

## **Alocação de recursos financeiros para o envelhecimento nas políticas de saúde em diferentes países: uma revisão integrativa**

### **Allocation of financial resources for aging in health policies in different countries: an integrative review**

Gabriela de Araújo Monteiro Lorga<sup>1</sup> (ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-6871-9827>)

Leonardo Carnut<sup>2</sup> (ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6415-6977>)

<sup>1</sup>Assistente social.

<sup>2</sup>Professor da Universidade de São Paulo (USP). Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina (DMP-FM)

#### **Resumo**

Este estudo revisou o que a literatura científica apresenta sobre a alocação de recursos para o envelhecimento nas políticas de saúde em diferentes países. Para isso, foi realizada uma revisão integrativa no portal da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). A estratégia de busca foi construída pelos polos: ‘fenômeno’ (alocação de recursos), o ‘contexto’ (políticas de saúde) e a ‘população’ (envelhecimento). Português, espanhol e inglês foram o limite de idioma. Dois revisores independentes selecionaram as publicações pelo protocolo PRISMA. A análise dos dados foi feita na modalidade temática. Dez artigos foram incluídos. Sintetizou-se os seguintes elementos dos artigos: ‘o que os artigos apresentam sobre o método/estratégia de alocação de recursos?’; ‘qual a caracterização do envelhecimento utilizada nos artigos?’; ‘o que os artigos apresentam sobre a vinculação da alocação a uma ou mais políticas de saúde?’. Concluiu-se que nenhum dos estudos revisados trouxe um modelo claro de alocação de recursos para população idosa vinculada à uma política de saúde. O pouco que existe sobre o tema não trata da discussão sobre os termos da universalidade nem da equidade. Mesmo o envelhecimento sendo um tema inescapável, há uma lacuna considerável sobre a discussão científica sobre a alocação de recursos financeiros para esse grupo populacional no portal revisado.

**Descritores:** Alocação de Recursos para a Atenção à Saúde. Equidade na Alocação de Recursos.

#### **Abstract**

This study reviewed the scientific literature on resource allocation for aging in health policies in different countries. To this end, an integrative review was conducted on the Virtual Health Library (VHL) portal. The search strategy was constructed by the following poles: ‘phenomenon’ (resource allocation), ‘context’ (health policies) and ‘population’ (aging). Portuguese, Spanish and English were the language limits. Two independent reviewers selected the publications using the PRISMA protocol. Data analysis was performed in the thematic modality. Ten articles were included. The following elements of the articles were summarized: ‘what do the articles present about the method/strategy of resource allocation?’; ‘what is the characterization of aging used in the articles?’; ‘what do the articles present about the linkage of allocation to one or

more health policies?'. It was concluded that none of the reviewed studies provided a clear model of resource allocation for the elderly population linked to a health policy. The little that exists on the subject does not address the discussion on the terms of universality or equity. Even though aging is an inescapable topic, there is a considerable gap in the scientific discussion on the allocation of financial resources for this population group in the reviewed portal.

**Keywords:** Allocation of Resources for Health Care. Equity in Resource Allocation.

## Introdução

Uma das principais conquistas contemporâneas da humanidade, é o aumento da expectativa de vida. Muito se deve ao avanço das tecnologias em saúde, tanto na medicina, como nas demais áreas do conhecimento. Tais avanços permitiram que a esperança de vida ao nascer mais que dobrasse em 150 anos, conquista jamais vista na história do *homo sapiens*<sup>1</sup>.

Segundo a OPAS (Organização Pan-americana de Saúde) o envelhecimento é caracterizado por “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte”<sup>2</sup>.

O envelhecimento e o aumento da expectativa de vida de uma população, traz novas demandas para a sociedade e políticas sociais. Embora seja um marco importante no avanço de uma sociedade e na métrica da qualidade de vida de uma nação, é necessário compreender as demandas específicas desta parcela da população.

Uma das maiores demandas colocadas pela população idosa, em especial pela muito idosa, é por serviços de saúde. Por isso, a importância de se conhecer o seu perfil de morbimortalidade – para que se possa nortear o planejamento e a elaboração de políticas para melhorar as suas condições de saúde. [LC1] [G2] (CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange; FERNANDES, Daniele, 2016, p73)<sup>3</sup>

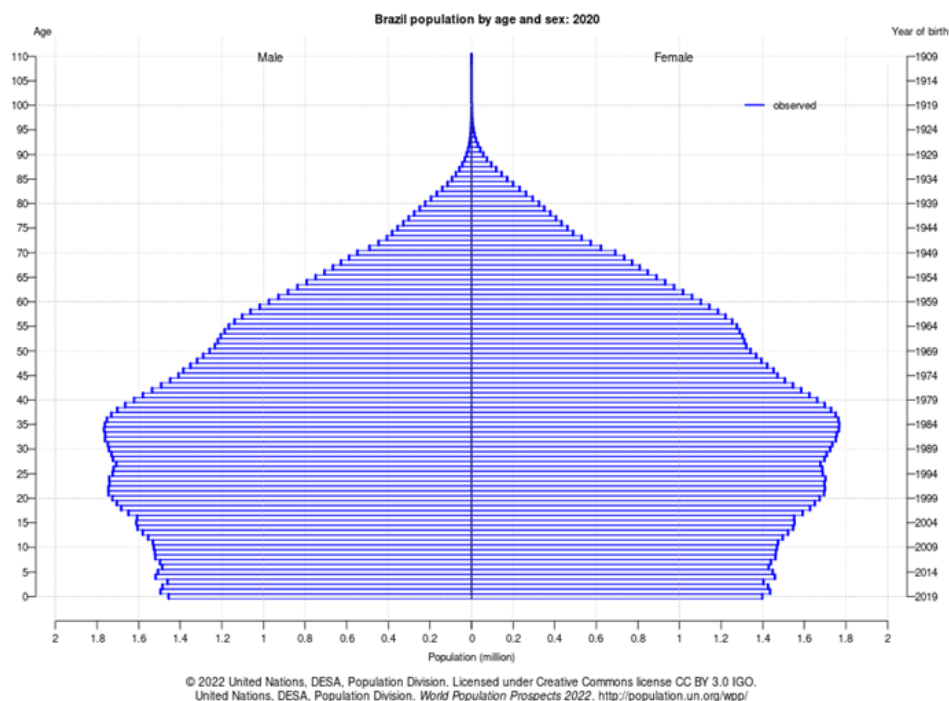
De acordo com a Organização Pan-americana de Saúde, em seu caderno, promoção do monitoramento dos sistemas de saúde para atender melhor à população idosa<sup>4</sup>:

Do ponto de vista demográfico, em nove dos 49 países e centros da região da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), é maior a chance de que o sistema de saúde receba uma pessoa com mais de 60 anos que uma criança ou adolescente com menos de 15 anos. Essa mudança demanda ajustes para superar a escassez de recursos prevista para os sistemas de saúde e previdenciário em decorrência da diminuição da população em idade de trabalhar e do aumento da demanda por esses serviços. Além disso, é imprescindível que o sistema de saúde se adapte para atender às necessidades de uma sociedade que está envelhecendo<sup>4</sup>

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019<sup>5</sup> levantou que 9,5% das pessoas idosas no Brasil (aqueles com 60 anos, ou mais), possuem alguma limitação em suas capacidades físicas ou mentais que interferem na execução de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD's) e 7,8% necessitam de auxílio para ABVDs. Avaliou-se também, que 74% dos idosos utilizam medicações de uso contínuo e 16,4% possuem limitação ou necessidade de auxílio em ABVD's. Há idosos frágeis com demandas frequentes por serviços de saúde, porém mesmo aos idosos saudáveis, é necessário ações de saúde de prevenção e promoção. Portanto considera-se que este grupo da sociedade possui demandas crescentes no Sistema Único de Saúde (SUS) em todos os seus níveis de atenção.

Embora o Brasil possua um número expressivo de idosos, com demandas significativas ao SUS, e, ainda, com diversas pesquisas estimando o contínuo crescimento dessa população [LC3] [GL4], até o momento, não há uma destinação de recursos ao desenvolvimento de programas de saúde para as pessoas idosas no Brasil.

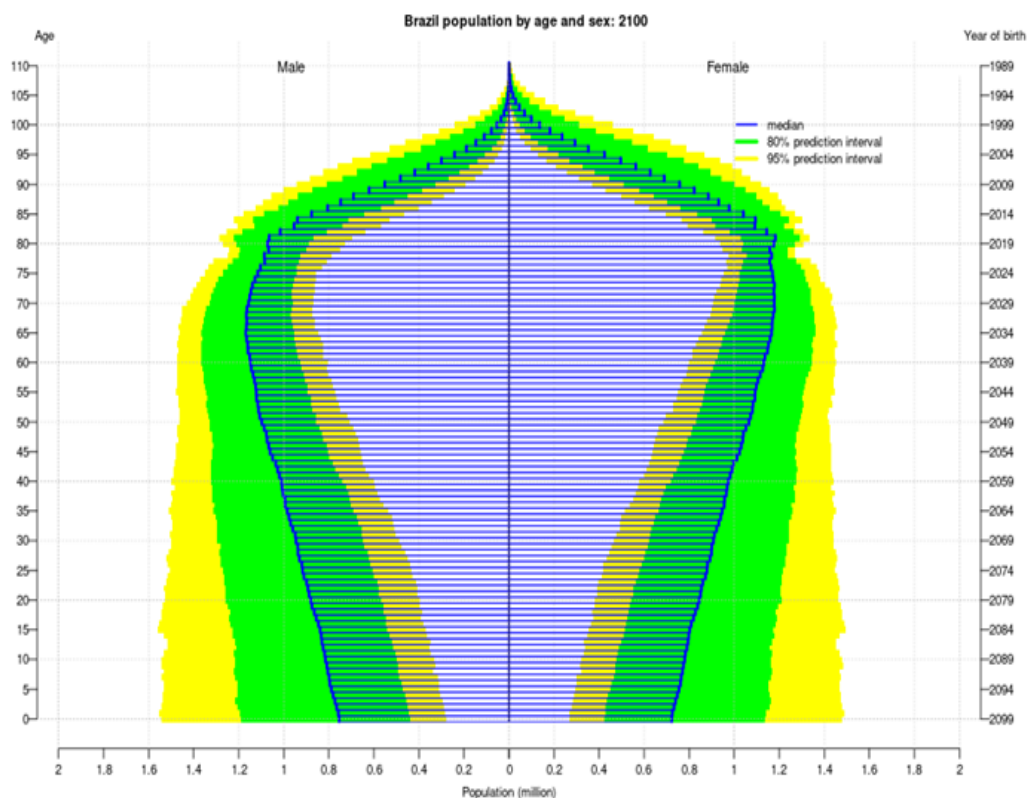
De acordo com as projeções demográficas das nações unidas<sup>6</sup>, até 2100, a população idosa brasileira representará importante parcela da população. Abaixo



seguem pirâmides etárias comparativas de 2020 e a projeção da população brasileira em 2100. <sup>6</sup>

No Caderno de Atenção Básica, sobre envelhecimento e saúde da pessoa idosa<sup>7</sup>:

Muitas pessoas idosas são acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DANT) - estados permanentes ou de longa permanência - que requerem acompanhamento constante, pois, em razão da sua natureza, não têm cura. Essas condições crônicas tendem a se manifestar de forma expressiva na idade mais avançada e, freqüentemente, estão associadas (comorbidades). Podem gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade das pessoas idosas, ou seja, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente. Ainda que não sejam fatais, essas condições geralmente tendem a comprometer de forma significativa a qualidade de vida dos idosos. É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo. Se considerarmos saúde de forma ampliada torna-se necessária alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um



© 2022 United Nations, DESA, Population Division. Licensed under Creative Commons license CC BY 3.0 IGO.  
United Nations, DESA, Population Division. *World Population Prospects 2022*. <http://population.un.org/wpp/>

ambiente social e cultural mais favorável para população idosa. (BRASIL, 2006, p. 7)7.

A questão do envelhecimento e a demanda crescente aos sistemas de saúde é de grande interesse, tanto da Organização Mundial de Saúde (OMS), como da Organização Pan-Americana da Saúde, uma vez que é necessário que a sociedade se organize frente às necessidades e especificidades de sua população.

as populações são cada vez mais longevas e, ao atingirem idades avançadas, tendem a apresentar múltiplas doenças que podem levar a deficiências e à dependência de cuidados. Atualmente, essas enfermidades correspondem à principal carga de doença dos sistemas de saúde. Conhecer esse cenário populacional no presente e no futuro alerta os Estados para a necessidade de adaptar os ecossistemas às pessoas idosas. (OPAS, 2023, p. 1).<sup>8</sup>

Levando-se em consideração que os recursos são escassos e as demandas em saúde são crescentes e infindáveis faz-se necessário os gestores estipularem critérios de alocação de recursos financeiros (Villas-Bôas, 2010)<sup>9</sup>. Em 19 de outubro de 2006, por meio da Portaria 2.528 do Ministério da Saúde foi instituída a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa — PNSPI<sup>10</sup>, que se legitimou a necessidade de ações específicas a este grupo e como uma das diretrizes está o provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2006)<sup>10</sup>.

Em cenários de crises capitalistas intensas e com impactos abrangentes nos sistemas de saúde é necessário destinar recursos que dialoguem com as necessidades da população, de forma a melhorar a equidade e o acesso universal ao SUS (Mendes, Leite, Carnut, 2020)<sup>11 42</sup>. Além disso, o rateio equitativo garantiria que fosse possível o real desenvolvimento do que já está previsto nos normativos legais, como a Política Nacional do Idoso (Lei Nº 8.842, de 4 de janeiro 1994)<sup>12</sup>, Estatuto da Pessoa Idosa (Lei 10.741 de 2003)<sup>13</sup> e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa ( Portaria 2528 de 2006 )<sup>10</sup>. Importante considerar que o Brasil é um país com dimensões continentais, cujo os diversos territórios possuem diferentes características socioeconômicas, demográficas e de saúde, o que reforça a argumentação da necessidade de uma alocação de recursos que considere esse pressuposto.

Faz-se importante esclarecer que a Lei 8080 de 1990<sup>14</sup>, apresenta os critérios para as transferências de valores ao SUS, sendo pormenorizado no artigo 35. O financiamento é tripartite (são rateados recursos da União, Distrito Federal, Estados e Municípios). Em 2012 foi instituída a Lei Complementar 141<sup>15</sup>, que estabelece os valores mínimos a serem aplicados anualmente em ações e serviços de saúde. Sendo que conforme <sup>41</sup>

Art. 5º . A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

Art. 6º . Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos (ICMS, IPVA e IPI ) \*grifo nosso.

Art. 7º . Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos (ISS, IPTU e ITBI)\*grifo nosso.<sup>15</sup>

Visando contextualizar o atual momento de financiamento do Sistema de Saúde Brasileiro, em 2019 passou a vigorar o programa Previne Brasil. A Portaria 2979 de 2019 do Ministério da Saúde, que Institui o Programa Previne Brasil<sup>16</sup>, estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. O Programa redefine o modelo de repasses de recursos à Atenção Primária e estabelece que será conforme: art 9º: I capitação ponderada; II pagamento por desempenho; e III incentivo para ações estratégicas<sup>16 40</sup>.

Embora o Brasil possua um número expressivo de idosos, com demandas significativas ao SUS, e, ainda, com diversas pesquisas estimando o contínuo crescimento dessa população<sup>6</sup>, até o momento, o que se está previsto segundo o Manual Instrutivo do financiamento da Atenção Primária à Saúde do Programa Previne Brasil<sup>17</sup>: “ é o valor da transferência financeira, relativo [a pessoa maior de 65 anos e menor que 5 anos], será 30% maior. Ou seja, o cadastro de uma pessoa com idade entre 6 e 64 anos corresponde ao peso 1, ao passo que o cadastro de uma pessoa de até 5 anos ou com 65 anos ou mais corresponde ao peso 1,3.”<sup>17</sup>. Conforme o manual, somente haverá repasse, caso ocorra o cadastramento destes indivíduos. Importante ressaltar que a necessidade do cadastro estipula números irrealistas da necessidade da população e não considera diversos fatores, entre eles a desigualdade demográfica e social.

Ademais, são estabelecidos critérios quantitativos para os repasses de verbas à Atenção Primária e desconsiderados fatores qualitativos da assistência, necessidades e especificidades de saúde dos usuários e da população.

Dito de outro modo, o sistema de saúde brasileiro passa a restringir sua assistência à saúde às pessoas (indivíduos) que os municípios conseguiram cadastrar, distanciando-se do princípio universal em que as transferências de recursos deveriam ser associadas ao conjunto da população dos municípios ( MENDES, Áquilas; MELO, Mariana Alves; CARNUT, Leonardo, 2022, p. 2)<sup>18</sup>.

Ainda somando-se à atual política de saúde Previne Brasil, até o final de 2023 tínhamos também como pano de fundo a PEC 95/2016<sup>19</sup>:

Recentemente, o Brasil se depara com uma das mais intensas medidas de austeridade fiscal, transformando o histórico subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) em um desfinanciamento: a Emenda Constitucional nº 95/2016 (EC 95). Essa emenda limitou a expansão dos gastos públicos pelos próximos 20 anos, baseada no valor das despesas (2017), corrigidas pela variação do índice nacional de preços ao consumidor Amplo (IPCA).

Constata-se que, de 2017 a 2036, ela gerará perdas entre R\$ 162 bilhões e R\$ 400 bilhões (projeção do produto interno bruto de 1,0% e 2,0%, respectivamente). Em 2018 e 2019, já se verifica a perda orçamentária de R\$ 9,7 bilhões de reais no financiamento do SUS. (MENDES, Áquilas; Leite, Marcel Guedes; Carnut, Leonardo, 2020, p2.)<sup>11</sup>

Em 2023 a EC 95/2016 foi substituída pelo novo arcabouço fiscal pela Lei Complementar nº 200 de 30 de agosto de 2023<sup>20</sup>, nomeado por regime fiscal sustentável (RFS) que embora nos tire do cenário de um limite de teto de gastos, “Institui regime fiscal sustentável para garantir a estabilidade macroeconômica do País”<sup>20</sup>. A partir de metas fiscais para o equilíbrio fiscal, que condiciona os gastos com saúde à arrecadação do Estado. Como esclarece Cunha:

O novo arcabouço fiscal propõe para a vigência 2024-2027 a restrição do investimento público a 70% da variação real da receita anterior, limitando a 2,5% o crescimento máximo das despesas. Por exemplo, se a arrecadação subir 2%, a despesa poderá aumentar somente até 1,4%. Na prática, esse limite de investimento pode ser considerado um retrocesso, pois caracteriza-se como um novo teto, inclusive para o nosso SUS, que ficará limitado ao percentual da Receita Corrente Líquida (RCL), secundarizando o piso constitucional<sup>21</sup>.

Há ainda de levantar o fator de emendas parlamentares na participação do processo de orçamento da política pública, onde atores do setor legislativo, dispõe de recursos que podem destinar à seus interesses/critérios a serviços/regiões específicas, sem sequer considerar fatores equânimes.

As emendas parlamentares, contrariando a lógica do orçamento planejado, tendem a romper com as características típicas do processo de planejamento de longo prazo, o que, em termos concretos, gera desinvestimentos nas políticas, que (se adotados os devidos critérios) poderiam reduzir as desigualdades sociais em uma perspectiva longitudinal. Em síntese, pode-se dizer que as emendas parlamentares, em alguma medida, reorientam os recursos públicos para interesses diversos daqueles planejados de forma técnica e disputados coletivamente, podendo ser um instrumento de captura do orçamento para fins particulares. (Carnut L, Andre ECG, Mendes A, Meira ALP, 2021)<sup>22</sup>

Em alusão ao cenário de instituições de políticas neoliberais com constantes tentativas de desmontes da política de saúde pública a partir do seu histórico desfinanciamento e distanciamento do princípio primário da universalidade, equidade e integralidade, pode-se traduzir num impacto importante para a população idosa, com demandas significativas e crescentes ao sistema.

Assim, este estudo visa revisar a existência na literatura científica sobre a alocação de recursos para o envelhecimento nas políticas de saúde em diferentes países. O intuito é reter informação científica para pensar como pode ser estruturada uma

proposta de alocação de recursos com critérios específicos para favorecer equitativamente a população idosa no SUS.

## **Método**

### *Objetivo*

A pesquisa é uma revisão da literatura, do tipo sistemática, uma forma sistematizada de busca cujo objetivo é o aprofundamento do conhecimento de um determinado tema através da sintetização e integração do conhecimento disponível<sup>23, 24</sup>. Este tipo de revisão contribui para a discussão de métodos e resultados de pesquisa através do mapeamento sobre o tema avaliado.

### *Pergunta da revisão*

A partir da definição da pergunta de pesquisa: “o que a literatura científica apresenta sobre a alocação de recursos para o envelhecimento nas políticas de saúde em diferentes países?” foram definidos os itens chaves, sendo os polos de fenômeno, contexto e população. Do qual o ‘fenômeno’ se refere ao item ‘alocação de recursos’, o ‘contexto’ às ‘políticas de saúde’ e a ‘população’ ao ‘envelhecimento’. Posteriormente, foi necessário derivar destes os descritores referentes a base de dados segundo seu vocabulário controlado.

### *Fontes de dados e estratégias de pesquisa*

A busca bibliográfica para esse projeto se deu pela seguinte base de dados: Biblioteca Virtual em Saúde – BVS<sup>25</sup> (<http://bvsalud.org/>): O Portal Regional da BVS é o espaço de integração de fontes de informação em saúde de cooperação técnica da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)<sup>25</sup>. Os descritores desta base foram identificados via DeCS (<https://decs.bvsalud.org/>) sendo esta a base de vocabulário controlado para o conjunto de bases deste portal<sup>26</sup>.

Sobre a construção da estratégia de busca, a pergunta de pesquisa permitiu identificar os polos orientadores para busca de descritores na base escolhida. É possível ver os polos e seus descritores por cada item-chave da pergunta de pesquisa no quadro abaixo. Ademais, foram utilizados os descritores em três idiomas (Português, Espanhol e Inglês).

Pólo	Item-chave	Base	Idioma	Descritores
Fenômeno	Alocação de recursos	BVS	Português	Alocação de Recursos para a Atenção à Saúde Equidade na Alocação de Recursos Gastos Públicos com Saúde
			Inglês	Health Care Rationing Equity in the Resource Allocation Public Expenditures on Health
			Espanhol	Asignación de Recursos para la Atención de Salud Equidad en la Asignación de Recursos Gasto Público en Salud
População	Envelhecimento	BVS	Português	Envelhecimento Idoso Saúde do Idoso Geriatría
			Inglês	Aged Health of the Elderly Geriatrics
			Espanhol	Envejecimiento Anciano Salud del Anciano Geriatría
Contexto	Políticas de Saúde	BVS	Português	Políticas de saúde
			Inglês	Health Policy
			Espanhol	Política de Salud

**Quadro 1.** Polo, itens-chave, portal/base de dados, idioma e descritores segundo os principais elementos da pergunta de pesquisa da revisão.

Fonte: elaboração dos autores

Os descritores de um mesmo polo foram combinados através dos operadores booleanos “OR”, com o intuito de abranger as recuperações de manuscritos possíveis dentro da temática de cada polo. Já para a combinação entre as sintaxes de cada polo diferente foi utilizado os operadores “AND”, onde busca-se combinar e refinar as buscas de todos os polos considerados. Ao fim, essa metodologia tem por objetivo construir uma sintaxe de pesquisa ampla, sistematizada e reproduzível sem perder a objetividade e sua correspondência com a pergunta de pesquisa.

Assim, no cruzamento dos polos (fenômeno, população e contexto) obteve-se as seguintes sintaxes finais:

Base de busca	Idioma	Sintaxe final	Número de resultados retornados
BVS	Português	("Alocação de Recursos para a Atenção à Saúde" OR "Equidade na Alocação de Recursos" OR "Gastos Públicos com Saúde") AND (Envelhecimento OR Idoso OR "Saúde do Idoso" OR Geriatría) AND ("Políticas de saúde")	1524
BVS	Inglês	("Health Care Rationing" OR "Equity in the	478

		Resource Allocation” OR “Public Expenditures on Health”) AND (Aged OR “Health of the Elderly” OR Geriatrics) AND (“Health Policy”)	
BVS	Espanhol	(“Asignación de Recursos para la Atención de Salud” OR “Equidad en la Asignación de Recursos” OR “Gasto Público en Salud”) AND (Envejecimiento OR Anciano OR “Salud del Anciano” OR Geriatria) AND (“Política de Salud”)	227

**Quadro 2.** Sintaxes finais para cada idioma no portal BVS.

Fonte: elaboração dos autores.

Ao buscar as sintaxes finais, optou-se por utilizar a busca com título, resumo e assunto devido a busca por descritores ter trazido poucos documentos que tivessem correspondência com o objetivo do trabalho, assim foi decidido ampliar a busca. Foi possível localizar 2229 estudos, sendo que haviam estudos repetidos (n=31, português) (n=7, inglês) (n=1, espanhol), os quais foram desconsiderados. A avaliação de duplicatas também foi realizada entre os idiomas. Nesse caso, foram achados 212 títulos repetidos somando os 3 idiomas, cujas duplicatas foram desconsideradas. A próxima fase, chamada de fase de rastreamento, excluiu-se as publicações que representavam outro material bibliográfico diferente do formato artigo científico (teses, anais de congresso, multimídia, relatórios técnicos, revisões de livros, revisões sistemáticas – que representaram 68 publicações). Após a leitura dos 1912 títulos, foram selecionados os que tinham relação com o tema, sendo 497 títulos que tinham relação com o tema (ou seja, apresentavam termos que dialogavam com os itens-chave de cada polo). Destes, foram lidos os resumos, nos quais sendo que 123 artigos não estavam disponibilizados os resumos, sobrando 374, destes 31 estavam em outro idioma (diferente de inglês, português e espanhol) e outros 328 foram desconsiderados após a leitura de seus resumos. Foram então eleitos 14 artigos para leitura na íntegra. No entanto 2 foram excluídos por não terem sido localizados e outros 2 por não terem acesso gratuito. Assim, foram incluídos 10 artigos na revisão.

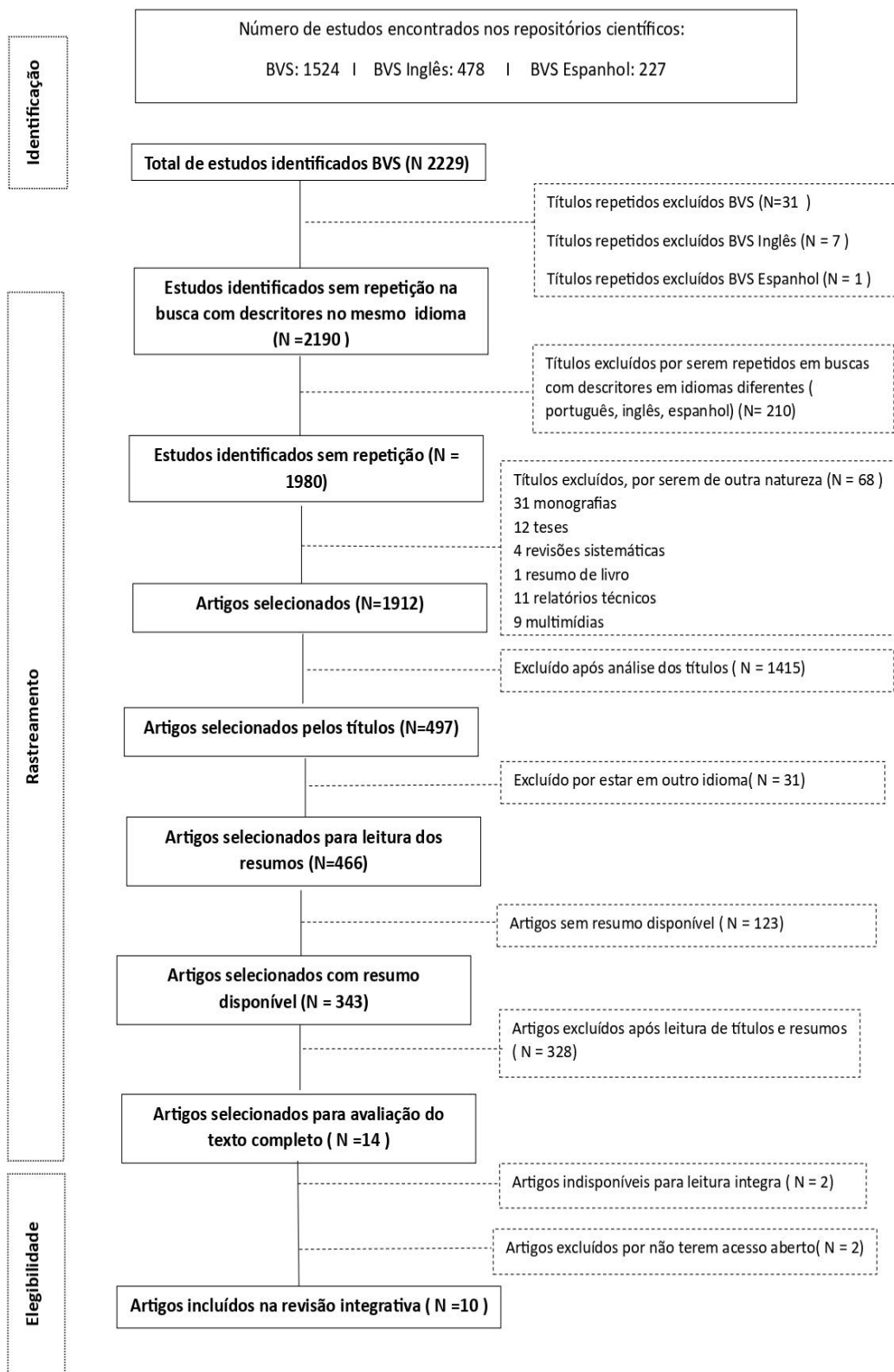


Figura 1. Fluxograma PRISMA sobre o processo de seleção dos artigos incluídos na revisão. 2024.

Fonte: elaboração dos autores.

### ***Análise de dados***

O processo de análise dos dados dos artigos incluídos seguiu a realização do método da revisão integrativa, incluindo as etapas de extração, visualização, comparação e sintetização das conclusões dos dados. A extração de dados foi concluída de forma independente por 2 revisores (G.A.M.L. e L.C). O formulário de extração de dados foi elaborado com base na questão de pesquisa que norteou essa revisão.

Os dados extraídos incluem autor (ano de publicação), metodologia utilizada, objetivos e os elementos que relacionam o artigo com a pergunta de pesquisa: O que a literatura científica apresenta sobre a alocação de recursos para o envelhecimento nas políticas de saúde em diferentes países? (de forma direta, indireta ou tangencial ao objeto estudado). A integração dos dados foi operacionalizada pelo método da análise temática. Esse método foi escolhido porque a tipologia dos manuscritos permitia uma integração mais refinada dos dados. Assim, organizou-se os temas para cada elemento a seguir: metodologia (para discutir a qualidade e a força das evidências), a relação entre objetivos e resultados encontrados (ressaltando o quesito de alocação de recursos), os elementos específicos da pergunta de pesquisa (a presença clara ou não da: alocação de recursos no envelhecimento).

### **Resultados**

Os 10 artigos incluídos na revisão, conforme o fluxograma apresentado, foram lidos na íntegra e foi extraído de seu conteúdo as seguintes informações: autor(es), ano, país, objetivos, metodologia, presença de método ou estratégia para alocação de recursos, caracterização de envelhecimento (ou idoso), se o artigo relaciona a alocação de recursos com uma política de saúde. Tais informações serão apresentadas à frente, no quadro 3.

Os artigos incluídos apresentaram resultados diversos e foram se aproximando da pergunta de pesquisa de forma gradativa. Eles foram subdivididos em três grupos, sendo que o primeiro grupo congregou aqueles artigos que tangenciavam a pergunta de pesquisa, o segundo grupo corresponde àqueles artigos que respondem parcialmente ao fenômeno de alocação de recursos no envelhecimento e finalmente no terceiro grupo estão os artigos que respondem diretamente a pergunta de pesquisa.

Durante a leitura e extração dos dados dos artigos, um foi classificado no grupo que tangencia o tema, sendo o Wang et. Al. (2018)<sup>27</sup>, uma vez que a população do estudo não é especificamente a idosa e o objetivo do estudo é trazer os dados de utilização de recursos de saúde entre indivíduos com diferentes seguros de saúde. O artigo, embora nos

mostre o cenário Chinês de utilização de cuidados de saúde de idosos, não aprofunda a discussão da alocação de recursos, no entanto nos traz elementos importantes para o debate do número importante e crescente da população idosa utilizando recursos de saúde.

O segundo grupo é composto por artigos que respondem parcialmente à pergunta de pesquisa. Assim, considera-se que este grupo responde de forma parcial à pergunta, pelo fato da relação entre alocação de recursos e políticas de saúde para a pessoa idosa não estar evidente, mesmo que nestes estudos a alocação de recursos e/ou políticas de saúde para a população idosa sejam o objeto de pesquisa dos autores, eles não nos trazem um método ou estratégia para a alocação. Contudo, não há como negar que se trata de uma aproximação de maior grau em relação ao grupo anterior. Neste grupo foram incluídos os seguintes artigos: Bahler et. al. (2015)<sup>28</sup>, Davis et.al. (2016)<sup>29</sup> e Warren, James (1994)<sup>30</sup>.

O último grupo é composto pelos artigos: Meulen, et al. (1994)<sup>31</sup>, Moeteke, et. al. (2022)<sup>32</sup>, Brock, Dan. (1989)<sup>33</sup>, Bergmark, et. al. (2000)<sup>34</sup>, Samuel, et.al. (2006)<sup>35</sup> e Gannon, et.al. (2010)<sup>36</sup>.

Estes estudos, se relacionam diretamente com a pergunta desta revisão. Muito embora, em alguns seja possível identificar um viés filosófico conservador, é neste grupo onde é possível identificar com maior clareza a relação entre a alocação de recursos e políticas de saúde para a pessoa idosa.

A variedade de trabalhos foi considerada positiva pois permite integrar, conforme o objetivo desta revisão, a diversidade de estudos, afim de abarcar a amplitude da temática recuperada segundo os critérios de alcance da metodologia empreendida.

Quadro 3. Autor(es), ano, país, objetivo do artigo e método usado nos estudos sobre alocação de recursos financeiros para o envelhecimento nas políticas de saúde no mundo. Junho-2024.

<b>Autor(es), ano</b>	<b>País</b>	<b>Objetivo do artigo</b>	<b>Método</b>
Moeteke et. al., 2022 <sup>32</sup>	Nigéria	Justificar os ajustes nas políticas e estruturas dos sistemas de saúde nos países de baixo e médio rendimento para responder às necessidades de saúde mais sensíveis à idade.	Análise crítica
Wang et al., 2018 <sup>27</sup>	China	Analisar as diferenças na utilização e nos custos dos cuidados de saúde entre aqueles com e sem seguro social de saúde e entre diferentes tipos de seguro social de saúde.	Análise estatística descritiva com regressão linear e logística
Bahler et al., 2015. <sup>28</sup>	Suíça	Examinar a associação entre multimorbidade e a utilização e custos de cuidados de saúde na população residente na comunidade suíça.	Estudo observacional e análise estatística
Gannon et.al., 2010 <sup>36</sup>	França e Irlanda	Analisar a utilização atual de serviços de cuidados a idosos na Irlanda e em França à luz dos problemas de alocação de recursos de cuidados de saúde.	Modelo econométrico
Samuel et.al., 2006 <sup>35</sup>	EUA	Argumentar o racionamento dos serviços de saúde no contexto da alocação de recursos nos Estados Unidos para motivar o debate e para dissipar alguns equívocos.	Análise descritiva
Bergmark et. al., 2000 <sup>34</sup>	Suécia	Fornecer uma estrutura conceitual que descreva a natureza do problema da lacuna evidente nos cuidados e serviços para os idosos, à luz do rápido envelhecimento.	Análise descritiva
Meulen et al., 1994 <sup>31</sup>	Holanda e EUA	Apresentar as reflexões de um cenário internacional por meio de um grupo de pesquisa que focou sua atenção nos problemas morais de cuidados aos idosos nos anos adiante e, em particular sobre a situação equitativa e razoável alocação de recursos.	Análise descritiva de uma pesquisa anterior
Warren, James, 1994 <sup>30</sup>	Canadá	Demonstrar que metodologia do Ano de Vida Ajustado pela Qualidade (QALY) é uma ferramenta econômica para alocar recursos de saúde que não atende adequadamente necessidades dos pacientes mais velhos.	<i>Position paper</i> (Artigo de opinião)
Brock, Dan. 1989 <sup>33</sup>	EUA	Realizar uma crítica em relação as propostas de Callahan e Daniels sobre “ o problema do grupo etário “e levantar demais questões para o debate político.	Ensaio de revisão
Davis et.al., 2016 <sup>29</sup>	EUA	Compreender dos padrões de utilização e gastos com saúde em pessoas com demência.	Análise crítica de artigo

Fonte: elaboração dos autores.

Quadro 4. Autor(es), ano, método/estratégia de alocação de recursos, caracterização do envelhecimento e vinculação da proposta de alocação à(s) política(s) de saúde encontrada nos artigos incluídos. Junho-2024.

<b>Autor(es), ano</b>	<b>Apresenta o método/estratégia de alocação de recursos?</b>	<b>Caracterização do envelhecimento?</b>	<b>Apresenta vinculação da alocação a uma ou mais políticas de saúde?</b>
Moeteke et al., 2022. <sup>32</sup>	Sim. Combinação de métodos: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliação econômica;</li> <li>▪ Análise de Eficácia de Custo (ACE);</li> <li>▪ Análise de Utilidade de Custo (CUA);</li> <li>▪ Anos de Vida Ajustados pela Qualidade (QALY).</li> <li>▪ Orçamentação de programas</li> <li>▪ Análise marginal;</li> <li>▪ Despesas de saúde (especialidades, grupos de doenças, etc.).</li> </ul>	Sim. ≥ 60 anos	Não Apresenta apenas medidas: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eliminação de longas listas de espera para:</li> <li>▪ Atendimento ambulatorial especializado;</li> <li>▪ Investigações radiológicas;</li> <li>▪ Procedimentos cirúrgicos.</li> <li>▪ Transferência de casos de exacerbações agudas para ambulatório;</li> <li>▪ Garantia de acesso adequado a serviços ambulatoriais gerais de qualidade e procedimentos cirúrgicos básicos.</li> <li>▪ Estratégias de promoção à saúde</li> </ul>
Wang. Et al. 2018 <sup>27</sup>	Não.	Sim. Meia idade: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ≥ 45 anos</li> </ul> Idosos: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ≥ 65 anos</li> </ul>	Não Apresenta apenas constatações: China apresenta 3 tipos de seguro: 1) Seguro Médico do Emprego Urbano (UEMI); 2) Seguro Médico Residente Urbano (URMI); 3) Novo Seguro Médico Cooperativo (NCMI). <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ter seguro social de saúde aumenta a quantidade de utilização de cuidados de saúde;</li> <li>▪ Necessário ajuste do seguro social de saúde a fim de controlar os aumentos de custos entre os adultos de meia-idade e idosos.</li> <li>▪ Concentrar no acesso de idosos rurais</li> <li>▪ Aumentar a renda entre idosos de baixa renda.</li> </ul>
Bahler, et al. 2015. <sup>28</sup>	Não.	Sim. ≥ 65 anos.	Não. Apresenta as constatações: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Na Suíça todos são obrigados a terem um seguro saúde.</li> <li>▪ A multimorbidade está associada a uma utilização e custos substancialmente mais elevados de cuidados de saúde na Suíça (tanto na atenção primária, como em consultas com especialistas e hospitalizações).</li> <li>▪ Estratégias para uma melhor coordenação de pacientes multimórbidos são urgentemente necessárias</li> </ul>
Gannon, et.al. 2010. <sup>36</sup>	Sim.	Sim. ≥ 65 anos.	Sim. Três políticas específicas (que fazem interface com a saúde)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Percentagem de um imposto sobre o rendimento que financia a segurança social e a transferência de créditos para idosos frágeis e deficientes.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>1990</u>: Seguro denominado PSD (Prestação Específica de Dependência) para apoiar os idosos com deficiência.</li> <li>▪ <u>2002</u>: um subsídio menos restritivo denominado APA (<i>Allocation Personnalisée et d'Autonomie</i>).</li> <li>▪ <u>Atualmente</u>: Serviços de Ajuda Domiciliária (Executivo dos Serviços de Saúde), compostos por: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unidades de cuidados de longa duração (ILPI);</li> <li>▪ Lares de idosos</li> <li>▪ Lares residenciais;</li> <li>▪ LTCUs – instituições hospitalares com financiamento público dedicadas ao cuidado de longa duração de pessoas com deficiência grave.</li> </ul> </li> </ul>
Samuel, et.al., 2006. <sup>35</sup>	<p>Sim.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O racionamento (intervenção explicitamente declarada pelo governo) realizar uma mudança alocação desses recursos para um fim político específico;</li> <li>▪ Sistema de mercado competitivo para alocar recursos;</li> <li>▪ Despesas com saúde devem ultrapassar 7,5% da receita bruta ajustada para se qualificar como uma dedução de imposto de renda federal.</li> </ul>	Sim. ≥ 65 anos.	Sim. <i>Medicare e Medicaid</i>
Bergmark et al., 2000. <sup>34</sup>	<p>Sim.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O sistema é financiado através de uma combinação de impostos diretos e taxas patronais.</li> <li>• Aumentar as taxas pelos serviços, numa outra tentativa de diminuir a procura;</li> <li>• Privatização dos serviços de cuidados;</li> <li>• Contratar alguns serviços, incluindo lares de idosos, a empresas privadas;</li> <li>• Os serviços continuam a ser financiados pelos municípios e os municípios continuam a ser responsáveis pela qualidade dos serviços, mas as empresas privadas gerem a prestação propriamente dita.</li> <li>• Definir prioridades alocativas.</li> <li>• Avaliação de eficiência</li> <li>• As organizações suecas de serviços sociais e de cuidados de saúde permitem que vários decisores, a diferentes níveis, exerçam controlo sobre a distribuição de recursos.</li> </ul>	Sim. ≥ 65 anos.	<p>Não.</p> <p>Apresenta apenas medidas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conselhos distritais da Suécia (responsáveis pelos cuidados médicos)</li> <li>▪ Municípios (responsáveis pelos serviços sociais).</li> <li>▪ Cuidado aos idosos é uma divisão entre cuidados médicos e serviços sociais (muito ambígua).</li> <li>▪ Enviar uma ajudante domiciliar para um idoso era uma forma de evitar o isolamento social;</li> </ul>

Meulen, et al. 1994. <sup>31</sup>	Sim. <ul style="list-style-type: none"> <li>Para idosos deveria se investir em formas de uma redução da imobilidade e da incapacidade e não um esforço explícito reduzir a mortalidade ou aumentar a esperança média de vida;</li> <li>Manutenção de um firme sentido de solidariedade moral entre as gerações têm - face à concorrência e à fragmentação.</li> </ul>	Sim. ≥ 60 anos.	Não Apresenta apenas medidas. <ul style="list-style-type: none"> <li>Um sistema prático viável de alocação de recursos adequados para o os idosos devem comandar: <ul style="list-style-type: none"> <li>Algum grau de apoio público;</li> <li>Subsídios de uma parte do custo de contratar ajuda externa poderia fazer uma diferença.</li> </ul> </li> <li>Políticas de programas de descanso pagos para familiares.</li> </ul>
Warren, James. 1994. <sup>30</sup>	Não.	Não caracteriza.	Não. Apresenta crítica à mensuração QALY como critério/medida para alocar recursos a população idosa. <ul style="list-style-type: none"> <li>Os QALYs são tendenciosos contra os idosos porque os idosos são considerados como tendo uma qualidade de vida comparativamente inferior;</li> <li>Idosos têm menos anos do que os jovens pelos quais amortizar o recebimento dos benefícios médicos.</li> <li>Atribuir valores para um parâmetro subjetivo, como qualidade de vida, causa problemas na análise QALY.</li> <li>Ele que não leva em conta o valor da pessoa para a família;</li> <li>Não funciona quando aplicado no início ou no fim da vida;</li> <li>Atribuição de fator de utilidade é controverso;</li> <li>Poderia produzir um recurso antiético ou injusto na atribuição.</li> </ul>
Brock, Dan. 1989. <sup>33</sup>	Não.	Sim. ≥ 65 anos.	Não. Apresenta apenas princípios/conceitos. Conceitos: <ul style="list-style-type: none"> <li>Planejamento prudencial: quotas justas de cuidados de saúde ao longo da vida em relação às necessidades em diferentes fases da vida;</li> <li>“Morte tolerável”: morte naquele estágio da vida em que (a) as possibilidades de vida de alguém foram, em geral, realizadas.</li> </ul> Princípios: <ul style="list-style-type: none"> <li>Igualdade justa de oportunidades (diferenciar moralmente as reivindicações de cuidados de saúde que prolongam a vida até, como oposto ao além, a expectativa de vida normal);</li> <li>Papel da medicina seria a consecução de uma expectativa de vida natural por todos e, além disso, apenas o alívio do sofrimento.</li> <li>O governo não teria nenhuma obrigação de ajudar as pessoas a prolongar as suas vidas medicamente para além do tempo natural de vida.</li> </ul>

---

Davis, et.al. 2016. <sup>29</sup>	Não	Não caracteriza.	Não Apresenta apenas medidas para com a demência em idosos. <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Cuidados podem ser melhorados sem levar a um aumento no custo direto total através de um melhor rastreio da demência nos cuidados primários;</li><li>▪ Com encaminhamento e diagnóstico adequados, os cuidados podem ser reequilibrados em prol de serviços que melhorem a qualidade de vida, tais como medicamentos antidemência e cuidados e apoio domiciliários formais.</li></ul>
-----------------------------------	-----	------------------	--

---

Fonte: elaboração dos autores.

No quadro 3 é apresentado os artigos da revisão, seus métodos, ano, país e objetivos dos estudos. É possível visualizar no quadro 4, de forma específica, se os artigos abordaram método/estratégia de alocação de recursos, se caracterizam o envelhecimento e se apresentam vinculação da alocação a uma ou mais políticas de saúde. Neste quadro é sintetizado como esses conteúdos foram abordados nos artigos incluídos nesta revisão.

É possível verificar que dos 10 artigos incluídos na revisão, apenas 5 deles abordam em sua discussão, métodos ou estratégias de alocação de recursos, o que impacta na construção de um debate que vise elaborar, discutir e apreender com experiências exitosas de outros sistemas de saúde.

Também se verificou que dos 10 artigos, 8 caracterizam o envelhecimento com satisfatoriedade. Importante avaliar que não há nenhum artigo brasileiro, ou da América do Sul nesta revisão, sendo assim há um distanciamento das realidades abordadas, com as vivenciadas no Brasil e em nosso sistema, em termos científicos há uma lacuna sobre o tema em relação ao tema neste território. Entre os 10 artigos deste estudo, somente 2 apresentam vinculação da alocação de recursos à uma política de saúde. Nenhum dos artigos incluídos nesta revisão realiza um debate a partir de uma perspectiva crítica.

## **Discussão**

Para construir o procedimento de integração dos achados dos artigos no intuito de facilitar a análise dos dados revisados, organizou-se os dados em três categorias de análise, a seguir (conforme disposto no quadro 4): a) o que os artigos apresentam sobre o método/estratégia de alocação de recursos?; b) qual a caracterização do envelhecimento utilizada nos artigos? e; c) o que os artigos apresentam sobre a vinculação da alocação a uma ou mais políticas de saúde?

### *O que os artigos apresentam sobre o método/estratégia de alocação de recursos?*

Apenas cinco artigos dialogam sobre estratégias de alocação de recursos. Após análise minuciosa dos textos, foi possível dividi-los em quatro sub-grupos, sendo: Os que não apresentam estratégias, os que dialogam sobre a alocação a partir uma perspectiva filosófica da moralidade, os que argumentam sobre a taxação e impostos para arrecadar e alocar recursos e o que traz ao debate a necessidade de uma combinação de métodos de alocação.

Avalia-se que o estudo de Moeteke et al (2022)<sup>32</sup> é o único que aborda diversas ferramentas para alocação afim de buscar a eficiência alocativa que consistiria, segundo

os autores: na utilização da combinação/alocação de recursos que proporcionaria o máximo benefício a toda a população; no artigo apresenta-se ferramentas de metodologias sobretudo em abordagens quantitativas.

Os estudos de Gannon et. al. (2010)<sup>36</sup>, Samuel, et. al. (2006)<sup>35</sup>, Bergmark et al. (2000)<sup>34</sup> partem da perspectiva da taxação de programas e/ou da destinação de impostos específicos à políticas de saúde relacionadas ao envelhecimento, também aponta-se a discussão de privatização de serviços e a estimulação de um mercado competitivo para alocar recursos.

Em Meulen, et al. (1994)<sup>31</sup>. Os autores nos apresentam a questão do envelhecimento da população e as implicações no seio familiar e social. Traz em perspectiva um viés moral referente os cuidados com pessoas idosas. Compreende a importância dos laços de solidariedade entre as gerações e a responsabilidade dos jovens para com os velhos.

O último grupo é composto pelos artigos que na sua construção do debate não trazem elementos referentes ao fenômeno da alocação de recursos, tema desta revisão. São compostos pelos estudos: Wang. et al. (2018)<sup>27</sup>, Bahler, et al. (2015)<sup>28</sup>, Warren (1994)<sup>30</sup>, Brock (1989)<sup>33</sup> e Davis et. al. (2016)<sup>29</sup>. Alguns destes até mencionam o fenômeno, no entanto de maneira superficial, como uma sugestão para importância de se discutir ou elaborar uma alocação com destinação de recursos que contemplem a população idosa.

Esta relativa ausência de discussão sobre a importância da alocação de recursos financeiros em saúde, em sistemas de saúde, específicas para população idosa pode ser explicada pelo entendimento razoável de que um bom envelhecimento se inicia com cuidados desde a primeira infância. Mas, depois a pandemia COVID-19 e o papel que a população idosa teve nas altas taxas de ocupação hospitalar e, em especial leitos de UTIs, este debate veio à tona. Isto tornou-se pauta, em geral, por conflitos morais são decorrentes da alocação dos recursos públicos em saúde, no contexto, da medicina intensiva e da justa microalocação de recursos para os idosos no centro de tratamento intensivo (FREITAS, SCHRAMM, 2006)(PAGOTO,2021)<sup>3738</sup>. Assim o debate se reabre e requer que as evidências sobre o tema sejam mais elaboradas para repensar como pode-se realizar esse tipo de alocação de maneira custo-efetiva em sistemas de saúde com recursos escassos.

### *Qual a caracterização do envelhecimento utilizada nos artigos?*

No item de caracterização do envelhecimento, podemos subdividir em três grupos, sendo: os que não caracterizam o envelhecimento, os que compreendem o envelhecimento como as pessoas acima de 60 anos de idade e os que tratam como idosos àqueles com idade igual ou superior à 65 anos.

Dos 10 estudos incluídos nesta revisão, 2 não caracterizaram o envelhecimento e nem o que se considera idoso, sendo os trabalhos de Davis, et.al. (2016)<sup>29</sup> e Warren (1994)<sup>30</sup>. Avaliamos problemático a ausência dessa descrição, uma vez que se trata da população dos estudos e da população estudada nesta revisão sistemática.

Moeteke et al. (2022)<sup>32</sup> e Meulen, et al (1994)<sup>31</sup>, caracterizam como pessoa idosa, aquela com 60 anos ou mais. Enquanto Wang, et al (2018)<sup>27</sup>, Bahler et al (2015)<sup>28</sup>, Gannon et. al. (2010)<sup>36</sup>, Samuel et.al. (2006)<sup>35</sup>, Bergmark et al., (2000)<sup>34</sup> e Brock (1989)<sup>33</sup>, entendem como idoso a população com idade igual e/ou superior a 65 anos. O que corrobora com o definido pela OMS: A população idosa é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o grupo etário de 65 anos ou mais nos países desenvolvidos e 60 anos ou mais nos países em desenvolvimento (Brasil, 2023, p. 2.)<sup>39</sup>, mas, em função das opções políticas dos países com cada vez mais comprometimento de seus orçamentos públicos com endividamentos, essa idade não tem sido devidamente respeitada.

### *O que os artigos apresentam sobre a vinculação da alocação a uma ou mais políticas de saúde?*

Nesta categoria de análise, podemos dividir os artigos nos seguintes grupos: os que não apresentam mas discorrem sobre constatações, os que não apresentam vinculação de alocação de recursos à políticas de saúde mas abordam medidas de saúde, há o que não apresenta mas realiza crítica, o que realiza conceituação e princípios moralizantes e também os que realizam a vinculação entre alocação de recursos e políticas de saúde.

No grupo dos que não apresentam vinculação entre alocação de recursos e políticas de saúde, mas realizam constatações estão os artigos Wang, et al. (2018)<sup>27</sup>, Bahler, et al (2015)<sup>28</sup>. Ou seja, nesses artigos não são abordadas políticas de saúde, mas a partir de suas análises, cumprem com os objetivos que se propõe a analisar: avaliarem custos em cuidados de saúde.

O grupo dos que abordam medidas de saúde, no entanto não realizam vinculação entre alocação de recursos e políticas de saúde, tem-se Moeteke et al (2022)<sup>32</sup>, Bergmark

et al. (2000)<sup>34</sup>, Meulen, et al (1994)<sup>31</sup> e Davis, et.al. (2016)<sup>29</sup>. Nestes estudos conforme abordado no quadro 4, são apresentadas interessantes políticas de saúde que poderiam nos amparar e inspirar na discussão do debate de políticas públicas às pessoas idosas. Como por exemplo em Moeteke et al (2022)<sup>32</sup> o estudo contempla as seguintes estratégias em saúde, para uma população em envelhecimento: a eliminação de longas listas de espera para atendimento ambulatorial especializado, investigações radiológicas e procedimentos cirúrgicos, importância de reformas das políticas de saúde destinadas a atender os idosos têm de ser integradas num quadro mais amplo de ação intersectorial orientada para a melhoria da qualidade de vida e do bem-estar socioeconómico. Devem ser realizados investimentos em cuidados de saúde primários, gestão de doenças crónicas e prevenção de doenças, também aponta investimento em sistema de vigilância, especialmente as principais DNT que tem fatores de risco comuns - tabagismo , sedentarismo, uso nocivo de álcool e dieta pouco saudável. Aponta necessidade de reciclagem/reorientação dos profissionais de saúde na identificação e gestão abrangente das DNT, incluindo cuidados paliativos e ainda sugere que a avaliação das tecnologias de saúde deve ser melhorada para fornecer uma base sólida para a seleção adequada de novos programas e ações de saúde pública.

Em Bergmark et al., (2000)<sup>34</sup>, relata que na Suécia existem duas importantes leis que norteiam os cuidados aos idosos, são elas: A Lei de Serviços Médicos e de Saúde de 1983 e a Lei dos Serviços Sociais de 1982. Refere que devido recursos escassos estão se implementando novos e mais rígidos critérios para inserirem os idosos em benefícios e programas socioassistenciais, no entanto apresentam recursos como fornecer aos idosos serviços domésticos, como compras e limpeza, enviar um(a) ajudante domiciliar para um idoso como forma de evitar o isolamento social, leitos habitacionais especiais , alojamentos especiais de longa duração e serviços que prestam cuidados de saúde/enfermagem o domicílio.

Em Meulen, et al. (1994)<sup>31</sup> é trabalhado as seguintes medidas/recomendações: será recomendado que a saúde invista na redução da morbidade e deficiência e não no esforço em reduzir a mortalidade ou aumentar expectativa de vida. Necessário pensar em melhorar a qualidade de vida dos idosos e não no prolongamento de suas vidas, entendendo que as necessidades dos idosos não depende apenas de medicalização. Também discute a solidariedade intergeracional e a importância de programas que subsidiem cuidadores formais. Almeja que o mercado de trabalho esteja mais flexível com os trabalhadores que possuem familiares idosos que precisem de cuidados, por

exemplo o modelo Home Office. Coloca também a importância do estímulo das pessoas ainda quando jovens, a terem melhores hábitos de vida, afim de uma velhice saudável. Discorre sobre a importância de encorajar a participação e formação política dos velhos na defesa dos seus interesses na sociedade, além de uma educação das próprias pessoas a planejarem suas velhices.

Ainda no grupo dos estudos que abordam medidas de saúde, no entanto não realizam vinculação entre alocação de recursos e políticas de saúde, temos Davis, et.al. (2016)<sup>29</sup> que nos elucida a importância do correto diagnóstico não tardio de demência. Discute que o custo mais elevado do tratamento medicamentoso e dos cuidados especializados parece ser compensado por poupanças noutras áreas, como a redução das cirurgias eletivas e o menor tempo de internação hospitalar.

O estudo de Warren (1994)<sup>30</sup> realiza a crítica referente a utilização da ferramenta de anos de vida ajustado pela qualidade (QALY) para alocar recursos à pessoa idosa. Neste caso a análise QALY pode apresentar um valor de investimento muito alto para a relação de anos de qualidade de vida que o recurso pode oferecer, ainda mais se comparar a utilização da ferramenta entre o idoso e uma pessoa jovem. Esta ferramenta impõe uma vulnerabilidade na alocação de recursos à pessoa idosa, sendo portanto, desaconselhada como critério de alocação pelo autor quando se trata da alocação de recursos para pessoas idosas.

Brock (1989)<sup>33</sup>, nos apresenta conceitos liberais e conservadores em relação ao envelhecimento e papel do Estado, dos jovens e família em relação ao cuidado. O autor fundamenta sua crítica a partir da análise de dois autores: Norman Daniels e Daniel Callahan, realizando contrapontos. Os argumentos apresentados por Norman Daniels e Daniel Callahan diferem na sua abordagem para abordar questões de justiça intergeracional e as reivindicações dos idosos em termos de recursos sociais. O argumento de Daniels está enraizado no liberalismo político, enquanto o argumento de Callahan se baseia numa filosofia política comunitária.

Somente em Gannon, et.al. (2010)<sup>36</sup> e Samuel, et.al. (2006)<sup>35</sup>, é que claramente é realizada a vinculação da alocação de recursos à políticas de saúde. Ambos realizam a discussão baseada em seus países de análise, sendo o primeiro França e Irlanda e o segundo EUA. Destaca-se que a França já possui uma estrutura consolidada de cuidados formais e direitos aos idosos. No estudo aponta-se modalidades residenciais para níveis diferentes de dependência (unidades de cuidados de longa duração (ILPI), lares de idosos e lares residenciais). Também há um a estrutura de serviços para aqueles que se mantém

em sua própria residência, com serviços de cuidados domiciliários, serviços de cuidados de enfermagem, alojamento temporário e serviços de centro-dia. Aponta-se que os recursos são financiadas pela abolição de um feriado bancário, por porcentagem de um imposto sobre o rendimento que financia a segurança social e a transferência de créditos para idosos frágeis e deficientes do fundo de segurança social. O segundo estudo Samuel, et.al. (2006)<sup>35</sup>, já possui uma realidade deveras distante do caso brasileiro e também do que desejamos como incentivo às políticas de saúde, uma vez que o intuito norte-americano é racionar recursos. O racionamento no artigo é definido como uma intervenção explicitamente declarada pelo governo no mercado privado/público de saúde para obter controle sobre uma quantidade significativa de recursos e realizar uma mudança de alocação para um fim político específico.

### **Considerações finais**

O processo do envelhecimento é heterogêneo, visto que é oriundo da combinação de determinantes biopsicossociais e históricos. Portanto, a caracterização dele apenas pela idade é insuficiente para análise comparativa de sociedades diferentes, pois as necessidades em saúde podem ser diversas ou até mesmo divergentes, variando de um território para outro, seja do micro (um município) ao macro (um país).

Nenhum dos estudos revisados trouxe um modelo de alocação de recursos considerando uma assistência universal e equânime aos preceitos dos princípios do sistema único de saúde.

Em face do recorrido neste trabalho, entendemos que a população idosa vem crescendo e se tornando parcela importante da população brasileira. Com isso novos desafios se colocam às políticas públicas e ao SUS, sendo necessário acirrar o debate referente o financiamento e alocação de recursos à saúde pública, pensando no envelhecimento como um caminho inescapável.

Os artigos que foram selecionados nesta revisão não argumentam sobre a particularidade da realidade brasileira, mas já nos contemplam com o fenômeno mundial do envelhecimento e os desafios impostos às políticas sociais.

### **Referências**

- 1- ALVES JE. Esperança de vida diante da emergência sanitária e climática. Ecodebate [Internet]. 2021. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=esperanca-de-vida-diante-da-emergencia-sanitaria-e->

[climatica#:~:text=Durante%20cerca%20de%20200%20mil,anos%20no%20mundo%20em%201900](#)

- 2- Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005
- 3- CAMARANO AA, KANSO S, FERNANDES D. Brasil envelhece antes e pós-PNI [Internet]. 2016. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9082/1/Brasil%20envelhece.pdf>
- 4- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Promoção do monitoramento dos sistemas de saúde para atender melhor à população idosa. Washington, DC: OPAS; 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275726525>
- 5- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2019: ciclos de vida [Internet]. 2019. Disponível em: <https://www.pns.iciet.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/12/liv101846.pdf>
- 6- UNITED NATIONS DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS POPULATION DIVISION. World Population Prospects 2022 [Internet]. 2022. Disponível em: <https://population.un.org/wpp/Graphs/DemographicProfiles/Pyramid/76>
- 7- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos de Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_saude\\_pessoa\\_idosa.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf)
- 8- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Barreiras de acesso aos serviços de saúde para pessoas idosas na Região das Américas. Washington, DC: OPAS; 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275726983>
- 9- VILLAS-BÔAS ME. Justiça distributiva, critérios de alocação de recursos escassos em saúde e suas críticas. Rev Redbioética/UNESCO. 2010;1(2):73–84. Disponível em: [http://www.estsp.ipp.pt/fileManager/editor/Documentos\\_Publicos/Comissao%20de%20Etica/Acervo%20C.E./Instituicoes\\_e\\_Recursos\\_Saude/7.pdf](http://www.estsp.ipp.pt/fileManager/editor/Documentos_Publicos/Comissao%20de%20Etica/Acervo%20C.E./Instituicoes_e_Recursos_Saude/7.pdf)
- 10- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2528/2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. Brasília: DF; 2006. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudeflegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudeflegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html)
- 11- MENDES Á, LEITE MG, CARNUT L. Uma metodologia para rateio dos recursos federais do SUS: o índice de necessidades de saúde. Rev Saúde Pública [Internet].

2020. Disponível

em: <http://www.scielo.br/j/rsp/a/VLfnbzdTpsf4RBKLxz4nmGf/?lang=pt>

- 12- BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Política Nacional do Idoso Brasília: DF Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18842.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm)
- 13- BRASIL. Lei nº 1074/2003. Estatuto da Pessoa Idosa [Internet]. Brasília: DF; Outubro de 2003. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.741.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm)
- 14- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a organização e o funcionamento dos serviços de saúde. Diário Oficial da União. 1990 set 20; Seção 1: 1. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm).
- 15- BRASIL. Lei nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Dispõe sobre a instituição do Sistema de Saúde Brasileiro e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília; 2012 Jan 13. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/lei/1141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/1141.htm).
- 16- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil [Internet]. Diário Oficial da União; 2019. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979\\_13\\_11\\_2019.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html)
- 17- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Instrutivo do financiamento da Atenção Primária à Saúde [Internet]. Brasília: DF; 2021. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_instrutivo\\_financiamento\\_a\\_ps.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_financiamento_a_ps.pdf)
- 18- MENDES Á, MELO MA, CARNUT L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. Cad Saúde Pública. 2022;38:e00164621. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/RzCN3QfmZthv6GBQQfNQHSQ/>
- 19- BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Estabelece um novo regime fiscal para o país e altera o art. 60 da Constituição Federal de 1988. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília; 2016 Dec 15 [citado 2024 Ago 5]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emenda95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emenda95.htm)
- 20- CÂMARA DOS DEPUTADOS. Lei complementar nº 200, de 30 de agosto de 2023. [Internet]. 2023. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/leicom/2023/leicomplementar-200-30-agosto-2023-794631-publicacaooriginal-169053-pl.html>

- 21- CUNHA JRA. Quais as consequências da aprovação do novo arcabouço fiscal para o SUS? *Cad Ibero-Am Dir Sanit*. 2023. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/1036/950>
- 22- CARNUT L, ANDRE ECG, MENDES AN, MEIRA ALP. Emendas parlamentares em saúde no contexto do orçamento federal: entre o 'é' e o 'dever ser' da alocação de recursos. *Saúde em Debate*. 2021;45:223–36. Disponível em: <https://saudeemdebate.org.br/sed/article/view/3903/434>
- 23- MENDES KDS, SILVEIRA RCCP, GALVÃO CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2008;17(4):758–64. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/abstract/?lang=pt>
- 24- SOARES CB, HOGA LAK, PEDUZZI M, SANGALETI C, YONEKURA T, SILVA DRAD. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014;48(2):335–45. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/reesp/a/3ZZqKB9pVhmMtCnsvVW5Zhc/?lang=pt>
- 25- PORTAL REGIONAL DA BVS. Sobre o Portal Regional da BVS [Internet]. Disponível em: <https://bvsalud.org/sobre-o-portal/>
- 26- DECS - Descritores em Ciências da Saúde. [Internet]. Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: <https://decs.bvsalud.org>.
- 27- WANG Z, LI X, CHEN M, SI L. Social health insurance, healthcare utilization, and costs in middle-aged and elderly community-dwelling adults in China. *International Journal for Equity in Health* (2018) 17:17. Disponível em: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-018-0733-0>
- 28- BAHLER C, HUBER CA, BRUNGGER B, REICH O. Multimorbidity, health care utilization and costs in an elderly community-dwelling population: a claims data based observational study. *BMC Health Services Research*. 2015. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4307623/pdf/12913\\_2015\\_Article\\_698.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4307623/pdf/12913_2015_Article_698.pdf)
- 29- DAVIS K, WILLINK A, AMJAD H. What is the potential for improving care and lowering cost for persons with dementia? *International Psychogeriatrics* (2016), 28:3, 357–358.
- 30- WARREN J. Rationing health care resources Is the quality-adjusted life-year a helpful guide?. *Canadian Family Physician*. 1994; 40:123-128.

- 31- MEULEN RT, TOPINKOVÁ E, CALLAHAN D. What Do We Owe the Elderly? Allocating Social and Health Care Resources. *The Hastings Center Report*, Vol. 24, No. 2 (Mar. - Apr., 1994), pp. S1-S12.
- 32- MOETEKE NS. Improving healthcare systems and services in the face of population ageing: policy considerations for low- and middle-income countries. *Pan African Medical Journal*. 2022;43(190). 10.11604/pamj.2022.43.190.30562. Disponível em: <https://www.panafrican-med-journal.com//content/article/43/190/full>
- 33- BROCK DW. Justice, Health Care, and the Elderly. *Philosophy & Public Affairs*, Vol. 18, No. 3 (Summer, 1989), pp. 297-312. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/2265346>
- 34- BERGMARK A, PARKER MG, THORSLUND M. Priorities in care and services for elderly people: a path without guidelines? *Journal of Medical Ethics*. 2000;26:312–318. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1733277/pdf/v026p00312.pdf>
- 35- SAMUEL TW, BEAULIEU JE. RATIONING AND THE LONG - TERM - CARE SYSTEM. *Educational Gerontology*, 18:1, 83-98.
- 36- GANNON B, DAVIN B. Use of formal and informal care services among older people in Ireland and France. *Eur J Health Econ* (2010) 11:499–511.
- 37- FREITAS, SCHRAMM, A moralidade da alocação de recursos no cuidado de idosos no centro de tratamento intensivo, 2006.
- 38- PAGOTTO et al. Alocação de recursos para cuidar de idosos durante a pandemia: uma reflexão bioética, 2021
- 39- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Nota Informativa N° 5. Diagnóstico sobre envelhecimento e direito ao cuidado [Internet]. 2023. Disponível em: [https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/mds-lanca-diagnostico-sobre-envelhecimento-e-direito-ao-cuidado/Nota\\_Informativa\\_N\\_5.pdf](https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/mds-lanca-diagnostico-sobre-envelhecimento-e-direito-ao-cuidado/Nota_Informativa_N_5.pdf)
- 40- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2254, de 3 de setembro de 2021. Altera o Título II da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre o custeio da Atenção Primária à Saúde [Internet]. *Diário Oficial da União*; 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-2.254-de-3-de-setembro-de-2021-343018326>

- 41- CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. Lei complementar 141 Guia Prático para a Gestão Municipal [Internet]. Brasília; 2015. Disponível em: [https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/01/Livro\\_LC\\_141\\_tela.pdf](https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/01/Livro_LC_141_tela.pdf)
- 42- CARNUT L, MENDES Á, LEITE MG. Metodologias para alocação equitativa de recursos financeiros em saúde: uma revisão integrativa. Saúde em Debate [Internet]. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/QX3G5qzmksjDMjFSjb6Ygnj/?format=pdf&lang=pt>

### **Agradecimentos:**

Agradecimentos especiais aos colegas de turma, principalmente ao grupo de orientação e especialmente à Maria Cecília na importante contribuição à este trabalho. Também a Mariana Mello que durante as bancas fez brilhantes apontamentos para o enriquecimento do trabalho.

### **Conflito de Interesses:**

Os autores declaram que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho

### **Declaração de Contribuição do Autor:**

Lorga GAM e Carnut L contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito quanto a concepção e o planejamento para a análise e interpretação dos dados; a elaboração do rascunho e revisão crítica do conteúdo; e da aprovação da versão final do manuscrito.