seeher, Emma Tebbutt, Cherian V. Varghese) e do Centro da OMS para o Desenvolvimento da Saúde em Kobe, Japão (Sarah Barber, Paul Ong). Agradecemos também aos seguintes colegas da OMS por seus comentários perspicazes: Kylie Shae, Susan Sparkes, Diana Zandi e Wei Zhang.

O relatório foi redigido principalmente por Zee-A Han, Déborah Oliveira e Monica Perracini. David Hunter, Kate Melvin e Zee-A Han realizaram a revisão rápida dos cuidados de longa duração e redigiram os resultados (Anexo 3).

Também contribuíram para a redação do documento: Hanadi Al Hamad (Ministério da Saúde Pública, Catar), Charlene Chang (Ministério da Saúde, Cingapura), Hongsoo Kim (Universidade Nacional de Seul, República da Coreia), Naoki Kondo (Universidade de Tóquio, Japão), Sasaki Kyoka (Universidade de Tóquio, Japão), Peter Lloyd-Sherlock (Universidade de East Anglia, Reino Unido), Arvind Mathur (Dr SN Medical College, Índia) e Reshma A. Merchant (National University Health System, Cingapura).

Nossos agradecimentos especiais aos seguintes membros da Unidade de Envelhecimento e Saúde, por suas observações: Ritu Sadana, Yuka Sumi, Jotheeswaran Amuthavalli Thiyagarajan, Matteo Cesari e Ana Posarac.

Os revisores principais consistiram em membros da Rede Global da OMS sobre Cuidados de Longa Duração – Hanadi Al Hamad (Ministério da Saúde Pública, Qatar), Liat Ayalon (Universidade Bar Ilan, Israel), Adelina Comas-Herrera (London School of Economics and Political Science, Reino Unido), Walter R. Frontera (Sociedade Internacional de Fisiatria e Reabilitação, Porto Rico), Terry Fulmer (John A Hartford Foundation, EUA), Leon Geffen (Samson Institute for Aging Research, África do Sul), Karla Giacomini (Centro Internacional de Longevidade, Brasil), David Hunter (Universidade de Newcastle, Reino Unido), Hongsoo Kim (Universidade Nacional de Seul, República da Coreia), Naoki Kondo (Universidade de Tóquio, Japão), Peter Lloyd-Sherlock (Universidade de East Anglia, Reino Unido), Arvind Mathur (Dr SN Medical College, Índia), Reshma A. Merchant (National University Health System, Cingapura), Stephen Connor (Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, Reino Unido), Eunok Park (Universidade Nacional de Jeju, República da Coreia), Anne Margriet Pot (Vrije Universiteit, Holanda), Pablo Villalobos (Universidad de Santiago, Chile) – bem como Jane Barratt (International Federation on Ageing, Canadá), John Beard (Universidade de Nova Gales do Sul, Austrália) e Kate Melvin (consultora independente).

A OMS reconhece os esforços dos membros da Rede Global da OMS sobre Cuidados de Longa Duração que também participaram de reuniões para discutir a formulação do marco referencial, incluindo os mencionados acima, bem como os seguintes: Rafael Bengoa, Muthoni Gichu, Alexandre Kalache, Sebastiana Kalula, Angela Leung, Caitlin Littleton, Terry Lum, Colin Milner, Alex Molasiotis, Graeme Prior, John W. Rowe, Saniya Sabzwari, Hillel Schmid, Vinod Shah, Mary Ann Tsao, Lieve van den Block e Alfred Yawson.

Nenhum dos especialistas envolvidos no desenvolvimento deste documento declarou qualquer conflito de interesses.

É com imenso pesar que a OMS lamenta o falecimento da Dra. Islene Araújo de Carvalho, que

forneceu supervisão e orientação iniciais para o desenvolvimento deste marco referencial.

A OMS reconhece o gentil apoio do Governo da República da Coreia, por meio do Ministério da Saúde e Bem-Estar.

# Resumo executivo

Apesar do número cada vez maior de pessoas idosas em todo o mundo, as experiências de saúde e bem-estar na idade avançada variam drasticamente e não são distribuídas igualmente entre ou dentro das populações, resultando em enormes disparidades na forma como o envelhecimento é vivenciado globalmente. Para muitos, o aumento da expectativa de vida observado em todo o mundo não significou mais anos de vida com boa saúde; em vez disso, em alguns locais, uma grande proporção desses anos adicionais é passada com saúde frágil.

Aproximadamente dois terços das pessoas que chegam à velhice provavelmente precisarão de cuidados e apoio de outras pessoas para realizar atividades da vida diária, como alimentar-se, locomover-se e fazer sua higiene, em pelo menos algum momento de sua trajetória de longevidade. As flutuações da capacidade funcional são multidirecionais, o que significa que não há um caminho único para todos, nem sequer a mesma trajetória de capacidade funcional dentro da trajetória de envelhecimento de uma mesma pessoa.

Necessidades de cuidado podem surgir repentinamente, como consequência de um problema agudo potencialmente determinante de sequelas crônicas, ou podem se desenvolver gradualmente, como consequência de uma afecção progressiva e crônica. No entanto, muitos sistemas de saúde e de assistência social atualmente não são capazes de atender às necessidades de assistência e apoio de longa duração das pessoas idosas.

Cuidados “de longa duração” incluem atividades realizadas por cuidadores e profissionais de saúde, em diferentes contextos, para garantir que as pessoas com (ou em risco de) perda significativa e contínua de capacidade intrínseca possam manter um nível de habilidade funcional compatível com seus direitos básicos, suas liberdades fundamentais e a dignidade humana.<sup>1</sup> Refere-se a uma série de atividades que abordam as necessidades de saúde, cuidados pessoais e sociais dos indivíduos. Esses serviços podem ser contínuos ou intermitentes, mas são prestados por períodos prolongados a indivíduos cujas necessidades foram demonstradas, geralmente por medição de aspectos da habilidade funcional. Os cuidados de longa duração são

essenciais para garantir que as pessoas idosas com perda significativa da capacidade intrínseca ainda possam desfrutar de um envelhecimento saudável.

A capacidade intrínseca e a habilidade funcional dos indivíduos variam em um *continuum* ao longo da segunda metade da vida. Prevenir e compensar perdas permanentes ou transitórias da capacidade intrínseca é de suma importância na manutenção da habilidade funcional ao longo do tempo. As diferenças na capacidade intrínseca e na habilidade funcional não são definidas pela idade cronológica, não necessariamente diminuem continuamente e diferem de maneira acentuada entre indivíduos. Nem todas as pessoas passarão por trajetórias semelhantes durante suas vidas; portanto, a otimização da habilidade funcional com vistas a obter um envelhecimento saudável deve ser um objetivo para todos, independentemente do seu estado de saúde atual.

O conceito de *continuum* integrado de cuidados de longa duração da Organização Mundial da Saúde (OMS) visa defender esses princípios: otimizar a habilidade funcional e permitir que mesmo aqueles com perda significativa de capacidade intrínseca obtenham um envelhecimento saudável.

**O *continuum* dos cuidados de longa duração** enfatiza a coordenação entre os setores social e de saúde por meio de governança eficaz, uma transição inconsútil entre diferentes ambientes (domicílio, comunidade, atenção hospitalar, atenção de urgência e emergência) e uma prestação e colaboração assistencial coordenada entre os vários papéis do cuidado (prevenção, reabilitação, cuidados paliativos, cuidados de curta duração), abrangendo todos os níveis de intensidade do cuidado e também a prestação de cuidados em tempo hábil.

**Cuidados de longa duração integrados** envolvem a integração dos serviços de saúde e sociais em todo o seu espectro, desde os sistemas de informação até a prestação de cuidados, para que os cuidados de longa duração possam ser prestados e recebidos de forma não fragmentada.

Em última análise, para alcançar um *continuum* integrado de cuidados de longa duração, os serviços devem:

1 Organização Mundial da Saúde: World report on ageing and health, 2015.



ser centrado nas pessoas e alinhado com os valores e preferências das pessoas;

otimizar a habilidade funcional ao longo do tempo e compensar a perda da capacidade intrínseca;

- ser prestados na comunidade;
- fornecer serviços integrados em um continuum assistencial;
- incluir serviços que empoderem a pessoa idosa;
- enfatizar o apoio aos cuidadores e profissionais de saúde.

A OMS define **sistemas de cuidados de longa duração** como “sistemas nacionais que assegurem cuidados integrados de longa duração que sejam apropriados, acessíveis (inclusive financeiramente) e que respeitem os direitos tanto das pessoas idosas como dos cuidadores”.<sup>2</sup> Os sistemas de cuidados de longa duração não precisam constituir um sistema novo e separado; podem, e idealmente devem, ser construídos dentro da força de trabalho dos sistemas de saúde e de assistência social existentes de cada país, desde que contribuam para otimizar as capacidades físicas e mentais e habilidades funcionais de seus usuários.

As características dos sistemas de cuidados de longa duração variam muito entre os países e mesmo dentro deles, de modo a se acomodar às diferenças nos perfis culturais, políticos, epidemiológicos e socioeconômicos. Em uma extremidade do *continuum* assistencial há países sem tais sistemas ou com um sistema muito limitado, deixando as atividades de cuidados de longa duração (quase) inteiramente a cargo das famílias, sem qualquer apoio ou orientação adicional. Na outra extremidade, existem alguns países com sistemas de cuidado formais e bem desenvolvidos. No entanto, apesar das diferenças nas características, as normas e princípios específicos que regem os cuidados de longa duração devem ser universais em todos os sistemas.

É urgente que os sistemas de cuidados de longa duração nos níveis nacional e subnacional estejam preparados para atender às necessidades crônicas e complexas relacionadas à habilidade funcional e às doenças de base mais comuns entre as pessoas idosas, não somente os problemas de saúde agudos, assegurando o acesso a serviços integrados de cuidados de longa duração em todo o *continuum* assistencial e ao longo da vida. A escassez de recursos exige mais do que nunca que os países reexaminem seus sistemas de saúde e assistência social existentes, identifiquem lacunas na estruturação de serviços de atenção integrados e centrados na pessoa que exigem uma melhor

alocação de recursos e considerem a criação de serviços específicos de cuidados de longa duração que são necessários para pessoas idosas com capacidade intrínseca significativamente reduzida, mas não estão sendo supridos a contento pelos serviços formais existentes.

À medida que embarcamos na Década do Envelhecimento Saudável 2021–2030 das Nações Unidas, o papel da OMS será o de apoiar os países no estabelecimento de sistemas de cuidados de longa duração sustentáveis e equitativos e fornecer orientação técnica para que consigam prestar cuidados de longa duração de modo a atender às necessidades das pessoas idosas. Por meio deste documento, a OMS visa fornecer tal orientação ao destacar os principais componentes dos sistemas de cuidados de longa duração para apoiar os países em sua jornada de estabelecer uma prestação de cuidados de longa duração sustentável e equitativa.

## Estrutura para os países alcançarem um *continuum* integrado de cuidados de longa duração

A estrutura para que os países alcancem um *continuum* integrado de cuidados de longa duração identifica os principais aspectos necessários para alcançarem uma prestação contínua e integrada de serviços de cuidados de longa duração e facilitar a integração dos serviços de longa duração aos sistemas de saúde e assistência social existentes.

Considerando essa enorme diversidade, não existe um sistema único de cuidados de longa duração que possa ser aplicado em todos os ambientes, nem mesmo em países com limitações de recursos semelhantes. No entanto, todos os sistemas de cuidados de longa duração em todo o mundo devem considerar os seguintes princípios-chave para estabelecer a prestação de um *continuum* assistencial integrado de serviços de longa duração nos países.

- Os governos nacionais, juntamente com os governos locais, devem assumir a responsabilidade geral pela administração dos sistemas de cuidados de longa duração.
- A prestação de cuidados de longa duração deve basear-se nos sistemas de saúde e assistência sociais existentes e, mais importante ainda, na transversalização dos cuidados de longa duração por meio da atenção primária à saúde.

2 Organização Mundial da Saúde: Towards long-term care systems in sub-Saharan Africa, 2017.

- Os cuidados de longa duração devem ser acessíveis (inclusive financeiramente), e é especialmente importante assegurar o acesso aos serviços por parte das pessoas desfavorecidas.
- Os cuidados de longa duração devem respeitar os direitos humanos das pessoas idosas (e dos seus cuidadores) para aumentar sua dignidade e permitir sua autoexpressão e, sempre que possível, sua capacidade de fazer escolhas, tendo também em conta os direitos e as necessidades da força de trabalho de cuidados de longa duração.
- Os cuidados de longa duração devem ser orientados ao redor das necessidades da pessoa idosa (centrados na pessoa) e não na estrutura do serviço, e devem ser prestados de forma não fragmentada, contínua com outros serviços.

A estrutura orientará os países na avaliação dos componentes de seus sistemas para implementar ações de cuidado de longa duração sustentáveis e equitativas. Ao aplicar essa estrutura, os países podem começar a desenvolver e moldar seus sistemas de cuidados de longa duração como parte de seus programas de cobertura universal de saúde e promover o investimento em cuidados de longa duração e na força de trabalho em saúde, incluindo cuidadores. A estrutura também:

- promoverá uma compreensão comum em nível mundial dos cuidados de longa duração, dada a necessidade de tal compreensão em termos da definição dos cuidados de longa duração, seu pacote de serviços e os elementos-chave que os países devem prever para fortalecer os sistemas de cuidados de longa duração de forma sustentável e equitativa, independentemente das diferenças de renda ou de contexto cultural, social, institucional e político entre países;
- facilitará a avaliação dos sistemas e serviços de cuidados de longa duração já existentes, identificando lacunas nos elementos organizacionais, na prestação de serviços, nos padrões de qualidade e nas estratégias de implementação, e antecipando-se à necessidade de integração entre os sistemas social e de saúde;
- oferecerá orientação aos países sobre os principais elementos sistêmicos que devem ser considerados para desenvolver e fortalecer as ações de cuidados de longa duração de acordo com os objetivos externados na Estratégia Global e Plano de Ação da OMS sobre Envelhecimento e Saúde, a Década das Nações Unidas para o Envelhecimento Saudável (2021 -2030) e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável;
- facilitará a integração de ações de cuidados de longa duração aos sistemas de saúde e assistência social existentes.

O documento também apresentará os desafios enfrentados pelos países e orientará os países na identificação de oportunidades e na consecução das metas ao longo da Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030) e além.

## Como usar este documento

Este documento destina-se principalmente a governos e formuladores de políticas, tanto nacionais quanto subnacionais, para ajudar os países a cumprir sua meta de estabelecer uma prestação de cuidados de longa duração eficaz e sustentável (para cuidadores e profissionais de cuidados). Além disso, muitas das ações são relevantes para outras partes interessadas em nível nacional, como organizações não governamentais, o setor privado, prestadores de serviços de saúde e parceiros de desenvolvimento. Este documento também pode ser útil para identificar áreas que requerem mais pesquisa por instituições acadêmicas.

Este documento deve ser usado com a lista de verificação que o acompanha (Anexo 1), que ajudará os países a visitar seus sistemas existentes, identificar possíveis lacunas e, em última instância, facilitará o planejamento das próximas etapas. A lista de verificação deve ser usada como uma ferramenta de referência geral para avaliar a situação dos cuidados de longa duração no país nos níveis macro e meso, em conjunto com outros produtos normativos harmonizados e mais aprofundados sobre cuidados de longa duração. A lista de verificação pode ser adaptada aos contextos nacionais e locais, levando em consideração as políticas, orientações, riscos locais, requisitos, normas e práticas do país. A lista de verificação pode ser usada periodicamente para monitorar o progresso da prontidão do país para fornecer um *continuum* integrado de serviços de cuidados de longa duração.

### Elementos chave da estrutura para os países alcançarem um *continuum* integrado de cuidados de longa duração

A estrutura descreve cada elemento importante para estabelecer um sistema de cuidados de longa duração, a saber: (a) governança; (b) financiamento sustentável; (c) sistemas de informação, monitoramento e avaliação; (d) força de trabalho; (e) prestação de serviços; e (f) inovação e pesquisa, bem como ações que podem ser tomadas para orientar os processos nacionais de planejamento e tomada de decisão para a implementação de cuidados de longa duração.

As seções elaboram em detalhes a importância de cada elemento e recomendam ações, sem a intenção de fornecer uma abordagem tipo “tamanho único”. Para cada elemento, é fornecido um exemplo de país para ilustrar como ele pode funcionar na prática. Ao final, é apresentada uma lista de verificação com os principais aspectos a serem considerados para cada elemento, para que os países possam avaliar seu estado atual de desenvolvimento e implementação de um *continuum* integrado de cuidados de longa duração, classificando cada aspecto como “não disponível”, “parcialmente funcional” ou “totalmente funcional”. Esse exercício permite que os países tenham uma visão geral do estado atual de seus sistemas de cuidados de longa duração, identifiquem lacunas e pontos fortes atuais e elaboram estratégias para avançar na prestação de cuidados de longa duração sem deixar ninguém para trás.



# 1. Introdução

## 1.1 Antecedentes

A longevidade é uma importante conquista humana. Uma pessoa dos dias de hoje vive o dobro de anos que uma nascida em 1900. No entanto, a boa saúde na velhice não é distribuída igualmente entre ou dentro das populações, resultando em enormes disparidades na forma como o envelhecimento é vivenciado globalmente (1).

Atualmente, há uma diferença média de 31 anos de expectativa de vida saudável ao nascer e 11 anos de expectativa de vida saudável aos 60 anos de idade entre os países. Essas diferenças sublinham que a saúde ao longo da vida é influenciada pelo impacto de vários determinantes socioeconômicos que se acumulam à medida que as pessoas envelhecem (1). O impacto de tais determinantes é particularmente evidente em alguns grupos – por exemplo, em comparação com homens e pessoas de grupos étnicos brancos, mulheres idosas e pessoas idosas de outras etnias apresentam desfechos de saúde significativamente piores devido à exposição a desigualdades ao longo da vida (2–4).

Além disso, para muitos, o aumento da expectativa de vida observado mundialmente não significou mais anos de vida com boa saúde; em vez disso, em alguns locais, uma grande proporção desses anos adicionais são passados com saúde frágil (5). Algumas pessoas com idades mais avançadas (90 anos ou mais) têm a mesma habilidade funcional (atributos relacionados à saúde que permitem que as pessoas sejam e façam o que têm razão para valorizar) do que aquelas com idades mais jovens (60–64 anos), enquanto outras na mesma faixa etária podem sofrer graves perdas nas capacidades físicas e mentais (1).

Aproximadamente dois terços das pessoas que chegam à velhice provavelmente precisarão de cuidados e apoio de outras pessoas para realizar atividades da vida diária, como alimentar-se, locomover-se e fazer sua higiene, em pelo menos algum momento de sua trajetória de longevidade (6). Muitos sistemas de saúde e de assistência social enfrentam dificuldades para atender – e, até certo ponto, não estão atendendo – às necessidades de assistência e apoio das pessoas idosas. Há pelo menos 142 milhões de pessoas idosas em todo o mundo (14% da população idosa global vivendo em 42 países) que são incapazes de atender suas próprias necessidades – vestir-se, obter e tomar

seus próprios medicamentos ou gerenciar o próprio dinheiro, contas ou finanças (1).

Os cuidados de longa duração são essenciais para garantir que as pessoas idosas com habilidade funcional limitada ainda possam desfrutar de um envelhecimento saudável. Assim, é urgente que os sistemas de cuidados de longa duração nos níveis nacional e subnacional estejam preparados para atender às necessidades crônicas e complexas relacionadas à habilidade funcional que são mais comuns entre as pessoas idosas, não somente os problemas de saúde agudos, assegurando o acesso equitativo a um *continuum* assistencial integrado de cuidados de longa duração. A escassez de recursos exige mais do que nunca que os países reexaminem seus sistemas de saúde e assistência social existentes, identifiquem lacunas na estruturação de serviços de atenção integrados e centrados na pessoa que exigem uma melhor alocação de recursos e considerem a criação de serviços específicos de cuidados de longa duração que são necessários para pessoas idosas com habilidade funcional significativamente reduzida, mas não estão sendo supridos a contento pelos serviços formais existentes.

Cuidados de longa duração incluem atividades para garantir que as pessoas com (ou em risco de) perda significativa e contínua de capacidade intrínseca possam manter um nível de habilidade funcional compatível com seus direitos básicos, suas liberdades fundamentais e a dignidade humana (6). Os cuidados de longa duração podem ser contínuos ou intermitentes, mas devem ser prestados por períodos prolongados a indivíduos com necessidades demonstradas, geralmente relacionadas a aspectos da habilidade funcional.

Os cuidados de longa duração constituem uma parte central da agenda global e da resposta da Organização Mundial da Saúde (OMS) ao envelhecimento da população no marco da Estratégia Global e Plano de Ação sobre Envelhecimento e Saúde (7), adotados pela Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2016. A Década do Envelhecimento Saudável das Nações Unidas (ONU) (2021–2030), adotada pela Assembleia Geral da ONU em dezembro de 2020, também tem como uma de suas ações centrais a prestação de cuidados de longa duração para as pessoas idosas que deles precisam (8). Ressalta que, embora os

cuidados de longa duração não sejam somente para pessoas idosas e incluam uma gama diversificada de usuários, os fundamentos são os mesmos: atender aqueles que necessitam de cuidados de longa duração para garantir uma vida compatível com seus direitos básicos, liberdades fundamentais e dignidade humana (9). Além disso, o Plano de Ação de todo o Sistema das Nações Unidas para a Terceira Década das Nações Unidas para a Erradicação da Pobreza (2018–2027) também especificou a importância de fornecer cuidados de longa duração por meio de sistemas de assistência social integrados ao longo da vida para atender às necessidades de pessoas idosas (10), mais uma vez reconhecendo a importância de alcançar cuidados de longa duração sustentáveis.

### 1.1.1 Uma visão para os cuidados de longa duração por meio da cobertura universal de saúde

Para alcançar um envelhecimento saudável, a Estratégia Global e Plano de Ação sobre Envelhecimento e Saúde (7) e a Década do Envelhecimento Saudável (2021–2030) delineiam o papel dos sistemas de saúde na otimização da capacidade física e mental e a importância de integrar os serviços de cuidados de longa duração no contexto da cobertura universal de saúde. Cobertura universal de saúde significa que todos os indivíduos e comunidades recebem os serviços de saúde de que necessitam, incluído todo o espectro de serviços de saúde essenciais, com qualidade, sem sofrer dificuldades financeiras. Considerando que os cuidados de longa duração englobam tanto o apoio social como os serviços de saúde tradicionais, será impossível alcançar cuidados de longa duração sustentáveis e equitativos sem cobertura universal de saúde. Além disso, será impossível atingir a visão da cobertura universal de saúde sem considerar as necessidades de cuidados de longa duração de um número cada vez maior de pessoas idosas com perda significativa de capacidade física e mental (11).

Reconhece-se que pode haver variabilidade em como cada país oferece serviços de cuidados de longa duração, alguns dos quais podem ou não ser fornecidos pelos sistemas de saúde existentes e prestados por meio de outras formas de cobertura universal. Independentemente de como os países atingem a sustentabilidade, os custos dos cuidados de longa duração não devem ser um motivo de empobrecimento dos usuários de serviços e suas famílias por causa de gastos catastróficos.

### 1.1.2 Aprendendo com a pandemia de COVID-19

Apesar das dificuldades enfrentadas durante a pandemia, a crise global forneceu muitas lições e uma janela de oportunidade política para os cuidados de longa duração. A pandemia instou os países a examinarem urgentemente a necessidade de transformar seus sistemas de saúde e de assistência social para que os serviços de cuidados de longa duração sejam prontamente integrados e fornecidos em paralelo ao *continuum* de cuidado tradicional (9).

Em escala mundial, a pandemia de COVID-19 expôs a fragmentação dos serviços de cuidados de longa duração dentro dos sistemas existentes de saúde e assistência social, bem como as fraquezas inerentes à atual estrutura de governança para tais cuidados, incluindo a falta de legislação, pessoal mal remunerado e estratégias e estruturas nacionais inadequadas para cuidados de longa duração. Em todo o mundo, mas principalmente nos países de baixa e média renda, as instituições de longa permanência representam um setor diversificado que opera sem a devida regulamentação, o que contribui para a má qualidade do atendimento prestado aos residentes (12).

A informalidade do setor, com informações precárias e pouco confiáveis sobre as instituições de longa permanência e a falta de um banco de dados ou cadastro nacional, atrasou as respostas governamentais coordenadas para controlar a transmissão do vírus e evitar mortes – mais uma vez, principalmente nos países de baixa e média renda. A pandemia evidenciou a necessidade de fortalecer as relações entre os diferentes níveis de governo envolvidos na assistência social e na saúde e de desenvolver mecanismos concretos de coordenação vertical e intersetorial (9).

A crise global reforçou a importância de identificar mecanismos para garantir serviços de qualidade nos setores de cuidados de longa duração (tanto o regulamentado como o não regulamentado) e fortalecer a acreditação para garantir a supervisão das instituições de longa permanência pelo setor da saúde, a fim de prepará-las para futuras pandemias e salvaguardar os direitos humanos (9).

## 1.2 Objetivos deste documento

À medida que embarcamos na Década do Envelhecimento Saudável das Nações Unidas, o papel da OMS será o de apoiar os países no estabelecimento de sistemas de cuidados de longa duração sustentáveis e equitativos e fornecer

orientação técnica para que consigam prestar cuidados de longa duração de modo a atender às necessidades das pessoas idosas.

A estrutura para os países alcançarem um *continuum* integrado de cuidados de longa duração orientará os países na avaliação dos componentes em nível de sistema e na implementação de um *continuum* integrado e equitativo de cuidados de longa duração. Ao aplicar essa estrutura, os países podem começar a desenvolver e moldar seus sistemas de cuidados de longa duração e promover o investimento em cuidados de longa duração. A estrutura também:

- promoverá uma compreensão comum em nível mundial dos cuidados de longa duração, dada a necessidade de tal compreensão em termos da definição dos cuidados de longa duração, seu pacote de serviços e os elementos-chave que os países devem prever para fortalecer os sistemas de cuidados de longa duração de forma sustentável e equitativa, independentemente das diferenças de renda ou de contexto cultural, social, institucional e político entre países;
- facilitará a avaliação dos sistemas e serviços de cuidados de longa duração já existentes, identificando lacunas nos elementos organizacionais, na prestação de serviços, nos padrões de qualidade e nas estratégias de implementação, e antecipando-se à necessidade de integração entre os sistemas social e de saúde;
- oferecerá orientação aos países sobre os principais elementos sistêmicos que devem ser considerados para desenvolver e fortalecer as ações de cuidados de longa duração de acordo com os objetivos externados na Estratégia Global e Plano de Ação da OMS sobre Envelhecimento e Saúde, a Década do Envelhecimento Saudável das Nações Unidas (2021-2030) e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável;
- facilitará a integração de ações de cuidados de longa duração aos sistemas de saúde e assistência social existentes.

Em relação ao último objetivo, todos os países têm alguma forma de cuidados de longa duração que são implementados e prestados de forma pública, privada ou mesmo individual, por familiares e amigos. Esses serviços e atividades existentes devem, tanto quanto possível, ser integrados aos sistemas de saúde e assistência social vigentes para serem prestados de maneira eficiente, equitativa, sustentável e centrada na pessoa, desde o lar até os cuidados residenciais. Essa estrutura ajudará a facilitar a prestação efetiva de atividades de cuidados de longa duração por meio das plataformas existentes, que os países

já possuem, sem a necessidade de inventar um sistema totalmente novo.

O documento também apresentará os desafios enfrentados pelos países e orientará os países na identificação de oportunidades e na consecução das metas ao longo da Década do Envelhecimento Saudável da ONU (2021-2030) e além.

## 1.3 Público-alvo deste documento

Governos e formuladores de políticas, em nível tanto nacional quanto subnacional, são o público-alvo principal do documento. Além disso, muitas das ações são relevantes para outras partes interessadas em nível nacional, como organizações não governamentais, o setor privado, prestadores de serviços de saúde e parceiros de desenvolvimento. Este documento também pode ser útil para identificar áreas que requerem mais pesquisa por instituições acadêmicas.

## 1.4 Como usar este documento

Este documento visa principalmente a ajudar os países a cumprirem seu objetivo de estabelecer um *continuum* integrado, equitativo e sustentável de cuidados de longa duração. Este documento deve ser usado com a lista de verificação que o acompanha (Anexo 1), que ajudará os países a visitar seus sistemas existentes e identificar possíveis lacunas e, em última instância, facilitará o planejamento das próximas etapas.

A lista de verificação deve ser usada como uma ferramenta de referência geral para avaliar a situação dos cuidados de longa duração no país no nível macro, em conjunto com outros produtos normativos harmonizados e mais aprofundados sobre cuidados de longa duração desenvolvidos pela OMS. A lista de verificação pode e deve ser adaptada aos contextos nacionais e locais, levando em consideração as políticas, orientações, riscos locais, requisitos, normas e práticas do país. A lista de verificação pode ser usada periodicamente para monitorar o progresso da preparação do país para entregar um *continuum* integrado de serviços de cuidados de longa duração.





## 2. Envelhecimento saudável e cuidados de longa duração

### 2.1 O que é o envelhecimento saudável?

Em 2015, a OMS definiu **envelhecimento saudável** como “o processo de desenvolvimento e manutenção da habilidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada” (6). **Habilidade funcional** é definida como “atributos relacionados à saúde que permitem que as pessoas sejam ou façam o que é importante para elas” (6). Inclui as capacidades das pessoas idosas para (a) movimentarem-se; (b) construir e manter relacionamentos; (c) atender às suas necessidades básicas; (d) aprender, crescer

e tomar decisões; e contribuir com a sociedade (Figura 1) (6).

O envelhecimento saudável não significa estar livre de doenças, problemas crônicos, multimorbidade ou fragilidade, mas sim a otimização da capacidade mental e física e da habilidade funcional durante o curso de vida para que se possa ter uma vida com bem-estar, significado e dignidade. Ele reflete a interação contínua entre a pessoa e o ambiente em que habita, o que resulta em trajetórias tanto de capacidade intrínseca quanto de habilidade funcional (Figura 2).

Figura 1. Domínios da habilidade funcional

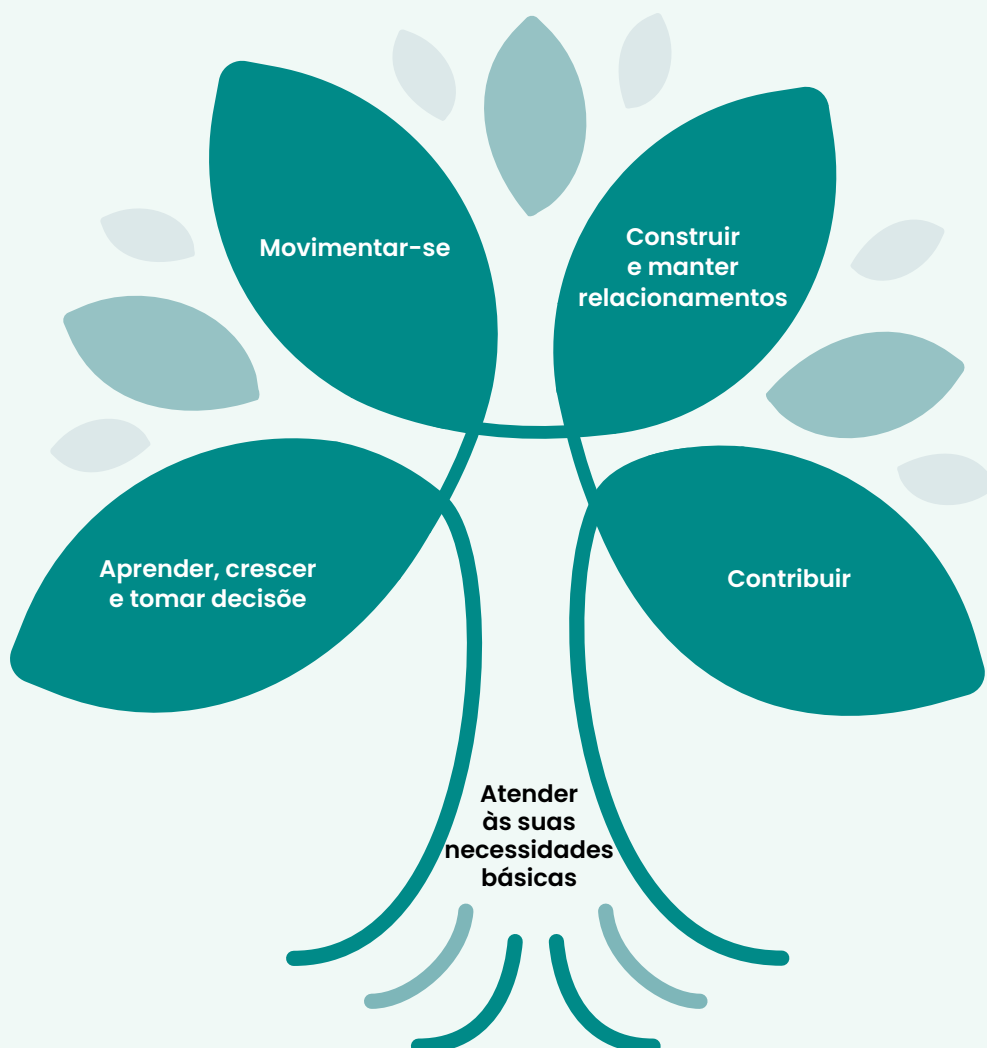
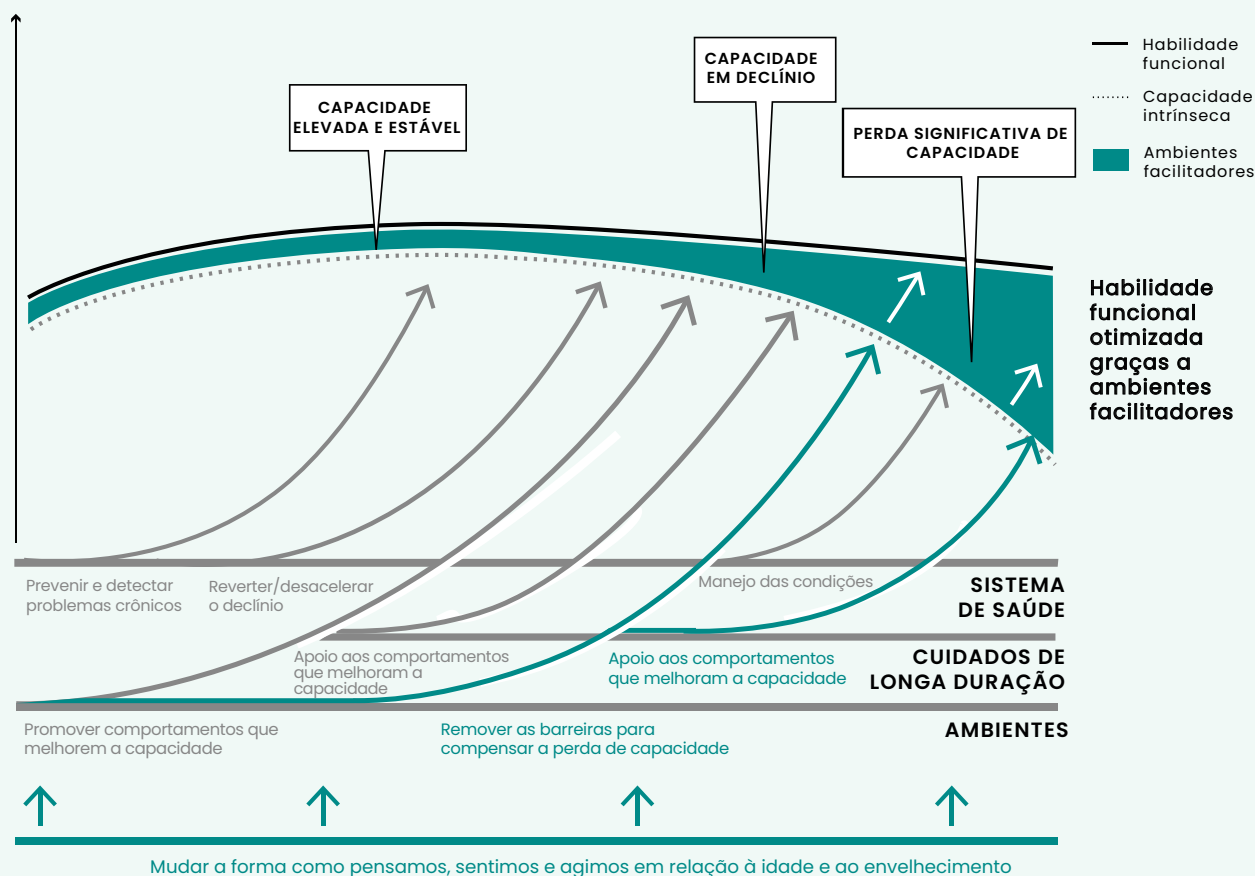


Figura 2. Marco de saúde pública para o envelhecimento saudável



A **capacidade intrínseca** é “o composto de todas as capacidades físicas e mentais de um indivíduo”. O **ambiente** compreende “todos os fatores do mundo extrínseco que formam o contexto da vida de um indivíduo. Estes incluem – do nível micro ao nível macro – o lar, comunidades e a sociedade em geral”, “incluindo o ambiente construído, as pessoas e seus relacionamentos, atitudes e valores, políticas sociais e de saúde, os sistemas que as apoiam e os serviços que eles implementam” (6).

A Figura 2 mostra como a capacidade intrínseca e a habilidade funcional podem variar em um *continuum* ao longo da segunda metade da vida. Prevenir e compensar perdas permanentes ou transitórias da capacidade intrínseca é essencial para a manutenção da habilidade funcional ao longo do tempo. Em geral, essas trajetórias podem ser divididas em três períodos comuns: um período de capacidade mental e física relativamente alta e estável, um período de declínio da capacidade e um período de perda significativa de capacidade. Esses períodos não são definidos pela idade cronológica, não necessariamente representam um declínio contínuo, divergem acentuadamente entre os indivíduos e nem todas as pessoas passarão pelas três trajetórias ao longo de suas vidas.

Portanto, a otimização da habilidade funcional com vistas a obter um envelhecimento saudável deve ser um objetivo para todos, independentemente do seu estado de saúde atual. Qualquer que seja o espectro da habilidade funcional (Figura 2), a OMS encara o envelhecimento saudável como a conquista de uma vida com significado, mesmo na vigência de declínios significativos da capacidade física e mental.

## 2.2 Definição e escopo dos cuidados de longa duração

### 2.2.1 O que são cuidados de longa duração?

Quase todas as pessoas chegarão a um momento na vida em que sua capacidade de fazer as coisas que precisam ou querem fazer diminuirá consideravelmente, e pode ser necessária a assistência de terceiros para garantir uma vida com sentido. Também pode haver fatores ambientais que impeçam a pessoa de realizar atividades proveitosas, apesar de ainda ter capacidade

adequada. Assim, indivíduos com capacidade significativamente reduzida precisarão de ajuda no dia a dia em atividades como lavar-se, vestir-se e os afazeres domésticos, como limpar e cozinhar. Este cuidado e apoio para manter a habilidade funcional é a essência dos cuidados de longa duração.

Cuidados de longa duração incluem atividades para garantir que as pessoas com (ou em risco de) perda significativa e contínua de capacidade intrínseca possam manter um nível de capacidade funcional compatível com seus direitos básicos, suas liberdades fundamentais e a dignidade humana (6). Os cuidados de longa duração devem abordar a saúde, os cuidados pessoais e as necessidades sociais dos indivíduos; podem ser contínuos ou intermitentes, mas devem ser prestados por períodos sustentados a indivíduos que demonstraram necessidades relacionadas à habilidade funcional.

A necessidade de cuidados de longa duração pode surgir de repente, como consequência de um problema agudo potencialmente determinante de sequelas crônicas (como infarto, acidente vascular cerebral ou fratura de quadril), ou pode se desenvolver gradualmente, como consequência de uma condição progressiva e crônica (como demência ou fragilidade). As flutuações da habilidade funcional são multidirecionais, o que significa que não há um caminho único para todos nem sequer a mesma trajetória de habilidade funcional dentro da trajetória de envelhecimento de uma mesma pessoa. Os componentes assistivos dos cuidados de longa duração (ou seja, a assistência fornecida para ajudar a pessoa a realizar uma tarefa específica para otimizar sua habilidade funcional e promover sua independência) podem ser serviços de curto prazo que visam otimizar a habilidade funcional em situações em que a função pode ser recuperada, por exemplo, ou podem ser prestados a longo prazo para aqueles com prejuízos na habilidade funcional que são menos passíveis de reabilitação.

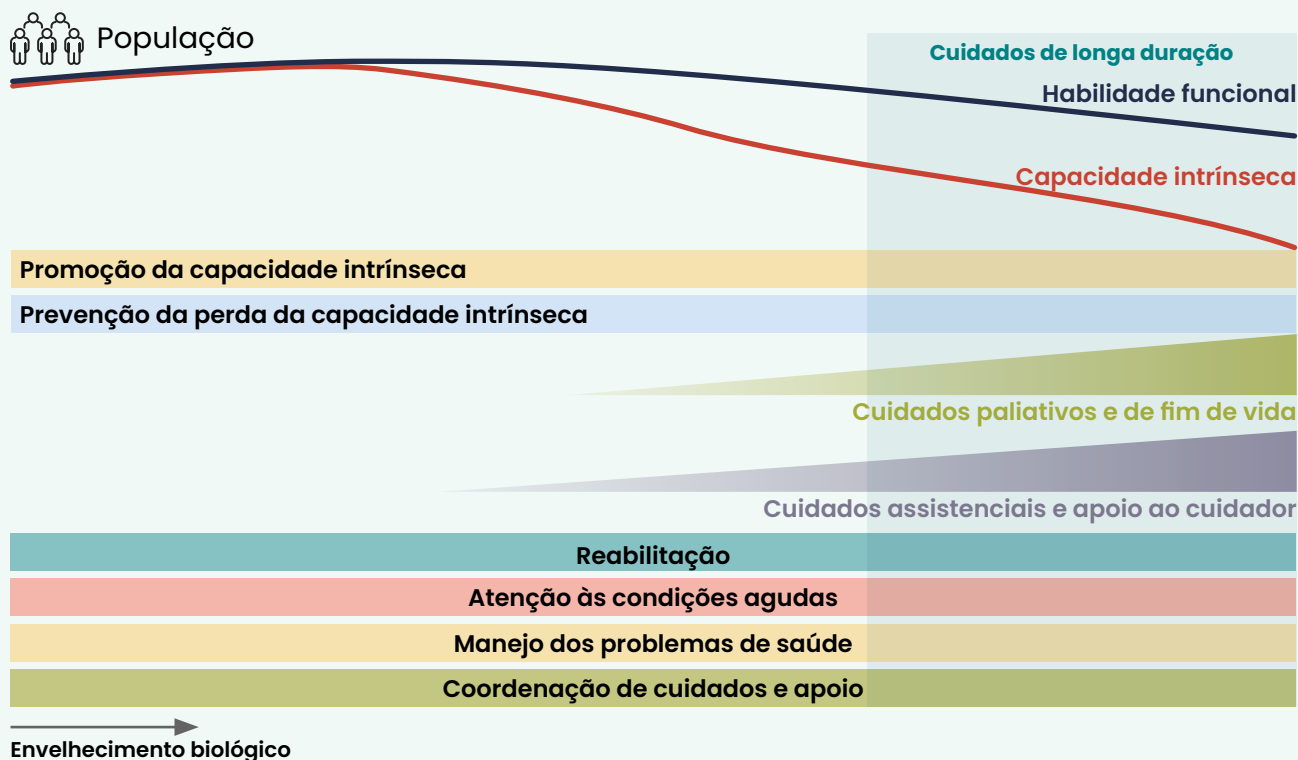
As pessoas, portanto, seguem caminhos diferentes quanto às suas necessidades de cuidados de longa duração, refletindo diferenças em sua saúde e estado funcional, variações nas preferências e valores individuais e familiares, circunstâncias econômicas e localização geográfica. Combinados, esses fatores moldam as opções e os recursos disponíveis para as pessoas que precisam de cuidados de longa duração e como elas entendem e avaliam suas escolhas. Os cuidados de longa duração podem ajudar a estabilizar ou retardar a progressão de condições crônicas sempre que possível, bem como prevenir as condições agudas e identificá-las e tratá-las rapidamente quando ocorrem, ajudando a promover a habilidade funcional e o bem-estar.

## 2.2.2 Qual é o objetivo dos cuidados de longa duração?

O objetivo dos cuidados de longa duração é garantir que um indivíduo que tenha perda significativa da capacidade física ou mental possa manter a melhor qualidade de vida possível e o maior grau possível de independência, autonomia, participação, realização pessoal e dignidade humana. O objetivo dos cuidados de longa duração inclui também a oferta de conforto e bem-estar aos indivíduos em fim de vida e às suas famílias. Para atingir esses objetivos, e atingir a visão de um *continuum* integrado de cuidados de longa duração, os serviços devem defender os seguintes valores.

- **Ser centrado nas pessoas e alinhado com os valores e preferências individuais.** As atividades de cuidados de longa duração devem ser adaptadas ao nível de capacidade de cada indivíduo e a seus valores e preferências, de forma centrada na pessoa, proporcionando às pessoas idosas ou a sua pessoa de confiança (por exemplo, em casos de deficiência cognitiva grave que impede a independência na tomada de decisões) a informação e o apoio de que precisam para tomar decisões informadas em relação aos seus cuidados. As pessoas idosas e seus cuidadores têm o direito e merecem a liberdade de realizar suas aspirações contínuas de bem-estar, sentido na vida e dignidade – de viver bem, mesmo em caso de perda significativa de capacidade intrínseca ou risco de tal perda. Os valores e preferências das pessoas envolvidas na prestação de cuidados (como os cuidadores) também precisam ser considerados (13).
- **Otimizar a habilidade funcional ao longo do tempo e compensar a perda da capacidade intrínseca.** Além de atender às necessidades físicas e básicas das pessoas idosas (como nutrição e higiene), os sistemas de cuidados de longa duração devem promover sua capacidade de se movimentarem, de construir e manter relacionamentos, de aprender, crescer e decidir e de contribuir com suas comunidades o máximo possível. Os cuidados de longa duração devem visar a manutenção de trajetórias de capacidade intrínseca e habilidade funcional das pessoas o máximo possível ao longo do tempo, otimizando e reabilitando perdas funcionais temporárias e compensando perdas permanentes, a fim de alcançar um envelhecimento saudável (1).
- **Ser prestados na comunidade.** As pessoas idosas e seus cuidadores valorizam serviços e intervenções que tenham o potencial de melhorar suas vidas cotidianas e fornecer soluções práticas para permitir o envelhecimento no local preferido,

Figura 3. Composição do serviço público de saúde na implementação da atenção integrada para o envelhecimento saudável.



enquanto participam e contribuem para suas famílias e sua comunidade pelo tempo que for possível.

- **Fornecer serviços integrados em um continuum assistencial.** Os cuidados de longa duração formais envolvem um pacote de serviços que inclui aspectos de prevenção, promoção, tratamento, reabilitação, palição, componentes assistivos e apoio social em graus variados, dependendo das necessidades do indivíduo. Para maximizar as capacidades mentais e físicas e a habilidade funcional das pessoas idosas e apoiar seus cuidadores, esses componentes devem ser prestados continuamente e integrados em pacotes de serviços para responder efetivamente às mudanças na habilidade funcional das pessoas conforme envelhecem (Figura 3).
- **Incluir serviços que empoderem a pessoa idosa.** Os cuidados de longa duração devem capacitar e permitir que as pessoas façam o máximo possível por si mesmas, em vez de substituir sua capacidade existente ou potencial por um serviço social que poderia, em última análise, diminuir sua funcionalidade e aumentar a dependência de cuidados (6).
- **Dar ênfase ao apoio aos cuidadores e profissionais de saúde.** Esse apoio deve garantir que eles não sofram um impacto negativo do cuidado em seu bem-estar físico, emocional, social e financeiro.

Os cuidados de longa duração mantêm a abordagem básica fornecida pela estrutura ICOPE, que é aplicável em todo o *continuum* de cuidados de longa duração (14) (Figura 3).

### 2.2.3 Onde são prestados os cuidados de longa duração? Envelhecer no lugar

Os cuidados de longa duração podem ser prestados em vários ambientes, que incluem a própria casa da pessoa, centros comunitários, hospitais ou instituições de longa permanência (6). Inquéritos populacionais realizados nos Estados Unidos, por exemplo, indicam que cerca de 90% das pessoas idosas pretendem permanecer em suas casas atuais pelos próximos cinco a 10 anos (15). Com a prestação de serviços eficazes em seus lares e em centros comunitários, é possível empoderar as pessoas idosas para que envelheçam no lugar mais adequado – e preferido.

**Envelhecer no lugar** (em inglês, *aging in place*) é a “capacidade de viver em sua própria casa e comunidade com segurança, independência e conforto, independentemente da idade, renda ou nível de capacidade. Envelhecer no lugar certo estende esse conceito à capacidade de morar no lugar que mais se adequa às necessidades e preferências da pessoa – que pode ou não ser a própria casa” (6).

Todos têm suas próprias razões para querer passar os anos de vida que restam em um ambiente familiar. Embora as decisões devam ser tomadas caso a caso para evitar ênfase em soluções tipo “tamanho único”, as pessoas idosas devem ter o direito de envelhecer na residência de sua escolha. Ficar em casa pode ajudar a manter uma sensação de conexão, segurança e familiaridade, bem como o senso de identidade (6). Por outro lado, permanecer na própria casa pode resultar em sentimentos de isolamento, ou pode colocar a pessoa idosa em maior risco de fragilidade e incapacidade devido a necessidades não atendidas, como no caso de pessoas que vivem em bairros perigosos ou onde não há apoio. A perda de capacidade pode ser abordada por meio de várias adaptações que proporcionam segurança e bem-estar, serviços mais direcionados ou, em alguns casos, transferência para uma residência com mais serviços contínuos para atender às necessidades da pessoa.

Para acomodar aqueles que optam por viver em instituições de longa permanência, os trabalhadores desses ambientes devem fornecer serviços integrados e centrados na pessoa com diversos níveis de complexidade, de modo a facilitar as transições de cuidados e evitar hospitalizações desnecessárias. Independentemente das opções disponíveis, as pessoas idosas (ou sua pessoa de maior confiança em casos de falta de capacidade de decisão independente) devem sempre ter voz nas decisões relacionadas aos seus cuidados e arranjos de vida, de modo a proteger sua agência, dignidade e autonomia, e para evitar abusos e discriminação.

# 3. Rumo a um sistema integrado de cuidados de longa duração

## 3.1 O que é um sistema de cuidados de longa duração?

A OMS define **sistemas de cuidados de longa duração** como “sistemas nacionais que assegurem cuidados integrados de longa duração que sejam apropriados, baratos, acessíveis e que respeitem os direitos tanto das pessoas idosas como dos cuidadores” (16).

Os sistemas de cuidados de longa duração não precisam constituir um sistema novo e separado; podem, e idealmente devem, ser construídos dentro da força de trabalho dos sistemas de saúde e de assistência social existentes de cada país, desde que contribuam para otimizar as capacidades e habilidades físicas e mentais de seus usuários.

A integração nos cuidados de longa duração significa integrar os serviços de saúde e sociais, desde a governança e os sistemas de informação até a prestação de cuidados, de modo que os cuidados de longa duração possam ser prestados e recebidos de forma não fragmentada.

A ideia de um “*continuum* de cuidados de longa duração” enfatiza um *continuum* de cuidados que inclui prevenção, promoção, reabilitação, cuidados curativos, paliativos e assistivos, bem como apoio social. Também destaca a importância da coordenação entre os setores de saúde e social, uma transição inconspícua entre diferentes ambientes (domicílios, centros-dia na comunidade, instituições residenciais) e gestão harmonizada das várias funções de cuidados (por exemplo, profissionais de saúde, cuidadores e familiares), abrangendo todos os níveis de intensidade do cuidado e prestando atendimento em tempo hábil.

O sistema de cuidados de longa duração – que pode espelhar o sistema de saúde – consiste em todas as organizações, pessoas e ações cuja intenção principal é promover, restaurar ou manter a saúde ou as habilidades daqueles que têm limitações significativas na habilidade funcional e precisam de cuidados, ou correm o risco de precisar de cuidados (16). Isso inclui esforços para influenciar os determinantes da saúde das pessoas

que necessitam de cuidados de longa duração, bem como os de seus cuidadores. Um sistema de cuidados de longa duração é, portanto, mais do que instalações públicas que prestam cuidados de longa duração. Inclui, por exemplo, um cuidador que presta assistência a uma mãe idosa incapaz de realizar de forma independente as atividades básicas da vida diária, como alimentar-se, vestir-se e arrumar-se, bem como prestadores privados de serviços, programas de mudança de comportamento, planos de saúde e assistência social (16).

## 3.2 Como estabelecer um sistema de cuidados de longa duração?

Muitos serviços relevantes para os cuidados de longa duração já estão sendo prestados nos países por meio de seus sistemas mais amplos de saúde e assistência social, como visitas domiciliares por equipes de atenção primária, treinamento e apoio de cuidadores, fornecimento de produtos assistivos e serviços de cuidados paliativos. Em vez de criar novos sistemas, devem ser envidados esforços para transformar os modelos existentes de cuidado (focados na doença) para que incluam uma narrativa mais ampla, que leve em consideração aspectos da habilidade funcional e seja centrada nas necessidades da pessoa.

Para estabelecer um sistema de cuidados de longa duração, os países precisarão identificar esses serviços existentes e garantir que sejam fornecidos de maneira oportuna, centrada na pessoa, integrada, acessível e equitativa. Novos tipos de serviços de longa duração devem ser criados e expandidos de acordo com os contextos e projeções nacionais e locais. Deve haver um investimento contínuo na capacitação de profissionais do cuidado e cuidadores não profissionais (Quadro 1), e mecanismos de garantia de qualidade para os serviços de cuidados de longa duração devem ser implementados não apenas para assegurar a qualidade, mas também para evitar desfechos negativos, como abuso ou discriminação

contra pessoas idosas. A sustentabilidade de tal sistema pode ser assegurada por meio de sistemas de governança, legislação e financiamento, todos os quais devem ser subsidiados por dados robustos, desagregados (por exemplo, por região, sexo e faixa etária) e fortalecidos por medidas transparentes de prestação de contas e participação pública.

### Quadro 1. Definições da força de trabalho de cuidados de longa duração

**Cuidadores** (por exemplo, cuidadores informais): indivíduos que cuidam de um ou mais parentes, amigos ou membros da comunidade. Eles podem proporcionar cuidados regulares, ocasionais ou de rotina ou estar envolvidos na organização dos cuidados prestados por outros. Os cuidadores são diferentes dos prestadores (de um sistema formal de prestação de serviços) e, na maioria das vezes, os cuidados que prestam não são remunerados.

**Profissionais do cuidado** (por exemplo, cuidadores profissionais, cuidadores formais, assistentes sociais e profissionais de enfermagem): cuidadores associados a sistemas formais de prestação de serviços de cuidados de longa duração.

(Consulte o glossário para essas e outras definições.)

As características dos sistemas de cuidados de longa duração variam muito entre os países e mesmo dentro deles, de modo a se acomodar às diferenças nos perfis culturais, políticos, epidemiológicos, de recursos e socioeconômicos. Em uma extremidade do *continuum* assistencial há países sem tais sistemas ou com um sistema muito limitado, deixando as atividades de cuidados de longa duração (quase) inteiramente a cargo das famílias, sem qualquer apoio ou orientação adicional. Na outra extremidade, existem alguns países com sistemas de cuidado formais e bem – desenvolvidos. No entanto, apesar das diferenças nas características, as normas e princípios específicos que regem os cuidados de longa duração devem ser universais em todos os sistemas.

Os sistemas com maior nível de desenvolvimento incluem uma ampla e variada gama de serviços de saúde e assistência social, com a contribuição de outros setores, como transporte e educação. Os serviços formais podem incluir cuidados domiciliares, comunitários e em instituições para pessoas idosas com perda de capacidade, mas também

treinamento e apoio para cuidadores (por exemplo, cuidados temporários). Mais importante ainda é o fato de que, nesses sistemas mais desenvolvidos de cuidados de longa duração, as atividades são orientadas para as necessidades da pessoa idosa e não para as necessidades do serviço, permitindo cuidados e apoio integrados.

Os cuidados podem ser prestados por qualquer combinação de família, sociedade civil, setor privado e setor público. No entanto, os governos devem assumir a responsabilidade geral e o papel de coordenação para mobilizar recursos e garantir o bom funcionamento do sistema (16–18). É imperativo que os países avancem rumo a sistemas de financiamento público dos cuidados de longa duração para alcançar a cobertura universal, assegurar o direito ao cuidado (como se assegura o atendimento médico) e o acesso equitativo e reduzir o estigma associado às consequências negativas dos cuidados de longa duração que exigem prova de hipossuficiência econômica (19).

Considerando essa enorme diversidade, não existe um sistema único de cuidados de longa duração que possa ser aplicado em todos os ambientes, nem mesmo em países com limitações de recursos semelhantes. No entanto, todos os sistemas de cuidados de longa duração em todo o mundo devem considerar os seguintes princípios-chave a fim de alcançar um *continuum* assistencial integrado de serviços de longa duração nos países.

- Os governos nacionais, juntamente com os governos locais, devem assumir a responsabilidade geral pela administração dos sistemas de cuidados de longa duração (6).
- A prestação de cuidados de longa duração deve basear-se nos sistemas de saúde e assistência sociais existentes e, mais importante ainda, na transversalização dos cuidados de longa duração por meio da atenção primária à saúde. Em países com sistemas de saúde mais desenvolvidos, os cuidados de longa duração podem fazer uso da infraestrutura do sistema de saúde existente como base para estratégias e sinergias, visando estabelecer uma prestação de cuidados de longa duração sustentável e equitativa. Em países com sistemas de saúde mais limitados, o foco poderia ser a integração dos cuidados de longa duração na atenção primária, como parte de uma reorientação mais ampla da atenção primária para as doenças crônicas não transmissíveis. Um recurso fundamental para a construção de políticas de cuidados de longa duração é aproveitar as experiências já existentes, principalmente em países de baixa e média renda (20).

- Os cuidados de longa duração devem ser acessíveis (inclusive financeiramente), e é especialmente importante assegurar o acesso aos serviços por parte das pessoas desfavorecidas.
- Os cuidados de longa duração devem respeitar os direitos humanos das pessoas idosas (e dos seus cuidadores) para aumentar sua dignidade e permitir sua autoexpressão e, sempre que possível, sua capacidade de fazer escolhas, tendo também em conta os direitos e as necessidades da força de trabalho de cuidados de longa duração.
- Os cuidados de longa duração devem ser orientados ao redor das necessidades da pessoa idosa (centrados na pessoa) e não na estrutura do serviço, e devem ser prestados de forma não fragmentada, contínua com outros serviços.



# 4. Estrutura para os países alcançarem um *continuum* integrado de cuidados de longa duração

A estrutura para que os países alcancem um *continuum* integrado de cuidados de longa duração (Figura 4) destaca seis elementos essenciais que são necessários para tal e para facilitar a integração dos serviços de longa duração aos sistemas de saúde e assistência social existentes (17, 18). São eles: (a) governança; (b) financiamento sustentável; (c) informação, monitoramento e avaliação; (d) força de trabalho; (e) prestação de serviços e (f) inovação e pesquisa. Mostra também as ações que podem orientar os processos nacionais de planejamento e tomada de decisão para a implementar os cuidados de longa duração.

Reconhece-se que tais elementos e ações terão diferentes significados em países com diferentes níveis de desenvolvimento social ou econômico, diferentes graus de orientação para cuidados de longa duração e diferentes graus de desenvolvimento do sistema de saúde. As ações descritas a seguir destinam-se a ser aplicáveis a uma ampla gama de países, mas nem todas serão apropriadas ou prioritárias para todos os países. Sugere-se que as ações sejam tomadas no contexto das necessidades de cada país, visando acelerar os esforços para melhorar os cuidados de longa duração.

Figura 4. Estrutura para um *continuum* integrado de cuidados de longa duração



## Elemento 1. Governança

Governança refere-se a “garantir que marcos estratégicos de política existam e sejam combinados com supervisão eficaz, formação de coalizões, regulamentação, atenção ao delineamento do sistema e prestação de contas” (20). A governança de um sistema de cuidados de longa duração envolve vários setores, diferentes ministérios e vários níveis de governo, o que torna a coordenação eficaz muito importante.

Os sistemas de cuidados de longa duração consistem em uma mistura de prestadores de serviços públicos, privados com fins lucrativos e privados sem fins lucrativos, dificultando a prestação de contas e a regulamentação. Devido a essas nuances, as autoridades de saúde pública podem ter a percepção negativa de que os cuidados de longa duração são um vórtice complexo que requer recursos e investimentos a perder de vista, resultando em falta de priorização e maiores desafios de governança em comparação com outros sistemas. No entanto, deve-se reconhecer que essas complexidades não são apenas enfrentadas pelos sistemas de cuidados de longa duração, mas são aspectos encontrados em todos os sistemas de saúde, especialmente à medida que esses sistemas amadurecem. Como é o caso da assistência médica, começar com uma entidade governamental designada que coordena os vários atores multissetoriais é um primeiro passo para simplificar essas noções equivocadas da complexidade comparativa dos cuidados de longa duração.

Na maioria dos países de renda baixa e média, os governos se concentraram na prestação de serviços pelo setor público em vez de adotar uma visão mais ampla de governança que integra os setores público e privado (21, 22). Em alguns países, o setor privado é o prestador primários de serviços de cuidados de longa duração, enquanto em outros, os cuidados não remunerados formam grande parte da força de trabalho. Os governos devem transformar a governança dos cuidados de longa duração para que inclua a prestação de serviços públicos e privados.

Para uma governança forte, os governos devem levar em consideração e engajar com toda a gama

de atores, incluindo não apenas aqueles diretamente envolvidos na saúde e na assistência social, mas também os setores que estão indiretamente envolvidos, mas ainda precisam de orientação, como infraestrutura e transporte. Isso ajudará a garantir a prestação contínua de serviços, bem como a acessibilidade e a integração em nível micro dos serviços de saúde e assistência social.

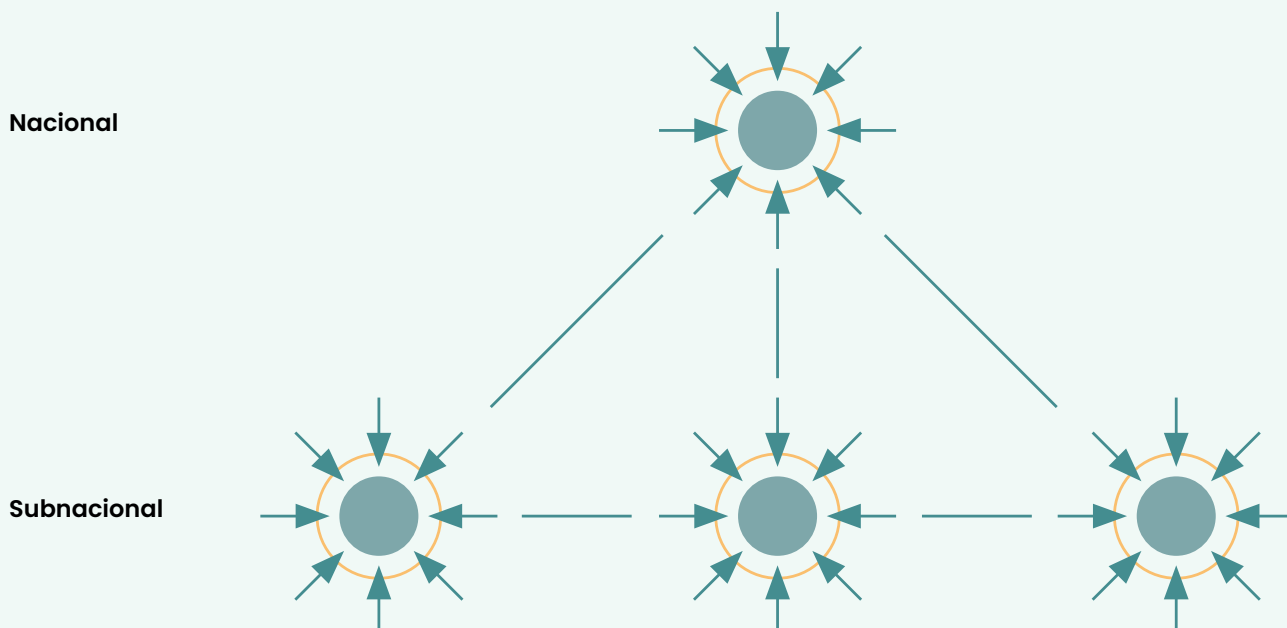
Outra dimensão importante na melhoria da governança é o reconhecimento da importância cada vez maior das comunidades. Para que os sistemas de cuidados de longa duração sejam mais responsivos, o papel central das comunidades deve ser reconhecido e fortalecido de modo a permitir o reconhecimento precoce das preocupações locais e uma defesa efetiva em prol das necessidades emergentes. O envolvimento da comunidade na estrutura de governança dos cuidados de longa duração pode facilitar respostas mais ágeis e flexíveis e melhorar a prestação de contas, resultando em cuidados mais equitativos e de maior qualidade. Para tal, pode-se permitir que os representantes da comunidade ocupem posições formais nas estruturas locais de governança dos órgãos de coordenação de cuidados de longa duração. Essa governança local deve ser incorporada aos sistemas nacionais e subnacionais de apoio aos cuidados de longa duração.

### Estrutura de governança

Na maioria dos países, os cuidados de longa duração são responsabilidade de diferentes ministérios, geralmente os ministérios de saúde e assuntos sociais, desenvolvimento ou assistência social. Essa divisão afeta a qualidade dos serviços de cuidados de longa duração, pois pode levar à fragmentação e a arranjos complexos de financiamento, regulação, sistemas de informação e gestão de serviços. Um plano de governança cuidadosamente projetado pode ajudar a mitigar esse risco.

É importante ter um órgão de coordenação multissetorial, focal, dedicado, em nível nacional e nível subnacional, para facilitar a coordenação e comunicação em matéria de cuidados de longa duração (Figura 5). Isso é fundamental para garantir a integração entre os vários setores relevantes e a prestação coordenada e integrada de cuidados de longa duração. Esse órgão de coordenação garantirá a comunicação entre vários ministérios, incluindo setores sociais e não relacionados à saúde, e também incluirá organizações não governamentais e da sociedade civil, que desempenham um papel fundamental na prestação de serviços em muitos países (23).

**Figura 5. Órgão de coordenação multissetorial focal e dedicado nos níveis nacional e subnacional**



Esse órgão coordenador também aumentaria a facilidade da prestação dos cuidados e contribuiria para a qualificação destes. O plano de governança para sistemas de cuidados de longa duração deve incluir procedimentos relacionados à tomada de decisões, controle de despesas, prestação de contas (monitoramento de desempenho) e estruturas ou caminhos dentro do sistema para dar orientação geral aos serviços e usuários (23).

### Legislação sobre os cuidados de longa duração

A legislação em nível nacional sobre cuidados de longa duração é um ponto de partida para a formulação de estratégias e roteiros subsequentes para tais cuidados. A legislação fornecerá a base para que os países estabeleçam estruturas de governança, garantam financiamento sustentável, construam uma força de trabalho para cuidados de longa duração e estabeleçam mecanismos de monitoramento e vigilância por meio do desenvolvimento de indicadores de qualidade, desempenho e padrões mínimos de atendimento. Esse fazer legislativo deve considerar os pontos de vista de várias partes interessadas (como prestadores de serviços, sociedades profissionais e órgãos de acreditação) e também das próprias pessoas idosas e seus cuidadores. A legislação deve envolver não apenas uma garantia de prestação de

cuidados de longa duração para aqueles que deles precisam, mas também garantias de assistência social, direitos e prerrogativas das pessoas idosas e cuidadores.

### Estratégia para os cuidados de longa duração

Estando a legislação formulada, um plano, estratégia ou marco nacional para cuidados de longa duração, dedicado e acreditado pela entidade governamental relevante (ministério responsável) ou órgão legislativo (parlamento ou câmara), ajudará a garantir a prestação de cuidados de longa duração de qualidade, sustentáveis e equitativos para as pessoas idosas. A estratégia ou marco nacional seria um conjunto de princípios, objetivos ou ações, organizados e por escrito, visando reduzir a carga atribuível à dependência de cuidados na população. Estes podem ser instrumentos autônomos, tratando especificamente dos cuidados de longa duração, ou pode-se integrar a prestação de cuidados de longa duração em outras políticas, planos, estratégias ou marcos relevantes (por exemplo, a política de atenção à saúde, bem-estar social ou envelhecimento saudável). O estabelecimento de um sistema totalmente integrado de cuidados de longa duração implica no desenvolvimento de políticas, estratégias, planos ou estruturas por meio de uma abordagem multissetorial abrangente.

## Mecanismos de prestação de contas

A prestação de contas é a obrigação de responder a alguém ou uma instituição (como um interessado direto ou acionista) e demonstrar que está fazendo isso ao atender objetivos acordados de antemão (20). Os sistemas de cuidados de longa duração precisam ter medidas de prestação de contas bem definidas para garantir que todos os atores do sistema sejam responsabilizados publicamente (24). Isso requer transparência; acompanhamento do desempenho dos órgãos responsáveis e dos serviços e procedimentos (por exemplo, por meio

de avaliações de impacto); envolvimento ativo das pessoas idosas, famílias, cuidadores, sociedade civil e prestadores de serviços locais no desenvolvimento de políticas e serviços; e monitoramento do desempenho dos cuidados de longa duração. Outros mecanismos de prestação de contas incluem a acreditação de serviços, abordagens regulatórias (por exemplo, promulgação de leis sobre cuidados de longa duração ou implementação de sistemas de compliance), alinhamento de medidas de responsabilidade fiscal com critérios de desempenho e divulgação periódica e pública de relatórios independentes de desempenho (24).

## Aspectos-chave a serem considerados na governança dos cuidados de longa duração

O Quadro 2 apresenta os principais aspectos que devem ser considerados para a governança dos cuidados de longa duração, enquanto o Quadro 3 apresenta exemplos de países.

### QUADRO 2. GOVERNANÇA: ASPECTOS-CHAVE.

Os principais aspectos que devem ser considerados para a governança dos cuidados de longa duração são os seguintes.

- ✔ Incluir os cuidados de longa duração no portfólio dos governos nacionais e regionais ou municipais, com a designação de um órgão de coordenação focal dedicado com o objetivo de alcançar a liderança e envolver os representantes da comunidade e outras partes interessadas relevantes.
- ✔ Formular legislação para cuidados de longa duração que inclua um mandato para a estrutura de governança, mecanismo de financiamento, prestação de serviços com uma população-alvo definida e monitoramento da qualidade do atendimento e do desempenho.
- ✔ Formular legislação para garantir a proteção dos direitos e prerrogativas das pessoas idosas e dos cuidadores.
- ✔ Estabelecer um plano, estratégia ou estrutura nacional (e regional, conforme seja relevante) abrangente que defina direções e desfechos para alcançar um sistema de cuidados de longa duração organizado e sustentável, operacionalizado em nível subnacional, com uma população-alvo especificada.
- ✔ Mapear as principais partes interessadas para o desenvolvimento de políticas e estratégias sobre cuidados de longa duração.
- ✔ Formular um documento explícito de política sobre cuidados de longa duração, desenvolvido como um documento nacional independente, geralmente incluindo um processo em vários estágios para as partes interessadas, liderado ou apoiado pela entidade governamental focal dedicada a cuidados de longa duração.
- ✔ Dirigir as funções do governo nacional, regional e municipal na garantia, financiamento, regulamentação e prestação de serviços de cuidados de longa duração, incluindo as funções de prestadores de serviços públicos e privados e organizações não governamentais.
- ✔ Estabelecer uma agenda de ação detalhada com estratégias de implementação essenciais.
- ✔ Criar e apoiar um órgão decisório ordinário para integrar todos os níveis do setor de cuidados de longa duração, incluindo a colaboração de organizações de saúde e da força de trabalho social, visando fomentar o diálogo e formular processos, normas, padrões e regulamentos.
- ✔ Definir estratégias e ações para facilitar a liderança, fomentar a colaboração entre os sistemas de saúde e social e permitir alianças para promover modelos mais integrados de cuidados de longa duração.

- ✔ Definir como os recursos públicos serão alocados e distribuídos para a implementação do plano nacional ou subnacional de forma sustentável.
- ✔ Distribuir e coordenar orçamentos nos vários níveis de governança para implementar um sistema integrado de cuidados de longa duração.
- ✔ Promover colaboração intersectorial (saúde e outros setores governamentais, bem como representantes de grupos privados, voluntários e sem fins lucrativos) para construir objetivos comuns e alocar recursos.
- ✔ Estabelecer mecanismos para revisar e compartilhar o progresso em direção às metas da política nacional de cuidados de longa duração, conforme definido no plano ou estrutura.
- ✔ Estabelecer e aprimorar constantemente as medidas para rastrear e monitorar o plano nacional de cuidados de longa duração para verificar se ele está sendo implementado como pretendido e se as estratégias estão sendo seguidas.
- ✔ Configurar atividades de auditoria para medir o desempenho e a transparência dos órgãos responsáveis.
- ✔ Monitorar o desempenho dos serviços de cuidados de longa duração em termos de eficácia, eficiência, economia, conformidade com leis e regulamentos, requisitos contratuais, requisitos de concessão e políticas e procedimentos organizacionais.
- ✔ Definir normas, procedimentos e regulamentos trabalhistas para cuidadores e profissionais do cuidado, incluindo aspectos como condições de trabalho, salários, horário de trabalho, mecanismos de remuneração e estratégias para superar a informalidade.
- ✔ Promover o reconhecimento da força de trabalho de cuidados de longa duração e a observância das normas de saúde e segurança ocupacional.
- ✔ Fornecer um programa de treinamento contínuo para cuidadores (não remunerados ou remunerados) e formular leis sobre os requisitos de treinamento e certificação para acreditar pessoas com experiência na prestação de cuidados.
- ✔ Firmar parcerias com grupos e interessados nacionais, subnacionais e locais para identificar e fortalecer mecanismos visando engajar e empoderar as comunidades nos processos de governança.
- ✔ Formular e regulamentar padrões de qualidade para os serviços de cuidados de longa duração, sejam eles prestados por organizações públicas, privadas ou sem fins lucrativos, estabelecendo padrões mínimos de qualidade para os prestadores por meio de licenciamento e certificação e realizando inspeções periódicas para garantir o cumprimento e monitorar o desempenho em termos de qualidade.

### QUADRO 3. GOVERNANÇA: EXEMPLOS DE PAÍSES

#### Alemanha

O Departamento de Cuidados de Longa Duração, como parte do Ministério Federal da Saúde, é responsável pela governança dos cuidados de longa duração. Muitos atores estão envolvidos na governança da saúde e dos cuidados de longa duração, incluindo o governo federal, autoridades regionais e locais e associações autônomas de prestadores de serviços. A Lei do Seguro de Cuidados de Longa Duração e os regulamentos sobre o apoio aos cuidados no âmbito da regulamentação da assistência social constituem a principal legislação que rege os cuidados de longa duração. As autoridades locais também contribuem para o financiamento dos cuidados de longa duração, fornecendo assistência social para cobrir parte dos custos elevados para as famílias que não podem pagar esses serviços com os seus rendimentos, poupanças ou bens. A prestação integrada de cuidados de longa duração é reforçada pela promoção do desenvolvimento dos bairros e vizinhanças e pela alocação de orientações sobre cuidados aos municípios. Há um interesse cada vez maior em melhorar a coordenação dos serviços de saúde e cuidados de longa duração e fortalecer o papel das autoridades locais (25).

#### Dinamarca

A governança do sistema de saúde é altamente descentralizada. Historicamente, o Ministério dos Assuntos Sociais e do Interior tinha a responsabilidade de regular os serviços e o apoio às pessoas idosas, mas desde 2015 essa atribuição foi transferida para o Ministério da Saúde. Este ministério é responsável por regulamentar, fiscalizar e planejar o desempenho, o que inclui a supervisão da prestação de cuidados. Por meio da participação das partes interessadas, o Ministério da Saúde determina e implementa as políticas nacionais e elabora leis sobre o funcionamento e organização dos sistemas de saúde e de cuidados de longa duração. O ministério também é responsável por definir o quadro financeiro geral. As cinco regiões administrativas do país determinam os recursos a serem destinados aos serviços, firmam acordos coletivos e têm responsabilidade geral pela prestação dos serviços. Cada região é proprietária dos hospitais públicos e unidades especializadas em saúde mental em seu território e contrata serviços diretamente. Os municípios são responsáveis pela prestação e garantia da qualidade dos serviços sociais e de determinados serviços de saúde, bem como pela prestação de cuidados de longa duração e pela contratação de serviços de prestadores privados. Os municípios são autônomos no que diz respeito à prestação de cuidados de longa duração, incluindo avaliação de necessidades e linhas de cuidado (26).

## Elemento 2. Financiamento sustentável

O financiamento dos serviços de cuidados de longa duração para uma população cada vez mais idosa com perda significativa de capacidade intrínseca pode representar muitos desafios fiscais para os países em todo o mundo. Atualmente, os cuidadores fornecem a maior parte dos cuidados de longa duração para pessoas idosas, especialmente em países de baixa e média renda. No entanto, contar com esses indivíduos para atender a todas as necessidades de populações cada vez maiores não é justo nem sustentável.

Um sistema robusto de cuidados de longa duração geralmente é considerado caro. No entanto, as ações de cuidados de longa duração podem reduzir os custos públicos existentes ao permitir que as pessoas (geralmente mulheres) que cuidam de um familiar idoso continuem a trabalhar. Um estudo de simulação aplicado a sete países da América Latina mostrou que um sistema de cuidados de longa duração com um pacote de serviços relativamente generoso e com cobertura universal para pessoas com 60 anos ou mais custaria aos governos entre 0,5% e 1,0% do produto interno bruto (PIB) (27).

Cuidados de longa duração de qualidade podem reduzir o uso inadequado de serviços de saúde para problemas agudos, incluindo internações hospitalares prolongadas ou desnecessárias, e ajudar as famílias a evitar o empobrecimento devido a gastos catastróficos com atendimento médico. O número de pessoas que necessitam de cuidados e assistência e a proporção de pessoas disponíveis para prestar esses cuidados estão cada vez mais desequilibrados. Um sistema de cuidados de longa duração tem o potencial de diminuir o ônus financeiro das doenças crônicas e promover a coesão social e a solidariedade entre gerações. Algumas necessidades são hoje atendidas informalmente, mas têm custos ocultos; formalizar o cuidado de longa duração significaria, portanto, estruturar, qualificar e organizar (pelo menos algumas) dessas atividades em um contexto sistêmico, aliviando a carga dos cuidadores. A maioria dos cuidadores são mulheres, e a prestação de cuidados não remunerados é uma forma de injustiça de gênero em rápido crescimento, pois muitas vezes as impede de realizar outras atividades (como trabalho, educação ou lazer) e tem um impacto negativo em seu bem-estar e proteção financeira.

Apesar da necessidade e ênfase global nos cuidados de longa duração, a disponibilidade de serviços de cuidados de longa duração com financiamento público é baixa. Alguns dados mostram que 48% das pessoas idosas não estão cobertos por nenhum tipo

de prestação formal de serviços; 46% são excluídos de qualquer cobertura existente devido à exigência de prova de hipossuficiência financeira; e apenas 5,6% dos em todo o mundo são cobertas por uma legislação nacional que oferece cobertura para todos (28). A despesa pública média é inferior a 1% do PIB global. Esse subfinanciamento público prejudica o acesso a cuidados de longa duração para a maioria das pessoas idosas necessitadas, principalmente em países de baixa e média renda (6).

Para as pessoas idosas e suas famílias, especialmente as que vivem em ambientes com poucos recursos, um alto nível de dependência de cuidados frequentemente resulta no comprometimento de renda e bens para cobrir os custos dos serviços de longa duração. Nos países onde faltam serviços formais de cuidados de longa duração, há um encargo financeiro elevado para as famílias, com níveis mais elevados de ida à emergência e internação hospitalar por causas evitáveis (como infecção do trato urinário, quedas ou descompensação de doenças crônicas), e as internações também são mais longas, aumentando custos de saúde desnecessários (29, 30).

Um bom sistema de financiamento dos cuidados de longa duração é um sistema que arrecada fundos em quantidade adequada para garantir que as pessoas possam usar os serviços de que precisam e sejam protegidas de um possível empobrecimento ao ter que pagar por eles. Também fornece incentivos para que os prestadores e os usuários sejam eficientes (20, 31).

A sustentabilidade do setor de cuidados de longa duração depende de um sistema forte para financiá-lo, bem como clareza sobre qual população deve ser coberta pelos serviços de cuidados de longa duração, de modo a não deixar ninguém para trás. O financiamento público também depende de um forte apoio político e público para o valor do gasto do governo nessa área (em comparação com outras áreas de gasto público). Além disso, deve haver informações claras e acessíveis sobre os gastos totais e estratificados dos cuidados de longa duração em comparação com outras questões sociais e de saúde, bem como qual serviço é financiado por quem (por exemplo, seguradoras, indivíduos ou governo).

---

***O objetivo de um sistema de financiamento robusto é oferecer cuidados de longa duração a todos os indivíduos que precisam deles, sem causar dificuldades financeiras.***

Embora os cuidados de longa duração sejam um direito para quem precisa e é dever dos governos garanti-los, estabelecer um sistema de cuidados de longa duração eficiente tem vantagens econômicas, especialmente em países de baixa e média renda, onde há altos níveis de desemprego juvenil e ameaça ao emprego devido aos avanços em tecnologia. Por exemplo, treinar jovens para trabalhar e cuidar de pessoas idosas pode ser um estímulo econômico e ajudar a desenvolver habilidades valiosas para outros empregos remunerados. As pessoas idosas desempenham um papel significativo na economia, cuidando dos netos mais jovens e permitindo assim que a geração do meio trabalhe. Fornecer apoio às pessoas idosas que necessitam de serviços de longa duração pode permitir que eles mesmos continuem a desempenhar um papel como cuidadores em famílias intergeracionais.

Além disso, os cuidados de longa duração são um dos impulsionadores mais poderosos da criação de empregos no mundo, e as iniciativas para treinar recursos humanos e oferecer serviços de assistência domiciliar estão crescendo (32, 33). Ao modernizar o setor de cuidados de longa duração (por exemplo, pela melhoria das instalações e uso mais amplo de tecnologias), deve ser possível gerar receita, promover investimentos em outros setores e expandir as oportunidades de emprego. A consequente melhoria da infraestrutura de cuidados de longa duração facilitará a sustentabilidade e gerará o ciclo virtuoso descrito no Relatório mundial sobre envelhecimento e saúde (6).

O objetivo de um sistema de financiamento robusto é oferecer cuidados de longa duração a todos os indivíduos que precisam deles, sem causar dificuldades financeiras. Atualmente, grande parte do financiamento dos cuidados de longa duração é fornecido em espécie pelos prestadores de cuidados. Isso tem implicações fiscais, pois impede que muitos cuidadores contribuam para a seguridade social e para a arrecadação de impostos.

### Mecanismo de financiamento

O sistema de financiamento dos serviços de cuidados de longa duração pode assumir várias formas, por exemplo: público, baseado em seguros, privado ou individual. Não existe um mecanismo de financiamento ideal para os sistemas de cuidados de longa duração; diferentes países fazem isso de maneira diferente em todo o mundo. No entanto, seja qual for o modelo escolhido, deve haver uma fonte clara e protegida de financiamento disponível para o orçamento, bem como medidas claras para os gastos (abrangendo pessoas idosas e seus cuidadores).

Idealmente, deve existir um equilíbrio entre a prestação de cuidados de longa duração pública e privada, com mecanismos financeiros para assegurar uma fonte fiscal sustentável (como um seguro mancomunado ou imposto), garantida em lei, e mecanismos equitativos de prestação de serviços (21). Os países devem almejar que os gastos do próprio bolso sejam muito pequenos, para garantir que todos possam ter acesso aos serviços de que precisam, com qualidade semelhante e sem risco de empobrecimento. Além disso, os mecanismos de financiamento devem sempre ser estruturados de modo a apoiar o cuidado integrado da pessoa idosa, que inclua cobertura com um amplo leque de serviços de saúde e assistência social entre os quais as pessoas idosas possam escolher (31).

### Despesas

Para gastar bem e suficiente, recomenda-se aos países que tenham um conjunto de ações desejadas (como direcionar os benefícios de cuidados para onde as necessidades são maiores), avançar rumo a políticas de financiamento voltadas para o futuro e facilitar o desenvolvimento de instrumentos financeiros para pagar os custos de alojamento de residentes de instituições de longa permanência (34). Para obter uma melhor relação custo-benefício, os países devem incentivar os cuidados domiciliares e comunitários, melhorar a produtividade dos cuidados de longa duração, incentivar o envelhecimento saudável e a prevenção, facilitar a utilização adequada de todos os serviços de saúde e cuidados de longa duração, coordenar a prestação de cuidados e abordar a eficiência institucional (35-37).

Também é importante que os países tenham uma compreensão mais ampla, mas também profunda, de suas despesas internas tanto totais como estratificadas por toda a gama de serviços disponíveis e os meios de prestação de cuidados de longa duração, de duas maneiras: (a) quanto é gasto em cada tipo de estabelecimento – casa, comunidade, instituição? e (b) em relação ao PIB do país, quanto é gasto na gama de serviços disponíveis para as pessoas e nos meios de prestação de cuidados de longa duração em comparação com outras necessidades de saúde e assistência social?

### Incentivos para a prestação de serviços de cuidados de longa duração

Existem vários incentivos que podem encorajar os prestadores a ampliar o acesso a serviços abrangentes de cuidados de longa duração, que funcionaram bem em diferentes países. Por exemplo,



os governos podem estabelecer financiamento baseado em resultados e sistemas de pagamento por desempenho, tanto para serviços públicos como para os privados, visando garantir a prestação de serviços de qualidade. As transferências de dinheiro também podem ajudar os cuidadores a pagar por esquemas de cuidados temporários, e iniciativas de desconto nos impostos podem ser implementadas para que os empregadores ofereçam licença aos cuidadores. Esses mecanismos podem garantir que os familiares possam continuar a prestar cuidados às pessoas idosas, enquanto protegem sua própria saúde e bem-estar. Os esquemas de ajuste de risco podem proporcionar uma oportunidade para incentivar as seguradoras a concentrar sua atenção nos grupos populacionais que mais se beneficiariam de uma prestação de cuidados mais integrada e centrada na pessoa – por exemplo, aqueles com doenças crônicas e grupos vulneráveis no sentido mais amplo do termo (13).

### Cobertura da população

Os países precisam ter uma visão clara de sua situação atual de prestação de cuidados de longa duração. Para tal, deve-se identificar o perfil e o número de pessoas que podem precisar de serviços de cuidados de longa duração e estabelecer critérios de elegibilidade equitativos e claros (desde fatores clínicos até os socioeconômicos). Alguns países têm sistema público de saúde (ou seja, gratuito no ponto de acesso) e seguem uma abordagem baseada na hipossuficiência financeira para avaliar a elegibilidade para o acesso à assistência social (23). Além de avaliar as necessidades das pessoas idosas e seus cuidadores, a seguridade social pode fornecer subsídios públicos de valor mais elevado para cuidados de longa duração às famílias de baixa renda, por meio dos quais apenas indivíduos com renda ou bens abaixo de um nível de recursos predeterminado teriam direito a receber assistência social financiada pelo sistema público. No entanto, essa abordagem pode significar que um indivíduo com necessidades de cuidados de longa duração precisaria esgotar suas economias antes de obter apoio financeiro, sobrecarregando os usuários e desincentivando aqueles que precisam desses serviços. Uma outra desvantagem desta abordagem é que as pessoas idosas com recursos modestos podem enfrentar o risco de custos de cuidados de longa duração extremamente elevados e podem acabar sofrendo perdas financeiras imensas (38).

### Cobertura do serviço

A cobertura do serviço deve ir além de cuidados institucionais, levando em consideração o tipo de

serviços (sejam transferências de dinheiro, serviços comunitários, centros-dia ou cuidados residenciais) e a sua intensidade (a quantidade de cuidados prestados por usuário em determinado período de tempo) (39). Essa última deve ser baseada em evidências sobre a eficácia de cada tipo de cuidado e o nível de necessidade ou habilidade funcional do indivíduo (14, 40). Mais importante ainda, a cobertura deve sempre refletir as necessidades de cuidados de longa duração das pessoas idosas e de seus cuidadores.

Em países onde já existem sistemas públicos de saúde e assistência social, os governos precisarão analisar quanto dos fundos foram usados para fornecer a gama de serviços existentes e decidir se a situação atual é ideal ou se deveria ser reavaliada para garantir que a gama de serviços esteja disponível para todos que precisam. Por exemplo, nos casos em que os países descobrem que apenas uma pequena porcentagem da população é coberta por serviços de cuidados de longa duração com a variedade e intensidade necessárias ou que indivíduos e famílias estão usando recursos do próprio bolso para pagar pelos serviços de que precisam, será preciso realizar ajustes para garantir que ninguém fique sem os cuidados de que precisa nos casos em que as famílias não podem mais pagar ou fornecer esses cuidados, e que os cuidadores não tenham que arcar com todos os custos dos cuidados e risco de empobrecimento.

## Aspectos-chave a serem considerados no financiamento sustentável dos cuidados de longa duração

O Quadro 4 apresenta os principais aspectos que devem ser considerados para o financiamento sustentável dos cuidados de longa duração, enquanto o Quadro 5 apresenta o exemplo de um país.

### QUADRO 4. FINANCIAMENTO SUSTENTÁVEL: ASPECTOS-CHAVE

Os principais aspectos que devem ser considerados para o financiamento sustentável dos cuidados de longa duração são os seguintes.

- ✔ Estabelecer um sistema público para o financiamento dos cuidados de longa duração, com um conjunto definido de critérios de elegibilidade que são usados para determinar o acesso e o direito a uma gama de serviços, financiados pelo governo, que devem estar disponíveis para as pessoas, bem como as responsabilidades pelos cuidados de longa duração, reconhecendo que este não precisa ser um sistema de financiamento autônomo, mas sim um sistema de financiamento previsível que esteja bem integrado com os outros sistemas, social e de saúde.
- ✔ Garantir que receitas públicas sejam alocadas e agrupadas para fins redistributivos visando apoiar o acesso equitativo aos cuidados de longa duração e alocar um orçamento sustentável para financiar os cuidados de longa duração e aspectos a eles relacionados (por exemplo, sistemas de informação sobre os cuidados de longa duração).
- ✔ Estabelecer mecanismos de financiamento para garantir o uso equitativo e a cobertura universal de cuidados de longa duração e para apoiar a atenção integrada à pessoa idosa (por exemplo, financiamento baseado em resultados, pagamento por desempenho e remuneração por pacote – modelo bundle).
- ✔ Garantir que os sistemas de gestão das finanças públicas sejam baseados nas principais necessidades da população local e sejam capazes de alocar, distribuir, executar e contabilizar os fundos.
- ✔ Implementar mecanismos para garantir que aqueles que não podem contribuir para o sistema de seguridade social (como as pessoas que não estão formalmente empregadas) ainda gozem de cobertura, se necessário.
- ✔ Estabelecer ferramentas precisas para medição das despesas correntes com os cuidados de longa duração como proporção de outras despesas (por exemplo, despesas totais com saúde ou PIB), como parte de uma metodologia de contas nacionais de saúde.
- ✔ Garantir que o financiamento seja baseado em dados exatos sobre os custos dos serviços (ver elemento 3).
- ✔ Criar medidas e subsídios para reduzir os custos em que incorrem os cuidadores informais (por exemplo, um subsídio em espécie, licença remunerada, serviços temporários de cuidado ou folga para cuidar de familiares).

## QUADRO 5. FINANCIAMENTO SUSTENTÁVEL: EXEMPLO DE PAÍS

### Japão

Como resultado da esperada mudança do modelo tradicional de cuidados familiares para a assistência social, o governo japonês implementou em 2000 o sistema nacional de seguro para cuidados de longa duração (LTCl) visando reduzir a carga financeira e trabalhista dos cuidadores (41). Esse processo foi subsidiado por uma Lei (42). Este sistema visa atender às necessidades de cuidados das pessoas idosas e fornecer serviços de cuidados adequados a cada um dos sete níveis de necessidade: dois que precisam de apoio (níveis 1 e 2) e cinco que precisam de cuidados de longa duração (níveis 1 a 5). O número total de pessoas idosas que declaradamente precisam de cuidados de um desses níveis foi de 5,69 milhões em 2013 (42) – o dobro do que era na época em que o sistema foi implementado em 2000 (43). Por isso, a sustentabilidade do sistema tem sido uma questão importante.

Todos os cidadãos japoneses são obrigados a pagar contribuições ao LTCl quando atingem a idade de 40 anos, além das parcelas regulares do seguro-saúde. As contribuições ao LTCl para pessoas com 65 anos ou mais são determinados pelo “valor padrão” calculado por cada município e pela situação de renda da pessoa e do domicílio. O valor padrão é calculado dividindo-se a parcela do custo necessária para os benefícios de cuidados de longa duração no município que é custeada pelas pessoas com 65 anos ou mais pelo número de pessoas com 65 anos ou mais residentes no município. Quanto maior a renda da pessoa idosa e do domicílio, maior a contribuição. Ao usar os serviços do LTCl, os cidadãos com renda média devem pagar 10% da taxa de serviço e aqueles com alta renda devem pagar de 20 a 30%. Os beneficiários da previdência estão isentos dos prêmios de seguro referentes a cuidados de enfermagem, bem como da coparticipação ao usar os serviços.

O sistema LTCl estabeleceu um mercado de cuidados de longa duração. Inúmeros e variados prestadores de serviço, inclusive com fins lucrativos, foram autorizados a entrar no mercado de cuidados de base comunitária. Os usuários dos serviços do LTCl podem contratar os prestadores de serviços e escolher o tipo e a frequência dos serviços de que necessitam. Existe concorrência entre os prestadores. Desde a criação do sistema LTCl, o tamanho da população idosa aumentou consistentemente, o mercado relacionado continuou a crescer e os pagamentos do governo aumentaram. O controle dos pagamentos tornou-se uma questão-chave para o governo.

Assim, embora o objetivo original do sistema LTCl fosse apoiar pessoas idosas com deficiência física ou cognitiva, seu foco tem mudado de auxiliar pessoas com deficiência para promover a autogestão e construir atividades comunitárias para manter a habilidade funcional, o que pode reduzir o uso dos serviços de cuidados de longa duração. Na revisão parcial da Lei do LTCl em 2018, com o objetivo de fortalecer o sistema de atenção integrada de base comunitária, foi lançado um sistema de incentivos com o objetivo de melhorar a eficácia do trabalho das seguradoras. Foram definidos indicadores objetivos para avaliar os resultados das ações municipais, e o valor da subvenção financeira é determinado de acordo com a pontuação de cada seguradora (ou seja, a pontuação total calculada a partir dos indicadores). O governo local ou municipal é incentivado a apoiar as seguradoras e, da mesma forma, o governo nacional formula os indicadores objetivos para as prefeituras e distribui subsídios financeiros às prefeituras conforme suas pontuações. No primeiro ano (2019), 20 bilhões de ienes foram usados para essa subvenção de incentivo; no ano seguinte, o orçamento foi dobrado. Espera-se que o orçamento aumente no futuro com base nas revisões dos indicadores e das operações.

## Elemento 3. Sistemas de informação, monitoramento e avaliação

A falta de informação e a má qualidade do monitoramento dos sistemas de cuidados de longa duração geralmente se originam na fragmentação da governança e do financiamento (9). Relativamente poucos países têm informações sobre a prestação de cuidados de longa duração e monitoramento de tais cuidados e de seus resultados; além disso, os dados de saúde e assistência social são geralmente consolidados em sistemas separados, levando a dificuldades em vincular dados a um mesmo indivíduo. A falta de estratificação das informações sobre cuidados de longa duração sem nível individual ou populacional reflete a situação geral de limitação das fontes de dados a respeito de pessoas idosas em geral. Além disso, a falta de informações abrangentes faz com que as necessidades da população que necessitam de cuidados de longa duração sejam invisíveis, limitando as políticas apenas ao apoio a pessoas idosas em situação de pobreza ou com condições incapacitantes (44).

A geração, sistematização e utilização de dados – bem como o monitoramento e a avaliação – por meio de sistemas de informação que funcionem bem e que gerem dados confiáveis são importantes para a tomada de decisões e o aprendizado nos níveis local, nacional e global. Os sistemas integrados de informação sobre cuidados de longa duração (incluindo os setores público e privado) podem ajudar os prestadores de serviços e tomadores de decisão em nível macro a monitorar e avaliar o progresso da saúde (tanto das pessoas idosas quanto dos seus cuidadores) e rever o desempenho dos serviços para assegurar a

---

*Os sistemas integrados de informação sobre cuidados de longa duração podem ajudar os prestadores de serviços e os tomadores de decisão em nível macro a monitorar e avaliar o progresso da saúde e rever o desempenho dos serviços para assegurar a capacidade de resposta e qualificar a prestação de cuidados de longa duração.*

capacidade de resposta e qualificar a prestação de cuidados de longa duração.

A avaliação e o monitoramento eficazes do desempenho dos cuidados de longa duração devem basear-se em uma ampla e atualizada gama de fontes de dados, incluindo sistemas de informação institucionais, sistemas de vigilância de saúde pública e pesquisas de base populacional. Os sistemas de informação sobre cuidados de longa duração devem ser integrados aos sistemas de saúde para garantir abordagens centradas na pessoa onde quer que a pessoa esteja sendo atendida, a qualquer momento, e de uma forma que abranja tanto as pessoas institucionalizadas em unidades de saúde quanto aquelas que dependem de cuidados na comunidade.

Os sistemas de informação institucionais fornecem informações em tempo real sobre a utilização e cobertura de serviços, atendimentos individuais e desfechos de saúde, e são essenciais para melhorar a prestação do serviço. No entanto, a prestação de cuidados de longa duração deve sempre ter o domicílio e a comunidade como base. Assim, os sistemas de vigilância de saúde pública e seguridade social que coletam dados de fontes de base comunitária são essenciais para vincular a comunidade com as instituições de longa permanência e os cuidados domiciliários. O uso de pesquisas de base populacional ajudará a compreender melhor as necessidades mais amplas da população, o nível de acesso aos serviços e as opções para melhorar a eficácia da cobertura.

### Que tipos de dados são necessários?

#### Estado de saúde e necessidades

**Informação de base populacional.** A coleta de informações de base populacional relacionadas à saúde ajuda a prestação de cuidados adequados e a preparação para tendências futuras em necessidades de cuidados de longa duração, tanto local como regionalmente. Dados úteis (seguidos de exemplos entre parênteses) incluem expectativa de vida atual e projetada (idade mediana, expectativa de vida), crescimento populacional (taxa de fertilidade, tendências de migração), necessidades de cuidados (necessidade de ajuda nas atividades da vida diária, comprometimento cognitivo), as principais causas de multimorbidade (qualidade da alimentação das pessoas idosas), tendências de incapacidade (anos de vida ajustados por incapacidade, principais causas de incapacidade) e níveis de bem-estar (satisfação com a vida, autonomia).

**Saúde e bem-estar das pessoas idosas.** A avaliação abrangente das necessidades deve

incluir avaliação regular do estado de saúde das pessoas idosas, detecção precoce do declínio da capacidade intrínseca, modificações ambientais e fornecimento de produtos assistivos, resultados das intervenções que estão sendo ofertadas e previsão de necessidades futuras (14).

**Saúde e bem-estar dos cuidadores.** Deve-se avaliar a frequência, intensidade e duração da ajuda que está sendo ofertada pelos cuidadores, os níveis de tensão experimentados por eles, suas condições e necessidades de saúde, suas redes de apoio social e oportunidades de descanso (14).

### Cobertura do serviço

Os bancos de dados também devem incluir o número relatado ou estimado de pessoas que recebem cada tipo de cuidado de longa duração em cada tipo de ambiente (domicílio, instituição, centro-dia, cuidados temporários, centro comunitário) e por mecanismo de financiamento (por exemplo, privado versus público) em relação ao número total de pessoas idosas. Medidas como tempo de espera, satisfação do usuário (quantitativa e qualitativa) ou utilização de serviços de atenção a doenças agudas por motivos que poderiam ser evitados ou resolvidos na comunidade (como quedas ou desidratação) podem ajudar a determinar quantos têm acesso ao tipo de serviços de cuidados de longa duração de que precisam e quando precisam. Registros referentes a cada tipo de prestador de serviço também são importantes. Alguns países ainda não dispõem de informações precisas sobre o número de organizações privadas e não governamentais que prestam serviços de cuidados de longa duração.

### Proteção contra riscos

O risco de necessidades não atendidas pode ser mensurado comparando-se informações sobre cobertura, estado de saúde e necessidade de cuidados com informações sobre quantos indivíduos estão atualmente usando serviços domiciliares ou comunitários (incluindo centros-dia) ou instituições de longa permanência (tanto particulares quanto públicas) para determinar quantas (e quais) pessoas precisam de cuidados e seu nível de acesso a tais cuidados. Outras variáveis essenciais para proteção contra riscos incluem o status socioeconômico das pessoas idosas em nível nacional e regional (incluindo tamanho da família e local de residência), estratificado por diferentes níveis de capacidade intrínseca e habilidade funcional; situação de renda familiar e taxas de pobreza entre as pessoas idosas; fatores de risco relacionados ao estilo de vida, como atividade física, tabagismo e consumo de

álcool; e disponibilidade de serviços de cuidados de longa duração, por exemplo, número de estratégias de cuidados de longa duração desenvolvidas e implementadas e número registrado ou estimado de pessoas que recebem serviços de cuidados de longa duração (34, 45). Outro fator importante é o nível de desgaste e sobrecarga vivenciado pelos cuidadores, o que pode prejudicar sua capacidade de prestar cuidados suficientes às pessoas idosas. Nesse sentido, antecipar-se ao impacto do burnout no estado de saúde dos cuidadores é de fundamental importância para evitar atendimentos de emergência, internações hospitalares e necessidades não atendidas.

### Força de trabalho

Recomenda-se que os países colem dados sobre o número e o perfil demográfico dos profissionais de saúde e cuidadores (incluindo número de funcionários, proporção de cuidadores para clientes, funções, sexo, origem). Informações sobre a proteção social e o bem-estar dos cuidadores também devem ser consideradas. Também deve haver informações sobre o tipo de profissionais de saúde e de assistência social que prestam serviços de cuidados de longa duração (por exemplo, médicos, enfermeiros institucionais, enfermeiros comunitários, assistentes sociais, psicólogos, geriatras, gerontólogos, agentes comunitários de saúde, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas) e trabalham na interface serviço-cliente (por exemplo, assistentes sociais trabalhando como gerentes de caso ou enfermeiros atuando como gerentes de alta) (46). Idealmente, a informação também deve incluir o número de profissionais de saúde e cuidadores devidamente treinados e qualificados para responder às complexidades clínicas e sociais que caracterizam as pessoas idosas que necessitam de cuidados de longa duração.

### Monitoramento

Uma forma de qualificar o cuidado é por meio do monitoramento sistemático dos desfechos dos cuidados de longa duração (vide elemento 5 para aspectos relacionados à garantia de qualidade). Os aspectos que podem ser monitorados incluem eficácia (por exemplo, melhores desfechos de saúde e sociais); eficiência (por exemplo, desperdício reduzido de recursos e maximização dos benefícios); acessibilidade (não apenas geograficamente, mas também em relação a outras barreiras, como culturais e linguísticas); capacidade de resposta (atendimento em tempo hábil, por exemplo – tempos de espera curtos); centramento no paciente (por exemplo, satisfação do usuário, medidas de centramento na pessoa,

envolvimento do usuário na tomada de decisões); segurança (por exemplo, taxas reduzidas de desfechos adversos evitáveis ou lesões decorrentes dos cuidados prestados); e equidade (pessoas com necessidades semelhantes têm acesso a serviços de qualidade semelhante, independentemente de suas características sociodemográficas).

Os sistemas de cuidados de longa duração devem garantir que a informação seja fornecida igualmente e conectada a todos os nós da rede (não apenas aos hospitais). Além de garantir a continuidade da informação, também é importante que os serviços de cuidados de longa duração padronizem a











coleta de dados administrativos, clínicos e sociais integrados, para serem mais responsivos diante de situações de emergência e urgência, como uma pandemia. Além da coleta de dados com qualidade, é importante que o monitoramento do sistema seja atualizado regularmente para fornecer uma visão realista da situação em questão (nos níveis individual e do sistema). Um dos problemas durante a pandemia de COVID-19 foi a falta de compreensão da situação nas instituições de longa permanência, por exemplo, devido à ausência de dados ou informações obsoletas, o que impediu a tomada de medidas adequadas para conter os surtos, proteger a saúde e salvar vidas (47).

## Aspectos essenciais a serem considerados para sistemas de informação, monitoramento e avaliação dos cuidados de longa duração

O Quadro 6 apresenta os principais aspectos que devem ser considerados para os sistemas de informação, monitoramento e avaliação dos cuidados de longa duração, enquanto o Quadro 7 apresenta o exemplo de um país.

### QUADRO 6. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: ASPECTOS-CHAVE

Os principais aspectos que devem ser considerados para os sistemas de informação, monitoramento e avaliação dos cuidados de longa duração são os seguintes:

-  Identificar a expectativa de vida atual e prevista (por exemplo, idade mediana, expectativa de vida), crescimento populacional (por exemplo, taxa de fecundidade, tendências de migração) e taxa de dependência na idade avançada (população em idade ativa em relação às pessoas idosas).
-  Realizar pesquisas junto às populações sobre comorbidades crônicas e fatores de risco para o declínio e perda da capacidade intrínseca e da habilidade funcional, de modo a estimar e antecipar-se às necessidades.
-  Monitorar e avaliar os níveis de cuidados e necessidades de apoio de pessoas idosas e cuidadores.
-  Integrar e vincular os sistemas de informação sobre cuidados de longa duração com os sistemas de informação de saúde, para assegurar abordagens centradas na pessoa.
-  Avaliar e monitorar o desempenho dos cuidados de longa duração com base em uma ampla e atualizada gama de fontes de dados, incluindo sistemas de informação institucionais, sistemas de vigilância de saúde pública e pesquisas de base populacional.
-  Pesquisar a situação socioeconômica das pessoas idosas (tamanho da família, local de residência, situação de renda familiar, taxas de pobreza).
-  Pesquisar tendências de incapacidade (por exemplo, anos de vida ajustados por incapacidade, principal causa de incapacidade).
-  Estabelecer indicadores para mensurar o bem-estar (por exemplo, satisfação com a vida, qualidade de vida relacionada à saúde) e o estado de saúde das pessoas idosas e cuidadores.
-  Criar conjuntos integrados de dados mínimos (desfechos clínicos, metas de serviços integradas, medidas compostas de qualidade) coletados rotineiramente para apoiar o compartilhamento e melhorar a qualidade das informações entre todas as partes interessadas.
-  Determinar indicadores intersetoriais de distribuição, qualidade e equidade dos cuidados (por exemplo, disponibilização de adaptações domiciliares, transporte e segurança alimentar e nutricional).

- ✔ Identificar o número e a distribuição geográfica dos centros comunitários e o número de pessoas que utilizam esses serviços.
- ✔ Auditar o número de instituições de longa permanência, sua distribuição geográfica, níveis de complexidade, número de leitos e número de cuidadores por número de leitos.
- ✔ Mapear o número de profissionais de saúde que prestam cuidados de longa duração (por exemplo, médicos generalistas, enfermeiros institucionais e comunitários, assistentes sociais, psicólogos, geriatras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, gerontólogos, cuidadores).
- ✔ Mapear o número de profissionais que trabalham nas interfaces ou transições de atendimento (por exemplo, adidos médicos, gerentes de caso da assistência social, enfermeiros atuando como gerentes de alta).
- ✔ Auditar o número e as características das pessoas idosas que recebem cuidados de longa duração e seus cuidadores.
- ✔ Formular medidas para avaliação da qualidade (como taxas de internação evitável, integração de serviços, desfechos clínicos, satisfação do usuário, tempo de espera).
- ✔ Mapear e gerar relatórios das características dos serviços prestados (tipo: privado versus público, tamanho, quantidade, distribuição geográfica e de qualidade), incluindo serviços domiciliares (programas de extensão, serviços de centro-dia, serviços de apoio em unidades básicas de saúde), centros de base comunitária (centros-dia e serviços-dia, cuidados temporários, serviços de apoio em unidades básicas de saúde) e instituições de longa permanência (instituições de longa permanência para pessoas idosas, residências assistidas, casas de repouso, hospedarias para pacientes terminais).
- ✔ Gerar dados detalhados sobre financiamento (por exemplo, gastos do próprio bolso com cuidados de longa duração, cobertura com base na elegibilidade, número de pessoas com direito a cuidados de longa duração submetidas a uma avaliação de necessidades no ano passado, proporções de cada tipo de serviços de cuidados de longa duração prestado e por qual setor, financiamento de sistemas de saúde versus financiamento dedicado para cuidados de longa duração, proporção de cuidados prestados por cuidadores informais e seus custos).

## QUADRO 7. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: EXEMPLO DE PAÍS

### República da Coreia

O seguro público para cuidados de longa duração (LTCL, na sigla em inglês) foi implementado na República da Coreia em 2008, cobrindo principalmente pessoas com 65 anos ou mais com certos níveis de deficiência, independentemente do nível de renda (48). O LTCL é operado pelo Serviço Nacional de Seguro-Saúde (NHIS, na sigla em inglês), a seguradora pública única do LTCL e do seguro nacional de saúde – uma autarquia do Ministério da Saúde e Bem-Estar. O NHIS é responsável por operar o LTCL, o que inclui avaliar a elegibilidade, emitir planos padrão de apoio ao uso de cuidados, monitorar a qualidade das instituições de longa permanência, gerenciar qualificações para a cobertura de seguro, cobrar contribuições apropriadas dos beneficiários e reembolsar os prestadores de serviço.

Para facilitar as tarefas descritas acima, o NHIS introduziu em 2016 um sistema de informação integrado de âmbito nacional para o LTCL que fornece a todas as instituições de cuidados de longa duração em todo o país formulários informatizados e padronizados que facilitam a troca de dados e informações entre os prestadores e a seguradora, promovendo assim serviços centrados no usuário (49, 50). Por ser atualização de um sistema de informação anterior, o sistema também apoia o NHIS no monitoramento, revisão e avaliação dos perfis das instituições de longa permanência e no processo de prestação de serviços de cuidados de longa duração. Os dados pessoais dos beneficiários são criptografados no sistema para proteger a privacidade. Também há sistemas móveis e baseados em sistemas de informações geográficas (SIG), que podem ser usados pela equipe do NHIS durante visitas às casas dos beneficiários para avaliar seu nível de necessidade de cuidados ou por instituições de longa permanência para monitoramento da qualidade. Como o NHIS é a seguradora do seguro nacional de saúde e do LTCL, os registros de cuidados de longa duração e cuidados de saúde dos cidadãos elegíveis para o seguro nacional de saúde e o LTCL podem ser vinculados e analisados por essa única autarquia para fins de planejamento estratégico, formulação de políticas e tomada de decisões.

Usando este sistema de informação integrado e abrangente do LTCL e outros sistemas de informação relacionados, o seguro nacional de saúde libera rotineiramente o *Anuário estatístico* do LTCL, que inclui informações detalhadas sobre os perfis de beneficiários, prestadores e instituições de cuidados de longa duração, bem como prestação de serviços e despesas (51). Em particular, relatórios detalhados de financiamento e qualidade de serviço de todos os fornecedores reembolsados pelo LTCL são coletados por meio dos sistemas de informação e analisados para planejar a sustentabilidade futura do sistema. Os sistemas de informação também promovem pesquisas sobre cuidados de longa duração; bancos de dados longitudinais anonimizados vinculados ao seguro nacional de saúde e ao LTCL podem ser disponibilizados ao público para fins de pesquisa após as propostas de pesquisa terem passado por um processo de revisão completo pelo NHIS (52). Pesquisas recentes sobre instituições de longa permanência, pessoas idosas, cuidadores e profissionais do cuidado também fortaleceram os sistemas de informação administrativos com base em dados existentes (53).



## Elemento 4. Força de trabalho

Em todo o mundo existe uma variabilidade considerável em relação a quem presta cuidados de longa duração; a atenção prestada por cuidadores não profissionais ainda é o tipo mais comum de cuidados de longa duração (54). Os baixos salários e as condições de trabalho ruins, bem como as baixas proporções de pessoal profissionalmente qualificado, têm sido uma preocupação de longa data nos cuidados de longa duração (55-57). Os profissionais de saúde nos sistemas de saúde e assistência social respondem por 130,2 milhões de empregos em todo o mundo (3,9% do emprego global), principalmente mulheres, e incluem todas as ocupações envolvidas no cuidado de longa duração, incluindo promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos e assistivos (58). Em muitos países, os trabalhadores migrantes constituem uma grande proporção da força de trabalho de cuidados de longa duração (54, 59, 60). É comum que esses cuidadores tenham contratos temporários, resultando em maior marginalização de um grupo socialmente vulnerável. Essa situação é ainda pior nos países de renda baixa e média.

A prestação de cuidados de longa duração tem vantagens econômicas, especialmente nos países de baixa e média renda, onde há altos níveis de desemprego juvenil e ameaças ao emprego devido aos avanços da tecnologia e outros fatores. Treinar jovens para trabalhar e cuidar de pessoas idosas pode ser um estímulo econômico e pode desenvolver habilidades valiosas aplicáveis a outros empregos remunerados.

Em escala global, os países seguem dependendo consideravelmente de cuidados não remunerados, e as mulheres continuam a prestar a maioria dos cuidados às pessoas idosas (76,2% do total de horas prestadas) (58). Apesar dessa elevada dependência, as políticas mundiais de apoio aos cuidadores, como folga e licença, benefícios de assistência social e arranjos de trabalho favoráveis à família, permanecem limitadas. Os cuidadores muitas vezes vivenciam estresse grave, que afeta sua saúde física e mental (6). Níveis elevados de sobrecarga dos cuidadores podem levar à redução do vínculo com a força de trabalho, menor renda, abuso e discriminação contra as pessoas idosas e, em última instância, índices de pobreza mais altos, pois os cuidadores são forçados a adaptar ou mesmo desistir de seus empregos para prestar cuidados; isso pode levar a uma prestação de cuidados aquém do ideal, com consequências prejudiciais tanto para os cuidadores como para as pessoas idosas.

Atualmente, há em média cinco profissionais do cuidado de longa duração para cada 100 pessoas idosas nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Essa força de trabalho inclui auxiliares de enfermagem, auxiliares de home care, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, médicos e cuidadores pessoais e domiciliares que ajudam nas atividades da vida diária (comer, tomar banho, vestir-se, usar o banheiro) (54). Em mais da metade dos países da OCDE, no entanto, o envelhecimento da população já ultrapassou a oferta da força de trabalho formal de cuidados de longa duração, enquanto o número de profissionais envolvidos na prestação de tais cuidados permaneceu estável ou mesmo diminuiu ao longo dos anos (54).

Nos países de alta, média e baixa renda, há um amplo grupo de cuidadores remunerados que são mal treinados e recebem baixa remuneração, muitos dos quais são trabalhadores domésticos. Informalidade, longas jornadas de trabalho e formas atípicas de emprego são questões comuns relacionadas ao trabalho remunerado nesses países. A migração de mulheres de países de baixa e média renda para países mais ricos (ou mesmo dentro de países, de ambientes com menos recursos para ambientes mais ricos) pode significar que as mulheres migrantes que são cuidadoras precisarão empregar outros migrantes internos ou internacionais, ou depender de parentes, para cuidar de seus próprios filhos (56).

### Entendendo a força de trabalho existente

O planejamento eficaz da força de trabalho precisa começar com a compreensão da força de trabalho de saúde e assistência social existente, envolvida nos cuidados de longa duração em cada contexto (por exemplo, quantidade, proporção de profissionais de saúde para cuidadores, distribuição, habilidades, formação, regulamentação, entradas e saídas de pessoal, condições de trabalho e remuneração). Não existe um modelo único de força de trabalho ou equipe de prestação de serviços, considerando a variabilidade do contexto cultural e das necessidades das pessoas que recebem os serviços. Idealmente, as equipes de cuidados de longa duração devem ser interdisciplinares, incluindo os setores de saúde e assistência social. No entanto, ao avaliar a disponibilidade e distribuição da força de trabalho, é importante adotar uma abordagem baseada nas necessidades e reconhecer que o contexto de cada país influencia a forma como as equipes multidisciplinares de assistência social e de saúde são organizadas.

Particularmente em países onde os cuidados institucionais são comuns, deve haver uma imagem exata do número de profissionais de saúde e cuidadores envolvidos, e uma proporção mínima de funcionários deve ser estabelecida nas políticas e na legislação de modo a garantir a qualidade e a segurança dos cuidados, bem como a satisfação e retenção da força de trabalho (34). Esta proporção pode ter como base o número de pessoas idosas que necessitam de cuidados de longa duração na instituição e no grau de tais necessidades, com um número mais elevado de pessoal qualificado para aqueles com níveis mais elevados de necessidades.

### Capacitação e profissionalização da força de trabalho

Ter uma força de trabalho de cuidados de longa duração bem treinada, bem equipada e suficiente é fundamental para garantir que as necessidades das pessoas idosas e de seus cuidadores sejam atendidas. Para atingir esse objetivo, os países precisam implementar ações de capacitação e profissionalização dos indivíduos envolvidos na prestação de cuidados de longa duração.

Os profissionais do cuidado devem ter formação na prestação de cuidados de longa duração e devem receber capacitação e avaliação regulares (incluindo especialização, treinamento anual e cursos de reciclagem). As iniciativas de capacitação devem ter bases curriculares firmadas em evidências e devem ser difundidas de modo a evitar diferenças na qualidade dos cuidados prestados em diferentes áreas geográficas. A formação deve basear-se nas necessidades básicas das pessoas idosas atendidas e nas lacunas de conhecimento identificadas nas avaliações institucionais. Os países também devem procurar estabelecer a profissionalização do papel dos cuidados de longa duração por meio da implementação de políticas e procedimentos para fornecer (e exigir) certificação e acreditação em cuidados de longa duração, especialmente para profissionais liberais e profissionais do cuidado que atendem em home care e em instituições.

Indivíduos que trabalham como cuidadores (ver glossário) representam cerca de 70% da força de trabalho remunerada em cuidados de longa duração nos países da OCDE e até 90% em outros locais, como Estônia, Israel, República da Coreia, Suécia e Suíça (54). No entanto, em muitos países, esses cuidadores não têm seu papel oficialmente reconhecido por lei, o que os impede de ter direitos trabalhistas e um currículo estabelecido. Esses indivíduos são frequentemente contratados como “empregados domésticos”; normalmente têm baixos níveis de escolaridade; a maioria não é treinada para prestar cuidados de longa duração e recebe

baixos salários; e são suscetíveis à discriminação. É urgente que os países oficializem tais trabalhadores de cuidados como profissionais, apoiados por uma implementação e regulamentação dos termos e condições de emprego, para que suas funções, habilidades e direitos trabalhistas possam ser definidos e garantidos como parte da força de trabalho profissional de cuidados de longa duração.

### Rotatividade e retenção

A alta rotatividade da força de trabalho no setor de cuidados de longa duração é um desafio comum, e os países podem precisar tomar decisões em nível macro para incentivar aqueles que trabalham no setor por meio da formalização de funções, maneiras de aumentar os salários e outros meios (34). Idealmente, a força de trabalho profissional de cuidados de longa duração deve receber pelo menos o piso salarial estabelecido por seus conselhos profissionais (como o conselho de enfermagem), e devem ser empreendidos esforços para garantir a satisfação da força de trabalho, fornecendo qualificações, incentivos e outros benefícios. Isso também poderia ajudar a mitigar estereótipos negativos relacionados ao cuidar de pessoas idosas. Habilidades específicas devem ser promovidas de acordo com a função, seguindo as competências básicas padronizadas para cada ambiente de cuidados de longa duração (por exemplo, as instituições de longa permanência podem exigir habilidades profissionais diferentes do que as exigidas para cuidados temporários ou home care). Estabelecer, monitorar e avaliar indicadores-chave de garantia de qualidade e melhoria também é essencial.

### Apoio aos familiares cuidadores

Cuidadores informais prestam a maior parte dos cuidados de longa duração (46). Portanto, é essencial que o planejamento do sistema de cuidados de longa duração inclua medidas para garantir treinamento e apoio aos cuidadores, e que o sistema possa atender efetivamente às suas necessidades físicas, emocionais e financeiras. Para apoiar adequadamente os cuidadores, cada indivíduo que está disposto a providenciar cuidados a um familiar, amigo ou vizinho deve passar por uma avaliação regular (por exemplo, anual) de necessidades e capacidades, bem como treinamento sobre cuidados de longa duração e apoio ao autocuidado (como grupos de apoio, apoio psicológico e apoio financeiro).

O treinamento dos cuidadores deve ir além das necessidades físicas da pessoa idosa (como controle da pressão arterial ou higiene), incluindo

o desenvolvimento de habilidades de cuidado ético e compassivo e estratégias de autocuidado, por exemplo. Tal formação é importante não só para garantir a qualidade dos cuidados, mas também para prevenir a ansiedade e a falta de confiança dos cuidadores. A formação deve ser fornecida de acordo com as necessidades existentes dos cuidadores e das pessoas idosas de quem cuidam, e também deve ser fornecida de forma preventiva para preparar possíveis cuidadores para necessidades de cuidados futuros e inesperados.

---

*É essencial que o planejamento do sistema de cuidados de longa duração inclua medidas para garantir treinamento e apoio aos cuidadores, e que o sistema possa atender efetivamente às suas necessidades físicas, emocionais e financeiras.*

Todo cuidador deve ser capaz de atender às suas necessidades mentais e físicas por meio de descanso, centros-dia comunitários, apoio domiciliar temporário ou apoio online (por exemplo, iSupport da OMS e mDementia). Esses serviços devem ser usados como meio de prevenir o burnout ou aliviar a carga mental e física dos cuidadores. É importante que os cuidadores não sejam levados ao limite antes que qualquer ação possa ser tomada para mitigar o impacto em sua saúde. As estratégias de apoio também devem ser fornecidas de forma integrada, incluindo todos os aspectos de saúde, sociais, econômicos e ambientais para facilitar o percurso do cuidador dentro dos vários sistemas existentes (por exemplo, cada cuidador pode ter um gerente de caso de referência). Os países devem garantir acordos de trabalho flexíveis para os cuidadores dentro de suas legislações trabalhista e devem fornecer incentivos para empregadores que favorecem os cuidadores. O apoio deve continuar mesmo após a morte da pessoa idosa, visando apoiar o cuidador durante o luto e seu retorno ao mercado de trabalho, por exemplo.

## Aspectos-chave a serem considerados para a força de trabalho dos cuidados de longa duração

O Quadro 8 apresenta os principais aspectos que devem ser considerados para a força de trabalho dos cuidados de longa duração, enquanto o Quadro 9 apresenta o exemplo de um país.

### QUADRO 8. FORÇA DE TRABALHO: ASPECTOS-CHAVE

Os principais aspectos que devem ser considerados para a força de trabalho dos cuidados de longa duração são os seguintes:

- ✔ Identificar e atualizar regularmente o número de cuidadores (familiares, amigos, voluntários, remunerados e não remunerados), os seus perfis e necessidades.
- ✔ Identificar e atualizar regularmente as taxas de rotatividade da força de trabalho de cuidados de longa duração de acordo com cada ambiente (domicílio, centro comunitário, instituição de longa permanência).
- ✔ Formular políticas e legislação sobre cadastro, requisitos, padrões curriculares, competências essenciais e certificação para cuidadores e profissionais de cuidados em cada ambiente de cuidados de longa duração (incluindo serviços de home care e instituições de longa permanência).
- ✔ Regulamentar uma inspeção pedagógica anual, requisitos de formação e supervisão pedagógica assegurados periodicamente, por um órgão de supervisão credenciado, para o pessoal de cada instituição de longa permanência.
- ✔ Formular mecanismos de avaliação da capacidade atual da força de trabalho (cursos de especialização, treinamento e reciclagem) e monitoramento (por exemplo, habilidades, satisfação).
- ✔ Formular e estabelecer mecanismos para garantir a equidade de gênero na prestação de cuidados (por exemplo, trabalho flexível e oportunidades de aprendizado para mulheres que são ou foram cuidadoras, benefícios e direitos para retornar ao mercado de trabalho).
- ✔ Formular e estabelecer mecanismos para garantir a retenção de pessoal e proporção mínima de pessoal (por exemplo, acordos de trabalho flexíveis, pisos salariais, prêmios baseados em metas, desenvolvimento de carreira e promoção).
- ✔ Definir estratégias para medir a disponibilidade de iniciativas de capacitação da força de trabalho que respondam às necessidades da população.
- ✔ Formular políticas para apoiar os cuidadores e promover o seu bem-estar mental e físico (por exemplo, descanso, centros de dia, apoio domiciliário, iSupport da OMS e mDementia).

## QUADRO 9. FORÇA DE TRABALHO: EXEMPLO DE PAÍS

### Brasil

A cidade de Belo Horizonte, no Brasil, criou um esquema para desenvolver e apoiar habilidades em cuidados de longa duração de base comunitária em bairros pobres, por meio de financiamento municipal: o Programa Maior Cuidado (61). Cuidadores são recrutados nas comunidades locais e passam por um programa inicial de treinamento personalizado. Os cuidadores recebem um salário mínimo e trabalham em estreita colaboração com um número reduzido de famílias, fornecendo entre 10 e 40 horas de apoio assistencial por semana a cada uma. Os cuidadores são supervisionados em conjunto por funcionários dos Centros de Saúde e dos Centros de Referência de Assistência Social. Isso fortaleceu a coordenação entre essas agências, inclusive mediante revisões mensais conjuntas de casos. Não se espera que os cuidadores do programa assumam totalmente a responsabilidade de cuidar da família: em vez disso, eles oferecem às famílias um descanso de cuidar de parentes dependentes 24 horas por dia. Além disso, eles trabalham com os cuidadores da família para construir suas próprias habilidades e competências de cuidado e, juntamente com a pessoa idosa, os cuidadores do programa e as famílias desenvolvem planos de cuidados personalizados. Quando ocorrem problemas, os cuidadores do programa informam o ocorrido na próxima revisão de casos interagências. Os cuidadores do programa continuam a apoiar as pessoas idosas quando são hospitalizadas, para garantir uma alta tranquila e oportuna.

As avaliações mostram que, com um orçamento modesto, o programa de Belo Horizonte melhorou os resultados dos cuidados para pessoas idosas dependentes, aliviou a carga dos cuidadores familiares e reduziu o uso não planejado de serviços de saúde (62). Isso mostra o valor de incorporar formas apropriadas de capacitação dentro de uma estrutura institucional que une famílias, trabalhadores de apoio e diferentes agências. O programa funciona há mais de uma década e agora conta com o apoio federal do Ministério da Saúde, que visa ajudar outras cidades a estabelecerem intervenções semelhantes.

## Elemento 5. Prestação de serviços

Em muitos países, os serviços de saúde e assistência social não estão integrados, criando dificuldades para as pessoas idosas que precisam de ambos os tipos de serviços. Diferenças profundamente arraigadas geram uma série de divisões funcionais, como diferentes critérios e prazos de elegibilidade, limites geográficos, marcos legais, capacitações de pessoal e abrangências de cobertura. Orçamentos separados e a fragmentação de fontes de financiamento contribuem para uma coordenação insuficiente dos cuidados. Além disso, os profissionais de assistência social e de saúde geralmente têm valores e culturas diferentes e não estão familiarizados com as formas de trabalho uns dos outros, criando barreiras adicionais à integração (63).

É necessário um esforço concertado para alcançar um *continuum* de cuidados com a integração de serviços essenciais de cuidados de longa duração, sejam eles de saúde ou sociais. Para isso, fatores que contribuem para a fragmentação, como aspectos de governança fragmentados, fontes de financiamento desarticuladas e treinamento paralelo da força de trabalho, devem ser analisados e revisados de acordo com a situação geográfica, política, social e cultural de cada país (64).

Os sistemas de cuidados de longa duração devem definir claramente os tipos de serviços que oferecem, bem como os ambientes onde tais serviços são fornecidos. A prestação de serviços deve ser baseada na avaliação das necessidades, e deve haver um plano de gestão da qualidade estabelecido para garantir que um serviço de boa qualidade seja prestado a todos aqueles que precisam, quando precisam (promovendo a escolha e a centralização na pessoa) e onde precisam (promovendo o envelhecimento no lugar), assegurando um acesso e uma cobertura de cuidados de longa duração equitativos, baseados em evidências e sustentáveis.

---

**É necessário um esforço concertado para alcançar um continuum de cuidados com a integração de serviços essenciais de cuidados de longa duração, sejam eles de saúde ou sociais.**

## Definição dos serviços mínimos

Ao definir os tipos de serviços, os Estados-Membros devem ter em conta o *continuum* de cuidados (prevenção, promoção da saúde, reabilitação, cuidados curativos, cuidados paliativos, atenção ao luto), os tipos de cuidados específicos (assistência pessoal, médica ou clínica, apoio à autogestão, apoio social) e o público-alvo de cada um deles (considerar, por exemplo, pessoas idosas com vários graus de habilidade funcional e suas escolhas; aqueles que moram sozinhos versus aqueles que são acompanhados; e as necessidades dos cuidadores – trabalhadores versus aposentados, cuidadores já idosos versus cuidadores mais jovens, que moram com a pessoa cuidada versus cuidadores que moram longe). Os serviços devem ser fornecidos de acordo com as necessidades, escolhas e preferências de cada pessoa idosa e seus cuidadores (por exemplo, por meio de planos de cuidados individuais concebidos conjuntamente). Os serviços também devem responder em tempo hábil a mudanças rápidas na capacidade intrínseca, o que pode ser facilitado pela introdução de certo grau de flexibilidade nas várias vias de atenção.

## Ambientes para a prestação de cuidados de longa duração

Os cuidados de longa duração podem ser prestados em vários ambientes. As pessoas idosas devem poder escolher onde querem viver, e o lugar escolhido deve permitir a elas envelhecer com bem-estar. Os vários ambientes onde os cuidados de longa duração são prestados precisam ser mapeados e definidos, e tanto as áreas rurais quanto as urbanas devem se beneficiar de serviços de cuidados de longa duração para permitir a cobertura universal.

A distribuição igualitária de serviços deve ser almejada nas grandes cidades, onde normalmente há uma concentração de serviços em torno do centro da cidade ou nas áreas mais ricas. Os subúrbios geralmente carecem de vários serviços, resultando em má prestação de serviços e necessidades não atendidas. Deve-se disponibilizar transporte para serviços que não podem ser prestados em casa ou perto de casa. Os serviços

---

**Os países devem garantir a disponibilidade progressiva, mas sustentável, de infraestrutura adequada para apoiar os cuidados de longa duração prestados pela comunidade.**

domiciliares e comunitários, como programas de extensão, centros-dia e serviços de apoio em unidades básicas de saúde, são frequentemente úteis para pessoas idosas que optaram por continuar morando em casa e que estão em qualquer ponto de sua trajetória de habilidade funcional. Os serviços de base comunitária e as residências assistidas, em especial, são mais adequados para aqueles cujas capacidades intrínsecas estão mais bem preservadas. Instituições de longa permanência (lares de pessoas idosas, hospedarias) podem ser uma opção nos casos em que a capacidade intrínseca da pessoa idosa se deteriorou gravemente e quando tais instituições forem a sua opção preferida, ou quando não houver familiares próximos para apoio, ou quando os cuidadores não estiverem mais capazes ou dispostos a prestar cuidados e apoio em casa.

Além disso, os países devem garantir a disponibilidade progressiva, mas sustentável, de infraestrutura adequada para apoiar os cuidados de longa duração prestados pela comunidade, com o objetivo de apoiar uma prestação de cuidados segura e eficaz de base comunitária (espaço físico, transporte, telecomunicações, acesso a tecnologias assistivas). A infraestrutura física de muitos estabelecimentos de saúde e assistência social está longe de estar preparada para atender às necessidades das pessoas – muitas vezes há falta de centros comunitários adequados, ausência de design universal (por exemplo, obrigatoriedade de banheiros acessíveis nas edificações), barreiras físicas ao acesso e barreiras de comunicação decorrentes da falta de informações acessíveis para pessoas com perda auditiva e deficiência visual. A falta de acessibilidade domiciliar, falta de serviços para modificação da casa, acesso difícil a tecnologias assistivas e bairros ou vizinhanças violentos podem afetar significativamente os cuidados prestados por profissionais de saúde e cuidadores informais. Além disso, há uma escassez de transporte acessível, principalmente para aqueles que vivem em áreas rurais, onde a concentração de serviços é ainda mais reduzida. Isso é agravado pela falta de sistemas de referência coordenados (63) e serviços de transição de cuidados, que fazem a transferência de unidades de atenção a pacientes agudos para serviços de cuidados de longa duração, quando necessário. Uma ação multissetorial para fortalecer a infraestrutura ambiental contribuirá para o envelhecimento no lugar, bem como para a melhoria da qualidade de vida de todos, pois os ambientes desempenham um papel fundamental na manutenção da habilidade funcional.

## **Cuidados integrados e vias de cuidados centradas na pessoa**

Independentemente de onde os cuidados de longa duração são prestados, deve existir uma forte coordenação e integração entre os diferentes serviços e setores para permitir a promoção da capacidade intrínseca e da habilidade funcional, ao mesmo tempo em que se otimizam os recursos. Isso pode ser feito por meio de linhas de cuidado integrado (integração de saúde e cuidados pessoais e apoio social, além de diretrizes e protocolos clínicos padronizados) (14) e por meio de dados robustos e sistemas de informação que integrem informações de vários serviços e setores (incluindo os setores privado, filantrópico/sem fins lucrativos e público). As linhas de cuidado integrado podem ser garantidas por meio de legislação intersetorial, sistemas fiscais e de informação compartilhados e mecanismos de prestação de contas.

## **Crítérios de elegibilidade definidos**

Os planos ou políticas de cuidados de longa duração devem especificar claramente quando e quem deve ter direito a que tipo de serviço (com base na incapacidade ou deficiência, tipo de necessidades, dependência de cuidados e situação socioeconômica). Isso também se aplica a critérios de elegibilidade e especificação para recebimento de benefícios. Um protocolo de avaliação de necessidades deve ser usado para medir as necessidades das pessoas idosas (por exemplo, usando medidas validadas de habilidade funcional, capacidade intrínseca e níveis de suporte social) e cuidadores (usando medidas validadas de autocuidado, sobrecarga e bem-estar psicológico). Esses critérios precisam ser, na medida do possível, harmonizados em todo o país para permitir a comparação entre locais e a alocação adequada de recursos. Uma vez que a pessoa idosa ou cuidador tenha sido considerada apta a receber qualquer serviço, o processo de início da prestação do serviço deve ser oportuno e transparente, tanto para os prestadores de serviços quanto para os usuários. Além disso, deve-se dar menos ênfase ao tratamento farmacológico e maior ênfase às intervenções e cuidados não farmacológicos.

## **Garantia da qualidade**

Para garantir cuidados de longa duração de boa qualidade, devem ser estabelecidas normas de qualidade para diferentes ambientes. A qualidade e o acesso aos cuidados de longa duração podem ser monitorados por meio de critérios semelhantes aos

indicadores propostos pela OMS para qualidade e eficiência dos sistemas de saúde (20):

- **efetivo:** cuidados baseados nas necessidades e baseados em evidências levam a melhores desfechos de saúde e beneficiam as pessoas idosas e seus cuidadores;
- **eficiente:** a prestação de cuidados maximiza os resultados em função dos recursos e infraestrutura utilizados e evita o desperdício;
- **acessível:** cuidados geograficamente apropriados são fornecidos em um ambiente onde as habilidades, informações e recursos são adequados às necessidades individuais;
- **oportuno:** o cuidado responde às necessidades individuais em tempo hábil, sem demora para receber o cuidado adequado quando houver necessidade;
- **centrado no paciente:** o cuidado é prestado com empatia e respeito e considera os valores, preferências, aspirações e cultura de cada indivíduo, incluindo o fornecimento de informações sobre alternativas de tratamento e envolvimento na tomada de decisões a respeito do próprio cuidado;
- **aceitável:** as intervenções são aceitas pelas partes interessadas e pelas pessoas idosas e seus cuidadores;
- **seguro:** os processos de cuidado evitam, previnem e melhoram possíveis desfechos adversos ou lesões decorrentes do próprio cuidado prestado,

incluindo o abuso e a discriminação contra as pessoas idosas;

- **equitativo:** a qualidade do cuidado prestado não varia em função de características pessoais como sexo, raça, etnia, localização geográfica ou condição socioeconômica.

Existem vários meios pelos quais esses critérios podem ser avaliados, por exemplo: mecanismos de acreditação, taxas de hospitalização, lesões ou danos não intencionais (por exemplo, úlceras por pressão ou quedas), nível de satisfação, tempo de espera por atendimento ou procedimentos ou incidentes relacionados a medicamentos (como supermedicação ou erros de medicação). Os Estados-Membros também devem ter procedimentos vigentes para aplicar medidas de garantia de qualidade (por exemplo, garantia por instituições independentes, inspeção e relatórios disponíveis ao público). Devem ser implementados processos mínimos de garantia e melhoria de qualidade para os serviços de cuidados de longa duração prestados pelos setores privado, público e sem fins lucrativos. Para tal, devem-se identificar as áreas críticas de prestação de serviços onde a garantia de qualidade é necessária; selecionar ferramentas apropriadas; desenvolver processos para uso de dados sobre desfechos de qualidade para melhorar os serviços; e expandir as medidas de qualidade no nível do sistema para incluir resultados centrados na pessoa e no prestador em todos os serviços (13, 65–68).



## Aspectos-chave a serem considerados na prestação de serviços de cuidados de longa duração

O Quadro 10 apresenta os principais aspectos que devem ser considerados para a prestação de serviços de cuidados de longa duração, enquanto o Quadro 11 apresenta o exemplo de um país.

### QUADRO 10. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS: ASPECTOS-CHAVE

Os principais aspectos que devem ser considerados para a prestação de serviços de cuidados de longa duração são os seguintes:

- ✔ Estabelecer um processo de formulação de estratégia para garantia de qualidade.
- ✔ Definir uma estratégia para medidas relacionadas à qualidade e estabelecer um órgão responsável pelo controle de qualidade.
- ✔ Estabelecer avaliações da qualidade dos serviços prestados conforme percebida pelos usuários e prestadores.
- ✔ Planejar a prestação de serviços com base em dados exatos sobre o número de serviços de home care, centros comunitários e instituições de longa permanência.
- ✔ Definir protocolos padronizados de avaliação centrados na pessoa, incluindo graus ou níveis de categorias de dependência, avaliação de critérios de saúde para elegibilidade para serviços, preferências e necessidades das pessoas idosas e cuidadores.
- ✔ Formular mecanismos de controle para garantir que os prestadores de serviços (públicos, privados ou filantrópicos) estejam respeitando as normas mínimas, conforme fiscalizado por instituições independentes, inspeções e relatórios disponíveis ao público.
- ✔ Definir linhas de cuidado baseadas em evidências (diretrizes clínicas, revisões sistemáticas e recomendações de boas práticas de organizações reconhecidas).
- ✔ Definir padrões de qualidade claros para a prestação de cuidados de longa duração em diferentes ambientes, com base em direitos fundamentais, avaliação de cuidados e preferências orientada para as necessidades (por exemplo, mecanismos de acreditação, taxas de hospitalização, lesões não intencionais ou danos como úlceras de pressão e quedas, níveis de satisfação e incidentes relacionados a medicamentos, como supermedicação e erros de medicação).
- ✔ Definir processos e procedimentos claros para criar linhas de cuidado integradas e centradas na pessoa (políticas de transição, priorização de casos, gestão de casos e cuidados).
- ✔ Prestar serviços integrados e centrados na pessoa em tempo hábil, incluindo todos os aspectos do continuum do cuidado (prevenção, promoção, tratamento, reabilitação, palição, componentes assistivos e apoio social e aos cuidadores).
- ✔ Definir estratégias para sistemas de coordenação e comunicação entre prestadores de serviços, profissionais de saúde, usuários e cuidadores, incluindo o compartilhamento de informações entre médicos sobre atenção ao paciente..

## QUADRO 11. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS: EXEMPLO DE PAÍS

### Catar

De acordo com as prioridades nacionais do Catar, o Departamento de Geriatria e Cuidados de Longa Duração da Hamad Medical Corporation implementou serviços diversificados para garantir a prestação de cuidados abrangentes para pessoas idosas com necessidades de cuidados de longa duração de forma oportuna, centrada na pessoa, totalmente integrada, acessível e equitativa. O sistema de cuidados de longa duração facilita a identificação e avaliação proativa de pacientes com necessidades contínuas de cuidados, a transição de pacientes para ambientes apropriados e a coordenação dos serviços de prestação de cuidados em todo o Catar.

Para fornecer cuidados centrados na pessoa em um ambiente domiciliar, foram estabelecidos serviços integrados e coordenados nacionalmente de home care e saúde móvel, garantindo assim uma gestão de referência centralizada e uma abordagem unificada para gerenciar as necessidades complexas das pessoas idosas por meio de uma maior utilização dos recursos disponíveis e com adequado envolvimento dos serviços sociais. Estão disponíveis vários serviços periféricos de longa duração, em colaboração com os centros de atenção primária à saúde.

Os serviços de internação de longa permanência são projetados e equipados para receber pacientes com necessidades complexas que precisam de cuidados médicos e de enfermagem prolongados. Uma equipe especializada no local oferece atendimento abrangente com base em avaliações diárias para ajudar continuamente os pacientes a reduzir sua dependência de dispositivos assistivos e recuperar o máximo de independência funcional possível.

Vários serviços foram criados para garantir a continuidade do acesso aos serviços durante a pandemia de COVID-19, incluindo orientação geriátrica por telefone e telemedicina, telefarmácia para ajudar as pessoas idosas a continuar tomando seus medicamentos e uma linha telefônica de ajuda para pessoas que vivem com demência e seus cuidadores, reconhecendo que os serviços de apoio são essenciais para pessoas idosas que necessitam de cuidados de longa duração.

**Centros de atendimento especializados para pessoas idosas** oferecem atendimento médico centrado no paciente enquanto apoiam os pacientes na recuperação ou manutenção de níveis ideais de funcionalidade. Ao contrário de um ambiente hospitalar tradicional, esses centros adotam uma abordagem centrada na pessoa e baseada no cuidado, incluindo um foco em interações compassivas entre paciente e profissional, no acesso a informações, no envolvimento da família e do paciente e no ambiente físico de atendimento.

**Serviços de home care de base comunitária** ajudam as pessoas idosas na transição de instituições de longa permanência após um agravo agudo para o ambiente doméstico, ajudando-os a aprender maneiras de superar os efeitos de sua lesão ou doença por meio de estratégias compensatórias. Além disso, várias atividades asseguram o envolvimento dos residentes por meio de atividades sociais, terapia de grupo e programas de envolvimento familiar que os preparam ainda mais para a reintegração na comunidade a longo prazo.

## Elemento 6. Inovação e pesquisa

A inovação e a pesquisa devem impulsionar o desenvolvimento e a expansão dos serviços de cuidados de longa duração para a prestação de cuidados equitativos, sustentáveis e eficazes. A pesquisa e a inovação devem basear-se nas prioridades das partes interessadas, incluindo as próprias pessoas idosas, e soluções inovadoras devem ser fornecidas de forma equitativa entre os vários grupos populacionais para evitar o aumento das disparidades de saúde entre as pessoas idosas. A tecnologia assistiva, em particular, tem o potencial de ajudar a compensar a perda de capacidade intrínseca e restaurar a habilidade funcional.

A pesquisa também é vital para gerar respostas a questões-chave, como avançar o conhecimento a respeito da centralização dos serviços na pessoa, a otimização da habilidade funcional e o que funciona e não funciona em termos de cuidados de longa duração em diferentes contextos. Cada país deve ter uma estratégia para incentivar o desenvolvimento e a adoção de novas soluções de tecnologia assistiva para atender às necessidades das pessoas idosas.

### Estratégia para estimular a inovação tecnológica

Recomenda-se que os países tenham suas próprias estratégias para promover o desenvolvimento e a adoção de tecnologias emergentes, considerando suas preferências culturais, níveis de letramento digital e principais necessidades de soluções digitais avançadas. As parcerias com a indústria, outras entidades do setor privado e a sociedade civil devem ser incentivadas, tanto para reduzir custos quanto para otimizar a aceitação. Essa estratégia também pode incluir inovações para a comunicação com a força de trabalho e para a comunicação entre usuários e prestadores de serviços.

### Saúde digital

O uso de tecnologias e soluções digitais ainda é baixo entre a população idosa, particularmente entre as pessoas idosas que vivem em ambientes com poucos recursos e pertencem a grupos raciais e étnicos sub-representados (69, 70). O envelhecimento também pode ser uma barreira importante que impede as pessoas idosas de usar a tecnologia (71, 72). No entanto, as soluções tecnológicas têm potencial para facilitar o acesso à informação, ser facilmente escaláveis, facilitar a comunicação entre prestadores de serviços e usuários, oferecer boa relação custo-benefício, ter maior alcance em populações isoladas e serem facilmente atualizadas e adaptadas às necessidades. A tecnologia e as soluções digitais podem ajudar na

autogestão das necessidades de cuidados de saúde das pessoas idosas, na gestão dos medicamentos, na estimulação cognitiva e social e na formação e apoio aos cuidadores. Internet e equipamentos podem ser fornecidos por meio de incentivos à indústria ou por meio de atividades intergeracionais, inclusive nas escolas. Devem-se envidar esforços para facilitar a capacitação em saúde digital para pessoas idosas e seus cuidadores, incluindo a melhoria do letramento digital, particularmente para pessoas de grupos com poucos recursos e sub-representados.

### Produtos assistivos

A tecnologia assistiva é “a aplicação de conhecimentos e habilidades organizadas relacionadas a produtos assistivos, incluindo sistemas e serviços”, e é considerada um subconjunto da tecnologia em saúde. Produtos assistivos são definidos como “qualquer produto externo (incluindo dispositivos, equipamentos, instrumentos ou software), seja especialmente produzido ou amplamente disponível, cujo objetivo principal é manter ou melhorar a funcionalidade e a independência de um indivíduo e, assim, promover seu bem-estar”. Produtos assistivos também são usados para prevenir incapacidades, deficiências e problemas secundários de saúde (73). Uma lista abrangente de produtos assistivos pode ser encontrada na Lista de Produtos Assistivos Prioritários publicada conjuntamente pela OMS, pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional e pela International Disability Alliance (73).

Os produtos assistivos podem permitir que as pessoas idosas tenham uma vida saudável, produtiva, independente e digna e participem de atividades educacionais, do mercado de trabalho e da vida cívica. Eles podem ajudar a reduzir a necessidade de serviços de saúde e apoio e economizar o tempo dos cuidadores. Esses produtos podem ter benefícios socioeconômicos por meio da redução dos custos diretos de saúde e bem-estar (como internações hospitalares ou benefícios do Estado) (73).

Os produtos assistivos devem ser usados com o objetivo de promover a capacidade intrínseca, compensar a perda da habilidade funcional e promover a independência e a agência. Eles devem ser fornecidos de forma equitativa entre a população com necessidades de cuidados de longa duração. Idealmente, as necessidades de tecnologia assistiva de cada indivíduo devem ser avaliadas caso a caso. Além disso, tal avaliação deve considerar os objetivos de cada pessoa idosa e seus cuidadores quanto ao uso de produtos assistivos. É importante reconhecer que, sem uma avaliação completa da necessidade e do potencial de treinamento e acompanhamento, uma proporção significativa dos produtos assistivos pode acabar não sendo utilizada de forma eficaz.

## Prioridades de pesquisa definidas

As prioridades de pesquisa para cuidados de longa duração devem ser definidas com base em dados sobre o estado atual dos cuidados de longa duração em cada ambiente, dentro do contexto da agenda local e internacional sobre cuidados de longa duração. A identificação de prioridades de pesquisa

deve envolver os pontos de vista dos pesquisadores, dos formuladores de políticas e dos prestadores de serviços de saúde e assistência social, bem como das pessoas idosas e seus cuidadores. É preciso alocar financiamento adequado para que as pesquisas atinjam seus objetivos, e estes devem ser reavaliados regularmente.

## Aspectos-chave a serem considerados para a inovação e pesquisa em cuidados de longa duração

O Quadro 12 apresenta os principais aspectos que devem ser considerados para a inovação e pesquisa em cuidados de longa duração, enquanto o Quadro 13 apresenta exemplos de países.

### QUADRO 12. INOVAÇÃO E PESQUISA: ASPECTOS-CHAVE

Os principais aspectos que devem ser considerados para a inovação e pesquisa em cuidados de longa duração são os seguintes:

- ✔ Incentivar a pesquisa de alta qualidade e estabelecer, em colaboração com agências de pesquisa nacionais e regionais, esquemas específicos para bolsas de pesquisa dedicados aos cuidados de longa duração.
- ✔ Formular um plano de inovação e pesquisa e revisá-lo periodicamente de acordo com as políticas nacionais e subnacionais vigentes.
- ✔ Criar uma comissão consultiva de especialistas para a agenda de pesquisa em cuidados de longa duração, que deve incluir pesquisadores e principais interessados, bem como pessoas idosas e seus cuidadores.
- ✔ Identificar organizações parceiras para financiar ou cofinanciar projetos específicos que sejam percebidos como pesquisa de alta prioridade.
- ✔ Estabelecer um investimento anual em inovação e pesquisa sobre cuidados de longa duração.
- ✔ Incentivar iniciativas de pesquisa subnacionais que fornecem aos formuladores de políticas regionais informações sobre políticas econômicas, desenvolvendo bancos de dados para apoiar a análise das variações subnacionais.
- ✔ Fomentar um diálogo contínuo entre pesquisadores e usuários finais (pessoas idosas, cuidadores, funcionários de instituições de longa permanência, profissionais de home care) para identificar e abordar as lacunas de informação e qualidade nos níveis micro (necessidades das pessoas idosas e cuidadores), meso (prestação de serviços de saúde) e macro (políticas, estratégia, legislação).
- ✔ Promover melhoria da qualidade da formação e capacitação dos recursos humanos, incentivando programas de pós-graduação e jovens pesquisadores.
- ✔ Gerar indicadores para medir o nível de implementação de inovação e pesquisa sobre a prática de cuidados de longa duração.
- ✔ Facilitar e incentivar a inovação tecnológica e de políticas, alavancando agências e centros nacionais e regionais para o desenvolvimento dos cuidados de longa duração.
- ✔ Promover a adoção e aceitação das inovações por meio de parcerias (com universidades, institutos de pesquisa, redes e parceiros de negócios).
- ✔ Criar mecanismos para acelerar a inovação no setor, apoiando a implementação de estratégias e programas bem validados para a prática de cuidados de longa duração.
- ✔ Divulgar experiências de inovação e casos de sucesso na adoção de soluções para cuidados de longa duração e formas inovadoras de realizar intervenções.

- ✓ Valorizar a experiência dos profissionais de cuidados de longa duração e dos prestadores de serviços de cuidado por meio da implementação de programas de inovação orientados para o pessoal e para os prestadores de cuidados.
- ✓ Fomentar o desenvolvimento de tecnologias de informação digital para facilitar a comunicação e a troca de informações entre setores e partes interessadas.

## QUADRO 13. INOVAÇÃO E PESQUISA: EXEMPLOS DE PAÍSES

### Países Baixos

O governo dos Países Baixos, sob a liderança do Ministério da Saúde, Bem-Estar e Esporte, tem investido consistentemente em colaborações com universidades e outras organizações independentes para desenvolver uma infraestrutura de conhecimento dedicada aos cuidados de longa duração. As organizações envolvidas incluem o Instituto Holandês de Pesquisa em Serviços de Saúde (Nivel, na sigla em holandês), o Centro de Especialização para Cuidados de Longa Duração (Vilans, na sigla em holandês) e o *Living Lab in Aging and Long-Term Care* (com seis unidades distribuídas por todo o país).

O Vilans é um exemplo de organização nacional de conhecimento independente que realiza tarefas a pedido do governo, usando inovação e pesquisa para desenvolver e divulgar informações e implementar boas práticas. O Vilans trabalha em colaboração com clientes, familiares, profissionais de saúde e outros parceiros de política e se concentra em três áreas principais: trabalho orientado para a pessoa, atendimento de qualidade e eficácia e transformação digital. Vários projetos inovadores estão sendo realizados pelo Vilans, como o POSTHCARD (*PersOnalized SimulaTion Helping Caregivers to Cope with Alzheimere Disease* – Simulação Personalizada para Ajudar Cuidadores a Lidarem com a Doença de Alzheimer, em tradução livre) e o GUARDIAN, um robô de cuidado que serve como acompanhante e interage com pessoas idosas em suas próprias casas.

O *Living Lab in Aging and Long-Term Care* (74) (Laboratório Vivo sobre Envelhecimento e Cuidados de Longa Duração, em tradução livre) foi fundado em 1998 na Universidade de Maastricht. Atualmente, é uma rede composta por pesquisadores experientes que coordenam atividades de pesquisa científica e ensino, um grupo de trabalho multidisciplinar de profissionais de cuidados de longa duração, e funcionários e pessoas idosas para auxiliar na identificação de lacunas na prática atual que precisam de mais investigação. O *Living Lab* impulsiona pesquisas científicas sobre cuidados de longa duração, em criação conjunta com os usuários finais, para abordar problemas identificados por pessoas que vivem e trabalham com cuidados de longa duração. Vários projetos de pesquisa resultaram em impactos positivos no desenvolvimento de políticas nacionais por meio de mudanças na legislação e nas políticas. Por exemplo, a pesquisa realizada pelo *Living Lab* e outros interessados sobre a redução de uso de contenção e tratamento involuntário serviu de subsídio para a nova Lei Holandesa sobre Cuidados e Coerção (janeiro de 2020).

---

## Cingapura

O *Kampung Admiralty* é o primeiro empreendimento inovador de habitação pública de Cingapura que integra um residencial para pessoas idosas com uma ampla gama de instalações sociais, de saúde, comunitárias, comerciais e de varejo sob o mesmo teto. Concluído em maio de 2017, o “*kampung*” (palavra malaia que significa vila) vertical de 11 andares oferece apartamentos tipo studio equipados com recursos específicos para pessoas idosas, centro médico, centro de envelhecimento ativo, creche, restaurantes e lojas, praça, parque e horta comunitária.

Com esta ampla gama de comodidades nas proximidades de onde as pessoas idosas vivem, o *Kampung Admiralty* foi projetado para permitir que as pessoas idosas envelheçam no lugar, incentivando-as a levar estilos de vida ativos e saudáveis e promovendo vínculos intergeracionais. Por exemplo, o centro de envelhecimento ativo oferece programas (como cursos de habilidades para a vida para pessoas idosas) e programas de saúde preventiva (como check-ups e exames de risco de queda) para ajudar a manter os residentes idosos na comunidade, saudáveis e seguros. Uma enfermeira comunitária fica de plantão para verificar os sinais vitais dos residentes e orientá-los, encaminhando-os para atendimento especializado, se necessário. O centro de envelhecimento ativo está situado ao lado de uma creche, o que facilita a realização de atividades que promovem o vínculo entre gerações.

De forma harmonizada com a mudança de paradigma para transformar o sistema de saúde de Cingapura de um sistema construído em torno dos hospitais para um sistema centrado na comunidade, o centro médico do *Kampung Admiralty* oferece serviços ambulatoriais especializados selecionados, que incluem hospital-dia para cirurgias, endoscopias, reabilitação e serviços de diagnóstico. Um centro especializado em diabetes oferece cuidados para pacientes com diabetes que têm quadros complexos. No tocante à saúde preventiva, o centro médico oferece uma série de programas de educação em saúde na comunidade e manejo de doenças crônicas. Assim, o centro médico oferece mais comodidade para que os moradores idosos possam acessar atendimento especializado sem precisar ir a um hospital. Outras características do *Kampung Admiralty* são ilustradas na Figura 6 (75).

---

Figura 6. Características do empreendimento integrado Kampung Admiralty

# UMA VILA AUTOSSUFICIENTE

Este empreendimento integrado próximo à estação de metrô Admiralty combina habitação, saúde, cuidados e lojas em um ambiente arborizado na tentativa de ser um "kampung moderno"

**Apartamentos tipo studio**

- ◀ Duas torres com cerca de 100 unidades, à venda na planta a partir de julho
- ◀ Novidades: cooktops de indução, piso resistente com aspecto de taco e varais retráteis para facilitar a secagem da roupa

**FUNCIONALIDADES ECOLÓGICAS**

**Sistema pneumático de transporte do lixo**

- ◀ Tubos a vácuo transportam o lixo dos apartamentos a recipientes vedados no subsolo, onde serão coletados pelos caminhões de lixo

**Biovaletas**

- ◀ A água da chuva será filtrada por estas áreas inclinadas de terra e vegetação no térreo

**Painéis solares**

- ◀ As torres de apartamentos serão dotadas de painéis solares para iluminar as áreas comuns, por exemplo

**Parque comunitário**

- ◀ Con árvores frutales como el rambután (o mamón chino) y la combava (o lima kafir).
- ◀ Cuenta con un patio de recreo intergeneracional para jóvenes y mayores

**Horta comunitária**

- ◀ Os residentes podem cultivar verduras, ervas e plantas ornamentais

**Centro para pessoas idosas e creche**

- ◀ Lado a lado para promover vínculos intergeracionais
- ◀ - Centro com capacidade para cerca de 100 pessoas idosas; creche com 200 vagas

**Centro Médico do Admiralty**

- ◀ Dois andares 8.500 m2 de área
- ◀ Consultas ambulatoriais, hospital-dia, reabilitação e diagnóstico

**Praça de alimentação**

- ◀ Contará com 50 barracas de comida quente e cerca de 900 lugares

**Supermercado**

- ◀ Considerando as reclamações de residentes de que os mercados da área são muito pequenos, este terá 1.000 m2 de área

**Garagem subterrânea e bicicletário**

- ◀ Dois subsolos dedicados à garagem e bicicletário mecânico com capacidade de 500 bicicletas

**Praça comunitária e lojas**

- ◀ Espaço arejado para atividades da comunidade, desde jantares em feriados nacionais até apresentações culturais
- ◀ Organizações da comunidade darão seu aporte sobre o que as 20 lojas e 2 ou 3 vendedores de alimentos e bebidas devem oferecer

Fonte: HDB  
 Texto: Janice Heng  
 Fotos: HDB  
 Infográfico: ST Graphic





# Referências

1. Decade of healthy ageing: baseline report. Genebra: OMS; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>, consultado em 7 de agosto de 2021).
2. Anderson NB, Bulatao RA, Cohen B, United States National Research Council, editores. Critical perspectives on racial and ethnic differences in health in late life. National Academies Press; 2004.
3. Alzheimer's disease and healthy aging: health disparities. Centers for Disease Control and Prevention; 2017 (<https://www.cdc.gov/aging/disparities/index.htm>, consultado em 7 de agosto de 2021).
4. Ferraro KF, Kemp BR, Williams MM. Diverse aging and health inequality by race and ethnicity. *Innovation in Aging*. 2017;1(1):igx002. doi:10.1093/geroni/igx002.
5. Kyu HH, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N et al. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1859–922. doi:10.1016/S0140-6736(18)32335-3.
6. World report on ageing and health. Genebra: OMS; 2015 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811\\_eng.pdf;jsessionid=220E0C1396B0150A25FAF88C341D3357?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=220E0C1396B0150A25FAF88C341D3357?sequence=1), consultado em 7 de agosto de 2021).
7. Global strategy and action plan on ageing and health. Genebra: OMS; 2017 (<https://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf>, consultado em 7 de agosto de 2021).
8. Decade of Healthy Ageing 2020–2030. Genebra: OMS; 2020 ([https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc\\_5](https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_5), consultado em 7 de agosto de 2021).
9. Preventing and managing COVID-19 across long-term care services: policy brief, 24 July 2020. Genebra: OMS; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Policy-Brief-Long-term-Care-2020.1>, consultado em 7 de agosto de 2021).
10. Accelerating global actions for a world without poverty: United Nations System-wide Plan of Action for the Third United Nations Decade for the Eradication of Poverty (2018–2027). Nova York: Nações Unidas; 2017 (<https://www.un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2020/03/SWAP-Poverty-Booklet-Digital-Feb27.pdf>, consultado em 7 de agosto de 2021).
11. Universal health coverage and ageing. Genebra: OMS (<https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/ageing-and-health/universal-health-coverage>, consultado em 7 de agosto de 2021).
12. Lloyd-Sherlock P, Giacomini K, Duarte M, Frank M, Nelida R, Sempe L et al. An emergency strategy for managing COVID-19 in long-term care facilities in low- and middle-income countries: the CIAT framework (version 2). *Global Platform for the Rapid Generation and Transfer of Knowledge on COVID-19 and older adults in low and middle-income countries*; 2020 (<https://corona-older.com/2020/11/24/an-emergency-strategy-for-managing-covid-19-in-long-term-care-facilities-in-low-and-middle-income-countries-the-ciat-framework-version-2/>, consultado em 7 de agosto de 2021).
13. Nolte E, Merkur S, Anell A, editors. Achieving person-centred health systems: evidence, strategies and challenges. Cambridge University Press; 2020 (<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/achieving-person-centred-health-systems-evidence-strategies-and-challenges>, consultado em 10 de agosto de 2021).
14. Integrated care for older people (ICOPE) implementation framework: guidance for systems and services. Genebra: OMS; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325669?locale-attribute=pt&>, consultado em 10 de agosto de 2021).
15. Farber N, Shinkle D. Aging in place: a state survey of livability policies and practices. National Conference of State Legislatures and AARP Public Policy Institute; 2011.

16. Towards long-term care systems in sub-Saharan Africa. WHO series on long-term care. Geneva: OMS; 2017 (<https://www.who.int/ageing/publications/WHO-LTC-series-sub-Saharan-africa.pdf?ua=1>, consultado em 10 de agosto de 2021).
17. Beard JR, Officer A, de Carvalho IA, Sadana R, Pot AM, Michel J-P et al. The world report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet*. 2016;387(10033):2145–54. doi:10.1016/S0140-6736(15)00516-4.
18. Pot AM, Briggs AM, Beard JR. The Sustainable Development Agenda needs to include long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2018;19(9):725–7. doi:10.1016/j.jamda.2018.04.009.
19. Feng Z, Glinskaya E. Aiming higher: advancing public social insurance for long-term care to meet the global aging challenge – comment on “Financing long-term care: lessons from Japan”. *International Journal of Health Policy and Management*. 2020;9(8):356–9. doi:10.15171/ijhpm.2019.121.
20. Everybody’s business: strengthening health systems to improve health outcomes – WHO’s framework for action. Geneva: OMS; 2007.
21. Stevenson DG, Cohen MA, Tell EJ, Burwell B. The complementarity of public and private long-term care coverage. *Health Affairs*. 2010;29(1):96–101. doi:10.1377/hlthaff.2009.0920.
22. Operational framework for primary health care: transforming vision into action. Draft for Member States’ consideration at the Seventy-third World Health Assembly. Geneva: OMS; 2020 ([https://www.who.int/servicedeliverysafety/operational-framework-for-primary-health-care\\_WHA73.pdf](https://www.who.int/servicedeliverysafety/operational-framework-for-primary-health-care_WHA73.pdf), consultado em 11 de agosto de 2021).
23. Joshua L. Aging and long term care systems: a review of finance and governance arrangements in Europe, North America and Asia-Pacific. Washington (DC): Banco Mundial; 2017 (<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/28952?locale-attribute=fr>, consultado em 11 de agosto de 2021).
24. Berta W, Laporte A, Wodchis W. Approaches to accountability in long-term care. Universidade de Toronto; 2014.
25. Germany: country case study on the integrated delivery of long term care. Copenhagen: Escritório Regional da OMS para a Europa; 2020 (<https://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/publications/2020/germany-country-case-study-on-the-integrated-delivery-of-long-term-care-2020>, consultado em 11 de agosto de 2021).
26. Denmark: country case study on the integrated delivery of long-term care. Copenhagen: Escritório Regional da OMS para a Europa; 2019 (<https://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/publications/2019/denmark-country-case-study-on-the-integrated-delivery-of-long-term-care-2019>, consultado em 11 de agosto de 2021).
27. Medellín N. Cost simulation tool for long term care systems. Inter-American Development Bank; 2020. doi:10.18235/0002660.
28. Scheil-Adlung X. Global estimates of deficits in long-term care protection for older persons. Geneva: International Labour Organization; 2015 ([https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---soc\\_sec/documents/publication/wcms\\_407620.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_407620.pdf), consultado em 11 de agosto de 2021).
29. Crawford R, Stoye G, Zaranko B. Long-term care spending and hospital use among the older population in England. *Journal of Health Economics*. 2021;78:102477. doi:10.1016/j.jhealeco.2021.102477.
30. Kim HB, Lim W. Long-term care insurance, informal care, and medical expenditures. *Journal of Public Economics*. 2015;125:128–42. doi:10.1016/j.jpubeco.2014.12.004.
31. Country assessment guide: the health financing progress matrix. Geneva: OMS; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240017801>, consultado em 11 de agosto de 2021).
32. Jiménez C, Requejo J, Foces M, Okumura M, Stampini M, Castillo A. Silver economy: a mapping of actors and trends in Latin America and the Caribbean. Inter-American Development Bank; 2021. doi:10.18235/0003237.
33. Okumura M, Stampini M, Buenadicha C, Castillo A, Vivanco F, Sánchez M et al. La economía plateada en América Latina y el Caribe: el envejecimiento como oportunidad para la innovación, el emprendimiento y la inclusión [The silver economy in Latin America and the Caribbean: ageing as an opportunity for innovation, entrepreneurship and inclusion]. Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2020. doi:10.18235/0002598.
34. Help wanted? Providing and paying for long-term care. Paris: OCDE; 2011.

35. Costa-Font J, Courbage C, Zweifel P. Policy dilemmas in financing long-term care in Europe. *Global Policy*. 2017;8:38–45. doi:10.1111/1758-5899.12213.
36. Ikegami N. Financing long-term care: lessons from Japan. *International Journal of Health Policy and Management*. 2019;8(8):462–6. doi:10.15171/ijhpm.2019.35.
37. Li F, Otani J. Financing elderly people's long-term care needs: evidence from China. *International Journal of Health Planning and Management*. 2018;33(2):479–88. doi:10.1002/hpm.2488.
38. Mosca I, van der Wees PJ, Mot ES, Wammes JJG, Jeurissen PPT. Sustainability of long-term care: puzzling tasks ahead for policy-makers. *International Journal of Health Policy and Management*. 2016;6(4):195–205. doi:10.15171/ijhpm.2016.109.
39. Gori C. Long-term care financing: inserting politics and resource allocation in the debate; comment on "Financing long-term care: lessons from Japan". *International Journal of Health Policy and Management*. 2019;9(2):77–9. doi:10.15171/ijhpm.2019.88.
40. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: OMS; 2017 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550109>, consultado em 11 de agosto de 2021).
41. Sakamoto H, Rahman M, Nomura S, Okamoto E, Koike S, Yasunaga H et al. Japan health system review. Escritório Regional da OMS para o Sudeste Asiático; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259941>, consultado em 11 de agosto de 2021).
42. Annual health, labour and welfare report 2011– 2012. Tóquio: Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-Estar do Japão; 2016 (<http://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw6/index.html>, consultado em 11 de agosto de 2021).
43. Olivares-Tirado P, Tamiya N, Kashiwagi M, Kashiwagi K. Predictors of the highest long-term care expenditures in Japan. *BMC Health Services Research*. 2011;11(1):103. doi:10.1186/1472-6963-11-103.
44. Villalobos Dintrans P. Is aging a problem? Dependency, long-term care, and public policies in Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2018;42:1–5. doi:10.26633/RPSP.2018.168
45. Frank RG, Cohen M, Mahoney N. Making progress: expanding risk protection for long-term services and supports through private long-term care insurance. The Scan Foundation; 2013 ([https://www.thescanfoundation.org/media/2019/07/tsf\\_ltc-financing\\_private-options\\_frank\\_3-20-13.pdf](https://www.thescanfoundation.org/media/2019/07/tsf_ltc-financing_private-options_frank_3-20-13.pdf), consultado em 17 de agosto de 2021).
46. Barber SL, Ong P, Han ZA. Long-term care in ageing populations. In: Haring R, Kickbusch I, Ganten D, Moeti M, editors. *Handbook of global health*. Springer International Publishing; 2020:1–34. doi:10.1007/978-3-030-05325-3\_65-1.
47. Preventing and managing COVID-19 across long-term care services: policy brief, 24 July 2020. Geneva: OMS; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333074>, consultado em 11 de agosto de 2021).
48. Kim H, Kwon S. A decade of public long-term care insurance in South Korea: policy lessons for aging countries. *Health Policy*. 2021;125(1):22–6. doi:10.1016/j.healthpol.2020.11.003.
49. Yang YG. Health insurance corporation opens long-term care integrated information system. *Medical Observer*; 2016 (<https://www.monews.co.kr/news/articleView.html?idxno=90304>, consultado em 12 de agosto de 2021).
50. Completion report of the long-term care integrated information system establishment project. Wonju, República da Coreia: NHIS; 2016.
51. Long-term care insurance statistical yearbook 2019. Wonju, República da Coreia: NHIS; 2020.
52. Kim YI, Kim YY, Yoon JL, Won CW, Ha S, Cho KD et al. Cohort profile: national health insurance service-senior (NHIS-senior) cohort in Korea. *BMJ Open*. 2019;9(7):e024344. doi:10.1136/bmjopen-2018-024344.
53. Kang EN et al. 2019 National survey of long-term care. Sejong, República da Coreia: Ministério da Saúde e Bem-Estar; 2021.
54. Health at a glance 2019: OECD indicators. Paris: OCDE; 2019. doi:10.1787/4dd50c09-en.
55. Surveillance of COVID-19 at long-term care facilities in the EU/EEA. European Centre for Disease Prevention and Control; 2020 (<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/surveillance-COVID-19-long-term-care-facilities-EU-EEA>, consultado em 9 de fevereiro de 2021).
56. Care work and care jobs for the future of decent work. Geneva: International Labour Organization; 2018.

57. Who cares? Attracting and retaining care workers for the elderly. Organisation for Economic Co-operation and Development; 2020 ([https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/who-cares-attracting-and-retaining-elderly-care-workers\\_92c0ef68-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/who-cares-attracting-and-retaining-elderly-care-workers_92c0ef68-en), consultado em 11 de outubro de 2021).
58. World employment and social outlook: trends 2018. Genebra: Organização Internacional do Trabalho; 2018.
59. Rodrigues R, Huber M, Lamura G. Facts and figures on healthy ageing and long-term care: Europe and North America. Viena: European Centre for Social Welfare Policy and Research; 2012.
60. Van Houtven CH, DePasquale N, Coe NB. Essential long-term care workers commonly hold second jobs and double- or triple-duty caregiving roles. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2020;68(8):1657–60.
61. de Souza Aredes J, Billings J, Giacomini KC, Lloyd-Sherlock P, Firmo JOA. Integrated care in the community: the case of the Programa Maior Cuidado ([Older Adult Care Programme](#)) in Belo Horizonte-Minas Gerais, BRA. *International Journal of Integrated Care*. 2021;21(2):28. doi:10.5334/ijic.5619.
62. Lloyd-Sherlock P, Giacomini K. Belo Horizonte's pioneering community care programme for older people. Global Platform for the Rapid Generation and Transfer of Knowledge on COVID-19 and older adults in low- and middle-income countries; 2020 (<https://corona-older.com/2020/11/24/belo-horizontes-pioneering-community-care-programme-for-older-people/>, consultado em 12 de agosto de 2020).
63. Integrated care for older people: realigning primary health care to respond to population ageing. Technical Series on Primary Care. Genebra: OMS; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326295/WHO-HIS-SDS-2018.44-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, consultado em 12 de agosto de 2021).
64. Lloyd-Sherlock P, Kalache A, Kirkwood T, McKee M, Prince M. WHO's proposal for a decade of healthy ageing. *Lancet*. 2019;394(10215):2152–3. doi:10.1016/S0140-6736(19)32522-X.
65. Cylus J, Papanicolas I, Smith PC, editors. Health system efficiency: how to make measurement matter for policy and management. Copenhagen: Escritório Regional da OMS para a Europa; 2016.
66. Joint report on health care and long-term care systems and fiscal sustainability. Institutional Paper 105. Brussels: European Commission, Economic and Financial Affairs; 2016 ([https://ec.europa.eu/info/publications/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-and-fiscal-sustainability-country-documents-2019-update\\_en](https://ec.europa.eu/info/publications/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-and-fiscal-sustainability-country-documents-2019-update_en), consultado em 11 de outubro de 2021).
67. Patient-centred healthcare indicators review. International Alliance of Patients' Organizations; 2012 (<https://iapo.org.uk/sites/default/files/files/IAPO%20Patient-Centred%20Healthcare%20Indicators%20Review.pdf>, consultado em 11 de outubro de 2021).
68. Santana M-J, Ahmed S, Lorenzetti D, Jolley RJ, Manalili K, Zelinsky S et al. Measuring patient-centred system performance: a scoping review of patient-centred care quality indicators. *BMJ Open*. 2019;9(1):e023596.
69. Choi NG, DiNitto DM. The digital divide among low-income homebound older adults: internet use patterns, eHealth literacy, and attitudes toward computer/internet use. *Journal of Medical Internet Research*. 2013;15(5):e93. doi:10.2196/jmir.2645.
70. Yoon H, Jang Y, Vaughan PW, Garcia M. older adults' internet use for health information: digital divide by race/ethnicity and socioeconomic status. *Journal of Applied Gerontology*. 2020;39(1):105–10. doi:10.1177/0733464818770772.
71. Mannheim I, Schwartz E, Xi W, Buttigieg SC, McDonnell-Naughton M, Wouters EJM et al. Inclusion of older adults in the research and design of digital technology. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019;16(19):3718. doi:10.3390/ijerph16193718.
72. Ageing: ageism. Genebra: OMS (<https://www.who.int/westernpacific/news/q-a-detail/ageing-ageism>, consultado em 12 de agosto de 2021).
73. Priority assistive products list: improving access to assistive technology for everyone, everywhere. World Health Organization, United States Agency for International Development, and International Disability Alliance; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/207694>, consultado em 12 de agosto de 2021).
74. Verbeek H, Zwakhalen SMG, Schols JMGA, Kempen GIJM, Hamers JPH. The Living Lab in Ageing and Long-Term Care: a sustainable model for translational research improving quality of life, quality of care and quality of work. *Journal of Nutrition, Health and Aging*. 2020;24(1):43–7. doi:10.1007/s12603-019-1288-5.
75. Heng J, Chua G. Modern kampung to launch in July BTO. Cingapura: Straits Times; 2014.

# Anexo 1. Lista de verificação dos principais pontos de ação para fortalecer os sistemas de cuidados de longa duração

## Como usar a lista de verificação

À medida que embarcamos na Década do Envelhecimento Saudável das Nações Unidas, o papel da OMS será o de apoiar os países no estabelecimento de sistemas de cuidados de longa duração sustentáveis e equitativos, e fornecer orientação técnica para que consigam prestar cuidados de longa duração de modo a atender às necessidades das pessoas idosas. A estrutura para os países alcançarem um *continuum* integrado de cuidados de longa duração pode orientar os países na avaliação dos componentes em nível de sistema e na implementação de ações sustentáveis e equitativas de cuidados de longa duração.

Ao aplicar essa lista de verificação, os países podem começar a moldar seus sistemas de cuidados de longa duração como pré-requisito para a cobertura universal de saúde e promover o investimento na força de trabalho de cuidados de longa duração, incluindo cuidadores. A lista de verificação ajudará os países a visitar seus sistemas existentes, identificar possíveis lacunas e, em última instância, facilitará o planejamento das próximas etapas.

Esta lista de verificação destina-se principalmente a governos e formuladores de políticas, tanto nacionais quanto subnacionais, para ajudar os países a cumprir sua meta de estabelecer uma prestação de cuidados de longa duração eficaz e sustentável (para cuidadores e profissionais de cuidados). Além disso, muitas ações são relevantes para outras partes interessadas em nível nacional, como organizações não governamentais, setor privado, prestadores de serviços de saúde e parceiros de desenvolvimento. Este documento também pode ser útil para identificar áreas que requerem mais pesquisa por parte de instituições acadêmicas.

A lista de verificação deve ser:

- usada como uma ferramenta de referência geral para avaliar a situação dos cuidados de longa duração no país no nível macro, em conjunto com outros produtos normativos harmonizados e mais aprofundados sobre cuidados de longa duração pela OMS;
- adaptada aos contextos nacionais e locais, levando em consideração as políticas, orientações, riscos locais, requisitos, normas e práticas do país;
- usada periodicamente para monitorar o progresso da preparação do país para fornecer um *continuum* integrado de serviços de cuidados de longa duração.

Para cada um dos itens-chave descritos abaixo, escolha uma das seguintes opções:

- **Não disponível:** indica que a ação ainda não foi iniciada.
- **Parcialmente funcional, iniciada, implementada ou coberta:** indica que a ação em questão foi iniciada, mas apenas parcialmente criada ou implementada.
- **Plenamente funcional, implementada e coberta:** indica que a ação em questão foi totalmente implementada e está sendo continuamente refinada e aprimorada.



## GOVERNANÇA

## Avaliação

- | 1. Incluir os cuidados de longa duração no portfólio dos governos nacionais e regionais ou municipais, com a designação de um órgão de coordenação focal dedicado com o objetivo de alcançar a liderança e envolver os representantes da comunidade e outras partes interessadas relevantes.                       |  |  |  |
|--|--|--|--|
| 2. Formular legislação para cuidados de longa duração que inclua um mandato para a estrutura de governança, mecanismo de financiamento, prestação de serviços com uma população-alvo definida e monitoramento da qualidade do atendimento e do desempenho.   |  |  |  |
| 3. Formular legislação para garantir a proteção dos direitos e prerrogativas das pessoas idosas e dos cuidadores.  |  |  |  |
| 4. Estabelecer um plano, estratégia ou estrutura nacional (e regional, conforme seja relevante) abrangente que defina direções e desfechos para alcançar um sistema de cuidados de longa duração organizado e sustentável, operacionalizado em nível subnacional, com uma população-alvo especificada.             |  |  |  |
| 5. Mapear as principais partes interessadas para o desenvolvimento de políticas e estratégias sobre cuidados de longa duração.   |  |  |  |
| 6. Formular um documento explícito de política sobre cuidados de longa duração, desenvolvido como um documento nacional independente, geralmente incluindo um processo em vários estágios para as partes interessadas, liderado ou apoiado pela entidade governamental focal dedicada a cuidados de longa duração. |  |  |  |
| 7. Dirigir as funções do governo nacional, regional e municipal na garantia, financiamento, regulamentação e prestação de serviços de cuidados de longa duração, incluindo as funções de prestadores de serviço públicos e privados e organizações não governamentais.   |  |  |  |
| 8. Estabelecer uma agenda de ação detalhada com estratégias de implementação essenciais.   |  |  |  |
| 9. Criar e apoiar um órgão decisório ordinário para integrar todos os níveis do setor de cuidados de longa duração, incluindo a colaboração de organizações de saúde e da força de trabalho social, visando fomentar o diálogo e formular processos, normas, padrões e regulamentos.                               |  |  |  |
| 10. Definir estratégias e ações para facilitar a liderança, fomentar a colaboração entre os sistemas de saúde e social e permitir alianças para promover modelos mais integrados de cuidados de longa duração.   |  |  |  |
| 11. Definir como os recursos públicos serão alocados e distribuídos para a implementação do plano nacional ou subnacional de forma sustentável.  |  |  |  |
| 12. Distribuir e coordenar orçamentos nos vários níveis de governança para implementar um sistema integrado de cuidados de longa duração.  |  |  |  |
| 13. Promover colaboração intersetorial (saúde e outros setores governamentais, bem como representantes de grupos privados, voluntários e sem fins lucrativos) para construir objetivos comuns e alocar recursos.   |  |  |  |
| 14. Estabelecer mecanismos para revisar e compartilhar o progresso em direção às metas da política nacional de cuidados de longa duração, conforme definido no plano ou estrutura.   |  |  |  |
| 15. Estabelecer e aprimorar constantemente as medidas para rastrear e monitorar o plano nacional de cuidados de longa duração para verificar se ele está sendo implementado como pretendido e se as estratégias estão sendo seguidas.  |  |  |  |

## Avaliação

16. Configurar atividades de auditoria para medir o desempenho e a transparência dos órgãos responsáveis.
17. Monitorar o desempenho dos serviços de cuidados de longa duração em termos de eficácia, eficiência, economia, conformidade com leis e regulamentos, requisitos contratuais, requisitos de concessão e políticas e procedimentos organizacionais.
18. Desenvolver políticas trabalhistas, incluindo políticas de proteção trabalhista, para esclarecer os direitos, prerrogativas e obrigações das partes na relação empregatícia, incluindo um contexto de não discriminação e proteção contra a violência.
19. Definir normas, procedimentos e regulamentos trabalhistas para cuidadores e profissionais do cuidado, incluindo aspectos como condições de trabalho, salários, horário de trabalho, mecanismos de remuneração e estratégias para superar a informalidade.
20. Promover o reconhecimento da força de trabalho de cuidados de longa duração e a observância das normas de saúde e segurança ocupacional.
21. Fornecer um programa de treinamento contínuo para cuidadores (não remunerados ou remunerados) e formular leis sobre os requisitos de treinamento e certificação para acreditar pessoas com experiência na prestação de cuidados.
22. Firmar parcerias com grupos e interessados nacionais, subnacionais e locais para identificar e fortalecer mecanismos visando engajar e empoderar as comunidades nos processos de governança.
23. Formular e regulamentar padrões de qualidade para os serviços de cuidados de longa duração, sejam eles prestados por organizações públicas, privadas ou sem fins lucrativos, estabelecendo padrões mínimos de qualidade para os prestadores por meio de licenciamento e certificação e realizando inspeções periódicas para garantir o cumprimento e monitorar o desempenho em termos de qualidade.



## 2. FINANCIAMENTO SUSTENTÁVEL

## Avaliação

24. Estabelecer um sistema público para o financiamento dos cuidados de longa duração, com um conjunto definido de critérios de elegibilidade que são usados para determinar o acesso e o direito a uma gama de serviços, financiados pelo governo, que devem estar disponíveis para as pessoas, bem como as responsabilidades pelos cuidados de longa duração, reconhecendo que este não precisa ser um sistema de financiamento autônomo, mas sim um sistema de financiamento previsível que esteja bem integrado com os outros sistemas, social e de saúde.
25. Garantir que receitas públicas sejam alocadas e agrupadas para fins redistributivos visando apoiar o acesso equitativo aos cuidados de longa duração e alocar um orçamento sustentável para financiar os cuidados de longa duração e aspectos a eles relacionados (por exemplo, sistemas de informação sobre os cuidados de longa duração).
26. Estabelecer mecanismos de financiamento para garantir o uso equitativo e a cobertura universal de cuidados de longa duração e para apoiar a atenção integrada à pessoa idosa (por exemplo, financiamento baseado em resultados, pagamento por desempenho e remuneração por pacote – modelo bundle).
27. Garantir que os sistemas de gestão das finanças públicas sejam baseados nas principais necessidades da população local e sejam capazes de alocar, distribuir, executar e contabilizar os fundos.



## Avaliação

- | 28. Implementar mecanismos para garantir que aqueles que não podem contribuir para o sistema de seguridade social (como as pessoas que não estão formalmente empregadas) ainda gozem de cobertura, se necessário.  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| 29. Estabelecer ferramentas precisas para medição das despesas correntes com os cuidados de longa duração como proporção de outras despesas (por exemplo, despesas totais com saúde ou PIB), como parte de uma metodologia de contas nacionais de saúde. |  |  |  |
| 30. Garantir que o financiamento seja baseado em dados exatos sobre os custos dos serviços (ver elemento 3).   |  |  |  |
| 31. Criar medidas e subsídios para reduzir os custos em que incorrem os cuidadores informais (por exemplo, um subsídio em espécie, licença remunerada, serviços temporários de cuidado ou folga para cuidar de familiares).                              |  |  |  |



## 3. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

## Avaliação

- | 32. Identificar a expectativa de vida atual e prevista (por exemplo, idade mediana, expectativa de vida), crescimento populacional (por exemplo, taxa de fecundidade, tendências de migração) e taxa de dependência na idade avançada (população em idade ativa em relação às pessoas idosas). |  |  |  |
|--|--|--|--|
| 33. Realizar pesquisas junto às populações sobre comorbidades crônicas e fatores de risco para o declínio e perda da capacidade intrínseca e da habilidade funcional, de modo a estimar e antecipar-se às necessidades.  |  |  |  |
| 34. Monitorar e avaliar os níveis de cuidados e necessidades de apoio de pessoas idosas e cuidadores.  |  |  |  |
| 35. Integrar e vincular os sistemas de informação sobre cuidados de longa duração com os sistemas de informação de saúde, para assegurar abordagens centradas na pessoa.   |  |  |  |
| 36. Avaliar e monitorar o desempenho dos cuidados de longa duração com base em uma ampla e atualizada gama de fontes de dados, incluindo sistemas de informação institucionais, sistemas de vigilância de saúde pública e pesquisas de base populacional.                                      |  |  |  |
| 37. Pesquisar a situação socioeconômica das pessoas idosas (tamanho da família, local de residência, situação de renda familiar, taxas de pobreza).  |  |  |  |
| 38. Pesquisar tendências de incapacidade (por exemplo, anos de vida ajustados por incapacidade, principal causa de incapacidade).  |  |  |  |
| 39. Estabelecer indicadores para mensurar o bem-estar (por exemplo, satisfação com a vida, qualidade de vida relacionada à saúde) e o estado de saúde das pessoas idosas e cuidadores.   |  |  |  |
| 40. Criar conjuntos integrados de dados mínimos (desfechos clínicos, metas de serviços integradas, medidas compostas de qualidade) coletados rotineiramente para apoiar o compartilhamento e melhorar a qualidade das informações entre todas as partes interessadas.                          |  |  |  |
| 41. Determinar indicadores intersectoriais de distribuição, qualidade e equidade dos cuidados (por exemplo, disponibilização de adaptações domiciliares, transporte e segurança alimentar e nutricional).  |  |  |  |





## Avaliação

- | 42. Identificar o número e a distribuição geográfica dos centros comunitários e o número de pessoas que utilizam esses serviços.   |  |  |  |
|--|--|--|--|
| 43. Auditar o número de instituições de longa permanência, sua distribuição geográfica, níveis de complexidade, número de leitos e número de cuidadores por número de leitos.  |  |  |  |
| 44. Mapear o número de profissionais de saúde que prestam cuidados de longa duração (por exemplo, médicos generalistas, enfermeiros institucionais e comunitários, assistentes sociais, psicólogos, geriatras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, gerontólogos, cuidadores).  |  |  |  |
| 45. Mapear o número de profissionais que trabalham nas interfaces ou transições de atendimento (por exemplo, adidos médicos, gerentes de caso da assistência social, enfermeiros atuando como gerentes de alta).   |  |  |  |
| 46. Auditar o número e as características das pessoas idosas que recebem cuidados de longa duração e seus cuidadores.  |  |  |  |
| 47. Formular medidas para avaliação da qualidade (como taxas de internação evitável, integração de serviços, desfechos clínicos, satisfação do usuário, tempo de espera).  |  |  |  |
| 48. Mapear e gerar relatórios das características dos serviços prestados (tipo: privado versus público, tamanho, quantidade, distribuição geográfica e de qualidade), incluindo serviços domiciliares (programas de extensão, serviços de centro-dia, serviços de apoio em unidades básicas de saúde), centros de base comunitária (centros-dia e serviços-dia, cuidados temporários, serviços de apoio em unidades básicas de saúde) e instituições de longa permanência (lares de idosos, residências assistidas, casas de repouso, hospedarias para pacientes terminais). |  |  |  |
| 49. Gerar dados detalhados sobre financiamento (por exemplo, gastos do próprio bolso com cuidados de longa duração, cobertura com base na elegibilidade, número de pessoas com direito a cuidados de longa duração submetidas a uma avaliação de necessidades no ano passado, proporções de cada tipo de serviços de cuidados de longa duração prestado e por qual setor, financiamento de sistemas de saúde versus financiamento dedicado para cuidados de longa duração, proporção de cuidados prestados por cuidadores informais e seus custos).                          |  |  |  |



## 4. FORÇA DE TRABALHO

## Avaliação

- | 50. Identificar e atualizar regularmente o número de cuidadores (familiares, amigos, voluntários, remunerados e não remunerados), os seus perfis e necessidades.  |  |  |  |
|---|--|--|--|
| 51. Identificar e atualizar regularmente as taxas de rotatividade da força de trabalho de cuidados de longa duração de acordo com cada ambiente (domicílio, centro comunitário, instituição de longa permanência).  |  |  |  |
| 52. Formular políticas e legislação sobre cadastro, requisitos, padrões curriculares, competências essenciais e certificação para cuidadores e profissionais de cuidados em cada ambiente de cuidados de longa duração (incluindo serviços de home care e instituições de longa permanência). |  |  |  |
| 53. Regulamentar uma inspeção pedagógica anual, requisitos de formação e supervisão pedagógica assegurados periodicamente, por um órgão de supervisão credenciado, para o pessoal de cada instituição de longa permanência.   |  |  |  |
| 54. Formular mecanismos de avaliação da capacidade atual da força de trabalho (cursos de especialização, treinamento e reciclagem) e monitoramento (por exemplo, habilidades, satisfação).  |  |  |  |



## Avaliação



55. Formular e estabelecer mecanismos para garantir a equidade de gênero na prestação de cuidados (por exemplo, trabalho flexível e oportunidades de aprendizado para mulheres que são ou foram cuidadoras, benefícios e direitos para retornar ao mercado de trabalho).
56. Formular e estabelecer mecanismos para garantir a retenção de pessoal e proporção mínima de pessoal (por exemplo, acordos de trabalho flexíveis, pisos salariais, prêmios baseados em metas, desenvolvimento de carreira e promoção).
57. Definir estratégias para medir a disponibilidade de iniciativas de capacitação da força de trabalho que respondam às necessidades da população.
58. Formular políticas para apoiar os cuidadores e promover o seu bem-estar mental e físico (por exemplo, descanso, centros-dia, apoio domiciliário, iSupport da OMS e mDementia).



## 5. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

## Avaliação



59. Estabelecer um processo de formulação de estratégia para garantia de qualidade.
60. Definir uma estratégia para medidas relacionadas à qualidade e estabelecer um órgão responsável pelo controle de qualidade.
61. Estabelecer avaliações da qualidade dos serviços prestados conforme percebida pelos usuários e prestadores.
62. Planejar a prestação de serviços com base em dados exatos sobre o número de serviços de home care, centros comunitários e instituições de longa permanência.
63. Definir protocolos padronizados de avaliação centrados na pessoa, incluindo graus ou níveis de categorias de dependência, avaliação de critérios de saúde para elegibilidade para serviços, preferências e necessidades das pessoas idosas e cuidadores.
64. Formular mecanismos de controle para garantir que os prestadores de serviços (públicos, privados ou filantrópicos) estejam respeitando as normas mínimas, conforme fiscalizado por instituições independentes, inspeções e relatórios disponíveis ao público.
65. Definir linhas de cuidado baseadas em evidências (diretrizes clínicas, revisões sistemáticas e recomendações de boas práticas de organizações reconhecidas).
66. Definir padrões de qualidade claros para a prestação de cuidados de longa duração em diferentes ambientes, com base em direitos fundamentais, avaliação de cuidados e preferências orientada para as necessidades (por exemplo, mecanismos de acreditação, taxas de hospitalização, lesões não intencionais ou danos como úlceras de pressão e quedas, níveis de satisfação e incidentes relacionados a medicamentos, como supermedicação e erros de medicação).
67. Definir processos e procedimentos claros para criar linhas de cuidado integradas e centradas na pessoa (políticas de transição, priorização de casos, gestão de casos e cuidados).
68. Prestar serviços integrados e centrados na pessoa em tempo hábil, incluindo todos os aspectos do continuum do cuidado (prevenção, promoção, tratamento, reabilitação, palição, componentes assistivos e apoio social e aos cuidadores).





## Avaliação



69. Definir estratégias para sistemas de coordenação e comunicação entre prestadores de serviços, profissionais de saúde, usuários e cuidadores, incluindo o compartilhamento de informações entre médicos sobre atenção ao paciente.



## 6. INOVAÇÃO E PESQUISA

## Avaliação



70. Incentivar a pesquisa de alta qualidade e estabelecer, em colaboração com agências de pesquisa nacionais e regionais, esquemas específicos para bolsas de pesquisa dedicados aos cuidados de longa duração.
71. Formular um plano de inovação e pesquisa e revisá-lo periodicamente de acordo com as políticas nacionais e subnacionais vigentes.
72. Criar uma comissão consultiva de especialistas para a agenda de pesquisa em cuidados de longa duração, que deve incluir pesquisadores e principais interessados, bem como pessoas idosas e seus cuidadores.
73. Identificar organizações parceiras para financiar ou cofinanciar projetos específicos que sejam percebidos como pesquisa de alta prioridade.
74. Estabelecer um investimento anual em inovação e pesquisa sobre cuidados de longa duração.
75. Incentivar iniciativas de pesquisa subnacionais que fornecem aos formuladores de políticas regionais informações sobre políticas econômicas, desenvolvendo bancos de dados para apoiar a análise das variações subnacionais.
76. Fomentar um diálogo contínuo entre pesquisadores e usuários finais (pessoas idosas, cuidadores, funcionários de instituições de longa permanência, profissionais de home care) para identificar e abordar as lacunas de informação e qualidade nos níveis micro (necessidades das pessoas idosas e cuidadores), meso (prestação de serviços de saúde) e macro (políticas, estratégia, legislação).
77. Promover melhoria da qualidade da formação e capacitação dos recursos humanos, incentivando programas de pós-graduação e jovens pesquisadores.
78. Gerar indicadores para medir o nível de implementação de inovação e pesquisa sobre a prática de cuidados de longa duração.
79. Facilitar e incentivar a inovação tecnológica e de políticas, alavancando agências e centros nacionais e regionais para o desenvolvimento dos cuidados de longa duração.
80. Promover a adoção e aceitação das inovações por meio de parcerias (com universidades, institutos de pesquisa, redes e parceiros de negócios).
81. Criar mecanismos para acelerar a inovação no setor, apoiando a implementação de estratégias e programas bem validados para a prática de cuidados de longa duração.
82. Divulgar experiências de inovação e casos de sucesso na adoção de soluções para cuidados de longa duração e formas inovadoras de realizar intervenções.
83. Valorizar a experiência dos profissionais de cuidados de longa duração e dos prestadores de serviços de cuidado por meio da implementação de programas de inovação orientados para o pessoal e para os prestadores de cuidados.





## 6. INOVAÇÃO E PESQUISA

### Avaliação

84. Fomentar o desenvolvimento de tecnologias de informação digital para facilitar a comunicação e a troca de informações entre setores e partes interessadas.



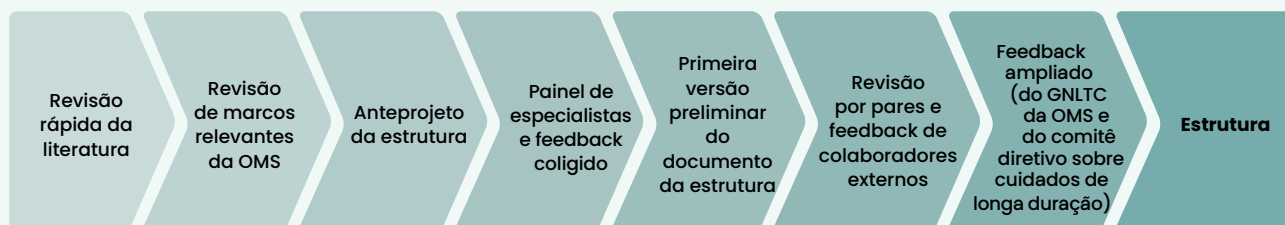
# Anexo 2. Metodologia para o desenvolvimento da estrutura

Os componentes da estrutura foram desenvolvidos para serem consistentes com os objetivos da Estratégia Global e Plano de Ação sobre Envelhecimento e Saúde. Eles refletem a estrutura apresentada no Relatório mundial sobre envelhecimento e saúde (1), e desenvolvida em Pot et al. (2). Também se baseiam na estrutura de Atenção Integrada para as Pessoas Idosas (ICOPE) (3), no Marco Operacional para a Atenção Primária à Saúde da OMS (4), no Marco Europeu de Qualidade para serviços de cuidados de longa duração (projeto WeDO) (5), no marco de avaliação de países do Escritório Regional da OMS para a Europa para a prestação integrada de cuidados de longa duração (6), no relatório da OCDE sobre prestação e pagamento de cuidados de longa duração (7), no manual da OMS sobre estratégias de saúde nacional no século XXI (8), no trabalho do Observatório

Global de Demência (9) e no manual da OMS sobre construção de sistemas de saúde (10). A estrutura também foi informada por discussões realizadas com os membros da Rede Global de Cuidados de Longa Duração (GNLTC, na sigla em inglês) e do comitê diretivo sobre cuidados de longa duração, bem como pela literatura acadêmica sobre o desempenho dos sistemas de cuidados de longa duração e sobre a definição e medição de aspectos particulares dos cuidados de longa duração. Sempre que possível, a mesma redação e as mesmas definições foram usadas para garantir transferibilidade e consistência entre as várias políticas.

O processo entre a criação da nota conceitual da estrutura até a publicação de sua versão final foi baseado em um processo reflexivo, colaborativo e iterativo, conforme mostra a Figura A2.1.

Figura A2.1 Abordagem usada para redigir o documento da estrutura



## Referências: Anexo 2

1. World report on ageing and health. Genebra: OMS; 2015 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811\\_eng.pdf;jsessionid=220E0C1396B0150A25FAF88C341D3357?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=220E0C1396B0150A25FAF88C341D3357?sequence=1), consultado em 7 de agosto de 2021).
2. Pot AM, Briggs AM, Beard JR. The Sustainable Development Agenda needs to include long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2018;19(9):725–7. doi:10.1016/j.jamda.2018.04.009.
3. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Genebra: OMS; 2017 (<https://www.who.int/publications/item/9789241550109>, consultado em 11 de agosto de 2021).
4. Operational framework for primary health care: transforming vision into action. Draft for Member States' consideration at the Seventy-third World Health Assembly. Genebra: OMS; 2020 ([https://www.who.int/servicedeliverysafety/operational-framework-for-primary-health-care\\_WHA73.pdf](https://www.who.int/servicedeliverysafety/operational-framework-for-primary-health-care_WHA73.pdf), consultado em 11 de agosto de 2021).
5. European Quality Framework for long-term care services. WeDO project. European Partnership for the Wellbeing and Dignity of Older People; 2012 ([https://www.age-platform.eu/sites/default/files/EU\\_Quality\\_Framework\\_for\\_LTC-EN.pdf](https://www.age-platform.eu/sites/default/files/EU_Quality_Framework_for_LTC-EN.pdf), consultado em 13 de agosto de 2021).
6. Country assessment framework for the integrated delivery of long-term care. WHO European Framework for Action on Integrated Health Services Delivery. Copenhagen: Escritório Regional da OMS para a Europa; 2019 (<https://www.euro.who.org/downloads/detail/3691>, consultado em 13 de agosto de 2021).
7. Help wanted? Providing and paying for long-term care. Paris: OCDE; 2011.
8. Strategizing national health in the 21st century: a handbook. Genebra: OMS; 2016.
9. Global Dementia Observatory (GDO). Genebra: OMS ([https://apps.who.int/gho/data/node\\_dementia](https://apps.who.int/gho/data/node_dementia), consultado em 13 de agosto de 2021).
10. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Genebra: OMS; 2010.

# Anexo 3. Revisão rápida: níveis macro e meso dos cuidados de longa duração

## Objetivo

A revisão rápida teve dois objetivos: primeiro, examinar a extensão e o tipo de literatura disponível; segundo, entender quais dados surgiram de estudos em termos de barreiras e facilitadores para a implementação de cuidados de longa duração nos níveis macro e meso, bem como quaisquer lições aprendidas em países de alta e baixa renda.

## Métodos

Uma metodologia adaptada de revisão rápida foi usada devido aos recursos limitados e ao pouco tempo disponível para a revisão. Reconhecendo a riqueza do material já produzido pela OMS, mas também por revisores anteriores, concentramo-nos na literatura publicada desde 2016 para capturar as evidências mais recentes oriundas de pesquisas e do desenvolvimento de políticas. A estratégia de busca foi limitada a revisões e revisões sistemáticas, em parte devido à limitação de tempo, mas também pois havia um ímpeto de cobrir o máximo possível da literatura ao mesmo tempo em que era preciso refletir sobre a diversidade do material e traçar os principais eixos para os formuladores de políticas.

As seguintes bases de dados foram pesquisadas em abril e maio de 2020: Cochrane Database of Systematic Reviews; PubMed; Medline; NHS Evidence; Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE); Campbell Collaboration; Web of Knowledge (Science Citation Index e Social Sciences Citation Index); SCOPUS; RePEC; ERIC; e Google Acadêmico. As revisões que exploravam cuidados de longa duração ou cuidados integrados em nível macro (sistema nacional) ou meso (serviço subnacional) foram incluídas. Não foram incluídos estudos que abrangessem somente intervenções no nível micro (linha de frente, prestação de serviços), e essa exclusão abrangeu aqueles com foco na prestação de serviços ou integração de serviços específicos ou pacotes de cuidados específicos. No entanto, isso não impediu a inclusão de estudos ou revisões que englobassem intervenções em diferentes níveis.

As buscas foram limitadas a revisões publicadas desde 2016, usando termos MeSH (DeCS) quando aplicável e palavras-chave específicas relevantes para cuidados de longa duração e cuidados integrados. Nesta revisão rápida, tomamos o cuidado de incluir uma gama variada de termos de pesquisa para garantir uma boa cobertura: *health systems, health systems organization, models of care, long-term care, social care, social services, integrated care, health integration, patient-focused care, person-centred care, health care organization, older people, formal/informal care, dependency, transferability, health policy, health policy implementation, systems enablers, policy context/development, health transformation, intersectoral collaboration, delivery of care.*

Referências relevantes citadas na literatura pesquisada também foram consultadas. A seleção final compreendeu um total de 29 revisões. Apesar dos níveis macro e meso serem o foco da revisão, vários artigos selecionados para inclusão basearam-se principalmente no nível micro, uma vez que a análise emergente apresentou implicações mais amplas.

## Achados

### Abrangência da literatura

Os cuidados de longa duração são uma área de estudo em rápido crescimento, com um aumento de oito vezes nas publicações entre 1991 e 2018, devido ao aumento do envelhecimento da população e decréscimo simultâneo da capacidade das redes de apoio familiar para ajudar aos que necessitam apoio. No entanto, as evidências são muito limitadas no tocante a estratégias de cuidados de longo prazo em países de baixa e média renda, embora haja o reconhecimento de que simplesmente importar modelos de países de alta renda para os países de baixa e média renda é inadequado. Apesar das amplas evidências para justificar a transformação dos sistemas de saúde e assistência social em nível nacional ou de política,

há uma notável falta de dados para embasar essa mudança em nível macro e, portanto, evidências limitadas de estratégias para alcançá-la.

Isso também ocorre no nível sub-nacional (ou meso). Além disso, ainda não há consenso na literatura sobre as ações que precisam ser tomadas em qualquer um desses níveis. Por outro lado, no nível micro há uma quantidade desproporcional de evidências, concentrando-se predominantemente na atenção integrada.

### Tipo de evidências

A avaliação dos modelos de atenção integrada segue ocorrendo em nível local e não nacional, informando sobre serviços ou ambientes de atenção específicos. Indicadores para mensuração do cuidado e desfechos não clínicos permanecem escassos, e a maioria não atende aos padrões de alta qualidade metodológica. Tem se mostrado desafiador avaliar programas e estruturas de atenção integrada, devido a seus objetivos variados e à falta de consistência nas terminologias e definições utilizadas. Tais dificuldades na avaliação podem ser agravadas por inadequação ou incorreção dos dados e informações, que são fundamentais para identificar os fatores de sucesso de um programa de atenção integrada e seus impactos na prestação de serviços. Além disso, apesar de uma abundância de medidas estruturais, de processo e de resultados para avaliação da integração social e de saúde no nível micro, não há um conjunto consensuado de indicadores básicos nem orientação sobre como devem ser medidos.

No nível meso, os poucos estudos que enfatizaram a compreensão do processo no sentido mais amplo e a implementação da mudança organizacional foram avaliados como carentes de evidências adequadas e relataram resultados inconsistentes. Por exemplo, não ficou claro quais mudanças estruturais na prestação de cuidados de saúde em nível local foram os mais eficazes em termos de proporcionar melhorias nos cuidados de saúde. A evidência também foi considerada insuficiente para determinar os fatores apropriados que permitem a implementação bem-sucedida da integração em saúde e assistência social, embora tenha sido relatada uma necessidade de compromissos de longo prazo pelas respectivas organizações. Os autores das revisões consultadas argumentaram que, como o cuidado integrado é um processo dinâmico, os efeitos de longo prazo precisam ser monitorados para extrair lições deles, até porque estruturas de governança, desenvolvimento de liderança adequada com objetivos claros, requisitos de força de trabalho e mecanismos de financiamento levam tempo para construir e sustentar. Da mesma

forma, uma perspectiva sistêmica mais ampla deve ser levada em conta no desenvolvimento de modelos de atenção para populações-alvo ou para serviços, a fim de que se possa desenvolver uma maior compreensão da interdependência dos elementos na implementação da integração e como eles interagem.

### Mudança de ênfase

Nos últimos anos, houve uma mudança na literatura, com maior ênfase no processo e na avaliação de abordagens, em vez de eficácia e desfechos. Além disso, foi dada maior atenção à prestação e oferta de cuidados, e não na demanda. As estruturas de cuidados recentemente integradas tendem a adotar uma abordagem de saúde populacional em vez de um foco baseado na doença, ao mesmo tempo em que clamam por uma compreensão mais completa da centralização na pessoa como forma de moldar e melhorar as interações com pacientes e cuidadores. Isso parece ter sido impulsionado não apenas pela necessidade de compreender de forma mais completa a atenção às condições crônicas, mas igualmente de avaliar o indivíduo de forma mais holística, reconhecendo o papel que os componentes não relacionados à doença desempenham.

### Lacunas

Há uma demanda crescente por evidências de iniciativas multiníveis ao longo do tempo em termos de resultados sustentáveis. É importante ressaltar que há uma necessidade de estruturas e modelos de cuidado que sejam inclusivos para aqueles com necessidades que exigem manejo de longo prazo, como multimorbidade, incluindo faixas etárias mais jovens e não apenas aqueles grupos mais velhos e frágeis. Mais criticamente, há espaço para uma compreensão mais ampla dos fatores e mecanismos contextuais que impulsionam o sucesso e sua interdependência a partir de uma perspectiva sistêmica.

Em termos de cuidados integrados, há necessidade de uma definição mais precisa dos grupos-alvo da população e das necessidades de cada perfil, com maior atenção aos fatores contextuais mais amplos, incluindo aqueles que são impulsionadores do sucesso. Além disso, como a maioria dos estudos tende a se concentrar apenas na definição dos elementos do cuidado integrado, será importante explorar estruturas e possíveis estratégias para apoiar o processo real de implementação de serviços de cuidados de longa duração.

Também no nível meso, há uma forte demanda por estudos de série temporal com maior ênfase



nos componentes da prestação organizacional de serviços locais, abrangendo a integração horizontal e vertical dentro dos cuidados de saúde e além das fronteiras organizacionais. Esses estudos poderiam se concentrar no papel dos prestadores de serviços, na confiança nas relações multidisciplinares ou na colaboração. No nível macro, política, governança, finanças e, talvez o mais importante, coordenação multissetorial desempenharão um papel essencial na contribuição para a implementação dos cuidados de longa duração. Esses desenvolvimentos podem, por sua vez, definir a necessidade de um foco maior no papel dos valores em todos os três níveis. Valores diferentes podem ser relevantes em diferentes níveis, ou seja, do nível do indivíduo para o nível da equipe, da organização e do sistema.

No nível macro, o processo de concretizar a implementação dos cuidados de longa duração pode incluir um consenso sobre objetivos desejáveis, princípios de governança ou processos de tomada de decisão, ao passo que no nível meso pode incluir a orientação de profissionais de cuidados multidisciplinares em suas relações com colegas e pacientes ou em coprodução. Em todos os níveis, o processo de implementação de cuidados de longa duração exigirá estilos de liderança adaptáveis. A clara necessidade de articular um conjunto central de desfechos contextualmente específicos para os cuidados de longa duração deve ser acompanhada pela necessidade de esclarecer definições, populações-alvo e coortes para que seja possível avaliar os impactos na saúde dentro de um contexto mais amplo, holístico e centrado no paciente.

### **Conclusão: a necessidade de uma estrutura para os cuidados de longa duração**

É necessária uma resposta à demanda por uma estrutura de cuidados de longa duração, que exige uma ampla mudança do sistema em vez de intervenções pontuais e isoladas. Isso deve ser acompanhado por dados longitudinais sobre o impacto na saúde dos serviços de cuidados de longa duração, integrados aos sistemas de saúde. Por sua vez, isso exigirá uma maior compreensão da interdependência e interação de fatores nos níveis macro, meso e micro, bem como – principalmente – o papel e o valor de processos mais adaptativos, especialmente no tocante à liderança e nas culturas profissionais e clínicas. Qualquer orientação destinada aos formuladores de políticas deve estar alinhada com evidências apropriadas e detalhadas, mas que também sejam específicas ao contexto. Acima de tudo, são necessários marcos e estruturas que avaliem a prontidão para a mudança, mudando o foco do “porquê” e “o que” para o “como fazer”.



# Glossário

**Ambiente institucional.** Instituições nas quais são prestados cuidados de longa duração, que podem incluir centros comunitários, residências assistidas, instituições de longa permanência para pessoas idosas (“lares de idosos”), hospitais e outros estabelecimentos de saúde. Os ambientes institucionais de cuidado não são definidos apenas pelo seu tamanho (1).

**Atividades de vida diária.** As atividades básicas necessárias para a vida cotidiana, como tomar banho, vestir-se, comer, deitar-se ou levantar-se da cama ou cadeira, usar o banheiro e locomover-se dentro de casa (1).

**Atividades instrumentais da vida diária.** Atividades que facilitam a vida independente, como usar o telefone, tomar medicamentos, administrar dinheiro, fazer compras, preparar refeições e usar um mapa (1).

**Autocuidado.** Atividades realizadas pelos indivíduos para promover, manter, tratar e cuidar de si mesmos, bem como para se engajar na tomada de decisões sobre sua própria saúde (1).

**Avaliação e planejamento de cuidados centrados na pessoa.** Avaliação e planejamento de cuidados que adotem conscientemente a perspectiva dos indivíduos, famílias e comunidades e os enxerguem como participantes e beneficiários dos cuidados de saúde e dos sistemas de cuidados de longa duração, que respondem às suas necessidades e preferências de forma humana e holística. O cuidado centrado na pessoa também exige que as pessoas tenham as informações e o apoio de que precisam para tomar decisões e participar de seu próprio cuidado (2).

**Capacidade intrínseca.** É o conjunto de todas as capacidades físicas e mentais que um indivíduo tem a seu dispor (1).

**Continuidade das informações.** A melhor maneira de obter continuidade das informações é contar com um sistema único de informação, ou com acesso compartilhado a registros de assistência médica e social e uma comunicação altamente eficaz – por exemplo, um fluxo contínuo de informações quando uma pessoa recebe alta dos cuidados intensivos e volta para a comunidade (na forma de um planejamento de alta eficaz).

**Continuidade de prestador.** Ser atendido sempre pelo mesmo profissional, com a oportunidade de estabelecer um relacionamento terapêutico e de confiança (um papel muitas vezes desempenhado pelo médico da atenção primária, outro profissional de saúde ou gerente de caso).

**Coordenação do cuidado.** Uma abordagem proativa que reúne profissionais e prestadores de cuidados em torno das necessidades dos usuários do serviço, para garantir que estes últimos recebam cuidados integrados e centrados na pessoa em vários ambientes (2).

**Cuidador.** Indivíduo que presta cuidados a um ou mais familiares, amigos ou membros da comunidade, geralmente de forma informal. Eles podem proporcionar cuidados regulares, ocasionais ou de rotina ou estar envolvidos na organização dos cuidados prestados por outros. Os cuidadores são diferentes dos prestadores (de um sistema formal de prestação de serviços) e, na maioria das vezes, os **cuidados que prestam não são remunerados** (1, 2).

**Cuidados assistivos.** Assistência prestada para ajudar uma pessoa a realizar uma tarefa específica, visando manter a habilidade funcional e preservar a independência (por exemplo, o cuidar).

**Cuidados paliativos.** Uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) que enfrentam problemas associados a doenças com risco de vida, e também de suas famílias, prevenindo e aliviando o sofrimento por meio da identificação precoce e avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas, sejam físicos, psicossociais ou espirituais (3, 6).

**Equipe multidisciplinar ou interdisciplinar.** Uma equipe interdisciplinar é composta por membros que trabalham juntos de forma interdependente para desenvolver metas e um plano de cuidado em comum, embora mantenham responsabilidades profissionais e atribuições individuais distintas. As funções de liderança são compartilhadas. Uma equipe multidisciplinar é composta por membros de diferentes disciplinas, às vezes de uma ou mais organizações, envolvidos na mesma tarefa (avaliar pessoas, estabelecer metas, fazer recomendações de cuidados), trabalhando lado a lado, mas funcionando de forma independente.

**Gestão de caso.** Uma abordagem de atendimento direcionada, de base comunitária e proativa que envolve a busca ativa de casos, avaliação, planejamento do atendimento e coordenação do atendimento para integrar serviços em torno das necessidades de pessoas com alto nível de risco que exigem cuidados complexos (geralmente de vários prestadores ou instituições), pessoas vulneráveis ou pessoas que têm necessidades sociais e de saúde complexas. O gerente de caso coordena o atendimento ao paciente em todo o *continuum* de cuidado (2).

**Habilidade funcional.** Os atributos relacionados à saúde que permitem que as pessoas sejam ou façam o que é importante para elas” (1).

- **Aprender, crescer e tomar decisões.** A capacidade de aprender, crescer e tomar decisões inclui esforços para continuar aprendendo e aplicando conhecimento, envolver-se na solução de problemas, continuar o desenvolvimento pessoal e ser capaz de fazer escolhas (1, 3).
- **Atender às suas necessidades básicas.** É a capacidade das pessoas idosas de gerenciar e atender às suas necessidades imediatas e futuras para garantir um padrão de vida adequado, conforme definido no artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos das Nações Unidas. Essa capacidade inclui poder pagar por uma alimentação adequada, roupas, moradia adequada e serviços de saúde e cuidados de longa duração. Também se estende a ter apoio para minimizar o impacto de choques econômicos que podem ser provocados por uma doença, deficiência ou incapacidade, perda do cônjuge ou dos meios de subsistência (4, 5).
- **Construir e manter relacionamentos.** Construir e manter relacionamentos é frequentemente identificado por pessoas idosas como fator central para seu bem-estar e, à medida que as pessoas envelhecem, elas podem dar prioridade cada vez maior a essa habilidade. É importante que as pessoas idosas tenham um leque variado de relacionamentos, inclusive com crianças e outros membros da família, relacionamentos íntimos e relacionamentos sociais informais com amigos, vizinhos, colegas e conhecidos, bem como relacionamentos mais formais com prestadores de serviços comunitários (1, 3).
- **Contribuir.** A capacidade de contribuir abrange uma infinidade de contribuições que as pessoas idosas fazem para suas famílias e comunidades – como ajudar amigos e vizinhos, orientar colegas e jovens e cuidar de familiares e da comunidade em geral. A capacidade de contribuir está intimamente associada ao engajamento em atividades sociais e culturais (1, 3).

- **Movimentar-se.** A capacidade de movimentar-se é importante para o envelhecimento saudável. Refere-se ao movimento em todas as suas formas, seja pelo corpo em si (com ou sem tecnologias assistivas) ou por um veículo. A mobilidade é necessária para os afazeres domésticos, o acesso a lojas, serviços e estabelecimentos na comunidade e a participação em atividades sociais, econômicas e culturais (3, 6).

**Instituições de longa permanência.** As instituições de longa permanência podem variar de acordo com o país. Lares de idosos, clínicas de transição, residências assistida, instituições residenciais e estabelecimentos de cuidados de longa duração são conhecidos coletivamente como instituições de longa permanência. Elas ofertam uma variedade de serviços, incluindo assistência médica e cuidados assistivos, para pessoas que não conseguem viver de forma independente na comunidade. O termo “instituições de longa permanência” não inclui home care de longa duração, centros comunitários, centros-dia ou cuidados temporários (7).

**Intervenção de saúde digital.** Para fins deste documento, uma intervenção de saúde digital é definida como uma funcionalidade dedicada de uma tecnologia digital que é aplicada para atingir objetivos de saúde. A gama de intervenções de saúde digital é ampla, e os softwares e tecnologias (aplicativos digitais) que possibilitam a entrega dessas intervenções digitais continuam a evoluir dentro da natureza inerentemente dinâmica da disciplina (1).

**Profissional do cuidado.** Prestador de cuidados vinculado a um sistema formal de prestação de serviços de cuidados de longa duração. Exemplos: cuidadores profissionalizados e formais, assistentes sociais, enfermeiros (1, 2).

**Protocolos (ou vias) de referência responsivos.** Protocolos ou diretrizes que delineiam indicações claras para o encaminhamento/referência e indicam claramente as responsabilidades de cada profissional e departamento envolvido.

**Rede social.** A rede de laços de parentesco, amizade e comunidade de cada indivíduo (1).

**Saúde digital.** Um termo abrangente que inclui eSaúde (que, por sua vez, inclui a saúde móvel ou mSaúde) e áreas emergentes, como o uso de ciências da computação nas disciplinas de inteligência artificial, big data e genômica (1).

## Referências: glossário

1. World report on ageing and health. Genebra: OMS; 2015 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811\\_eng.pdf;jsessionid=220E0C1396B0150A25FAF88C341D3357?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=220E0C1396B0150A25FAF88C341D3357?sequence=1), consultado em 7 de agosto de 2021).
2. Operational framework for primary health care: transforming vision into action. Draft for Member States' consideration at the Seventy-third World Health Assembly. Genebra: OMS; 2020 ([https://www.who.int/service-delivery-safety/operational-framework-for-primary-health-care\\_WHA73.pdf](https://www.who.int/service-delivery-safety/operational-framework-for-primary-health-care_WHA73.pdf), consultado em 11 de agosto de 2021).
3. Decade of Healthy Ageing 2020–2030. Genebra: OMS; 2020 ([https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc\\_5](https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_5), consultado em 7 de agosto de 2021).
4. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Nova York: Nações Unidas; 1949.
5. Decade of healthy ageing: baseline report. Genebra: OMS; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>, consultado em 7 de agosto de 2021).
6. Integrated care for older people (ICOPE) implementation framework: guidance for systems and services. Genebra: OMS; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325669?locale-attribute=pt&>, consultado em 10 de agosto de 2021).
7. Preventing and managing COVID-19 across long-term care services: policy brief, 24 July 2020. Genebra: OMS; 2020 ([https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Policy-Brief-Long-term\\_Care-2020.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Policy-Brief-Long-term_Care-2020.1), consultado em 7 de agosto de 2021).







**Organização  
Mundial da Saúde**  
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS **Américas**

**Para mais informações, entre em contato:**  
Departamento de Saúde Materna, Neonatal,  
da Criança e do Adolescente, e Envelhecimento  
Organização Mundial da Saúde  
Avenue Appia 20  
CH-1211 Genebra 27  
Suíça



9 789275 726457