

Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no contexto do Sistema Único de Saúde

I¹ Kellem Raquel Brandão de Oliveira Torres, ² Mônica Rodrigues Campos,

³ Vera Lucia Luiza, ⁴ Célia Pereira Caldas I

Resumo: O artigo apresenta uma reflexão acerca da trajetória do desenvolvimento da política pública de saúde voltada para o idoso, desde a implantação do SUS até os dias atuais, cotejada com a evolução dos indicadores da saúde do idoso propostos no Pacto pela Saúde e no Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde. O Brasil conta tanto com políticas gerais como específicas para a saúde do idoso, nas quais são firmados compromissos sociais e definidas diretrizes, indicadores e metas. De 2007 a 2012 houve indicador específico relacionado à saúde do idoso, porém a meta nunca foi alcançada. A partir de então, deixou-se de ter indicadores específicos para esta população. Um indicador específico voltado para o monitoramento dessa clientela revelaria a importância que precisa ser dada aos cuidados com os idosos. É relevante destacar que, sem ações intersetoriais compreendendo serviços de diferentes densidades tecnológicas e com total integração com as redes de suporte social formal e informal, não será possível dar conta do desafio colocado pela transição demográfica.

► **Palavras-chave:** saúde do idoso; políticas públicas; indicadores de saúde.

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro-RJ, Brasil (tutoria.kellem@gmail.com). ORCID: 0000-0001-8228-1915

² Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro-RJ, Brasil (monicarodriguescampos@gmail.com). ORCID: 0000-0002-7443-5977

³ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro-RJ, Brasil (vera@ensp.fiocruz.br). ORCID: 0000-0001-6245-7522

⁴ Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ, Brasil (celpcaldas@gmail.com). ORCID: 0000-0001-6903-1778

Recebido em: 29/05/2019
Aprovado em: 16/10/2019
Revisado em: 17/01/2020

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312020300113>

Introdução

Desde a virada do século XX, o processo conhecido como transição demográfica e epidemiológica vem se traduzindo em mudanças relevantes na demografia dos países, com aumento progressivo da população idosa, constituindo-se em grande desafio para a saúde pública e para os sistemas de saúde mundiais no que se refere a proporcionar um atendimento adequado à população (ZEN et al., 2018). Segundo o relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2011, o envelhecimento da população aumentará ainda mais nos anos vindouros. Há uma projeção de crescimento no número de pessoas com 65 anos ou mais de 524 milhões em 2010 para quase 1,5 bilhão em 2050, com a maior parte delas concentrada nos países em desenvolvimento, resultando numa grande transformação na demografia e na saúde pública (WHO, 2011).

O Brasil, acompanhando essas transformações demográficas que vêm ocorrendo no mundo, também vem apresentando importantes alterações em sua demografia. Estudos populacionais realizados no país indicam a tendência de aumento da proporção de idosos na população. A elevação da ocorrência de doenças e agravos não transmissíveis (DANT), em virtude da maior expectativa de vida e do consequente crescimento do número de idosos, vem causando grande impacto no Sistema Único de Saúde (SUS). Embora as doenças infecciosas continuem presentes em todo o território nacional, percebe-se um declínio da mortalidade em decorrência delas, o que tende a beneficiar os grupos mais jovens da população (MEDEIROS et al., 2017). No entanto, o sistema precisa estar preparado para atender a todas as demandas da população, sendo um grande desafio enfrentá-las de forma adequada (CÔRTE et al., 2017; PEDRAZA et al., 2018). Todos esses aspectos geram uma modificação no padrão de utilização dos serviços de saúde e acarretam maiores gastos, já que os tratamentos das doenças crônicas e na população mais idosa necessitam da incorporação de tecnologias (VERAS; CALDAS; CORDEIRO, 2013).

No Brasil de hoje, 7,6% da população têm 65 anos ou mais, parcela que será de 9,4% em 2020 e 11,3% em 2025, padrão similar ao de alguns países ricos (GOMES, 2016). Há uma expectativa de que esta proporção seja de 18,6% em 2030, e de 33,7% em 2060 (IBGE apud BRITO et al., 2018). Esta mudança requer significativo aumento da oferta de infraestrutura, já que a população idosa utiliza muito mais os serviços de saúde.

O processo do envelhecimento implica em necessidades específicas de saúde devido ao aumento da frequência e gravidade de problemas, sobretudo os crônicos, que perduram por toda a vida do indivíduo. Ademais, é uma população que tende a perder a autonomia de seu cuidado. Assim, o aumento da proporção de idosos em todo o mundo gera diversos desafios para a sociedade em geral e o sistema de saúde em particular. Em razão disso, diversas estratégias com o intuito de atender melhor a população de idosos vêm sendo desenvolvidas, inclusive pelo Brasil. Compreender a evolução de tais políticas é garantir a integralidade do cuidado, atendendo toda a demanda do sistema de forma acolhedora, sendo capaz de dar respostas adequadas e resolutivas.

Um desafio inalienável ao processo de formulação e implementação de políticas públicas é o monitoramento e a avaliação de seus alcances. No caso da saúde do idoso, a atenção primária em saúde cumpre papel fundamental em sua atribuição de proporcionar promoção da saúde, prevenção de agravos e cuidado, além de ser o ponto de articulação da rede de atenção. No Brasil, o monitoramento se dá com a implantação dos indicadores do Pacto, que a partir de 2006 define a população idosa como área prioritária, tendo como meta a implantação de uma política específica para o idoso. Este processo incluiu a pactuação de indicadores (modificados ao longo de seis anos) e metas a serem atingidas anualmente. Em 2012, no processo de transição entre o Pacto pela Saúde e o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap), perdeu-se a priorização do idoso, perdendo-se também a definição de indicador específico que auxiliasse no monitoramento das condições de atendimento do SUS a esta parcela da população.

A despeito de serem encontrados na literatura alguns artigos, como Fernandes e Soares (2012) e Damasceno e Sousa (2016), que abordam as políticas públicas relacionadas à população idosa, não identificamos análises do potencial dos indicadores do Pacto Pela Saúde e do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (Coap) em permitir o monitoramento da política vigente.

O presente artigo apresenta um estudo descritivo, tipo análise reflexiva e crítica da trajetória das políticas públicas para o idoso no Brasil, em especial sua interface com a saúde, cotejada com a evolução dos indicadores presentes no Pacto pela Saúde e no Coap nas diferentes regiões do país. Utilizamos artigos e documentos oficiais para apresentar o desenvolvimento das políticas e os dados apresentados em relação

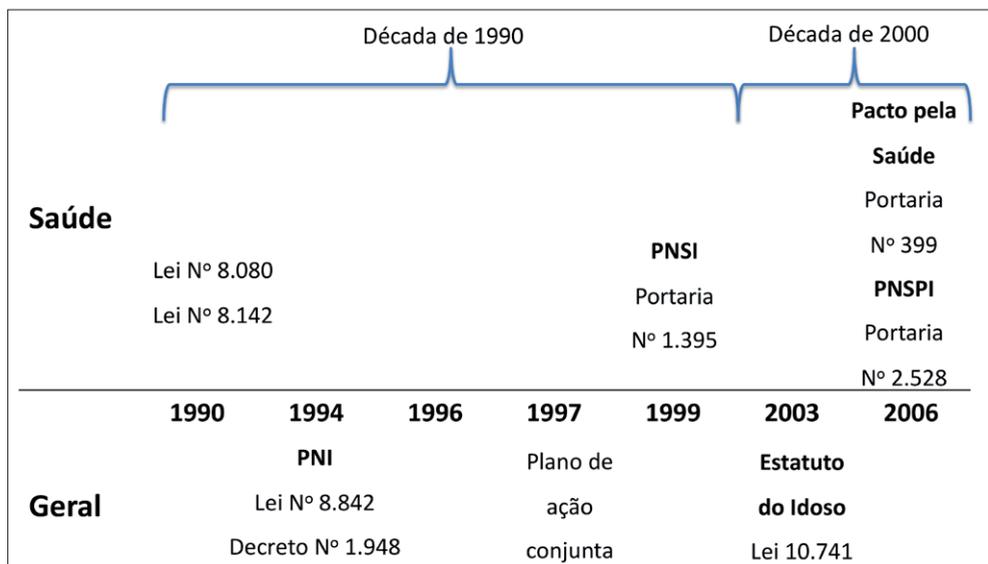
aos indicadores foram retirados do site DATASUS, ano a ano, de acordo com o indicador avaliado para cada política apresentada (Pacto pela Saúde ou Coap).

O texto a seguir se inicia pela apresentação das políticas para o idoso no Brasil desde a implantação do SUS na década de 90 até os dias de hoje e as principais inflexões. A seguir, apresentam-se os indicadores utilizados desde então. A análise combinada desde dois aspectos enseja a identificação de lacunas, tanto quanto ao nível de prioridade da política de saúde do idoso no contexto atual como das dificuldades de utilizar os indicadores para expressar os alcances desta política. Finalizamos o texto ressaltando as lições propiciadas pela análise realizada e apresentando algumas recomendações.

Evolução das políticas para o idoso no Brasil

A linha do tempo apresentada na figura 1 resume as principais regulações influentes na atenção à saúde do idoso a partir da implantação do SUS analisadas neste artigo.

Figura 1. Linha do tempo das principais políticas brasileiras voltadas ao idoso a partir de 1990



Fonte: Elaboração própria.

Legenda: PNI – Política Nacional do Idoso; PNSI – Política Nacional de Saúde do Idoso; PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

Até a promulgação da Constituição Federal em 1988, as ações governamentais tinham cunho caritativo e de proteção à população idosa. A partir de então, o direito universal à saúde foi conquistado pela sociedade e reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. Dessa forma, a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhe o direito à vida. O entendimento desse direito passa pelos princípios organizativos do SUS e são reafirmados na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde (FERNANDES, 2012).

No período posterior à criação do SUS, uma das primeiras iniciativas específicas para os idosos foi a Política Nacional do Idoso (PNI) de 1994, Lei nº 8.842, regulamentada pelo Decreto nº 1.948 de 3 de julho de 1996 (BRASIL, 1996). A PNI tinha como objetivo, por meio de diversas ações governamentais distribuídas em diferentes setores, assegurar os direitos sociais dos idosos, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Também reafirmava o direito à saúde desta população nos diversos níveis de atendimento do SUS (BRASIL, 1994).

A criação em 1997 do Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso – PNI – (BRASIL, 1997) visou colocar em prática as ações estabelecidas pela política e teve o intuito de desenvolver ações preventivas, curativas e promocionais no âmbito de políticas sociais voltadas à população idosa. Esse Plano de Ação foi composto por nove órgãos: Ministério da Previdência e Assistência Social; Educação e Desporto; Justiça; Cultura; Trabalho e Emprego; Saúde; Esporte e Turismo; Planejamento, Orçamento e Gestão e Secretaria de Desenvolvimento Urbano.

Em 1999, o MS anunciou a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), determinando que seus órgãos e entidades relacionados ao tema promovessem a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (BRASIL, 1999). Essa política assumia que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária. Tomava como pressuposto o

princípio constitucional de que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar aos idosos todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e direito à vida (BRASIL, 2006a).

No contexto internacional, o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, assinado em Madri em 2002 pelos países membros das Nações Unidas, teve como princípios básicos: (a) participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; (b) fomento da saúde e bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável; e (c) criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento (TELLES; BORGES, 2013).

Em convergência com essas orientações, foi aprovado em 2003 no Brasil o Estatuto do Idoso (Lei nº10.741, de 1º de outubro de 2003), elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos. O Estatuto do Idoso ampliou a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, ainda que não tenha dado clareza quanto aos meios para financiar as ações propostas (BRASIL, 2006a).

Com a evolução do processo de descentralização e municipalização das ações e serviços do SUS, o MS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) pactuaram responsabilidades entre os três respectivos níveis gestores do SUS. O Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006b), publicado em 2006, propunha a efetivação de acordos entre municípios, estados e governo federal para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão do SUS. A implantação do Pacto pela Saúde, nas suas três dimensões – Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS –, visou proporcionar maior efetividade, eficiência e qualidade nas respostas do sistema de saúde, assim como redefinir responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (BRASIL, 1997).

O Pacto pela Vida reforçou no SUS o movimento da gestão pública por resultados, estabelecendo um conjunto de compromissos sanitários considerados prioritários, pactuados e implementados de forma tripartite. Esses compromissos deveriam ser efetivados pela rede do SUS, de forma a garantir o alcance das metas estabelecidas. Prioridades estaduais, regionais ou municipais poderiam ser agregadas às prioridades nacionais, a partir de acordos locais. Os estados e municípios deveriam pactuar as ações que considerassem necessárias ao alcance das metas e objetivos gerais propostos.

O Pacto pela Saúde trouxe a atenção à saúde do idoso para o topo da lista de objetivos e, como meta prioritária, a implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), regulada pela Portaria MS/GM nº 2.528/2006 (BRASIL, 2006a). Esta nova política, com diretrizes semelhantes às do Pacto pela Saúde, teve como principal propósito a atenção integral ao idoso.

Para a execução das diretrizes da PNSPI, o SUS conta com as equipes de Saúde da Família para a Assistência Básica de Saúde, Hospitais Gerais e Centros de Referência à Saúde do Idoso (BRASIL, 2002), enquanto pontos de atenção. Em sua atual redação, a finalidade primeira da PNSPI (BRASIL, 2006a) é “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS”. Estipula, ainda, o limite de 60 anos de idade para uma pessoa ser considerada idosa no país.

As diretrizes da PNSPI, coincidentes com os princípios da atenção integral à saúde da pessoa idosa, são: (1) promoção do envelhecimento ativo e saudável; (2) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; (3) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; (4) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; (5) estímulo à participação e fortalecimento do controle social; (6) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; (7) divulgação e informação sobre a PNSPI para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; (8) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e (9) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Evolução dos indicadores de saúde do idoso

Esta seção aborda os indicadores do Pacto Pela Saúde e Coap tendo em vista que diretrizes de políticas são operacionalizadas por objetivos e metas, que precisam ser monitoradas através de indicadores.

O Pacto pela Vida estabelecia até o ano de 2009 prioridades e metas anualmente. Após esse período, os pactos passaram a ser bianuais (2010-2011). Em 2012, há um retorno para a análise anual em virtude da transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Coap, que passou a vigorar nesse mesmo ano; e passa a ser trianual para o período de 2013-2015. A partir de 19 de julho de 2012, todos os entes federados que tivessem ou não assinado o Termo de Compromisso de

Gestão previsto na portaria Nº 399/GM/MS (BRASIL, 2006b) passariam a assumir as responsabilidades sanitárias expressas no Anexo I da Resolução Nº 4 da Comissão Intergestora Tripartite – CIT (BRASIL, 2012). O monitoramento é feito, principalmente, pelos indicadores e metas pactuadas. Neste sentido, o quadro 1 apresenta a evolução dos indicadores relacionados à saúde do idoso de acordo com a política (ano a ano), inicialmente previstos no Pacto pela Saúde (2007) e, a partir de 2012, pelo Coap.

Quadro 1. Indicadores relacionados à saúde do idoso de 2007 a 2015 por meio do Pacto pela Saúde e a partir de 2012 pelo Coap. Brasil, 2007-2015.

Documento oficial	OBJETIVO	META	INDICADOR
2007			
Portaria MS – Nº 91/GM de 10 de janeiro de 2007 – Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por municípios, estados e Distrito Federal.	Contribuir para a melhoria da qualidade da atenção prestada ao residente nas Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPI. Método de Cálculo: Número de instituições de longa permanência para idosos, inspecionadas / Número total de instituições de longa permanência para idosos, cadastradas x 100	Todos os municípios com 100% das instituições de longa permanência para idosos, inspecionadas	PRINCIPAL: Proporção de instituições de longa permanência para idosos, inspecionadas. OBS: Outras Prioridades e objetivos a serem pactuados previstos na Portaria: Disponibilizar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. • Disponibilizar Manual de Atenção Básica e Saúde para a Pessoa Idosa. • Apoiar estados e municípios na reorganização do processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde. • Apoiar estados e municípios na implementação do programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais da rede de atenção básica em saúde. • Apoiar estados e municípios para qualificar a dispensação e o acesso da população idosa à Assistência Farmacêutica. • Apoiar estados e municípios na instituição da avaliação geriátrica global a toda pessoa idosa internada em hospital integrante do Programa de Atenção Domiciliar. • Apoiar estados e municípios na instituição da atenção domiciliar ao idoso.

continua...

Documento oficial	OBJETIVO	META	INDICADOR
2008			
Portaria Nº 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008 - Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação.	i. Identificar pessoas idosas em situação de fragilidade ou em risco de fragilização para ações de prevenção de fratura de fêmur.	Reduzir em 2% a Taxa de Internação Hospitalar de Pessoas Idosas por fratura do fêmur.	PRINCIPAL: Taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura do fêmur. <i>Método de Cálculo:</i> Número de internação hospitalar por fratura do fêmur em maiores de 60 anos por local de residência / Total da população com 60 anos e mais por local de residência x 10.000.
	ii. Contribuir para a melhoria da qualidade da atenção prestada ao residente nas Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPI.	Inspecionar 100% das ILPI cadastradas na Anvisa.	COMPLEMENTAR: Percentual de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) cadastradas, inspecionadas. <i>Método de Cálculo:</i> Número de ILPI cadastradas na VISA inspecionadas / Número de ILPI cadastradas na VISA x 100.
2009			
Portaria Nº 48/GM de 12 de janeiro de 2009 – Ficam mantidas, para o ano de 2009, as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, definidos no anexo da Portaria Nº 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008.	i. Identificar pessoas idosas em situação de fragilidade ou em risco de fragilização para ações de prevenção de fratura de fêmur.	Reduzir em 2% a Taxa de Internação Hospitalar de Pessoas Idosas por fratura do fêmur.	PRINCIPAL: Taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura do fêmur.
	ii. Contribuir para a melhoria da qualidade da atenção prestada ao residente nas ILPI.	Inspecionar 100% das ILPI cadastradas na Anvisa.	COMPLEMENTAR: Percentual de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) cadastradas, inspecionadas.

continua...

Documento oficial	OBJETIVO	META	INDICADOR
2010-2011			
Portaria MS – Nº 2.669, de 3 de novembro de 2009 – Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010-2011.	Promover a formação e a educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa.	Meta Brasil: Redução na taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur de pelo menos 2% ao ano de 2010 a 2011.	Taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur. Método de Cálculo: Número de internação hospitalar por fratura do fêmur em maiores de 60 anos por local de residência / Total da população com 60 anos e mais por local de residência x 10.000.
2012			
Resolução CIT Nº 4, de 19 de julho de 2012 – Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades SUS, para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Coap.	DIRETRIZ 5 – Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção. OBJETIVO: Melhoria das condições de Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.	Redução em 2% da taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur referente ao ano anterior a pactuação (2011). OBS: Para pactuação da meta passam a ser considerados os estados, as capitais e os municípios acima de 100 mil habitantes.	Taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura de fêmur.

continua...

Documento oficial	OBJETIVO	META	INDICADOR
2013-2015			
Resolução CIT Nº 5, de 19 de junho de 2013 – Dispõe sobre as regras do processo de pactuação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015, para fortalecer o planejamento do SUS e para a implementação do Coap.	DIRETRIZ 5 – Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção. OBJETIVO: Melhoria das condições de Saúde do Idoso e portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.	Reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT): doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas.	Para município/região com menos de 100 mil habitantes: Número de óbitos prematuros (<70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas). Para município/região com 100 mil ou mais habitantes, estados e DF: Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT. Para o cálculo do indicador considerar <70 anos a faixa etária de 30 a 69 anos. OBS: Este indicador contribui para o monitoramento do impacto das políticas públicas na prevenção e no controle das DCNT e em seus fatores de risco.

Fonte: Adaptado de Torres, 2016.

ILPI - Instituições de Longa Permanência para Idosos

É possível observar que, ao longo do tempo, são contemplados indicadores de processo (por exemplo: instituições cadastradas e inspecionadas), de resultados quanto à utilização de serviços de saúde (por exemplo: taxa de internação hospitalar por fratura de fêmur) e de desfechos em saúde (por exemplo: óbitos prematuros). Vale salientar que em nenhuma das portarias estudadas há menção ou justificativa sobre qual base as metas apresentadas foram estabelecidas. Apenas que se trata de consenso em grupo de trabalho tripartite do Ministério da Saúde. No entanto, as portarias deixam claro que tais metas ou parâmetros são nacionais e servem de referência para a definição das metas municipais, estaduais e do Distrito Federal que deverão, quando pactuadas, passar por aprovação dos respectivos Conselhos de Saúde. Porém, não identificamos metas estabelecidas diferentes das preconizadas e referenciadas pelas portarias.

A tabela 1 apresenta o resultado do indicador da taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura de fêmur. Embora esse indicador não fosse oficial para o ano de 2007, é possível calculá-lo através dos sistemas de informação do MS que se encontram disponíveis na página do DATASUS. Fica evidente que a meta de redução anual de 2pp não foi alcançada em nenhuma das regiões no período considerado (2007-2012). Igualmente evidente são as grandes diferenças na referida taxa entre as regiões, variando de 9,88 na Região Norte no ano de 2010 para 21,9 no Sudeste em 2012.

Tabela 1. Taxa de internação (por 10.000 idosos – 60 anos e mais) por fratura de fêmur por ano segundo região. Brasil, 2007-2012

Região	2007	2008	2009	2010	2011	2012
TOTAL	17,94	17,56	18,75	17,30	18,38	18,55
Norte	13,25	11,85	12,89	9,88	12,31	13,64
Nordeste	13,84	12,71	13,93	11,33	12,79	12,36
Sudeste	20,90	20,49	21,68	20,80	21,73	21,93
Sul	17,73	19,12	20,05	19,79	21,07	21,09
Centro-Oeste	16,84	16,21	17,91	16,51	15,39	17,47

Fonte: DATASUS, 2016; retirado do item Pacto pela Saúde 2010/2011 (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pacto/2012/cnv/pactbr.def>, acessado em 1 de junho de 2016).

Meta do MS: < ou = 19,00/10.000 idosos (60 anos e mais) com redução de 2% ao ano

Com o advento do Coap, este indicador foi alterado, deixando de existir um indicador específico para analisar a saúde do idoso no Brasil. O novo indicador: número de óbitos prematuros/taxa (<70 anos) pelo conjunto das quatro principais DANT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) tem como objetivo a melhoria das condições de saúde do idoso e portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.

Os resultados para estes indicadores para as edições de 2012 e 2013 são apresentados na tabela 2. Observa-se aumento anual para o número de óbitos de 3,1% na Região Norte a 35,4% na Região Sul (indicador calculado para os municípios com até 100.000 habitantes – 30a) e redução na taxa de mortalidade de 4,0% no Norte a aumento de 28,0% na Região Sul (indicador calculado para municípios acima de 100.000 habitantes – 30b).

Não foram encontrados no DATASUS os valores para os indicadores da saúde no idoso para o período posterior a 2013.

Tabela 2. Número de óbitos prematuros por DCNT e taxa de mortalidade prematura por DCNT segundo Região 2012-2013

Região	2012		2013	
	30a	30b	30a	30b
TOTAL	271.831	317,46	304.475	333,95
Norte	13.958	234,43	14.394	225,02
Nordeste	62.401	286,23	69.287	296,8
Sudeste	131.864	343,34	140.756	345,08
Sul	44.850	342,23	60.724	438,15
Centro-Oeste	18.758	294,88	19.314	284,75
Ignorado/Exterior	0	...	0	...

Fonte: DATASUS, 2016; retirado do item rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015 (edição 2013: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defctohtm.exe?pacto/2013/cnv/coapcirbr.def>, acessado em 1 de junho de 2016)

30a: Número de óbitos prematuros por DCNT

30b: Taxa de mortalidade prematura por DCNT

Ainda que outras bases de dados, como a base do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) ou do Vigitel, permitam algumas inferências quanto à saúde do idoso, eles não possuem o foco necessário para atender às diretrizes estabelecidas nas políticas públicas que abordam diretamente a saúde das pessoas idosas, já que seu objetivo é incentivar os gestores a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) por meio das equipes de Atenção Básica à Saúde em relação a todos os programas e atividades desenvolvidas na Atenção Básica, e não apenas com relação à PNSPI.

Em busca da convergência entre as políticas e a realidade

A saúde no Brasil era baseada, antes da reforma sanitária, no diagnóstico e no tratamento de doenças, tendo como base a medicina curativa (PAIM, 2015). A reforma sanitária foi o ponto de mudança na história da saúde, que alterou não apenas

o sistema, mas a forma de conceituar a mesma. O novo sistema proposto visava a que a saúde fosse universal, gratuita, equitativa, participativa e acessível. Na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, os debates entre vários segmentos da sociedade tiveram como resultado a elaboração de diversas propostas, posteriormente amalgamadas no texto da Constituição de 1988 e nas leis orgânicas da saúde 8.080 e 8.142/90, que são a base para a criação do SUS (PAIM, 2015).

A Lei nº 8.080/90, que regulamenta e detalha o sistema de saúde vigente no país – Sistema Único de Saúde (SUS) –, visa proporcionar ao cidadão um atendimento mais humanizado, maximizando o acesso a todos, priorizando as ações de prevenção, promoção e recuperação de forma integral e continuada (BRASIL, 1997). Para este alcance, o Ministério da Saúde (MS) vem desenvolvendo programas e reformas institucionais com o objetivo de fortalecer cada vez mais o SUS.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), até 2025 o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos. Para isso, é necessário que o SUS esteja apto a lidar com essa população específica (PICCINI et al., 2006). No âmbito regulatório, importantes iniciativas como a PNSPI e o Estatuto do Idoso, que prescrevem diretrizes para o seu cuidado, vêm sendo implementadas pelo país no intuito de assegurar os direitos garantidos em lei. Mesmo com toda a legislação vigente em relação ao idoso, a garantia dos direitos tanto sociais quanto sanitários não tem se concretizado, pois a implantação tem sido lenta e gradativa (RODRIGUES et al., 2007).

A publicação do Pacto pela Vida, particularmente no que diz respeito à saúde da população idosa, representou um avanço importante. Há, porém, muito a se fazer para que o SUS dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira.

O indicador “Taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura do fêmur”, proposto por meio do Pacto pela Saúde, não revela com clareza o desenvolvimento das atividades previstas no nível da atenção básica. Reflete, de forma muito distante, o impacto do cuidado prestado a esta população neste nível de atenção do SUS, pois não espelha a realidade da situação de saúde local. Depende, para tal, de um amplo conjunto de ações intersetoriais, com baixa governabilidade direta do setor saúde. Assim, este indicador é pouco específico para as questões trabalhadas na atenção básica, pois não revela as ações programáticas voltadas para a promoção e prevenção da saúde dos idosos. Além do que se requereria cobertura de 100% de ESF em todos

os municípios para que o indicador de internação por fratura de fêmur nos mostrasse resultado de trabalhos na atenção básica, o que ainda não é realidade no Brasil.

As fraturas de fêmur são consequências diretas das quedas. E as quedas são um agravo relacionado à instabilidade postural, que é uma síndrome geriátrica e, portanto, tem causalidade multifatorial. Desta forma, tal indicador refletirá não apenas o desenvolvimento da atenção básica, mas também da atenção secundária e terciária, além de refletir a ausência de suporte social e familiar (BRASIL, 2000).

A meta proposta pelo MS de 2% ao ano de redução não foi atingida, tendo em alguns momentos até elevação quando comparamos anos consecutivos, e não localizamos ações desenhadas com o intuito de se corrigir essa falha no alcance da meta. As regiões Sudeste e Sul são as que apresentam as taxas mais elevadas para este indicador, sendo também as regiões do país com maior concentração de idosos (11,85% e 12%, respectivamente), segundo o Censo 2010 do IBGE.¹

Não localizamos estudos que relatassem resultados quanto ao indicador taxa de fratura de fêmur. Entretanto, estudo estimativo da prevalência de quedas em idosos encontrou valor de 32,1%, das quais 19% tiveram como consequência a fratura, sendo 3% delas de quadril (CRUZ, et al., 2012).

Prevenir as quedas e suas consequências em pessoas idosas é certamente um desafio a ser enfrentado, já que sabemos do crescente número de pessoas que alcançam idades avançadas hoje em dia (LOUVISON et al., 2010) e, sendo assim, demandam mais do sistema de saúde. O impacto das quedas na vida dos indivíduos representa grande importância no que tange às limitações causadas por estas nas atividades diárias, além de representarem altos custos e sobrecarga nos serviços de saúde, assim como na dinâmica das famílias.

A fratura de fêmur é do tipo que não permite alternativa de tratamento que não o cirúrgico. Sendo assim, a condição pós-cirúrgica da mesma catalisa fatores dos mais diversos, como as relações pessoais, familiares e com a rede de atenção à saúde, o processo saúde-doença (em seu âmbito físico e psicológico) e os aspectos sociais e políticos, alterando a individualidade do idoso e levando-o à exclusão social em virtude de seu estado de dependência e baixa autonomia. Representa um momento de extrema importância no quadro de envelhecimento (CARVALHO, 2013). Portanto, é imprescindível a atuação preventiva para grupos mais vulneráveis através de uma abordagem interdisciplinar e intersetorial (CRUZ, et al., 2012).

A alteração do indicador, com a pactuação do Coap, para “Número de óbitos prematuros/taxa (<70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT” também não parece revelar com precisão os óbitos relacionados aos idosos (maior de 60 anos), já que são contabilizados os óbitos de pessoas adultas na faixa etária de 30 a 69 anos (BRASIL, 2013), não sendo possível identificar que percentual corresponde à população idosa. Este indicador parece contribuir mais para o monitoramento do impacto das políticas públicas na prevenção e controle das DCNT e em seus fatores de risco do que para a garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa.

No período do pacto havia uma priorização das ações voltadas à saúde do idoso, inclusive com o estabelecimento de um indicador específico, que foi perdido a partir do Coap. Cabe, no entanto, sinalizar que há outros indicadores que refletem aspectos relacionados à saúde dos idosos, como é o caso do indicador “Proporção de óbitos (> 20 anos) nas internações por infarto agudo do miocárdio (IAM)” que avalia o acompanhamento das condições associadas ao IAM pela Atenção Básica, como a hipertensão arterial; ainda que este também não seja específico para essa população de 60 anos ou mais (BRASIL, 2013), dificultando as inferências do impacto das políticas nesta população.

É necessário que o atendimento da demanda da população idosa se faça sob um novo olhar, baseado na integralidade do cuidado e na integração de ações programáticas com a demanda espontânea, enfatizando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalhando de forma interdisciplinar com a equipe e a gestão do cuidado na rede de serviços. É fundamental investir na definição e viabilização de indicadores capazes de refletir esta organização do atendimento para avaliar a real atuação da atenção básica para esta clientela.

Diante desta situação, cabe aos idosos, às famílias e à sociedade em geral a conscientização e participação política na busca da justiça social para a garantia plena dos direitos teoricamente assegurados (RODRIGUES et al., 2007). No entanto, na perspectiva de restrição orçamentária na saúde com a aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 95, tantos os avanços quanto a preservação das conquistas ficam cada vez mais comprometidos (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

Considerações finais

As alterações sofridas na política de atenção ao idoso ao longo do seu processo de implantação foram proporcionando maior aporte de direitos a essa população, embora sua implementação seja lenta e gradativa. As ações necessárias para dar consequência às diretrizes da PNSPI requerem o compartilhamento de responsabilidades com outros setores. Nesse sentido, os gestores do SUS devem estabelecer processos de articulação permanente em suas respectivas áreas de abrangência, visando a parcerias e integração institucional que viabilizem a consolidação de compromissos multilaterais efetivos.

Os indicadores utilizados pelo Pacto pela Vida e pelo Coap não se mostraram sensíveis às ações estabelecidas pela PNSPI. No Pacto, o indicador específico estabelecido não foi capaz de responder às necessidades dessa população. Com a implantação do Coap, o indicador passa a se confundir com o monitoramento do impacto das políticas públicas na prevenção e no controle das DCNT e em seus fatores de risco. Embora tão importante quanto, não é possível delimitar o que corresponde à população idosa por meio desse indicador. Ademais, a alteração dos indicadores prejudica comparações ao longo do tempo. Assim, a despeito da importante evolução do marco brasileiro regulatório da saúde do idoso, as políticas implementadas apresentam bases sólidas e articulação com o preconizado pelo SUS. Porém, os indicadores existentes se mostram insuficientes para expressar o impacto na realidade. A presença de indicadores específicos para o monitoramento de resultados e impactos nessa clientela revelaria a importância que precisa ser dada aos cuidados com a população idosa.

A Constituição Brasileira tem como principal função propiciar uma melhora na promoção da saúde no Brasil. Por isso, o SUS prioriza uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, de caráter público e em todas as esferas do governo, com controle pelos usuários por meio de participação popular. Assim, entende-se que a saúde depende, sobretudo, de ações mais democráticas.

É importante destacar que, sem ações intersetoriais compreendendo serviços de diferentes densidades tecnológicas e com total integração com as redes de suporte social formal e informal, não será possível dar conta desta responsabilidade. A consolidação das políticas públicas de saúde, especialmente aquelas ligadas à APS, permanece sendo o grande desafio à garantia da integralidade no cuidado ao idoso.²

Agradecimentos

Este artigo faz parte da dissertação de mestrado da primeira autora, que teve bolsa da CAPES. Não houve financiamento específico para o estudo e não se identificou conflito de interesses.

Referências

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 5 jan. 1994. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/leis/idoso/lei_8842.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2014.

_____. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 12277, 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm>. Acesso em: 21 dez. 2014.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. *Plano Integrado de Ação Governamental para o desenvolvimento da Política Nacional do Idoso*. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 1997.

_____. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/SUS*. 1997. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 21 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.395*, de 10 de dezembro de 1999. Aprovar a Política Nacional de Saúde do Idoso. Disponível em: <<http://www.bvseps.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2173>>. Acesso em: 27 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica: programa saúde da família*. Brasília, DF: Editora MS, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e Portarias relacionadas*. Brasília, DF: Editora MS, 2002.

_____. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 3 dez. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 10 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 399/GM*, de 22 de fevereiro de 2006a. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Disponível em: <http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/Material_%20CONSAD/paineis_III_congresso_consad/painel_51/articulacao_federativa_de_servicos_sociais_no_brasil.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria* nº 2.528, de 19 de outubro de 2006b. Aprovar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/creasi/images/Arquivos/Politica_Nacional_Saude_Pessoa_Idosa.pdf>. Acesso em: 22 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria* nº 699/GM, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria699_30_03_06.pdf>. Acesso em: 1 jun. 2016.

_____. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (Caderno de Atenção Básica, n. 19).

_____. Ministério da Saúde. *Portaria* nº 1.580, de 19 de julho de 2012. Afasta a exigência de adesão ao Pacto pela Saúde ou assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, de que trata a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, para fins de repasse de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios e revoga Portarias. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvms/saudelegis/gm/2012/prt1580_19_07_2012.html>. Acesso em: 2 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 5, de 19 de junho de 2013. Dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013 - 2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvms/saudelegis/cit/2013/res0005_19_06_2013.html> Acesso em: 2 jun. 2016.

BRITO, A. M. M. et al. Representações sociais do cuidado e da velhice no Brasil e Itália. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v. 34, e3455, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722018000100604&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 ago. 2018.

CARVALHO, C. J. A. de. A experiência do idoso com fratura de fêmur. Botucatu, 2013; Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/106065/000734574.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em: 05 mar. 2016.

CÔRTE, B. et al. Determinantes da atenção aos idosos pela rede pública de saúde, hoje e em 2030: o caso da Região Metropolitana de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 690-701, set. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000300690&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 29 ago. 2018.

CRUZ, D. T. et al. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 138-146, Fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 mar. 2016.

DAMASCENO, C. K. C. S.; SOUSA, C. M. M. Análise sobre as políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. *Revista Interdisciplinar*, v. 9, n. 3, p. 185-190, jul. ago. set. 2016 Disponível em: <<https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/985>>. Acesso em: 27 mai. 2019.

FERNANDES, M. T. de O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, n. 6, p. 1494–1502, dez. 2012.

GOMES, V. Envelhecimento demandará grandes investimentos em hospitais. *Blog Economia de serviços: um espaço para debates*. 2016. Disponível em: <<http://economiadeservicos.com/2016/01/21/envelhecimento-demandaragrandes-investimentos-em-hospitais/>>. Acesso em: 3 fev. 2016.

LOUVISON, M. P. ROSA, T. E. da C. *Vigilância e prevenção de quedas em pessoas idosas*. Marília: Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, 2010.

MEDEIROS, K. K. A. S. et al. O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe3, p. 288-295, set. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000700288&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 ago. 2018.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: _____. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2 ed. rev. and enl. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. p. 1112.

PEDRAZA, D. F. et al. Acessibilidade às Unidades Básicas de Saúde da Família na perspectiva de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 923-933, mar. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000300923&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 ago. 2018.

PICCINI, R. X. et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 657-667, Set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jan. 2016.

RODRIGUES, R. A. P. et al. Política Nacional de Atenção ao Idoso e a contribuição da enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*. Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 536-45, 2007. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71416321>> ISSN 0104-0707. Acesso em: 29 jan. 2016.

TELLES, J. L.; BORGES, A. P. A. Velhice e Saúde na Região da África Subsaariana: uma agenda urgente para a cooperação internacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3553-3562, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 out. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001200012>.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P.; CORDEIRO, H. A. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1189-1213, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 ago. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000400009>.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. de S. e. O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado. *Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas*, Brasília-DF, v.10 n.3 2016. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/repam/article/view/21860/pdf>>. ISSN: 1984-1639. Acesso em 20 nov. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.21057/repam.v10i3.21860>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World Health Statistics*. Geneva: WHO, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf?ua=1> ISBN 978 92 4 356419 7. Acesso em: 29 ago. 2018.

ZEN, D. et al. Políticas de atenção a idosos na voz de gestores municipais de saúde. *Rev. Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre, v. 39, e62502, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100418&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 ago. 2018. Epub23-Jul-2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.62502>.

Notas

¹ Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>.

² K.R.B. de O. Torres, M. R. Campos e V. L. Luiza participaram de todas as etapas de elaboração do artigo, desde a concepção, delineamento até a redação final. C. P. Caldas participou da análise dos dados e redação da versão final do artigo.

Abstract

Evolution of public policies for the health of the elderly within the Brazilian Unified Health System

The article approaches the trajectory of the development of public health policy aimed at the elderly, from the implementation of SUS to the present day, compared with the evolution of the elderly health indicators proposed in the Pact for Health and in the Organizational Contract of the Public Health Action. Brazil has both general and specific policies for the health of the elderly, in which social commitments are signed and guidelines, indicators and goals are defined. From 2007 to 2012 there was a specific indicator related to the health of the elderly, but the goal was never achieved. Since then, there are no more specific indicators for this population. A specific indicator aimed at monitoring this clientele would reveal the importance that needs to be given to elderly care. It is important to highlight that, without intersectoral actions comprising services of different technological densities and with full integration with formal and informal social support networks, it will not be possible to meet the challenge posed by the demographic transition.

► **Keywords:** health of the elderly; public policy; health status indicators.

