

POLÍTICA DE CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO

Introdução

1. A Região das Américas experimentou um aumento significativo na expectativa de vida ao nascer. Entretanto, a expectativa de vida saudável não obteve os mesmos ganhos, causando uma diferença de aproximadamente 12 anos entre esses dois indicadores. Isso se traduz em um aumento dos anos vividos com incapacidade e dependência, período no qual muitas pessoas precisarão de cuidados de longa duração (CLD) (1, 2). A necessidade de CLD, no entanto, pode surgir em qualquer idade ao longo da vida (3).

2. O declínio da habilidade funcional de uma pessoa normalmente dá origem a necessidades crônicas e complexas de apoio. Os cuidados de longa duração incluem uma série de atividades realizadas por cuidadores, remunerados ou não, para otimizar o funcionamento e compensar a perda permanente ou temporária de capacidades, em consonância com os direitos, as liberdades fundamentais e a dignidade humana de cada pessoa (4). À luz das tendências demográficas e epidemiológicas, os países da Região, e seus sistemas de saúde em particular, enfrentarão custos adicionais significativos com serviços de CLD (5). Além disso, a falta de políticas de CLD e de capacidade institucional em toda a Região afetará seu desenvolvimento humano, econômico e social.

3. Para enfrentar os desafios relacionados à dependência de cuidados¹ e seu impacto sobre indivíduos, sistemas de saúde e sociedades, os países precisam urgentemente investir em maior acesso a serviços de CLD e de prevenção das incapacidades em todo o curso de vida. Esses serviços precisam ser organizados e coordenados pelos sistemas de saúde e de assistência social. Esta *Política de cuidados de longa duração*, que abrange o período de 2025 a 2034, fornece aos Estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) orientação técnica e estratégica para o desenvolvimento, o fortalecimento e a expansão das capacidades de CLD na Região.

Antecedentes

4. Várias políticas e estratégias aprovadas pelos Estados Membros da OPAS reconhecem a importância dos CLD. Por exemplo, o Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2020–2025 destaca a necessidade de monitorar a proporção de pessoas com mais de 65 anos que dependem de cuidados (6). A *Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de*

¹ A dependência de cuidados surge quando a habilidade funcional cai a um ponto no qual o indivíduo não é mais capaz de realizar as tarefas básicas necessárias para a vida diária sem ajuda (4).

saúde reconhece a importância e o valor de cuidados e apoio não remunerados, prestados principalmente por mulheres, para indivíduos que vivem com alguma incapacidade, doença crônica e/ou fragilidade e que têm capacidade limitada para cuidar da própria saúde e bem-estar de forma independente (7). A OPAS está à frente da iniciativa Década do Envelhecimento Saudável (2021–2030) das Nações Unidas na Região das Américas, e os CLD são uma de suas principais áreas de ação (8).

Análise da situação

5. Embora sejam necessários mais dados, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 1,3 bilhão de pessoas — cerca de 16% da população mundial — tenham incapacidades significativas.² Uma grande parte delas requer cuidados de longa duração. A prevalência mundial de incapacidade aumenta com a idade, passando de 5,8% em crianças e adolescentes de 0 a 14 anos para 34,4% em pessoas idosas com 60 anos ou mais. A prevalência de incapacidade com limitação funcional grave e necessidade de CLD está aumentando, em parte devido ao aumento de doenças não transmissíveis, como transtornos neurológicos e problemas de saúde mental (10). Em 2020, pelo menos 8 milhões de pessoas idosas precisavam de CLD na América Latina e no Caribe, e esse número deve triplicar até 2050, chegando a 23 milhões (11).

6. Atender às necessidades de CLD constitui um grande desafio para os sistemas de saúde e proteção social na Região das Américas. Estima-se que o financiamento de CLD na Região custaria, em média, 0,27% do produto interno bruto (PIB) em um cenário de baixa cobertura,³ e que esse número aumentará para 0,77% do PIB até 2050 (12). Evidências mundiais sugerem que investir em CLD resulta em economia de custos para o sistema de saúde. Na Espanha, por exemplo, a expansão dos serviços de assistência para pessoas dependentes diminuiu o número de internações hospitalares e encurtou o tempo de internação, com uma consequente redução de 11% nos custos (13).

7. Em média, pessoas de grupos socioeconômicos desfavorecidos, inclusive aquelas com menos educação formal, apresentam níveis mais altos de declínio funcional. No Uruguai, por exemplo, foi observada dependência de cuidados entre pessoas com 65 anos ou mais em 15,3% dos indivíduos que não frequentaram a escola, em comparação com 5,1% dos que haviam concluído o ensino superior (14). No Chile, 28,4% das pessoas idosas dependentes pertencem ao quintil de renda mais baixo (15).

8. Apesar da demanda atual e projetada por CLD, atualmente a prestação formal de cuidados desse tipo é insuficiente na Região, com uma dependência excessiva de cuidados não remunerados prestados por familiares (14, 16). Na Argentina, por exemplo, 77% dos cuidados para pessoas idosas dependentes são fornecidos por familiares (17). As mulheres são as principais cuidadoras informais, representando mais de 70% dos cuidados não remunerados de pessoas idosas na Região (18).

² Incapacidade é um termo abrangente para deficiências, limitações de atividades ou restrições à participação.

É importante ressaltar que a presença de limitações funcionais não equivale necessariamente à dependência de cuidados (9, 3).

³ O estudo estimou o potencial custo de cobertura baixa, média, alta e completa de CLD em 17 países da Região. O cenário de baixa cobertura previa a cobertura de 35% da população com mais de 65 anos que depende de cuidados.

9. Embora o cuidado informal possa gerar sentimentos de satisfação e realização, tem um impacto negativo substancial na saúde e no bem-estar dos cuidadores. Dados recentes dos Estados Unidos mostram que 19,2% dos cuidadores relatam que seu estado de saúde é regular ou ruim (19). Além disso, o cuidado não remunerado impõe um custo econômico às famílias quando os cuidadores se veem obrigados a deixar um trabalho remunerado ou reduzir suas horas de trabalho para acomodar obrigações relacionadas à prestação de cuidados. No Brasil, 25,8% dos cuidadores indicaram que pararam de trabalhar ou abandonaram a escola para cuidar de alguém (20). A redução da carga de trabalho dos cuidadores pode trazer benefícios econômicos e sociais que vão além do setor de saúde, pois permite maior participação de cuidadores, especialmente mulheres, em outras atividades, inclusive no mercado de trabalho (21, 22).

10. Embora o cuidado familiar não remunerado continue sendo responsável pela maior parte dos CLD, sua contribuição está diminuindo devido ao menor tamanho das famílias e à maior participação das mulheres no mercado de trabalho. Em um momento em que a demanda por CLD está aumentando, a disponibilidade cada vez menor de cuidados familiares significa uma necessidade cada vez maior de cuidadores formais que possam prestar cuidados em residências ou ambientes institucionais. Estima-se que seriam necessários cerca de 5 milhões de cuidadores formais na América Latina e no Caribe para atender à atual demanda de CLD. Esse número aumentará para quase 9 milhões de profissionais até 2035 e mais de 14 milhões até 2050 (23). É preciso aumentar a capacitação e a educação de recursos humanos para melhorar os serviços de CLD. No México, por exemplo, menos de 3% do pessoal que trabalha em estabelecimentos que oferecem CLD é devidamente qualificado (24).

11. Níveis adequados de pessoal, capacitação efetiva e desenvolvimento profissional para profissionais cuidadores estão entre os principais elementos que contribuem para a qualidade do atendimento em estabelecimentos de CLD (25). A dotação de pessoal é um dos vários problemas difíceis que essas instituições enfrentam. Esses problemas tornaram-se evidentes durante a pandemia de COVID-19, quando muitas instituições pareciam mal preparadas para proteger as pessoas idosas; quase metade de todas as mortes em todo o mundo durante a fase inicial da pandemia ocorreu nesses ambientes (26).

12. Os serviços de CLD são prestados pelos setores de saúde e/ou assistência social, mas frequentemente sem nenhuma coordenação entre eles. Devido ao aumento da demanda, o setor privado está assumindo um papel importante na prestação de serviços de CLD, mas seu envolvimento é pouco regulamentado (3). Cuidados de longa duração baseados na estratégia de atenção primária à saúde, como parte de um *continuum* de cuidados integrados, podem promover melhor coordenação entre os setores e a prestação de serviços que atendam às necessidades de indivíduos dependentes de cuidados e de seus cuidadores (5). Essa estrutura apoia a prestação de serviços de CLD na comunidade, promove o envelhecer no lugar⁴ e melhora a equidade em saúde. Além disso, contribui para prevenir a dependência de cuidados por meio de intervenções específicas, como tecnologia assistiva, que ajudam a otimizar e monitorar a habilidade funcional da pessoa (5, 27). A provisão de

⁴ Envelhecer no lugar é a capacidade das pessoas idosas de viver em sua própria casa e comunidade de forma segura, independente e confortável, independentemente da idade, da renda ou do nível de capacidade intrínseca (4).

opções adequadas de CLD pode reduzir o uso de cuidados agudos de saúde para atender às necessidades de CLD, contribuindo para a sustentabilidade do sistema como um todo. No Brasil, o sistema público de saúde gasta, no mínimo, US\$ 123 milhões por ano em internações hospitalares prolongadas, inclusive internações não diretamente associadas a uma causa clínica (28).

13. Países como Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Estados Unidos da América, República Dominicana e Uruguai e avançaram na elaboração e implementação de políticas de cuidados. No entanto, ainda há desafios para definir o escopo dos CLD e aumentar sua integração às estruturas mais amplas de atenção dos países, que incluem iniciativas relacionadas à equidade de gênero ao alívio da pobreza. É preciso haver desenvolvimento contínuo de políticas de CLD e coordenação efetiva entre os sistemas sociais e de saúde para atender às necessidades de uma população cada vez maior de pessoas dependentes de cuidados, bem como às necessidades dos cuidadores.

Proposta

14. Esta política propõe medidas prioritárias para a elaboração, o fortalecimento e a expansão dos cuidados de longa duração na Região. São propostas cinco linhas de ação para apoiar a prestação de cuidados de longa duração integrados e sustentáveis ao longo de todo o curso de vida.

Linha de ação 1: Fortalecer a governança, a prestação de contas e a gestão por meio de políticas intersetoriais para atender às necessidades de cuidados de longa duração

15. A organização e o fornecimento de CLD devem estar ancorados em uma política nacional intersetorial, com a participação de diversos setores⁵ por meio de mecanismos de governança estruturados. Deve-se designar um ministério, departamento ou outra entidade governamental para encabeçar a coordenação dos diversos setores e ações. O setor de saúde deve desempenhar um papel significativo na concepção, no planejamento, na implementação e no monitoramento da prestação e da integração de CLD em todos os setores, bem como no desenvolvimento de estratégias para prevenir a dependência de cuidados, especialmente para populações em situação de vulnerabilidade.

16. Políticas, estratégias e planos nacionais de CLD devem definir as responsabilidades de cada setor, abordando as prioridades em termos de necessidades sociais e de saúde e organizando modelos de atenção para atendê-las. Cada país deve avaliar a própria capacidade atual de prestação de CLD e identificar as medidas necessárias para atender às necessidades atuais e futuras.

Linha de ação 2: Fortalecer a capacidade da força de trabalho para prestar cuidados de longa duração, incluindo profissionais de saúde, assistentes sociais e cuidadores não remunerados

17. A força de trabalho remunerada que presta serviços de CLD precisa ser formalizada e credenciada, ampliada, sustentada, valorizada e fortalecida por meio de capacitação contínua e definição de competências profissionais mínimas. *A Política sobre a força de trabalho em saúde para*

⁵ Inclui todos os setores pertinentes: governo (ministérios, grupos técnicos, legisladores e outros), organizações sem fins lucrativos, organizações filantrópicas, grupos de voluntários, organizações da sociedade civil, entidades do setor privado, organizações multilaterais, meio acadêmico, etc.

2030 (29) da OPAS fornece uma estrutura para fortalecer as capacidades da força de trabalho a fim de oferecer CLD por meio de atenção baseada em equipes multiprofissionais e colaborativas.

18. O cuidado não remunerado precisa ser reconhecido e valorizado como uma parte essencial dos CLD, mas também deve ser contrabalançado pela prestação de CLD formais para reduzir a carga de cuidados imposta atualmente às famílias, sobretudo às mulheres. É preciso implementar, ampliar e avaliar mecanismos de capacitação e apoio para cuidadores informais. A integração dos CLD na atenção primária à saúde pode promover atividades extramuros, a participação da comunidade e o fornecimento de serviços para cuidadores informais, como tecnologias assistivas, cuidados de repouso e apoio psicológico.

Linha de ação 3: Fortalecer a organização e a prestação de cuidados de longa duração integrados e centrados na pessoa, atendendo às diferentes necessidades das pessoas que recebem os cuidados e das cuidadoras

19. São necessárias avaliações de necessidades e resultados que sejam abrangentes, confiáveis, focadas na equidade, éticas e culturalmente aceitáveis a fim de guiar as práticas de CLD e alcançar melhorias continuamente. É preciso haver um modelo de atenção baseada em evidências e centrada na pessoa para orientar a integração, a avaliação e a prestação de CLD ao longo de um *continuum* que vai desde a prevenção de incapacidades até os cuidados de fim de vida.⁶

20. As decisões relativas à prestação de intervenções e serviços de CLD centrados na pessoa e culturalmente adequados devem ser informadas por diretrizes baseadas nas melhores evidências disponíveis. Deve haver esforços para alcançar populações cujas vozes, necessidades e prioridades tenham sido historicamente excluídas e marginalizadas, bem como pessoas sem proteção social, promovendo o acesso equitativo aos CLD.

21. Cuidados de longa duração de base comunitária e domiciliares proporcionam benefícios à saúde física, social e emocional e devem ser fortalecidos e ampliados para promover o envelhecimento no lugar. Unidades de atenção primária estrategicamente localizadas e inseridas nas comunidades podem servir de ponto de entrada e facilitar o acesso de pessoas com necessidade de CLD e suas famílias na comunidade, desde a prevenção da necessidade de CLD até os cuidados de fim de vida.

22. É preciso implementar normas de qualidade para CLD em todos os contextos, que devem se aplicar a todos os setores relevantes. É necessário investir na elaboração de normas adequadas e culturalmente apropriadas para diferentes ambientes de atenção (comunitária, domiciliar, institucional, hospitalar, etc.) e implementar uma abordagem de monitoramento e gestão da qualidade.

⁶ O continuum de cuidados de longa duração “ênfatisa 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”. (5).

Linha de ação 4: Aumentar e otimizar financiamento sustentável e equitativo para cuidados de longa duração

23. Os orçamentos nacionais devem alocar fundos públicos nos sistemas de saúde e assistência social para atender à necessidade de CLD, levando em consideração suas características multissetoriais. Os países devem desenvolver orçamentos multissetoriais para CLD com base em processos de planejamento, de acordo com o contexto nacional.

24. Os países precisam urgentemente aumentar o nível de financiamento para CLD de fontes variadas, com prioridade para o financiamento público, reconhecendo que, caso não se invista agora, os custos serão maiores no futuro. Além disso, investimentos imediatos em CLD reduzirão o risco de despesas catastróficas para as famílias, empobrecimento e outras iniquidades para as pessoas que precisam de cuidados e para os cuidadores.

25. As autoridades sanitárias precisam aumentar o investimento em saúde e melhorar a eficiência do sistema de saúde, com foco na preservação da habilidade funcional para prevenir incapacidades e dependência de cuidados. Esses investimentos precisam estar incorporados em todo o sistema de saúde, sobretudo na atenção primária à saúde, para assegurar uma abordagem de atenção integrada.

Linha de ação 5: Fortalecer os sistemas de informação para cuidados de longa duração e melhorar a coleta de dados e a pesquisa

26. Há uma necessidade urgente de desenvolver sistemas de informação robustos e transparentes para orientar a elaboração de políticas baseadas em evidências sobre CLD e embasar decisões sobre cuidados adequados. Os dados de CLD precisam captar as necessidades de todas as populações, inclusive das pessoas que recebem cuidados e dos cuidadores. Também devem ser desagregados, coletados continuamente e estratificados por graus de dependência. Além disso, é essencial haver mais pesquisa sobre CLD para aprimorar continuamente a qualidade, eficiência e efetividade dos CLD.

Monitoramento e avaliação

27. O monitoramento e a avaliação desta política estarão alinhados com as estruturas de gestão baseada em resultados da OPAS e da OMS e com seus processos de monitoramento e avaliação do desempenho. Os Órgãos Diretores da OPAS serão informados sobre o progresso alcançado e os desafios encontrados na implementação da política por meio de uma revisão intermediária em 2029 e de um relatório final em 2035.

Implicações financeiras

28. Os Estados Membros devem priorizar a alocação de recursos para a implementação dessa política, conforme apropriado. A Repartição Sanitária Pan-Americana se esforçará para mobilizar recursos adicionais para a implementação desta política para apoiar os Estados Membros (vide Anexo B).

Ação do Conselho Diretor

29. Solicita-se que o Conselho Diretor examine as informações contidas neste documento, apresente os comentários que julgar pertinentes e considere aprovar o projeto de resolução apresentado no Anexo A.

Anexos

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Saúde nas Américas+, edição de 2017. Resumo do panorama regional e perfil do Brasil. Washington, D.C.: OPAS; 2017. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34323>.
2. Martinez R, Morsch P, Soliz P, Hommes C, Ordunez P, Vega E. Expectativa de vida, expectativa de vida saudável e carga de doença nas pessoas idosas nas Américas, 1990-2019: um estudo populacional.- Rev Panam Salud Publica. 2021;45:e114. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54914>.
3. Organização Pan-Americana da Saúde e Banco Interamericano de Desenvolvimento. Situação dos cuidados de longo prazo na América Latina e no Caribe. Washington, D.C.: OPAS e BID; 2023. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57573>.
4. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Genebra: OMS; 2015. Resumo disponível em português em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf. Relatório completo disponível em espanhol em: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241565042>.
5. Organização Mundial da Saúde. Estrutura para os países alcançarem um continuum integrado de cuidados de longa duração. Genebra: OMS; 2021. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56872>.
6. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2020–2025: a equidade, o coração da saúde [Documento Oficial 359]. Washington, D.C.: OPAS; 10665.2/52473. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52968>.
7. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde [Resolução CD53/5, Rev. 2]. 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 29 de setembro a 3 de outubro de 2014. Washington, D.C.: OPAS; 2014. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/60631>.
8. Organização Mundial da Saúde. Década de Envejecimiento Saludable 2020-2030. Genebra: OMS; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/es/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action>.

9. Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: CIF. Genebra: OMS; 2001. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42407/9788531407840_por.pdf.
10. Organização Mundial da Saúde. Global report on health equity for persons with disabilities. Genebra: OMS; 2022. Resumo disponível em espanhol em: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240063624>. Relatório completo disponível em inglês em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240063600>.
11. Aranco N, Ibararán P, Stampini M. Prevalencia de la dependencia funcional entre las personas mayores en 26 países de América Latina y el Caribe. Nota técnica do BID IDB-TN-2470. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2022. Disponível em: <https://publications.iadb.org/es/prevalencia-de-la-dependencia-funcional-entre-las-personas-mayores-en-26-paises-de-america-latina-y>.
12. Fabiani B, Costa-Font J, Aranco N, Stampini M, Ibararán P. Opciones de financiación de los servicios de atención a la dependencia en América Latina y el Caribe. Nota técnica n.º IDB-TN-2470. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2022 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18235/0004306>.
13. Costa-Font J, Jimenez-Martin S, Vilaplana C. Does long-term care subsidization reduce hospital admissions and utilization? J Health Econ. 2018;58(March):46-66. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2018.01.002>.
14. Aranco N, Bosch M, Stampini M, Azuara O, Goyeneche L, Ibararán P, et al. Envelhecer na América Latina e Caribe: proteção social e qualidade de vida entre pessoas idosas. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2022. Disponível em: <https://publications.iadb.org/pt/envelhecer-na-america-latina-e-caribe-protoco-social-e-qualidade-de-vida-entre-pessoas-idosas>.
15. Organização Pan-Americana da Saúde. Panorama da resposta do sistema de saúde às necessidades das pessoas idosas. Análise da situação do Chile. Washington, D.C.: OPAS; 2022. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57114>.
16. Bango J, Cossani P. Rumo à construção de sistemas integrais de cuidados na América Latina e no Caribe: elementos para sua implementação. Nova York: ONU Mulheres e CEPAL; 2021. Disponível em: <https://lac.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2021/11/hacia-la-construccion-de-sistemas-integrales-de-cuidados-en-america-latina-y-el-caribe>.
17. Oliveri ML. Envejecimiento y atención a la dependencia en Argentina. Nota técnica n.º IDB-TN-2044. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18235/0002891>.
18. Stampini M, Oliveri ML, Ibararán P, Londoño D, Rhee HJS, James GM. ¿Trabajar menos para cuidar de los padres?: Los efectos laborales de la atención a la dependencia en el hogar en América Latina. Documento de trabajo del BID n.º IDB-WP-1105. Washington, D.C.: Banco

Interamericano de Desenvolvimento; 2020. Disponível em:

<https://publications.iadb.org/es/trabajar-menos-para-cuidar-de-los-padres-los-efectos-laborales-de-la-atencion-la-dependencia-en-el>.

19. Edwards VJ, Bouldin ED, Taylor CA, Olivari BS, McGuire LC. Characteristics and health status of informal unpaid caregivers —44 states, District of Columbia, and Puerto Rico, 2015–2017 Morb Mortal Wkly Rep. 2020;69:183-188. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6907a2>.
20. Giacomini KC, Duarte YAO, Camarano AA, Nunes DP, Fernandes D. Cuidados e limitações funcionais em atividades cotidianas – ELSI - Brasil. Rev de Saúde Pública. 2018;28;52(S2). Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000650>.
21. ONU Mulheres. Redistribuir el cuidado no remunerado y prestar servicios de cuidados de calidad: un requisito previo para la igualdad de género. Documento de políticas número 5. Nova York: ONU Mulheres; 2016. Disponível em: <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2016/UN-Women-Policy-brief-05-Redistributing-unpaid-care-es.pdf>.
22. Grabowski DC. The future of long-term care requires investment in both facility- and home-based services. Nat Aging. 2021;1(1):10-11. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s43587-020-00018-y>.
23. Villalobos Dintran P, Oliveira D, Stampini M. Estimación de las necesidades de recursos humanos para la atención a las personas mayores con dependencia de cuidados en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2022. Disponível em: <https://publications.iadb.org/es/node/32710>.
24. López-Ortega M, Aranco N. Envejecimiento y atención a la dependencia en México. Nota técnica n.º IDT-TN-1614. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18235/0001826>.
25. Silvestre JH, Bowers BJ, Gaard S. Improving the quality of long-term care. J Nurs Regul. 2015;6:52-56. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2155-8256\(15\)30389-6](https://doi.org/10.1016/S2155-8256(15)30389-6).
26. Dyer AH, Fallon A, Noonan C, Dolphin H, O'Farrelly C, Bourke NM, O'Neill D, Kennelly SP. Managing the impact of COVID-19 in nursing homes and long-term care facilities: an update. J Am Med Dir Assoc. 2022;23(9):1590-1602. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.iamda.2022.06.028>.
27. Organização Mundial da Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância. Informe mundial sobre la tecnología de apoyo. Ginebra: OMS e UNICEF; 2022. Resumo em espanhol disponível em: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240049178>. Relatório completo disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049451>.

28. Organização Pan-Americana da Saúde. Panorama da resposta do sistema de saúde às necessidades das pessoas idosas. Brasil. Washington, D.C.: OPAS; 2022. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57113>.
29. Organização Pan-Americana da Saúde. Política sobre a força de trabalho em saúde para 2030: fortalecendo os recursos humanos em saúde para alcançar sistemas de saúde resilientes [Documento CD60/6]. 60º Conselho Diretor da OPAS, 75ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 25-29 de setembro de 2023. Washington, D.C.: OPAS; 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/cd606-politica-sobre-forca-trabalho-em-saude-para-2030-fortalecendo-os-recursos-humanos>.



CD61/8

Anexo A
Original: inglês

Projeto de resolução

POLÍTICA DE CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO

O 61º Conselho Diretor,

(PP1) Tendo examinado a *Política de cuidados de longa duração* (Documento CD61/8);

(PP2) Considerando que abordar as necessidades de cuidados de longa duração (CLD) traz dificuldades para as economias e os sistemas de saúde e proteção social da Região das Américas, dadas as atuais e futuras tendências demográficas e epidemiológicas;

(PP3) Observando que, para alcançar o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde, é necessário ter capacidade de prestação de CLD integrais, contínuos, integrados e centrados na pessoa a fim de atender às necessidades, aumentar a expectativa de vida saudável, melhorar a equidade e reduzir as despesas catastróficas de indivíduos, famílias e sistemas;

(PP4) Reconhecendo que, atualmente, a prestação de CLD formais na Região é insuficiente e há uma forte dependência de cuidados não remunerados prestados por familiares, sobretudo mulheres, e que a demanda futura por CLD aumentará de forma considerável e rápida, com um aumento previsto nos níveis de dependência de cuidados;

(PP5) Reconhecendo a necessidade urgente de avançar no desenvolvimento da capacidade intersectorial de prestar CLD e reforçar a capacidade dos ministérios da Saúde de otimizar a habilidade funcional e prevenir perdas funcionais, integrando ações em todos os setores de saúde e assistência social para atender às necessidades das pessoas que recebem cuidados e dos cuidadores;

(PP6) Observando a necessidade de melhorar a coleta de dados e de sistemas de informação capazes de detectar e monitorar necessidades e priorizar ações de forma eficaz, especialmente para populações em situação de vulnerabilidade;

(PP7) Considerando a necessidade de investir na prestação de CLD formais e o custo da inação em termos de desfechos de saúde, expectativa de vida saudável, impacto nos cuidadores e aumento do risco de despesas catastróficas para famílias;

Resolve:

(OP)1. Aprovar a *Política de cuidados de longa duração* (Documento CD61/8).

(OP)2. Instar os Estados Membros, levando em consideração seus contextos, necessidades, vulnerabilidades e prioridades nacionais, a:

- a) elaborar, implementar e monitorar políticas intersetoriais que priorizem, criem e ampliem a capacidade de prestar CLD em consonância com as necessidades atuais e projetadas de saúde da população e formalizar a prestação desse tipo de atenção nos setores de saúde e assistência social a fim de aumentar o acesso aos CLD, especialmente para pessoas em situação de vulnerabilidade;
- b) fortalecer as capacidades de governança e gestão em todos os setores pertinentes para atender às necessidades de CLD, com participação efetiva dos ministérios da Saúde no planejamento, na regulamentação, na coordenação intersetorial e na provisão de CLD;
- c) fortalecer a organização e a prestação de CLD integrados, centrados na pessoa e culturalmente apropriados, respondendo às diferentes necessidades das pessoas dependentes de cuidados e de seus cuidadores e priorizando a prestação de CLD na comunidade e em domicílio, com base na estratégia de atenção primária à saúde;
- d) fortalecer a capacidade da força de trabalho para prestar CLD e a formalização e organização de equipes colaborativas de saúde e assistência social, bem como aumentar a capacitação e o apoio para cuidadores não remunerados, que são essenciais para a prestação de CLD;
- e) aumentar e otimizar o financiamento sustentável de CLD em todos os setores como um investimento estratégico em saúde e equidade e na proteção financeira e social da população;
- f) aumentar a coleta de dados e a pesquisa em CLD e incluir mais informações relevantes sobre CLD nos sistemas nacionais de monitoramento.

(OP)3. Solicitar ao Diretor que:

- a) preste cooperação técnica aos Estados Membros para fortalecer capacidades que contribuam para a implementação da política e para a concretização de seus objetivos;
- b) apoie o fortalecimento dos mecanismos de coordenação e colaboração interinstitucionais para obter sinergias e eficiências na cooperação técnica, inclusive dentro do sistema das Nações Unidas, do sistema interamericano e de outras partes interessadas que trabalhem com CLD;
- c) apoiar a elaboração de políticas intersetoriais nacionais, marcos regulatórios e capacidades nacionais que aumentem o acesso aos CLD na Região;
- d) informar periodicamente os Órgãos Diretores da Organização Pan-Americana da Saúde sobre o progresso alcançado e os desafios enfrentados na implementação da política por meio de uma revisão intermediária em 2029 e um relatório final em 2035.



Formulário analítico: Implicações programáticas e financeiras

1. Tema da agenda: 4.5 - Política de cuidados de longa duração																
2. Unidade responsável: Sistemas e Serviços de Saúde, Unidade de Curso de Vida																
3. Preparado por: Dr. James Fitzgerald, Dr. Enrique Vega e Sra. Patricia Morsch																
4. Lista de centros colaboradores e instituições nacionais vinculados a este tema da agenda: N/D																
5. Vínculo entre este tema da agenda e a Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018–2030: Objetivo 1: Ampliar o acesso equitativo a serviços de saúde integrais, integrados, de qualidade, centrados nas pessoas, na família e na comunidade, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças Objetivo 9: Reduzir a morbidade, a incapacidade e a mortalidade decorrentes de doenças não transmissíveis, lesões, violência e transtornos de saúde mental Objetivo 11: Reduzir a desigualdade e a iniquidade na saúde mediante enfoques intersetoriais, multissetoriais, regionais e sub-regionais dos determinantes sociais e ambientais da saúde																
6. Vínculo entre este tema da agenda e o Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2020–2025: Indicador de impacto 8: Proporção de adultos com mais de 65 anos dependentes de cuidados Resultado intermediário 2: Saúde ao longo de todo o ciclo de vida Resultado intermediário 3: Atenção de qualidade para os idosos																
7. Cronograma de implementação e avaliação: Esta política abrange o período de 2025 a 2034.																
8. Implicações financeiras: a) Custo total estimado da implementação da resolução durante todo o período de vigência (incluindo gastos com pessoal e atividades): <table border="1"><thead><tr><th>Áreas</th><th>Custo estimado (US\$)</th></tr></thead><tbody><tr><td>Recursos humanos</td><td>1 500 000</td></tr><tr><td>Capacitação</td><td>400 000</td></tr><tr><td>Consultores/contratos de serviços</td><td>500 000</td></tr><tr><td>Viagens e reuniões</td><td>500 000</td></tr><tr><td>Publicações</td><td>350 000</td></tr><tr><td>Suprimentos e outras despesas</td><td>250 000</td></tr><tr><td>Total</td><td>3 500 000</td></tr></tbody></table>	Áreas	Custo estimado (US\$)	Recursos humanos	1 500 000	Capacitação	400 000	Consultores/contratos de serviços	500 000	Viagens e reuniões	500 000	Publicações	350 000	Suprimentos e outras despesas	250 000	Total	3 500 000
Áreas	Custo estimado (US\$)															
Recursos humanos	1 500 000															
Capacitação	400 000															
Consultores/contratos de serviços	500 000															
Viagens e reuniões	500 000															
Publicações	350 000															
Suprimentos e outras despesas	250 000															
Total	3 500 000															
b) Custo estimado para o biênio 2024–2025 (incluindo gastos com pessoal e atividades): US\$ 700 000.																

- c) **Do custo estimado no item *b*), que parcela poderia ser absorvida por atividades programadas já existentes?** Todos os custos indicados no item *b*) podem ser incluídos nas atividades programadas já existentes.
-