



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Mirian Estela do Couto Mouzinho

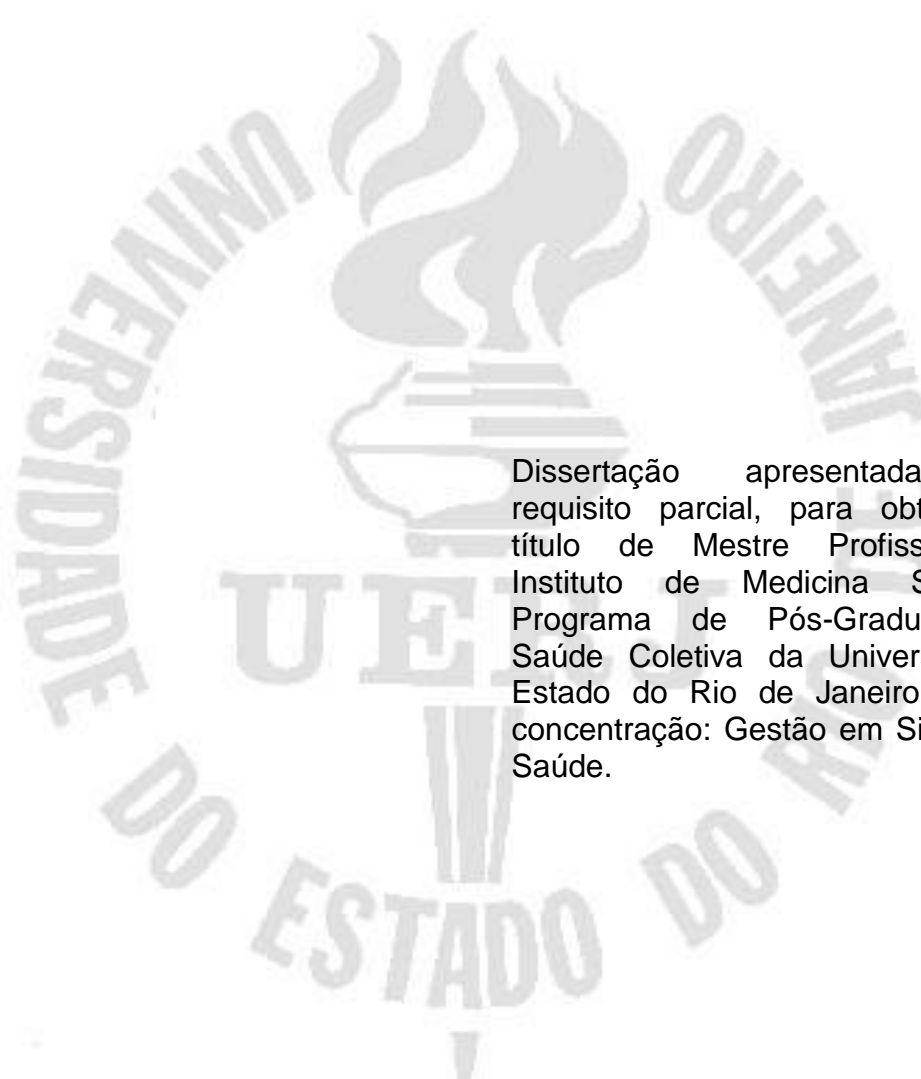
**Indicadores para monitoramento da saúde da pessoa idosa: revisão
integrativa**

Rio de Janeiro

2013

Mirian Estela do Couto Mouzinho

**Indicadores para monitoramento da saúde da pessoa idosa: revisão
integrativa**



Dissertação apresentada, como requisito parcial, para obtenção do título de Mestre Profissional, do Instituto de Medicina Social do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Gestão em Sistemas de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Cid Manso de Mello Vianna

Rio de Janeiro

2013

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

M934 Mouzinho, Mirian Estela do Couto
Indicadores para monitoramento da saúde da pessoa
idosa : revisão integrativa / Mirian Estela do Couto
Mouzinho. – 2013.
71f.

Orientador: Cid Manso de Mello Vianna.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do
Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Saúde do idoso - Teses. 2. Indicadores de saúde -
Teses. 3. Políticas de saúde - Teses. 4. Envelhecimento –
Teses. I. Vianna, Cid Manso de Mello. II. Universidade do
Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III.
Título.

CDU 616-053.9

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial
desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Mirian Estela do Couto Mouzinho

Indicadores para monitoramento da saúde da pessoa idosa: revisão integrativa

Dissertação apresentada, como requisito parcial, para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Gestão em Sistemas de Saúde.

Aprovada em 21 de novembro de 2013.

Banca examinadora:

Prof. Dr. Cid Manso de Mello Vianna (Orientador)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a Dra. Gabriela Bitencourt Gonzalez Mosegui
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof.^a Dra. Carla Simone Duarte Gouvêa
Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2013

DEDICATÓRIA

Às pessoas fundamentais em minha vida: meus pais, Paulo e Nide, meu marido Marcus, e meus filhos Hugo e Victor.

AGRADECIMENTOS

À amiga Daniela Koeller, que participou da revisão e seleção dos resumos, e foi fundamental em todo processo deste trabalho pelo incentivo e apoio. Sempre generosa em compartilhar seu conhecimento.

À companheira de trabalho e mestrado, Ana Cláudia, que se tornou a grande parceira de todos os momentos.

Meu agradecimento especial à professora Carla Gouvêa, cuja contribuição foi essencial para execução deste trabalho.

A todos os colegas de turma, pelas novas amizades e troca de experiências.

Ao professor Cid Manso e demais professores, cruciais para o nosso crescimento, seja pelos novos ensinamentos, ou exemplos profissionais.

A todos os idosos com quem convivi profissionalmente e que de forma decisiva me fizeram rever valores e prioridades.

Nascer é uma possibilidade.

Viver é um risco.

Envelhecer é um privilégio.

Mario Quintana

RESUMO

Mouzinho, M.E.C. *Indicadores para monitoramento da saúde da pessoa idosa: revisão integrativa*. 2013. 71f. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração de Saúde) Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

O estudo teve por objetivo identificar indicadores para monitoramento da saúde da pessoa idosa a partir da perspectiva do envelhecimento ativo, conforme previsto na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e no Pacto pela Saúde. Foi realizada revisão da literatura, utilizando as bases de dados: LILACS, SCIELO e MEDLINE. Cento e oitenta e nove estudos foram identificados e 14 foram incluídos nesta revisão. Um total de 22 indicadores de saúde foi identificado para acompanhamento das condições de saúde da população idosa. Entre os indicadores identificados, um indicador está relacionado a aspectos demográficos; quatro ao uso dos serviços de saúde; e doze à capacidade funcional dos idosos. Todos podem ser utilizados para monitoramento da saúde da população idosa, em consonância às diretrizes da PNSPI e do Pacto pela Saúde. Observou-se a importância do uso de um conjunto de indicadores para avaliação e monitoramento adequados das condições de saúde dos idosos. Pois, os indicadores aplicados isoladamente são limitados para melhor análise dos resultados alcançados na execução da PNSPI. Os inquéritos foram a fonte de dados mais satisfatória para obtenção de informações sobre a capacidade funcional dos idosos. Embora forneçam expressiva quantidade de dados e informações sobre a saúde da população idosa, os Sistemas Nacionais de Informação do Ministério da Saúde, têm maior enfoque na morbimortalidade e não são suficientes para avaliar as especificidades das pessoas idosas sob a ótica do envelhecimento bem sucedido.

Palavras-chave: Saúde do idoso. Indicadores de saúde. Idoso.

ABSTRACT

Mouzinho, M.E.C. *Indicators for monitoring the health of the elderly: a integrative review*. 2013. 71f. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração de Saúde) Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

The aim of this study is to identify indicators for monitoring the health of the elderly from the perspective of active ageing, as provided in the Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI (National Health Policy for Older Persons) and the Pacto pela Saúde (Pact for Health). A review of the literature was made, using the databases: LILACS, SCIELO and MEDLINE. One hundred and eighty-nine studies were identified and 14 were included in this review. A total of 22 health indicators were identified for monitoring the health conditions of the elderly population. Among the identified indicators, an indicator is related to demographics aspects; four are related to the use of health services, and twelve are related to the functional capacity of the elderly. All of them can be used for monitoring the health of the elderly population, in line with the guidelines of PNSPI and the Pacto pela Saúde (Pact for Health). It was noted the importance of using an appropriate set of indicators for monitoring and evaluation of health conditions of the elderly. For the indicators applied alone are limited for better analysis of the results achieved in the implementation of PNSPI. The surveys were more satisfactory data source for obtaining information about the functional capacity of the elderly. While providing a significant amount of data and information about the health of the elderly population, the National Systems of Information from the Department of Health, have greater focus on morbidity-mortality are not sufficient to take into consideration the specificities of the elderly from the perspective of successful ageing.

Keywords : Aging health. Health indicators. Elderly.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVD	Atividades de Vida Diária
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
Har	Hipertensão Arterial Referida
HIPERDIA	Sistema Nacional de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IE	Índice de Envelhecimento
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
IMC	Índice de Massa Corporal
IMS	Instituto de Medicina Social
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PC	Perímetro da Cintura
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra em Domicílios
PNSI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SABE	Saúde, Bem Estar e Envelhecimento

SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SIH	Sistemas de Informações Hospitalar
SIM	Sistemas de Informações sobre Mortalidade
SI-PNI	Sistemas de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	11
	CONTEXTUALIZAÇÃO	13
1.1	Políticas Públicas Brasileiras e a Atenção às Pessoas Idosas	13
1.2	Atenção à Saúde da Pessoa Idosa	16
1.3	Pacto pela Saúde e a Saúde do Idoso	19
1.4	Os Indicadores de Saúde na Perspectiva da Qualificação da Gestão do SUS	22
1.4.1	<u>Indicadores do Pacto pela Vida para Monitoramento da Saúde do Idoso</u>	24
1.4.2	<u>A transição do Pacto pela Saúde para o Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP) e o novo indicador para monitoramento da saúde do idosos</u>	26
2	OBJETIVOS	31
2.1	Objetivo Geral	31
2.2	Objetivos Específicos	31
3	METODOLOGIA	32
4	RESULTADOS DA REVISÃO INTEGRATIVA	34
5	DISCUSSÃO	51
5.1	Limitações da Revisão Integrativa	60
	CONCLUSÃO	61
	REFERÊNCIAS	63
	APÊNDICE A - Instrumento padrão utilizado para identificação dos artigos e exclusão inicial	69
	APÊNDICE B - Instrumento padrão para pré-seleção dos artigos	70

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. No Brasil, a população idosa deve passar de 14,9 milhões (7,4% do total de habitantes), em 2013, para 58,4 milhões (26,7%), em 2060. Neste período, a expectativa média de vida do brasileiro deve aumentar dos atuais 75 anos para 81 anos. As mulheres continuarão vivendo mais do que os homens e, em 2060, a expectativa de vida delas será de 84,4 anos, contra 78,03 dos homens. Atualmente as mulheres vivem, em média, até os 78,5 anos, enquanto os homens, até os 71,5 anos (IBGE, 2013).

O crescimento da população idosa trouxe desafios para a saúde pública, como o aumento da demanda por serviços, e a necessidade de execução de uma política de saúde satisfatória às suas especificidades. Em resposta a estas demandas, no ano de 2006, a aprovação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa PNSPI (Brasil, 2006a) e do Pacto pela Saúde (Brasil, 2006b) representou o marco legal para avanços na atenção ao idoso na organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Os idosos são potenciais consumidores de serviços de saúde, sendo necessária a adequação dos recursos físicos, financeiros e humanos para a melhoria da qualidade e resolutividade da assistência.

A PNSPI propõe a utilização de instrumentos gerenciais baseados em levantamento de dados sobre a capacidade funcional, considerando dois grandes eixos na política, a promoção da saúde das pessoas idosas através da preservação da sua independência e autonomia e a garantia dos cuidados aos idosos em situação de vulnerabilidade, que apresentam comprometimento em sua capacidade funcional.

A partir do Pacto pela Saúde, no componente Pacto pela Vida, a atenção ao idoso torna-se uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo. O Pacto pela Vida reforçou a gestão do SUS por resultados, onde foram estabelecidos compromissos considerados prioritários e definidos objetivos e metas monitoradas por indicadores de saúde. Na busca pelo aprimoramento na gestão pública de saúde, em 2011, o Decreto Presidencial nº 7.508, instituiu o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), como novo modelo de relação interfederativa com melhor definição de responsabilidades, mas mantendo a

pactuação de metas e indicadores para avaliação dos resultados obtidos pelos municípios, estados e união (COSEMS/RJ, 2012).

Nesta perspectiva, os indicadores de saúde tornam-se indispensáveis enquanto ferramenta para a gestão. Da mesma forma, os indicadores de saúde específicos para o acompanhamento da saúde das pessoas idosas, podem contribuir decisivamente para avaliação do impacto das premissas apontadas nas recentes políticas de saúde direcionadas ao segmento de idosos. Segundo Ramos (2003), é preciso estabelecer indicadores de saúde capazes de identificar idosos de alto risco de perda funcional e orientar ações de promoção de saúde e manutenção da capacidade funcional.

Os avanços na legislação necessariamente não trazem os resultados esperados no cotidiano dos serviços de saúde, e instrumentos como os indicadores de saúde podem além de qualificar a gestão, repercutir nas prioridades dos gestores, orientar os profissionais de saúde, e contribuir para a atenção mais humanizada e em acordo com a valorização das pessoas idosas na sociedade.

Através da revisão integrativa, esta dissertação tem o propósito de identificar indicadores capazes de monitorar a saúde das pessoas idosas, a partir das diretrizes da Política de Saúde da Pessoa Idosa.

1 CONTEXTUALIZAÇÃO

1.1 Políticas Públicas Brasileiras e a Atenção às Pessoas Idosas

As mudanças no perfil epidemiológico e demográfico da população brasileira, que ocorreram nas últimas décadas, são determinantes para a definição de diretrizes da Política de Saúde. Através das novas tecnologias, da melhoria de acesso aos serviços e das condições de vida, ocorre a diminuição da morbimortalidade por doenças infectocontagiosas e o aumento da morbimortalidade por doenças e agravos não transmissíveis, trazendo novo padrão epidemiológico. As doenças passam de um processo agudo que leva à cura ou à morte, para um processo crônico que faz as pessoas conviverem com a doença durante longos períodos da vida (Lebrão, 2009). Já as mudanças demográficas se configuram pela alteração da alta natalidade e alta mortalidade, para baixa fecundidade e aumento da expectativa de vida, levando ao envelhecimento da população.

O envelhecimento na verdade é um fenômeno mundial. Porém, vem ocorrendo de forma acelerada nos países em desenvolvimento, como o Brasil, onde o crescimento do número de idosos chegou a 500% em 40 anos, e com a estimativa de que esta população chegue a 32 milhões em 2020 (Lima-Costa, 2003). Além disso, ocorre, também, o envelhecimento da própria população idosa, com o aumento da população muito idosa, pessoas acima de 80 anos, com projeções de que, em 2040, elas corresponderão a 7%, com aproximadamente mais de 13 milhões de pessoas com mais de 80 anos (Camarano, 2010). Nos países desenvolvidos as condições econômicas e sociais são mais satisfatórias para lidar com o processo de envelhecimento, não sendo possível dizer o mesmo do Brasil, que tem a demanda premente de organizar políticas públicas adequadas ao novo perfil demográfico.

A legislação brasileira garantiu, a partir da Constituição de 1988, o atual sistema de seguridade social vigente com pilares na saúde, assistência social e previdência social. Este modelo de proteção social estabeleceu, através da Lei Orgânica de Saúde (Brasil, 1990), o Sistema Único de Saúde (SUS) e a conquista do acesso universal aos serviços de saúde, assim como a integralidade da atenção,

a descentralização e a participação popular. Ao longo dos anos, o SUS foi regulamentado por leis e normas operacionais, visando a reorientação do modelo assistencial pautado no paradigma médico-assistencial, de caráter individualista e hospitalocêntrico. Na perspectiva de um novo conceito para assistência à saúde, criado em 1991 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS (Brasil, 2001), e em 1994, a Estratégia de Saúde da Família – ESF (Brasil, 1997), têm sido fundamentais para a atenção básica em saúde, o que resultou em mudança do “olhar”, antes centrado no indivíduo, para a família, bem como estabelecendo a noção de cobertura (Azevedo, 2006).

Passados mais de vinte anos, a efetivação de um sistema de saúde pública de qualidade, ainda se configura como importante desafio para o Estado. Segundo Baptista (2007), a reforma do sistema de saúde brasileiro ainda está em curso, e entre os desafios destacam-se, principalmente, a superação das heranças marcadas pela história, como a noção de cidadania segmentada, autoritarismo, clientelismo, a separação entre saúde pública e medicina previdenciária, e a fragmentação das ações de saúde. Outro aspecto relevante para a compreensão dos desafios para a efetivação do SUS é a heterogeneidade do país, suas características geográficas, diferentes capacidades financeiras, administrativas e operacionais entre estados e municípios para a atenção à saúde (Viana, 2010). Com este cenário, evidencia-se a necessidade de persistência e atenção com a dinâmica das políticas públicas, sendo um processo constantemente construído.

No que se refere à população idosa, é possível destacar avanços no campo legal, porém, o desafio é traduzir as conquistas na legislação em mudanças efetivas das práticas. As diretrizes definidas em políticas específicas sobre o envelhecimento, e a orientação do Ministério da Saúde para que a saúde do idoso torne-se uma das prioridades no Sistema Único de Saúde, ainda precisam superar questões relativas à fragmentação do cuidado, ações de saúde do idoso voltadas às demandas e necessidade de qualificação dos profissionais. É necessária a ruptura com o modelo tradicional de saúde, biologicista, e investimento no modelo de vigilância à saúde, pautado no cuidado integral ao idoso.

Até a década de 70, a assistência ao idoso no Brasil era de caráter caritativo, desenvolvido por entidades filantrópicas ou religiosas. A partir de então, várias ações, programas e projetos de iniciativa governamental e não governamental foram

desenvolvidos, porém com muita descontinuidade dos mesmos (Rodrigues, 2001). Em 1994, é sancionada a Política Nacional do Idoso, que tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Nesta lei, considera-se idoso a pessoa com 60 anos ou mais. É competência da área da saúde:

- a) garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde;
- b) prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas;
- c) adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde;
- d) elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares;
- e) desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, e dos Municípios e entre os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais;
- f) incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais;
- g) realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas a prevenção, tratamento e reabilitação; e
- h) criar serviços alternativos de saúde para o idoso. (Brasil, 1994)

Com o envelhecimento populacional, passa a ser crescente a preocupação com a atenção à saúde para o segmento de idosos, uma vez que apresentam uma ou mais doenças crônicas gerando maior consumo de serviços, como internações e medicamentos, entre outros. Em 1999, o Ministério da Saúde, através da portaria 1.395, aprovou a Política Nacional de Saúde do Idoso, cujo foco principal é a promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece, pelo maior tempo possível (Brasil, 1999). As diretrizes definidas nesta política são:

- a promoção do envelhecimento saudável;
- a manutenção da capacidade funcional;
- a assistência às necessidades de saúde do idoso;
- a reabilitação da capacidade funcional comprometida;
- a capacitação de recursos humanos especializados;
- o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e
- o apoio a estudos e pesquisas.

Neste caminho de ampliação da legislação sobre direitos da pessoa idosa, em 2003, é sancionado o Estatuto do Idoso, lei 10.741, que define desde direitos fundamentais até o estabelecimento de penas para crimes cometidos contra idosos

(Brasil, 2003). O texto do Estatuto confere destaque à área da saúde, e reafirma a atenção integral aos idosos pelo Sistema Único de Saúde. Evidencia-se pela observação do transcorrer dos instrumentos legais de defesa dos direitos dos idosos e definição de políticas públicas, o quanto ainda são recentes as diretrizes e estratégias que propiciem mudanças para um envelhecimento digno com qualidade de vida.

1.2 Atenção à Saúde da Pessoa Idosa

No avanço das políticas de atenção ao envelhecimento populacional, destaca-se o ano de 2006 quando o Ministério da Saúde aprovou o Pacto pela Saúde, através da portaria nº 399 (Brasil, 2006b), e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), através da portaria nº 2.528 (Brasil, 2006a). Esta última é uma revisão e atualização da Política Nacional de Saúde do Idoso aprovada em 1990, e leva em conta também a reorganização da prática assistencial, com a implantação do Programa de Saúde da Família, mais tarde transformado em 'Estratégia da Saúde da Família' (Brasil, 1997). A nova política brasileira prioriza o conceito do envelhecimento ativo, em conformidade com o adotado pela Organização Mundial de Saúde:

Envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas (OMS 2002).

Este conceito compreende uma visão mais inclusiva, cujo objetivo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e qualidade de vida aos que envelhecem, contemplando também os idosos frágeis ou incapacitados que requerem cuidados. O envelhecimento ativo valoriza a qualidade de vida, enquanto propósito de um envelhecimento bem sucedido. Segundo a OMS:

Qualidade de vida é a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente (OMS, 1994).

Considerando a relevância da manutenção da independência e autonomia do indivíduo que envelhece para sua qualidade de vida, a PNSPI trata de dois grandes eixos norteadores para a integralidade das ações, o enfrentamento das fragilidades da pessoa idosa e a promoção de saúde em todos os níveis de atenção (Brasil, 2006a).

A PNSPI considera como um dos instrumentos gerenciais imprescindíveis a implementação da avaliação funcional individual e coletiva dos idosos, visando avaliar a capacidade funcional deste segmento populacional.

Segundo Rosa et al (2003), o conceito de capacidade funcional é complexo, por abranger outros conceitos, como deficiência, incapacidade, desvantagem, autonomia e independência. E, define como conceito da incapacidade funcional, a presença de dificuldade no desempenho de certos gestos e de determinadas atividades da vida cotidiana ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-las (Rosa et al., 2003). Veras e Lourenço (2008), destacam a capacidade funcional, como a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma. Ainda citam as avaliações funcionais como instrumento de identificação de como as pessoas idosas estão exercendo as tarefas do dia a dia, isto é, identifica o grau de independência e autonomia.

Através da avaliação funcional, as Unidades Básicas de Saúde têm a possibilidade de que cada território conheça sua proporção de idosos independentes, idosos com potencial para fragilidade e os idosos frágeis, com alta dependência funcional (Brasil, 2006a). Conhecida a condição funcional serão estabelecidas as ações para o cuidado e a avaliação dos recursos locais. A PNPI considera idoso independente, aquele capaz de realizar sem dificuldade e sem ajuda todas as atividades de vida diária. O idoso com potencial para fragilidade, apesar de independente, apresenta dificuldade para realizar as atividades instrumentais de vida diária, como preparar refeições, controlar a própria medicação, fazer compras, controlar o próprio dinheiro, usar o telefone, fazer pequenas tarefas e reparos domésticos e sair de casa sozinho utilizando uma condução coletiva. Já o idoso frágil, vive em Instituição de Longa Permanência (ILPI), encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente, apresenta doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros, encontra-se com, pelo menos, uma incapacidade funcional básica, ou vive situações

de violência doméstica. Por critério etário, a literatura estabelece que também seja frágil o idoso com 75 anos ou mais de idade (Brasil, 2006a).

A capacidade funcional é, portanto, um novo paradigma em saúde especialmente para o idoso, onde se avaliam de forma objetiva os níveis em que uma pessoa está funcionando, com diferentes habilidades. Segundo Veras e Lourenço (2003), o principal fator de risco associado aos problemas de saúde do idoso é a própria idade e a multiplicidade de doenças crônicas, portanto, a estratégia de cuidados deve ser diferente em relação a outras faixas etárias.

A avaliação funcional preconizada pela PNSPI distingue não somente o comprometimento funcional do idoso, mas sua necessidade de auxílio, a partir da avaliação do desempenho das atividades de vida diária. Essas atividades estão subdivididas em atividades de vida diária (AVD), que incluem atos como alimentar-se, banhar-se, vestir-se e deambular. E atividades instrumentais de vida diária (AIVD), que indicam a capacidade do idoso em ter uma vida independente dentro da comunidade, como fazer compras, preparar refeições, cuidar do próprio dinheiro, entre outros.

Em meados do século XX, a Organização Mundial de Saúde definiu, que saúde, “é um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doenças” (WHO 1946). Segundo Ramos (2003), o conceito tradicional de saúde da Organização Mundial de Saúde mostra-se inadequado para descrever o universo de saúde dos idosos, já que a ausência de doenças é privilégio de poucos, e o completo bem-estar pode ser atingido por muitos, independentemente da presença ou não de doenças.

O enfoque da capacidade funcional transcende o simples diagnóstico, vê o idoso no seu contexto socioeconômico e cultural, interagindo com a sociedade (Protti, 2002). Nesta perspectiva, não é suficiente saber se um idoso é hipertenso, diabético, cardíaco ou depressivo, situações comuns nesse segmento etário, mas o que importa é o resultado de um acompanhamento bem sucedido, possibilitando ao idoso manter sua autonomia e estar integrado socialmente (Ramos, 2003).

Assim como não se restringe o acompanhamento do idoso apenas pela identificação das doenças crônicas, também a idade é insuficiente para estabelecer critérios de avaliação. A Organização Mundial de Saúde, em 2002, reconhece que a idade cronológica não é um marcador preciso para as mudanças que acompanham

o envelhecimento e faz referência à participação contínua das pessoas idosas nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente a capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho.

Neste sentido, são diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa:

- a) promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;
- c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social;
- f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e
- i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisa. (Brasil, 2006a)

1.3 Pacto pela Saúde e a Saúde do Idoso

A aprovação do Pacto pela Saúde também tem importante repercussão para a questão do envelhecimento, pois a saúde do idoso passa a ser uma das seis prioridades no componente Pacto pela Vida. O pacto tem a perspectiva de superar os entraves para consolidação do Sistema Único de Saúde através de inovações nos processos e instrumentos de gestão. Os gestores do SUS assumem o compromisso com o Pacto pela Saúde compreendido em três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

Conforme a definição descrita no Pacto (Brasil, 2006b), o Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados. O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos;

e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal. O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

No Pacto de Gestão fica estabelecido que as Comissões Intergestores Bipartite sejam instâncias de pactuação e deliberação para a realização dos pactos intraestaduais e a definição de modelos organizacionais, a partir de diretrizes e normas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite. As comissões intergestoras criadas a partir da Norma Operacional Básica (NOB) de 1993 (Brasil, 1993), foram criadas na área da saúde, face à necessidade de conciliar as características do sistema federativo brasileiro e as diretrizes do SUS (Viana, 2003).

A comissão tripartite, formada por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; e, a comissão bipartite em cada estado, formadas por representantes das Secretarias Estaduais de Saúde e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde, passaram, então, a pactuar nessas comissões as prioridades para a saúde pública. Segundo Viana (2003), percebe-se ampliação gradativa da abrangência da pauta das reuniões das comissões intergestoras, envolvendo temas relacionados à regionalização e hierarquização da assistência, mas também da organização de políticas de promoção e prevenção.

As pactuações envolvem a organização, o funcionamento do sistema e os seus mecanismos de financiamento. Também são discutidas e pactuadas as decisões sobre a implantação e desenvolvimento dos sistemas de informação em saúde (Brasil, 2009). O Pacto Pela Saúde tem ainda em seu compromisso de gestão entre as esferas de governo, ser orientado pelos indicadores, metas e responsabilidades conforme ações pactuadas. No Pacto pela Vida são elencadas prioridades que tenham impacto sobre as condições de saúde da população. Para atenção à saúde do idoso são definidas as seguintes diretrizes no Pacto pela Vida:

- a) Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- b) Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa;
- c) Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- d) A implantação de serviços de atenção domiciliar;

- e) O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco;
- f) Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- g) Fortalecimento da participação social;
- h) Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- i) Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- k) Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- l) Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas. (Brasil, 2006b)

Também estão previstas ações estratégicas para atenção à saúde do idoso no Pacto, como a implantação da caderneta de saúde da pessoa idosa e a atenção domiciliar. Na perspectiva de maior investimento na área do envelhecimento, a inclusão da atenção ao idoso entre as prioridades do Pacto pela Vida potencializou a indução de ações voltadas à população que envelhece. O monitoramento do Pacto pela Saúde deve ser orientado pelos indicadores, objetivos, metas e responsabilidades que fazem parte do Termo de Compromisso de Gestão (TCG) do Pacto. Vale destacar que municípios, estados e União fazem a adesão ao TCG, que renovado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação e estabeleceu metas e compromissos para cada ente federado. O Ministério da Saúde estabeleceu através de portaria nº 325, de 21 de fevereiro de 2008 (Brasil, 2008), o monitoramento para atenção à saúde do idoso, conforme descrito no Quadro 1.

Quadro 1 - Descrição dos objetivos, metas e indicadores do Pacto pela Saúde, ano 2008, para a saúde do idoso

Prioridade	Objetivo	Meta	Indicador
Atenção à Saúde do Idoso	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 de fêmur.	Taxa de internação hospitalar por fratura de fêmur
	Contribuir para melhoria da qualidade da atenção prestada ao residente nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI)	Inspecionar 100% das ILPI cadastradas na ANVISA	Percentual de ILPI cadastradas, inspecionadas

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 325 de 21/02/2008.

Para o ano de 2009 foram mantidos objetivos, metas, indicadores para a atenção à saúde do idoso. Na Portaria do Ministério da Saúde 2.669, de 03 de novembro de 2009, há nova definição para objetivo, meta e indicador para a atenção à saúde do idoso, para o biênio 2010 e 2011:

Quadro 2 - Descrição dos objetivos, metas e indicadores do Pacto pela Saúde, ano 2010 e 2011, para a saúde do idoso:

Prioridade	Objetivo	Meta 2010	Meta 2011	Indicador
Atenção à Saúde do Idoso	Promover a formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área da saúde da pessoa idosa.	Redução em 2% da taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur.	Redução em 2% da taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur.	Taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2.669 de 03/11/2009.

1.4 Os Indicadores de Saúde na Perspectiva da Qualificação da Gestão do SUS

Os indicadores de saúde têm por finalidade promover o acompanhamento e a avaliação de ações estratégicas ao longo do tempo, assim como avaliar e fornecer novas informações sobre diferentes atributos e dimensões da saúde e desempenho dos sistemas de saúde (Camargo, 2007). Os indicadores permitem o monitoramento de objetivos e metas em saúde, estimulam o fortalecimento da capacidade analítica das equipes e promovem o desenvolvimento de sistemas de informação intercomunicados (RIPSA, 2008). Com a nova dinâmica de monitoramento da gestão do SUS, os indicadores ganham importante dimensão como instrumento de planejamento e avaliação.

Os Sistemas de Informação em Saúde sejam eles assistenciais ou epidemiológicos, são ferramentas importantes para o diagnóstico de situações com vistas à efetivação de intervenções mais aproximadas do quadro das necessidades de saúde da população (Oliveira, 2010). Segundo Branco (1996), a finalidade da informação em saúde consiste em identificar problemas individuais e coletivos do quadro sanitário de uma população, propiciando elementos para análise da situação encontrada e subsidiando a busca de possíveis alternativas de encaminhamento.

A avaliação do estado de saúde das populações dependeu, durante longo período de tempo, quase exclusivamente dos indicadores derivados de dados de óbitos, mas estes índices perderam progressivamente a capacidade de medir a saúde, em decorrência da forte redução das taxas de mortalidade, com os consequentes aumentos da sobrevivência e da prevalência de doenças crônicas, que mesmo de baixa letalidade, podem ser altamente incapacitantes (RIPSA, 2008).

No Brasil, ao longo do tempo, vários sistemas de informação foram sendo implantados, com diferentes objetivos, tais como, produzir informações epidemiológicas, demográficas, assistenciais, entre outros. As informações sobre morbidade, por exemplo, estiveram mais voltadas para os programas verticais de saúde, como materno-infantil, saúde escolar, malária, tuberculose, hanseníase e controle de poliomielite.

A Lei Orgânica da Saúde (1990), a partir dos seus princípios e diretrizes aborda a descentralização político administrativa, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, bem como a regionalização e hierarquização da rede dos serviços de saúde. Definindo também atribuições comuns entre a união, estados e municípios sobre o acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais, além da organização e coordenação do sistema de informação em saúde.

A Política Nacional de Informação e Informática (2004) destaca a importância de um sistema articulado, que produza informações para os cidadãos, gestores e profissionais, propiciando acesso, equidade, integralidade e humanização dos serviços (Brasil, 2004). Os indicadores de saúde são produzidos a partir dos sistemas de informações, desenvolvidos para facilitar a quantificação e avaliação dos dados (RIPSA, 2008). Sendo gerados de forma regular, os indicadores são instrumentos valiosos para identificar grupos com maiores necessidades de saúde e estratificar riscos e priorizar as necessidades da população (Brasil, 2004). A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções (RIPSA, 2008).

É necessário ressaltar a importância da qualidade dos indicadores através da precisão de dados (registro, coleta, transmissão dos dados). O grau de excelência de um indicador é definido por sua validade, a capacidade de medir o que se

pretende; confiabilidade, a reprodução dos mesmos resultados quando aplicado em condições similares; e viabilidade, a disponibilidade de dados, sistemas de informações e outros recursos (RIPSA, 2008).

1.4.1 Indicadores do Pacto pela Vida para Monitoramento da Saúde do Idoso

O indicador pactuado para a prioridade saúde do idoso, no Pacto pela Vida até o ano de 2012, foi a taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur para municípios com mais de 100.000 habitantes. Os dados são referentes às internações hospitalares financiadas pelo SUS, e diagnosticadas pela Classificação Internacional de Doenças-10ª edição (CID-10) com o código S72 (Fratura de Fêmur).

Segundo Bortolon et al (2011), o aumento das doenças crônico-degenerativas, como a osteoporose, tem como séria consequência a fratura de fêmur, que atinge tanto homens e mulheres e gera hospitalização. O alcance da meta pactuada configura-se em importante prevenção de incapacidades e óbitos nessa faixa etária, pois a queda representa relevante evento sentinela para abordagem integral e preventiva (Brasil, 2010). A ocorrência de quedas em idosos pode levar a danos físicos, como lesões teciduais, ferimentos e fraturas, declínio funcional, aumento da dependência e questões psicossociais, como medo de cair, isolamento e perda da autonomia (Maia et al, 2011).

Apesar da taxa de internação por fratura de fêmur ter sido indicador do Pacto pela Vida, há carência de informações a nível nacional, sobre esta fratura a partir dos 60 anos. O estudo de Bortolon et al. (2011) durante o triênio de 2006 a 2008, mostraram que os gastos do SUS foram de aproximadamente 2% do total de gastos com pessoas de 60 anos ou mais. Segundo o Ministério da Saúde (2013), os gastos do SUS são crescentes com tratamentos de fraturas em pessoas idosas, as mulheres são as mais atingidas, com 20.778 mil internações de mulheres e 10.020 mil internações de homens, em 2009. Em 2001, esses números eram menores, com 15.000 mil internações do sexo feminino e 7.000 mil do sexo masculino. Aproximadamente 28% a 35% das pessoas com mais de 65 anos de idade sofrem

quedas a cada ano, enquanto pessoas com mais de 70 anos representam 32% a 42% de quedas por ano. Já idosos que são institucionalizados caem com maior frequência do que os que vivem em comunidade. Aproximadamente 30% a 50% dos idosos que vivem em instituições sofrem quedas a cada ano (WHO, 2007).

O Instrutivo de Indicadores para Pactuação Unificada (Brasil, 2011) apresenta as seguintes descrições e orientações para a construção do indicador:

- Descrição do indicador: Ocorrência de internações hospitalares por fratura do fêmur, na população com 60 anos ou mais de idade, pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em determinado local e período.
- Método de cálculo: $(\text{Número de internações por fratura do fêmur em pessoas com 60 anos ou mais, por local e residência}) / (\text{Total da população com 60 anos ou mais, em mesmo período de tempo e local considerados no numerador}) \times 10.000$.
- Fonte do numerador: Lista de Morbidade CID 10: Fratura do fêmur (CID 10 S72), encontrada na página do DATASUS. Fonte do denominador: informações demográficas, DATASUS/IBGE.
- Fonte: Dados de morbidade do SIH (Sistema de Informação Hospitalar) e populacional do IBGE, ambos disponíveis na página eletrônica do DATASUS.

A taxa de internação em idosos por fratura de fêmur é um significativo indicador por relacionar vários aspectos da saúde do idoso, atuando até mesmo como um evento sentinela para prevenção de incapacidades e óbitos. Através do acompanhamento das taxas de internação é possível avaliar a incidência, isto é, o número de casos novos de pessoas idosas que foram internadas por fratura de fêmur em um determinado espaço de tempo. Estas informações são essenciais para estratégias de prevenção e reabilitação relacionadas às quedas em idosos. Entretanto, o foco está principalmente relacionado à prevenção de quedas não abrangendo outras dimensões da saúde da pessoa idosa. Embora se considere a relevância do indicador, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa contempla outros aspectos, multifatoriais relacionados ao idoso que precisam ser avaliados através de outros indicadores. Sem dúvida, a prevenção de quedas contribui para manutenção da independência e autonomia do idoso, mas o questionamento é se um município ou estado que reduza suas taxas de internação de idosos por fratura de fêmur estará garantindo o envelhecimento ativo em sua comunidade. Isto é, os municípios que tiveram resultados positivos quanto a este indicador, apresentam condições satisfatórias nas condições de saúde das pessoas idosas? O indicador de

internação por fratura de fêmur em idosos foi suficiente para avaliar a saúde coletiva do segmento de idosos?

A importância dos indicadores, considerando a demanda pelo cumprimento das metas estabelecidas, repercute nas ações estratégicas desenvolvidas pelos gestores. Com isso, a discussão aqui apresentada, reflete sobre quais ações foram priorizadas para a atenção ao idoso, a partir dos indicadores propostos. Tanto as diretrizes do Pacto pela Saúde e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, orientam pela promoção do envelhecimento ativo, levando as pessoas que envelhecem a um maior tempo possível com independência e autonomia. Segundo Ramos (2003), a longevidade é a interação entre saúde física, mental, capacidade funcional e suporte social, ou seja, apoio familiar e comunitário.

1.4.2 A transição do Pacto pela Saúde para o Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP) e o novo indicador para monitoramento da saúde do idoso

A política pública de saúde ao longo dos últimos vinte e cinco anos, progressivamente vem sendo organizada para atender os desafios e complexidade do SUS. Há um processo contínuo de aprimoramento dos instrumentos legais que estabelecem as regras para a consolidação do SUS pautado nos princípios e diretrizes propostos pela Lei Orgânica da Saúde. O intenso processo de descentralização nos anos 90 foi bastante orientado pela edição das Normas Operacionais Básicas (NOBs) do SUS, sendo os avanços obtidos gradativamente, através de mecanismos facilitadores e indutores da política. Ainda no ano de 2002, foi implementada a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS (Levcovitz, 2001).

Em 2006, buscando superar as dificuldades de consolidação do SUS, o Pacto pela Saúde foi aprovado pelos gestores em reunião da Comissão Intergestores Tripartite. Como já ressaltado neste trabalho, o Pacto pela Saúde entre outras finalidades, promoveu inovações nos processos e instrumentos de gestão (Brasil, 2006). Neste movimento contínuo de adequações do SUS, foi aprovado o Decreto 7.508/11, que inaugura um novo marco na relação interfederativa, na medida em que, ao regulamentar aspectos da Lei Orgânica da Saúde, no que diz respeito à organização do SUS quanto ao planejamento da saúde, à assistência à

saúde e à articulação interfederativa, institui o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) como o acordo de colaboração entre os entes federativos (União, Estados e Municípios) na organização e integração das ações e serviços de saúde em rede de atenção, regionalizada e hierarquizada, nas regiões de saúde (Brasil, 2012).

O COAP é o acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde. Para efeito de construção do COAP as prioridades do PACTO PELA VIDA e seus objetivos para 2012 foram incorporadas no contrato a partir das diretrizes estabelecidas no Plano Nacional de Saúde. As diretrizes nacionais do Plano Nacional de Saúde 2012-2015 serão base para a definição das prioridades previstas para o COAP (Brasil, 2012).

Está em curso a transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do COAP. É possível ressaltar a importância do COAP para os avanços da regionalização e definição de responsabilidades entre os entes federativos.

A partir da Resolução da Comissão Intergestora Tripartite (CIT) nº 5 de 19 de junho de 2013, que dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015, houve mudança no indicador proposto para avaliar a saúde da pessoa idosa. O novo indicador: Número de óbitos prematuros (<70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas), para municípios com menos de 100.000 habitantes. E Taxa de mortalidade prematura (<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. O quadro 3 apresenta a diretriz, objetivo, meta, indicador, relevância do indicador e fonte de dados.

O indicador Taxa de mortalidade prematura (<70 anos) pelo conjunto das 4 principais DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças

respiratórias crônicas), será ainda aplicado pelos entes federados e terá seu desempenho avaliado para o acompanhamento dos objetivos e metas a serem alcançados. Além da mudança do indicador, é importante a identificação da mudança dos objetivos para a saúde da pessoa idosa. Em 2001 o objetivo definido era a educação permanente de profissionais da saúde na área do envelhecimento e para 2013, o objetivo é a melhoria das condições de saúde do idoso e portadores de doenças crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.

A própria alteração do indicador da saúde da pessoa idosa, representa a busca por indicadores mais adequados para monitoramento da saúde dos idosos. Outros indicadores de saúde do idoso seriam mais fidedignos para o alcance das diretrizes da PNSPI e o comprometimento dos municípios e estados no alcance de metas em consonância às propostas preconizadas?

Quadro 3 - Descrição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores – Diretriz nº5-2013-2015

Diretriz	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
Meta	Reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).
Indicador	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 (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)
Relevância do Indicador	Contribui para o monitoramento do impacto das políticas públicas na prevenção e no controle das DCNT e em seus fatores de risco.
Cálculo do indicador	Número de óbitos prematuros (30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID-10 selecionados, em determinado ano e local / População residente com 30 a 69 anos no mesmo local e período X 100.000
Fonte de dados	Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde. Caderno de Diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2013-2015. Estado do Rio de Janeiro. Notas Técnicas, Rol de Indicadores 2013-2015.

É fundamental que as diretrizes, objetivos e metas estejam alinhadas à PNSPI, que apresenta como diretrizes para a Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável:

- a) desenvolver e valorizar o atendimento acolhedor e resolutivo à pessoa idosa, baseado em critérios de risco;
- b) informar sobre seus direitos, como ser acompanhado por pessoas de sua rede social (livre escolha) e quem são os profissionais que cuidam de sua saúde;
- c) valorizar e respeitar a velhice;
- d) estimular a solidariedade para com esse grupo etário;
- e) realizar ações de prevenção de acidentes no domicílio e nas vias públicas, como quedas e atropelamentos;
- f) realizar ações integradas de combate à violência doméstica e institucional contra idosos e idosas;
- g) facilitar a participação das pessoas idosas em equipamentos sociais, grupos de terceira idade, atividade física, conselhos de saúde locais e conselhos comunitários onde o idoso possa ser ouvido e apresentar suas demandas e prioridades;
- h) articular ações e ampliar a integração entre as secretarias municipais e as estaduais de saúde, e os programas locais desenvolvidos para a difusão da atividade física e o combate ao sedentarismo;
- i) promover a participação nos grupos operativos e nos grupos de convivência, com ações de promoção, valorização de experiências positivas e difusão dessas na rede, nortear e captar experiências;
- j) informar e estimular a prática de nutrição balanceada, sexo seguro, imunização e hábitos de vida saudáveis;
- k) realizar ações motivadoras ao abandono do uso de álcool, tabagismo e sedentarismo, em todos os níveis de atenção;
- l) promover ações grupais integradoras com inserção de avaliação, diagnóstico e tratamento da saúde mental da pessoa idosa;
- m) reconhecer e incorporar as crenças e modelos culturais dos usuários em seus planos de cuidado, como forma de favorecer a adesão e a eficiência dos recursos e tratamentos disponíveis;
- n) promover a saúde por meio de serviços preventivos primários, tais como a vacinação da população idosa, em conformidade com a Política Nacional de Imunização;
- o) estimular programas de prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis em indivíduos idosos;
- p) implementar ações que contraponham atitudes preconceituosas e sejam esclarecedoras de que envelhecimento não é sinônimo de doença;
- q) disseminar informação adequada sobre o envelhecimento para os profissionais de saúde e para toda a população, em especial para a população idosa;
- r) implementar ações para reduzir hospitalizações e aumentar habilidades para o autocuidado dos usuários do SUS;
- s) incluir ações de reabilitação para a pessoa idosa na atenção primária de modo a intervir no processo que origina a dependência funcional;
- t) investir na promoção da saúde em todas as idades; e
- u) articular as ações do Sistema Único de Saúde com o Sistema Único de Assistência Social - SUAS.

O novo indicador tem como diretriz a 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. Nesta nova proposta a diretriz está mais próxima do que é preconizado na PNSPI, visto a ênfase ao envelhecimento ativo. O que chama a atenção é o indicador abordar a mortalidade por doenças crônicas, não há uma avaliação na perspectiva da saúde.

O presente trabalho está principalmente atento às políticas públicas de saúde de atenção às pessoas idosas, assim como, ao processo de envelhecimento populacional. Os desafios do sistema de saúde brasileiro são grandes dadas sua complexidade, e no tocante à atenção ao idoso, as demandas atuais impõem a premência de ações que propiciem o envelhecimento bem sucedido da população. A partir da inclusão da atenção à saúde do idoso como prioridade no Pacto pela Saúde, houve perspectiva de maior mobilização de ações e recursos dos gestores do SUS para alcance de objetivos e metas de melhorias desta atenção. A questão a ser refletida é a possibilidade de avaliar quais outros indicadores de saúde do idoso também poderiam ser utilizados, contribuindo para melhor compreensão das condições da saúde do idoso e favorecendo a indução de políticas públicas.

Considerando até mesmo o fato de ainda serem recentes as iniciativas voltadas para atenção ao idoso, ainda se faz necessário investimento para mudanças nas práticas de assistência à saúde, tradicionalmente mais voltadas à atenção materno-infantil. É imprescindível que o envelhecimento com qualidade de vida no Brasil seja alvo de um conjunto articulado de políticas intersetoriais e construção de uma rede assistencial, assim, irão possibilitar a pactuação de metas e indicadores que gerem as mudanças necessárias. E, ao longo do tempo, reflitam em prestação de serviços mais satisfatórios e melhores condições de vida da população idosa. O presente estudo, busca no debate sobre indicadores de saúde do idoso, ampliar o conhecimento desta ferramenta tão importante para a gestão de serviços e planejamento das políticas públicas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar e analisar indicadores de saúde que possam contribuir para o monitoramento e a avaliação da saúde da pessoa idosa.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar indicadores de saúde que auxiliem o monitoramento das condições de saúde da população idosa a partir das diretrizes preconizadas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa;
- Identificar indicadores de saúde capazes de monitorar as prioridades definidas no Pacto pela Vida, e seu impacto sobre a situação de saúde da população idosa;

3 METODOLOGIA

O método de estudo aplicado foi a revisão integrativa, visando a busca por evidências científicas através da análise de inúmeros estudos relacionados a indicadores de saúde do idoso. Este método de pesquisa objetiva traçar uma análise sobre o conhecimento já construído em pesquisas anteriores sobre um determinado tema. A revisão integrativa possibilita a síntese de vários estudos já publicados, permitindo a geração de novos conhecimentos. É um sumário da literatura, que permite conhecer a evolução de um determinado tema ao longo do tempo (Botelho et al, 2011).

O planejamento da revisão integrativa desenvolveu-se em seis etapas: a) seleção da questão norteadora da revisão; b) identificação da literatura e exclusão inicial dos artigos, utilizando critérios de exclusão pré-estabelecidos, atividades realizadas somente pela autora do trabalho; c) pré-seleção dos estudos, realizada de forma independente, pela autora do trabalho e mais um revisor, através da leitura dos títulos e resumos dos documentos, usando os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, sendo as divergências resolvidas por consenso; d) leitura integral dos textos selecionados e definição final dos estudos a serem incluídos na revisão, atividades realizadas pela autora do trabalho; e) sistematização dos estudos incluídos na revisão; f) análise comparativa e discussão dos resultados encontrados.

A questão que norteou esta revisão integrativa foi: *“que indicadores de saúde podem auxiliar o monitoramento das condições de saúde da população idosa a partir das diretrizes preconizadas no Pacto pela Vida e na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa?”*.

A identificação da literatura deu-se a partir das bases de dados, LILACS (2013), SCIELO (2013) e MEDLINE (2013) no período de 2002 a 2012. Para a busca dos artigos na base de dados LILACS, definiu-se por melhor estratégia a busca avançada, utilizando-se os termos “idoso” e “indicadores de saúde” como descritores de assunto. Na base de dados SCIELO, utilizou-se o método de pesquisa integrado, a coleção regional, e o termo “indicadores de saúde do idoso”. Para a busca dos artigos na base de dados MEDLINE, utilizou-se a busca avançada e os termos “idoso” e “indicadores de saúde” como descritores de assunto primário. O Quadro 4 resume as estratégias de busca utilizadas.

Quadro 4: Resume as estratégias de busca utilizadas.

LILACS	SCIELO	MEDLINE
"idoso" [Descritor de assunto] and "indicadores de saude" [Descritor de assunto]	"indicadores de saúde do idoso"	"idoso" [Descritor de assunto primário] and "indicadores de saude" [Descritor de assunto primário]

Os critérios de exclusão utilizados foram: estudos sem foco na pessoa idosa; estudos que não tratavam sobre indicador de saúde; estudos dirigidos especificamente a controle de doenças, isto é, agravos e riscos existentes ou potenciais relacionados ao controle de doenças transmissíveis ou doenças crônicas não transmissíveis; estudos sem resumo; aqueles com texto completo não disponível no portal de periódicos CAPES; artigos publicados fora do período de tempo determinado; artigos publicados em outra língua que não o português e inglês. Consideram-se pessoas idosas, todas as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, conforme o Estatuto do Idoso.

Para orientar a segunda etapa deste trabalho, utilizou-se um Formulário padrão, descrito no Anexo 1, para exclusão inicial dos estudos identificados nas bases de dados, com as seguintes informações: autor (es), fonte, ano, idioma, tema principal, e também registrado através de resposta objetiva afirmativa ou negativa (sim ou não) quanto a abordar em seu texto, foco na pessoa idosa, indicador de saúde e controle de doenças.

Na terceira etapa, os dois revisores utilizaram de forma independente um Formulário padrão (Anexo 2) para identificação, análise e pré-seleção dos artigos, sendo utilizados os critérios de exclusão já mencionados. Os critérios de inclusão foram: artigos que em sua íntegra tratam da temática sobre indicadores de saúde do idoso; artigos que discutam, apresentem, ou desenvolvam indicadores para avaliação e monitoramento da saúde e qualidade de vida da população idosa.

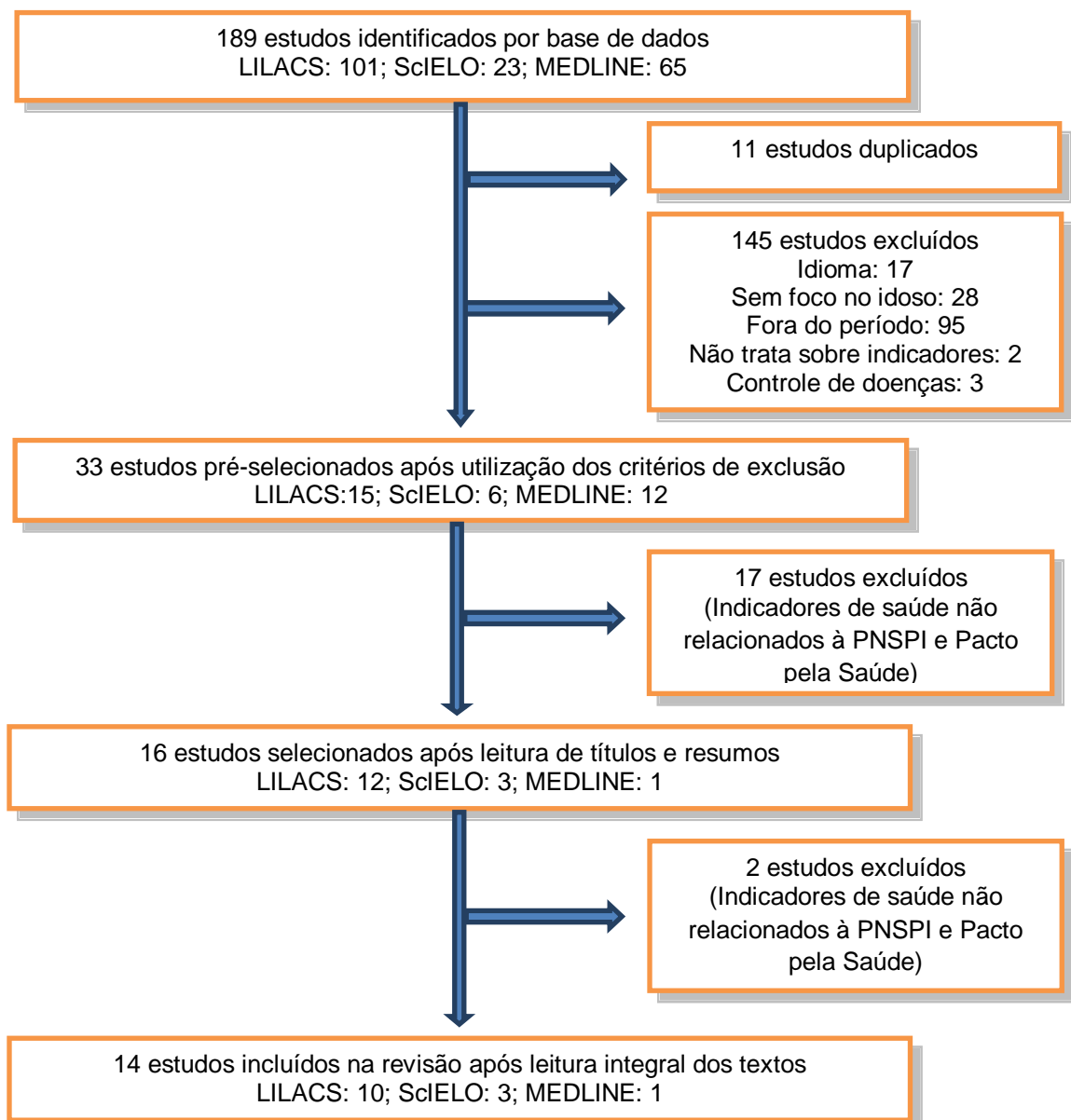
Na quarta etapa, a leitura do texto completo dos estudos pré-selecionados foi feita pela autora deste trabalho, para identificação final daqueles a serem incluídos na revisão integrativa. A informação de interesse foi coletada em um Instrumento padrão, contendo: título do artigo, autores, fonte, país, idioma, ano de publicação, objetivos, método de estudo, discussão, resultados e conclusões (Anexo 3).

Não foi realizada avaliação da qualidade metodológica dos artigos incluídos nesta revisão integrativa.

4 RESULTADOS DA REVISÃO INTEGRATIVA

O resultado da busca nas bases de dados utilizadas está descrito na figura 1. Do total de 189 artigos recuperados, dezessete foram selecionados para leitura do texto completo. Destes, 14 foram incluídos na revisão integrativa. Apenas um dos estudos selecionados é de autores norte-americanos (Rekeneire et al., 2003), o restante é de autores brasileiros.

Figura 1: Fluxo da busca bibliográfica (Revisão Integrativa):



Os quatorze artigos incluídos na revisão abordaram doze focos temáticos, descritos no Quadro 5. A situação socioeconômica relacionada à saúde das pessoas idosas é abordada em três artigos, da mesma autora principal (Lima Costa et al., 2003; Lima Costa et al., 2007; Lima Costa et al., 2012). O tema indicador de saúde do idoso é abordado em dois artigos da mesma equipe de pesquisa (Rebouças et al. 2008a; Rebouças et al 2008b).

Quadro 5 - Características dos estudos incluídos na Revisão Integrativa, segundo o foco temático. 2013.

Autor/ano	Foco temático
Lima-Costa et al (2003)	Influência da situação socioeconômica sobre a saúde dos idosos
Lima-Costa et al (2007)	Situação socioeconômica dos idosos brasileiros e alguns indicadores das condições de saúde, da mobilidade física e do uso de serviços de saúde
Lima-Costa et al (2011)	Determinantes de eventos em saúde em uma população idosa com baixo nível socioeconômico
Giatti e Barreto (2003)	Associação entre saúde do idoso e trabalho
Rekeneire et al (2003)	Queda em idosos
Romero et al (2005)	Expectativa de vida saudável
Peixoto et al (2006)	Tabagismo e fatores associados
Guerra e Ramos–Cerqueira (2007)	Hospitalização repetida em idosos
Rebouças et al (2008a); Rebouças et al (2008b)	Indicadores de saúde da população idosa existentes no sistema de informações brasileiro e sua correspondência entre indicadores do sistema de informações norte-americano
Alves et al (2008)	Capacidade funcional
Munaretti et al (2011)	Associação entre hipertensão arterial referida (HAr) e indicadores antropométricos de gordura, corporal e abdominal em idosos
Carmo et al (2011)	Idosos frágeis
Closs e Schwanke (2012)	Evolução do índice de envelhecimento no Brasil
Del Duca et al (2012)	Institucionalização em idosos

O Quadro 6 apresenta os principais objetivos dos estudos incluídos na revisão integrativa, os métodos empregados e a fonte de dados utilizada para coleta dos dados.

Vale destacar a utilização da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) como fonte de dados em cinco estudos (Lima-Costa et al, 2003; Lima-Costa et al, 2007; Giatti e Barreto, 2003; Rebouças et al 2008; Alves et al, 2008). A PNAD investiga anualmente, de forma permanente, características gerais da população, de educação, trabalho, rendimento e habitação e outras, com periodicidade variável, de acordo com as necessidades de informação para o País, como as características sobre migração, fecundidade, nupcialidade, saúde, segurança alimentar, entre outros temas. O levantamento dessas estatísticas constitui, ao longo dos 44 anos de sua realização, um importante instrumento para formulação, validação e avaliação de políticas orientadas para o desenvolvimento socioeconômico e a melhoria das condições de vida no Brasil. Em alguns períodos foram incluídos o Suplemento Saúde, sendo os mais recentes dos anos de 2003 e 2008 (IBGE, 2013).

Diferentes propósitos e métodos nortearam os estudos analisados. Cinco estudos (Lima-Costa, 2003; Lima-Costa, 2007; Romero, 2005; Rebouças, 2008), utilizaram indicadores da saúde em um contexto mais amplo, analisando limitações e possibilidades de indicadores sobre a população idosa.

O estudo de Romero et al. (2005) adotou o método Sullivan (1971), que desenvolveu o conceito de esperança de vida saudável, para estimar a expectativa de vida saudável no Brasil. O método Sullivan vem sendo utilizado em diversos países, devido à combinação de informação de mortalidade e morbidade num único indicador, a simplicidade do cálculo e a fácil interpretação dos resultados. Através da combinação de dados sobre taxas de mortalidade e prevalência dos estados de saúde por faixa etária, o cálculo da expectativa de vida saudável fornece o número médio de anos que uma pessoa com determinada idade ainda espera viver em bom estado de saúde.

Rebouças et al (2008) comparou indicadores norte-americanos da publicação *Older Americans 2000: Key Indicators of Well-Being* com indicadores brasileiros. Foram Utilizados 13 indicadores dos subgrupos, condições de saúde, hábitos de vida e fatores de risco, sendo eles: esperança de vida aos 60 anos, taxa de

mortalidade, morbidade auto referida, depressão auto referida, percepção da saúde auto referida, incapacidades, insuficientemente ativos, cobertura vacinal (influenza), realizaram mamografia nos últimos 2 anos e qualidade de alimentos.

O Quadro 7 reúne os resultados e conclusões do estudos incluídos na Revisão Integrativa.

Quatro estudos (Lima-Costa et al 2003; Lima-Costa et al 2007; Lima-Costa et al 2011; Alves et al 2008) concluíram pela associação das condições socioeconômicas com as condições de saúde da população idosa. Alves et al (2008); identificou que os idosos saudáveis e funcionalmente capazes eram mais jovens e mais prováveis de serem do sexo masculino, com um nível socioeconômico intermediário. Já os idosos com incapacidade funcional leve, eram constituídos de mulheres mais idosas, com baixa escolaridade, renda intermediária e percepção de saúde regular. Idosos com incapacidade funcional grave também apresentam estas características, porém, as mulheres são ainda mais idosas.

Os estudos de Romero et al, 2005, Alves et al (2008) e Carmo et al (2011) identificaram a feminização da velhice, com maior proporção de mulheres do que de homens em idades mais avançadas. Os homens apresentam maiores taxas de mortalidade e mulheres maiores taxas de morbidade. As mulheres vivem mais anos com problemas de saúde ou limitações.

Os estudos Giatti e Barreto (2003); Peixoto et al (2006); Guerra e Ramos-Cerqueira (2007); Del Duca, G.F. et al (2012), apresentaram associação dos resultados dos seus piores indicadores com a capacidade funcional reduzida entre idosos. E apontaram a prevenção das incapacidades na população idosa como estratégia imprescindível para o bom envelhecimento.

O estudo Rekeneire et al (2003), apontou o próprio envelhecimento como fator de risco para quedas em idosos, a partir dos 65 anos um terço dos idosos sofrem uma queda no ano, chegando a 50% de chances de sofrerem quedas a partir dos 80 anos.

Quadro 6- Características dos estudos selecionados, segundo seus objetivos, método de pesquisa e fonte dos dados utilizada. Revisão Integrativa. 2013.

Autor/ano	Objetivos	Método	Fonte dos dados
Lima-Costa et al (2003)	Examinar as associações existentes entre a situação socioeconômica dos idosos brasileiros e alguns indicadores sobre condições de saúde; mobilidade física; e uso de serviços de saúde.	Análise quantitativa através de regressão logística múltipla	PNAD ¹
Giatti e Barreto (2003)	Determinar os diferenciais de saúde dos idosos, segundo sua inserção no mercado de trabalho, após considerar a influência dos fatores sócio-demográficos.	Análise quantitativa através de regressão logística múltipla	PNAD
Rekeneire et al (2003)	Identificar os fatores associados com a queda no envelhecimento.	Estudo prospectivo longitudinal investigando relações entre as condições de saúde, composição corporal, fatores sociais e comportamentais, e declínio funcional.	Inquérito - <i>Health, Aging and Body Composition (Health ABC) Study</i>
Romero et al (2005)	Estimar a expectativa de vida saudável, usando diferentes medidas de estado de saúde.	Estudo transversal, com base em informações sobre mortalidade e morbidade, utilizando o método Sullivan para estimativa da expectativa de vida saudável	Pesquisa Mundial de Saúde (2003); IBGE
Peixoto et al (2006)	Determinar a prevalência do tabagismo e verificar os fatores associados a este hábito entre idosos (≥ 60 anos).	Estudo de Regressão Logística Multinomial	Inquéritos
Guerra e Ramos–Cerqueira (2007)	Identificar a probabilidade de admissão hospitalar repetida de idosos em um Centro de Saúde Escola (Botucatu, São Paulo).	Estudo descritivo e de corte transversal com 305 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos.	Entrevistas, usando o Instrumento “Probability of Repeated Admission With 4

Continua...

Continuação

			Years" (PRA – Probabilidade de Admissão Hospitalar Repetida, de Boulton et al., 1993)
Lima-Costa et al.(2007)	Examinar as condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros, utilizando indicadores da condição de saúde o uso de serviços de saúde e cobertura por plano de saúde.	Análise quantitativa usando procedimentos para inquéritos populacionais do programa Stata versão 7.0 (taxas de prevalência e razões de prevalência)	PNAD
Rebouças et al (2008)	Avaliar, por meio da Internet, os dados sobre a saúde da população idosa existentes no sistema de informações brasileiro e a sua correspondência com as estatísticas norte-americanas.	A pesquisa teve delineamento descritivo, de cunho transversal.	SIM ³ SI-PNI ⁴ PNAD SIH ⁵ Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos 2002-2003 - INCA
Alves et al (2008)	Identificar os perfis de capacidade funcional e saúde dos idosos no Brasil, bem como a prevalência destes perfis, no ano de 2003.	Estudo descritivo transversal com a construção de perfis da capacidade funcional	PNAD
Munaretti ¹ et al (2011)	Investigar a associação entre hipertensão arterial referida (HAr) e indicadores antropométricos de gordura, corporal e abdominal em idosos.	Utilizou-se regressão logística binária, estratificada por sexo	Pesquisa SABE ²
Carmo et al (2011)	Avaliar o nível de fragilidade em idosos de um Grupo de Convivência (GC) e a relação entre fragilidade, incapacidade e quedas	Estudo observacional exploratório. Realizado com 64 idosos, avaliados de acordo com o Fenótipo de Fragilidade	Entrevistas para coleta de dados pessoais; sócio-demográficos;

Continua...

Continuação

			fenótipo de fragilidade. Aplicação de um inquérito de quedas; e das escalas de ABVD ⁷ e AIVD ⁸ .
Lima-Costa et al (2011)	Investigar preditores a incidência do declínio cognitivo, funcional, dependência, quedas, morte e uso de serviços de saúde entre idosos	Estudo de coorte realizado na cidade de Bambuí (MG) com todos os idosos residentes na cidade. No período de 1997 a 2007	Inquéritos
Closs e Schwanke. (2012)	Apresentar a evolução do Índice de Envelhecimento no Brasil, regiões e unidades federativas, no período de 1970 a 2010	Estudo descritivo, com dados obtidos dos Censos Demográficos e dos Indicadores Sociais do IBGE, do período de 1970 a 2010	IBGE ⁶
Del Duca et al (2012)	Identificar indicadores da institucionalização de idosos	Estudo de casos e controles com 991 idosos em Pelotas, RS, de 2007 a 2008	Inquérito

- 1- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD).
- 2- Pesquisa Saúde, Bem Estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe-USP.
- 3- (SIH- Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM).
- 4- Sistemas de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI).
- 5- Sistemas de Informações Hospitalar).
- 6- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE).
- 7-Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD),
- 8-Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)

Segundo o estudo de Munaretti et al (2011) estima-se que 50% a 70% de idosos são hipertensos. Os piores resultados dos indicadores antropométricos estiveram associados ao maior número de doenças crônicas não transmissíveis. O estudo de Rebouças et al (2008) identificou que o Brasil conta com quantidade de base de dados semelhante às de países mais desenvolvidos. Closs e Schwanke (2012) abordaram o índice de envelhecimento (IE) enquanto indicador expressivo para compreensão das mudanças demográficas no país uma vez que, avalia o processo de ampliação do segmento idoso em relação ao grupo etário mais jovem. Em 2010, o IE do Brasil era de 44,8. Entre as regiões brasileiras, o Sul (54,94) e Sudeste (54,59) se equiparavam com o maior IE e o Norte (21,84) apresentava o menor IE. As unidades federativas com maior IE eram Rio Grande do Sul (65,47) e Rio de Janeiro (61,45). Os menores índices pertenciam aos estados do Amapá (15,45) e Roraima (16,57).

O quadro 8 apresenta os indicadores para monitoramento da saúde do idoso identificados na revisão integrativa.

O quadro 9, relaciona os indicadores de saúde da pessoa idosa, considerando a relevância do indicador e sua contribuição na perspectiva das diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e do Pacto pela Saúde.

Quadro 7 - Resultados e conclusões dos estudos incluídos na Revisão Integrativa. 2013.

Autor/ano	Resultados	Conclusões
Lima-Costa et al (2003)	Existência de associações entre menor renda domiciliar <i>per capita</i> entre idosos e pior condição de saúde, pior função física e menor uso de serviços de saúde.	Mesmo pequenas diferenças na renda mensal per capita são sensíveis para identificar idosos com piores indicadores de saúde. A relação entre pior nível socioeconômico é mais visível entre o uso dos serviços e condição de saúde.
Giatti e Barreto (2003)	Um quarto dos idosos trabalhava e a inserção no mercado de trabalho expressa diferenças relativas à idade, à renda domiciliar e à escolaridade.	Idosos com boas condições de saúde, com autonomia física e mental mantêm boas perspectivas de vida e podem assumir papéis relevantes na sociedade.
Rekeneire et al (2003)	Quase um quarto, 24,1% das mulheres e 18,3% dos homens relataram pelo menos uma queda no ano anterior ao exame inicial. Mulheres da raça branca foram mais propensas à associação de quedas e doenças crônicas e uso de medicamentos.	Correlações específicas de queda podem ser identificadas para definir grupos de risco entre idosos.
Romero et al (2005)	A proporção de anos de vida saudável perdidos aumenta significativamente com a idade e, apesar das mulheres terem uma expectativa de vida maior que os homens, vivem relativamente menos anos de boa saúde.	O método Sullivan fornece estimativas para monitorar tendências na expectativa de vida saudável. Este método trata não apenas de dados de mortalidade, mas também morbidade.
Peixoto et al (2006)	Na Região Metropolitana (BH), os indicadores de pior condição de saúde e pior capacidade funcional apresentaram associações significantes com o tabagismo passado, mas estas associações não foram observadas em Bambuí. Há grande heterogeneidade dos fatores associados ao tabagismo, como observado em países desenvolvidos.	As estratégias para a redução do tabagismo na população idosa devem considerar esta ausência de associação entre sinais e sintomas e o hábito de fumar.
Guerra e Ramos–Cerqueira (2007)	Total de 56,4% dos entrevistados foram classificados como sendo de baixa probabilidade de admissão hospitalar repetida; 26,9%, de média; 10,5%, de média-alta; e 6,2%, de alta.	Os idosos mais fragilizados deveriam ter prioridade no atendimento médico, pois estariam mais sujeitos a internações prolongadas,

Continua...

Continuação:

		reinternações sucessivas e pior prognóstico. Esse acompanhamento possibilitaria a diminuição das incapacidades.
Lima-Costa et al (2007)	Melhora nas condições de saúde auto-referidas dos idosos brasileiros, no período compreendido entre 1998 e 2003 assim como um aumento no número de consultas médicas.	Importância do suplemento de saúde da PNAD, para monitoramento e/ou vigilância da saúde da população idosa brasileira. Avaliação de que as melhores condições de saúde, parece devido à melhora de acesso, possivelmente no âmbito do SUS.
Rebouças et al (2008)	Fontes de informação no Brasil: IBGE e Ministério da Saúde. Não foram encontrados, nos bancos de dados brasileiros, informações para somente três indicadores propostos pelos norte-americanos para acompanhar a saúde da sua população idosa: comprometimento da memória, atividade social e crimes violentos. A auto percepção de bom estado de saúde foi superior no Brasil, ao passo que os indicadores de hábitos de vida e os fatores de risco revelaram uma melhor situação nos EUA.	Existe grande quantidade de informações brasileiras para acompanhar a população idosa do país pela Internet e, com poucas exceções, há correspondência de informações sobre idosos brasileiros e norte-americanos. As condições de saúde dos idosos no ano de 2000 eram próximas nos dois países. O presente estudo revelou, no Brasil, a existência de dados para a maioria (90%) dos indicadores da lista norte-americana. Foram realizadas apenas consultas em bases eletrônicas.
Alves et al (2008)	Os resultados apontaram que a saúde da população idosa pode ser descrita por meio de três perfis: “idosos saudáveis”, “idosos com incapacidade funcional leve” e “idosos com incapacidade funcional grave”.	Os perfis observados apontam que a abordagem da capacidade funcional se torna essencial para a promoção da saúde dos idosos.
Munaretti et al (2011)	A hipertensão arterial associou-se aos indicadores antropométricos. o IMC é o indicador que se associa com mais força estatística à hipertensão arterial em idosos de ambos os sexos, apesar de ser bastante similar aos outros indicadores no sexo feminino.	Há relevância desses indicadores, para, precocemente, detectar os riscos para o desenvolvimento dessa doença e intervir na sua prevenção e controle
Carmo et al (2011)	Em relação ao nível de fragilidade, 22 idosos eram não-frágeis, 41 pré-frágeis e um frágil. Os idosos pré-frágeis apresentaram maior ocorrência de quedas, mais medo de cair e pior escore	O estudo demonstra a importância de intervenções preventivas em idosos pré-frágeis e sugere que fragilidade e incapacidade são

Continua...

Continuação:

	nos questionários que avaliaram as ABVD e AIVD que os idosos não frágeis, com diferenças estatisticamente significativas	entidades distintas em idosos deste GC
Lima-Costa et al (2011)	Alta prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, sendo mais frequente hipertensão (61,5%), seguida por dores articulares crônicas (43,6%), sintomas mentais comuns (38,5%), infecção pelo T. cruzi (38,1%) e insônia (36,7%)	As prevalências de sintomas mentais e de doenças cardiovasculares foram comparáveis às observadas entre idosos em países de alta renda.
Closs et al Schwanke, (2012)	No período de 1970 a 2010, observou-se aumento de 268% no Índice de Envelhecimento do Brasil	O Brasil se encontra em franco processo de envelhecimento da sua população. Pois no período de 1970 a 2010, o IE teve um aumento progressivo.
Del Duca et al (2012)	A institucionalização foi mais frequente no sexo feminino, idosos com idade avançada que não têm companheiro(a), apresentem incapacidade funcional e idosos pouco ativos ou inativos	O incentivo ao cuidado informal, a partir de ações educativas e culturais focadas no papel da família para o idoso, pode impedir a institucionalização desses indivíduos.

Quadro 8 - Lista de indicadores para monitoramento da saúde do idoso, identificados na revisão integrativa.

Título do Indicador	Numerador	Denominador	Fonte dos Dados (utilizada nos respectivos estudos)
Índice de envelhecimento	População residente como idade igual ou superior a 60 anos em um determinado local e período.	População total residente com idade inferior a 15 anos.	IBGE ¹
Proporção de idosos com percepção da saúde ruim ou péssima	Nº de idosos que consideram sua saúde ruim ou péssima em um determinado local e período.	População total de idosos com idade igual ou superior a 60 anos no mesmo local ou período, participantes do inquérito.	PNAD ²
Proporção de idosos com idade igual ou superior a 60 anos que relatam ter doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)	Nº de idosos com idade igual ou superior a 60 anos que relatam ter doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), registradas nos códigos CID-10 previamente selecionados em um determinado local e período.	População total de idosos com idade igual ou superior a 60 anos no mesmo local ou período, participantes do inquérito.	PNAD
Proporção de idosos com grande dificuldade para mobilidade física	Nº de idosos com idade igual ou superior a 60 anos que relataram dificuldades para realizar atividades de vida diária (AVD), como alimentar-se, tomar banho e ir ao banheiro em um determinado local e período.	População total de idosos com idade igual ou superior a 60 anos no mesmo local ou período, participantes do inquérito.	PNAD
Proporção de idosos com duas internações ou mais nos últimos doze meses	Nº de idosos com idade igual ou superior a 60 anos que relataram ter sido internados duas ou mais vezes nos últimos doze meses em um determinado local e período.	População total de idosos com idade igual ou superior a 60 anos no mesmo local ou período, participantes do inquérito.	Entrevistas, usando o Instrumento "Probability of Repeated Admission With 4 Years" (PRA – Probabilidade de Admissão Hospitalar Repetida, de Boulton et al., 1993)

Continua...

Continuação

Proporção de idosos inseridos no mercado de trabalho	Nº de idosos com idade igual ou superior a 60 anos que estão inseridos no mercado de trabalho em um determinado local e período.	População total de idosos com idade igual ou superior a 60 anos no mesmo local ou período, participantes do inquérito.	PNAD
Proporção de idosos com pessoa de referência no domicílio	Nº de idosos com idade igual ou superior a 60 anos que relataram ter pessoa de referência no domicílio em um determinado local e período.	População total de idosos com idade igual ou superior a 60 anos no mesmo local ou período, participantes do inquérito.	PNAD
Proporção de idosos que sofreram quedas nos últimos doze anos	Nº de idosos com idade igual ou superior a 60 anos que relataram ter sofrido queda nos últimos doze meses em um determinado local e período.	População total de idosos com idade igual ou superior a 60 anos no mesmo local ou período.	Inquérito
Prevalência do tabagismo entre idosos	Nº de idosos com idade igual ou superior a 60 anos que relataram o hábito de fumar em um determinado local e período.	População total de idosos com idade igual ou superior a 60 anos no mesmo local ou período.	Inquéritos
Proporção de idosos que não visitam o dentista há três anos ou mais	Nº de idosos com idade igual ou superior a 60 anos que relataram não realizar consulta odontológica há três anos ou mais em um determinado local e período.	População total de idosos com idade igual ou superior a 60 anos no mesmo local ou período.	PNAD
Proporção de idosos que não realizaram nenhuma consulta médica nos últimos doze meses	Nº de idosos com idade igual ou superior a 60 anos que relataram não realizar consulta médica nos últimos doze meses em um determinado local e período.	População total de idosos com idade igual ou superior a 60 anos no mesmo local ou período.	PNAD
Proporção do número de idosos que têm plano de saúde	Nº de idosos com idade igual ou superior a 60 anos que relataram ter plano de saúde em um determinado local e período. Em um determinado local e período.	População total de idosos com idade igual ou superior a 60 anos no mesmo local ou período.	PNAD
Prevalência de idosos saudáveis	Nº de idosos com idade igual ou superior a 60 anos que relataram não ter dificuldade para realização de AVD.	População total de idosos com idade igual ou superior a 60 anos no mesmo local ou período.	Inquéritos

Continua...

Continuação:

Proporção de idosos com indicador antropométrico, IMC, com valores considerados risco para Hipertensão arterial	Nº de idosos com idade igual ou superior a 60 anos com indicador antropométrico: Índice de massa corporal (IMC) \geq 27Kg/m em um determinado local e período.	População total de idosos com idade igual ou superior a 60 anos no mesmo local ou período.	Inquéritos
Proporção de idosos com indicadores antropométricos, PC, com valores considerados como risco para hipertensão arterial	Nº de idosos com idade igual ou superior a 60 anos com indicador antropométrico: Perímetro da cintura (PC) > 88cm para mulheres e > 102 para homens em um determinado local e período.	População total de idosos com idade igual ou superior a 60 anos no mesmo local ou período.	Inquéritos
Proporção de idosos em uso de quatro ou mais medicações	Nº de idosos com idade igual ou superior a 60 anos que relatam estar em uso de quatro ou mais medicações em um determinado local e período.	População total de idosos com idade igual ou superior a 60 anos no mesmo local ou período.	Inquéritos
Prevalência de idosos hipertensos	Nº de idosos com idade igual ou superior a 60 anos identificados como hipertensos em um determinado local e período.	População total de idosos com idade igual ou superior a 60 anos no mesmo local ou período.	Inquéritos
Proporção de idosos diabéticos	Nº de idosos com idade igual ou superior a 60 anos identificados como diabéticos em um determinado local e período.	População total de idosos com idade igual ou superior a 60 anos no mesmo local ou período.	Inquéritos
Proporção de idosos que realizam atividade física	Nº de idosos com idade igual ou superior a 60 anos que relataram realizar atividade física > 150 minutos/semana em um determinado local e período.	População total de idosos com idade igual ou superior a 60 anos no mesmo local ou período.	Inquéritos
Percentual da cobertura vacinal por influenza em idosos	Nº de idosos com idade igual ou superior a 60 anos vacinados por influenza em um determinado local e período.	População total de idosos com idade igual ou superior a 60 anos no mesmo local ou período.	SI-PNI ³
Taxa de mortalidade (por 100.000 hab.)	Nº de óbito em idosos com idade igual ou superior a 60 anos em um determinado local e período.	População total de idosos com idade igual ou superior a 60 anos no mesmo local ou período.	SIM ⁴

Continua...

- 1- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);
- 2- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD);
- 3- Sistemas de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI);
- 4- Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

Quadro 9 - Lista de indicadores para monitoramento da saúde do idoso, segundo a relevância do indicador

Título do Indicador	Relevância do indicador
Índice de envelhecimento	Avalia o processo de ampliação do segmento idoso na população total, em relação à variação relativa no grupo etário jovem. Subsidiaria a formulação, gestão e avaliação de políticas nas áreas de saúde e de previdência social.
Proporção de idosos com expectativa de vida saudável	Estima a expectativa de vida livre de incapacidades funcionais. Subsidiaria a formulação, gestão e avaliação de políticas nas áreas de saúde e de previdência social.
Proporção de idosos com percepção da saúde ruim ou péssima	Avalia a proporção de idosos considerados frágeis ou em processo de fragilidade. Pessoas idosas que consideram seu estado de saúde como sendo ruim ou muito ruim têm maior risco de agravos sérios em sua saúde. Contribui para o monitoramento do impacto das políticas públicas de prevenção à incapacidade funcional.
Proporção de idosos com idade igual ou superior a 60 anos que relatam ter doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)	Avalia a proporção de idosos considerados frágeis ou em processo de fragilidade. As DCNT tendem a manifestar-se de forma expressiva nas idades mais avançadas e, e estão associadas à comorbidades. Podem gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade das pessoas idosas. Contribui para o monitoramento do impacto das políticas públicas de prevenção as DCNT.
Proporção de idosos com grande dificuldade para mobilidade física	Avalia o grau de dependência para as atividades de vida diária (AVD), e identifica possíveis demandas para a assistência à saúde no domicílio.

Continua...

Continuação:

Proporção de idosos com duas internações ou mais nos últimos doze meses	Avalia a proporção de idosos considerados frágeis ou em processo de fragilidade. Contribui para o monitoramento do impacto das políticas públicas de prevenção às internações.
Proporção de idosos inseridos no mercado de trabalho	Avalia a proporção de idosos com autonomia e mobilidade física. Contribui para o planejamento de ações de saúde voltado às pessoas idosas inseridas no mercado de trabalho.
Proporção de idosos com pessoa de referência no domicílio	Avalia a existência de uma rede de apoio, seja intrafamiliar ou comunitária. Contribui para o planejamento de ações de apoio ao cuidador informal.
Proporção de idosos que sofreram quedas nos últimos doze anos	Avalia a proporção de idosos considerados frágeis ou em processo de fragilidade. A ocorrência de quedas pode, de forma expressiva, diminuir a qualidade de vida das pessoas idosas. Contribui para o monitoramento do impacto das políticas públicas de prevenção às quedas.
Prevalência do tabagismo entre idosos	Avalia o hábito de fumar no segmento de idosos. Contribui para o planejamento de estratégias de redução do tabagismo. Na população idosa, o tabagismo está associado a um maior risco de mortalidade e morbidade por DCNT.
Proporção de idosos que não visitam o dentista há três anos ou mais	Avalia o acesso aos serviços de saúde. Contribui para o monitoramento do impacto das políticas públicas de prevenção e ações em saúde oral.
Proporção de idosos que não realizaram nenhuma consulta médica nos últimos doze meses	Avalia o acesso aos serviços de saúde. Contribui para o monitoramento do impacto das políticas públicas de prevenção e ações em assistência médica, mais especificamente na atenção primária.
Proporção do número de idosos que têm plano de saúde	Avalia a proporção de idosos assistidos pela rede privada de saúde. Subsidiaria a formulação, gestão e avaliação de políticas nas áreas de saúde.

Continua...

Continuação:

Prevalência de idosos saudáveis	Avalia a prevalência do envelhecimento ativo. Contribui para o monitoramento do impacto das políticas públicas voltadas à promoção do envelhecimento ativo.
Proporção de idosos com indicador antropométrico, IMC, com valores considerados risco para hipertensão arterial	Avalia a proporção de idosos em risco para hipertensão arterial. Contribui para ações de prevenção e redução da obesidade.
Proporção de idosos com indicadores antropométricos, PC, com valores considerados como risco para hipertensão arterial	Avalia proporção de idosos em risco para hipertensão arterial. Contribui para ações de prevenção e redução da obesidade.
Proporção de idosos em uso de quatro ou mais medicações	Avalia a proporção de idosos considerados frágeis ou em processo de fragilidade. Contribui para o planejamento de ações de educação permanente voltada aos profissionais de saúde, com atenção e prevenção da iatrogenia medicamentosa.
Prevalência de idosos hipertensos	Avalia a hipertensão (HAS) entre pessoas idosas. A hipertensão arterial é um importante problema de saúde pública no Brasil. Contribui para o monitoramento do impacto das políticas públicas de prevenção, acompanhamento, e previsão de recursos para HAS.
Prevalência de idosos diabéticos	Avalia a diabetes (DM) entre pessoas idosas. Contribui para o monitoramento do impacto das políticas públicas de prevenção, acompanhamento e previsão de recursos para DM.
Proporção de idosos que realizam atividade física	Avalia a realização de atividade física por parte do segmento de idosos. Contribui para o planejamento de ações de prevenção ao sedentarismo.
Percentual da cobertura vacinal por influenza em idosos	Mede a cobertura vacinal. Contribui na avaliação epidemiológica da redução da morbimortalidade por doenças imunopreveníveis nesta população.
Taxa de mortalidade (por 100.000 hab.)	Avalia a assistência à saúde, identifica os determinantes que levaram ao óbito, apoia os gestores na adoção de medidas direcionadas a resolver os problemas que possam evitar a ocorrência de eventos similares.

5 DISCUSSÃO

Os estudos analisados nesta revisão integrativa apresentaram em seus resultados um número expressivo de indicadores para avaliar a saúde das pessoas idosas. Uma característica presente em dez estudos incluídos na revisão (Lima-costa, 2003; Lima-Costa, 2007; Lima-Costa, 2011; Giatti e Barreto, 2003; Romero et al, 2005; Peixoto et al, 2006; Guerra et al, 2007; Alves et al, 2008; Muneretti et al, 2011; Carmo et al, 2011; Del Duca et al, 2012) foi a abordagem da capacidade funcional, como foco principal ou não, mas tratada enquanto conceito. Entretanto, não foram identificados estudos sobre os indicadores “taxa de internação hospitalar por fratura de fêmur em pessoas idosas” ou “taxa de mortalidade prematura (< 70 anos) pelo conjunto das principais DCNT”. Indicadores, estes, utilizados, respectivamente, na pactuação dos municípios, estados e união para avaliar o alcance das metas prioritárias do Pacto pela Saúde (Brasil, 2006b) no período de 2009 a 2012; e em conformidade com as diretrizes nacionais do COAP para o período de 2013-2015.

Os estudos de Lima-Costa et al (2007) e Alves et al (2008) reforçam a capacidade funcional como componente central da saúde do idoso, mais significativa na vida dos indivíduos do que a presença de doenças, considerando-o como um dos indicadores mais importantes do envelhecimento bem sucedido. Os indicadores identificados neste estudo, relacionados à auto percepção da saúde, DCNT, mobilidade física, internações repetidas, inserção no mercado de trabalho, quedas, tabagismo e usos de medicações, estão diretamente relacionados à avaliação da capacidade funcional e são capazes de monitorar a qualidade de vida no envelhecimento. Deste modo, é possível eleger estes indicadores como adequados na perspectiva da PNSPI, onde o envelhecimento bem sucedido pode ser definido por menor probabilidade de doença, alta capacidade funcional física e mental e engajamento social ativo com a vida.

Neste contexto é importante destacar o estudo de Romero et al (2005), pois apresentou uma estratégia metodológica para mensuração da esperança de vida livre das incapacidades, calculada pelo método Sullivan e pode ser

utilizado em estudos futuros em uma determinada população, até mesmo a nível local, como alternativa para a análise do estado de saúde em que está ocorrendo o envelhecimento.

Outro aspecto relevante refere-se aos estudos que analisaram a associação das condições socioeconômicas da população idosa com suas condições de saúde. Lima-Costa (2011) chama a atenção para o fato de que a maior parte da literatura sobre o envelhecimento tem sido produzida em países ricos. Como o envelhecimento ativo pode ser afetado pelas condições locais, especialmente em populações com baixo nível socioeconômico, pode não ser adequado aplicar estudos internacionais no Brasil. Os estudos de Lima-Costa et al (2003), Lima-Costa et al (2007), Lima-Costa et al (2011) e Alves et al (2008) evidenciaram que piores condições socioeconômicas levam a piores níveis de saúde entre idosos, incluindo pior capacidade funcional. Uma vez que a capacidade funcional é estratégica para que se avalie o envelhecimento bem sucedido, é primordial o acompanhamento dos determinantes sociais e incluí-lo como referência para análise dos indicadores de saúde.

O estudo de Muneratti et al (2011), cita que boa parte dos estudos são realizados em adultos e há diferenças importantes para os resultados com pessoas mais velhas. O estudo de Lima-Costa et al (2007), também enfatiza a falta de dados que deem conta das especificidades dos idosos. No entanto ao mesmo tempo em que se identifica a deficiência de estudos sobre a população idosa no Brasil, o estudo de Rebouças et al. (2008) ressalta que há grande número de informações disponíveis na internet sobre a saúde da população idosa, isto é, há um sistema de informação que abrange a saúde do idoso.

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) identificados no estudo de Rebouças et al (2008a) foram: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM); Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); e Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). O SIM armazena e processa dados sobre óbitos e disponibiliza informações sobre a causa básica da morte. O SIH/SUS tem abrangência nacional e registra internações nos hospitais públicos municipais, estaduais ou federais e hospitais contratados/conveniados integrantes da rede SUS. O SI-PNI consolida dados de cobertura vacinal de todo o país (Drummond et al, 2006; DATASUS, 2013).

Segundo o estudo de Lima-Costa et al. (2007), os dados disponíveis sobre as condições de saúde e uso dos serviços de saúde por parte dos idosos são baseados na mortalidade, hospitalizações no SUS, doenças de notificação compulsória obrigatória, e outras informações produzidas por programas e serviços de saúde e não atendem às particularidades das pessoas idosas. As informações obtidas por inquéritos ainda não fazem parte desses sistemas. O estudo de Romero et al (2005), questiona se indicadores de mortalidade sozinhos são suficientes para avaliar a qualidade de vida da população. Os indicadores de saúde relacionados à saúde do idoso, designados para pactuação entre entes federados, primeiro no Pacto pela Saúde e, no momento atual, pelo COAP, têm o foco na hospitalização e mortalidade, e como fonte de dados o SI-AIH e o SIM Cabe, então, o questionamento: são capazes de monitorar o envelhecimento ativo, conforme preconizado nas referidas políticas?

Os inquéritos foram a fonte de dados mais presente entre os estudos incluídos nesta revisão. Um total de 11 estudos utilizou esta fonte de dados (Lima-Costa et al, 2003; Lima-Costa et al, 2007; Lima-Costa et al, 2011; Giatti e Barreto, 2003; Rekeneire et al, 2003; Peixoto et al 2006; Guerra e Ramos-Cerqueira, 2007; Alves et al, 2008; Muneretti et al, 2011; Carmo et al, 2011; Del Duca et al, 2012) com destaque para a Pesquisa Nacional por Amostra em Domicílio – PNAD. Para Lima-Costa et al. (2007), no Brasil, a PNAD é a principal fonte de informações sobre a percepção da saúde da população idosa. Alves et al (2008) embora ressaltem a importância da PNAD, destacam como fragilidade o fato das informações serem obtidas por meio de auto relato. O estudo de Rebouças et al. (2008a) destaca os inquéritos populacionais de saúde enquanto instrumentos que servem de melhor forma à constituição de indicadores, pois originam informação de melhor qualidade, assim como têm cobertura populacional especificada. Porém, nem todos os problemas podem ser conhecidos somente por inquéritos.

Os inquéritos populacionais são uma fonte de dados importante e adequada para a formulação de indicadores capazes de monitorar a saúde do idoso, a partir do envelhecimento ativo, diretriz fundamental da PNSPI. Segundo Viacava (2002), a partir dos inquéritos é possível construir indicadores associados à saúde e não apenas às doenças.

Apenas um estudo (Rebouças et al., 2008a; Rebouças et al 2008b) utilizou como fonte de dados o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), o Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS). Os autores discutiram a qualidade das informações destes Sistemas de Informações, que seriam menos confiáveis no Brasil, em função de problemas na abrangência e qualidade no preenchimento dos registros. Discutem, também, fragilidades destes sistemas, tais como: a subnotificação no SIM nas regiões Norte e Nordeste (60% de cobertura) quando comparada à do Brasil (80%); e elevada taxa de causas mal definidas em idades mais avançadas, o que pode estar relacionado a erros de diagnóstico e falta de conhecimento sobre doenças em idosos (Rebouças et al., 2008b).

Segundo Mello e Jorge et al (2006), apesar dos avanços ainda necessários para melhor desempenho do SIM, progressivamente vem ocorrendo uma melhoria na sua cobertura, a redução da subnotificação e a diminuição na proporção de óbitos por causas mal definidas. Os autores ressaltam que há esforço dos gestores dos três níveis, federal, estadual e municipal, para o fortalecimento do SIM e dos outros sistemas de informações como fontes fidedignas de dados, e tendência contínua para avanço na cobertura e qualidade.

Nesta revisão não foram identificados outros estudos sobre indicadores da saúde do idoso que utilizaram como fonte de dados os sistemas de informações do Ministério da Saúde. Neste sentido, é possível indagar se há subutilização destas informações no cotidiano dos serviços de saúde, ou se os profissionais e gestores não priorizam sua aplicabilidade. Ou, ainda, uma convergência com o que foi apresentado por Lima-Costa et al (2007) sobre os dados produzidos não corresponderem às peculiaridades da população idosa.

Esta revisão identificou 22 indicadores e considera-se que todos eles podem ser utilizados para o acompanhamento da população idosa, em consonância às diretrizes da PNSPI e do Pacto pela Saúde. Um indicador tem como tema o perfil demográfico dos idosos; quatro indicadores estão relacionados à utilização dos serviços de saúde; cinco indicadores circunscrevem questões relativas à morbi-mortalidade; e doze indicadores estão relacionados à capacidade funcional da pessoa idosa.

O indicador 'índice de envelhecimento' é um indicador muito importante para as políticas públicas voltadas ao idoso. Seu monitoramento permite avaliar o processo de envelhecimento, informar a evolução das mudanças demográficas, sendo primordial para o planejamento dos diversos serviços destinados ao público de idosos, não apenas a assistência à saúde. É um indicador que pode ser utilizado pela união, estados, municípios e até mesmo em territórios pré-definidos, por utilizar os dados do IBGE. Os dados estão disponíveis na internet, o que traz praticidade e baixo custo. Foi o único indicador demográfico identificado no estudo.

Os indicadores relacionados aos serviços de saúde foram: 'proporção de idosos que não visitam o dentista há três anos ou mais'; 'proporção de idosos que não realizaram nenhuma consulta médica nos últimos doze meses'; 'proporção de idosos que têm plano de saúde'; e 'percentual de cobertura vacinal por influenza em idosos'. Estes indicadores são adequados se utilizados em um conjunto de indicadores aplicados em uma determinada população e local, pois isoladamente seriam insuficientes para monitorar a saúde do idoso.

Os indicadores que avaliam a frequência às consultas ao dentista e ao médico subsidiam monitorar o acesso da população idosa aos serviços. Do ponto de vista do Pacto pela Saúde, o acolhimento preferencial à pessoa idosa deve ser uma diretriz fundamental para a atenção a este público. É um indicador muito interessante para que os próprios serviços de saúde, principalmente da Atenção Básica, pudessem utilizar rotineiramente. Nesta revisão os estudos utilizaram dados de inquéritos. A limitação está na obtenção dos dados, pois não há registro destas informações realizadas com regularidade.

O indicador 'Proporção de idosos que têm plano de saúde' subsidia o planejamento dos serviços de saúde, e auxilia na identificação da população idosa usuária do SUS. A limitação do indicador também surge na obtenção de dados, pois, nesta revisão foi identificado em estudos que utilizaram inquéritos como fonte dos dados. O indicador 'Percentual da cobertura vacinal por influenza em idosos' avalia a cobertura vacinal dos idosos, que é uma ação indispensável de prevenção da Atenção Primária. Na perspectiva da promoção do envelhecimento ativo e saudável, esta é uma ação objetiva de prevenção de

doenças em pessoas idosas, O Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações é a fonte de dados para informações deste indicador, e está disponível na internet, favorecendo a praticidade e baixo custo.

Os indicadores de saúde relacionados à morbimortalidade selecionados foram: 'proporção de idosos com indicador antropométrico, IMC, com valores considerados risco para hipertensão arterial'; 'proporção de idosos com indicadores antropométricos, PC, com valores considerados como risco para hipertensão arterial'; 'prevalência de idosos hipertensos'; 'prevalência de idosos diabéticos'; e 'Taxa de mortalidade'.

Cabe ressaltar que estes indicadores são relevantes para avaliação do idoso. Mas, isoladamente, não são capazes de avaliar a saúde dos idosos na perspectiva da PNSPI. Há uma contradição na perspectiva da avaliação do estado de saúde das pessoas idosas, pois, a análise destes indicadores se dá a partir das doenças e óbito e a PNSPI traz a ótica do envelhecimento ativo.

Os indicadores antropométricos IMC e PC são relevantes pela capacidade de monitorar a obesidade que é fator de risco para as doenças crônicas não transmissíveis que podem levar às incapacidades funcionais. Porém, assim como outros indicadores já descritos, foram identificados em estudos que obtiveram os dados a partir de inquéritos. O que pode ser uma limitação para a sua obtenção. Por outro lado, se monitorados, são importante instrumento para ações de prevenção e promoção de saúde, por estarem associados à mudança de hábitos.

A 'prevalência de idosos hipertensos e diabéticos' contribui a partir do seu monitoramento com o planejamento para ações de prevenção e tratamento adequado visando evitar as complicações deste quadro crônico muito comum entre idosos, que leva muitas vezes à hospitalização, incapacidades e óbito. Nos estudos (Lima-costa, 2003; Lima-Costa, 2007; Lima-Costa, 2011; Peixoto et al, 2006; Guerra e Ramos–Cerqueira, 2007; Alves et al, 2008; Muneretti et al, 2011; Carmo et al, 2011) identificados nesta revisão, foram utilizados inquéritos como fonte de dados para construção dos indicadores. Porém, existem dados nacionais disponíveis, no Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos - HIPERDIA. O Hiperdia destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do SUS,

permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados (Brasil, 2013) O sistema envia dados para o Cartão Nacional de Saúde, funcionalidade que garante a identificação única do usuário do SUS (DATASUS, 2013). O presente estudo não identificou artigos que tivessem utilizado o Hiperdia como fonte de dados. Considerando as preocupações com a qualidade dos dados dos Sistemas de Informações de Saúde do Ministério da Saúde, apresentadas nos estudos identificados nesta revisão, é preciso averiguar a possibilidade de subnotificação dos registros e cobertura do Hiperdia.

A 'taxa de mortalidade' é um indicador relevante para a avaliação das ocorrências de óbitos, podendo subsidiar estratégias para a redução da mortalidade por causas preveníveis ou evitáveis. Este indicador poderá ser construído com dados do SIM, que estão acessíveis na Internet e permitem análises no nível de municípios, estados, união, regiões de saúde e territórios pré-definidos. É um indicador importante e indispensável para a gestão em saúde, ainda que, sozinho, não avalie outras dimensões do envelhecimento.

A capacidade funcional está relacionada aos outros 12 indicadores de saúde identificados nesta revisão. São eles: 'proporção de idosos com percepção da saúde ruim ou péssima'; 'proporção de idosos com idade igual ou superior a 60 anos que relatam ter doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)'; 'proporção de idosos com grande dificuldade para mobilidade física'; 'proporção de idosos com duas internações ou mais nos últimos doze meses'; 'proporção de idosos inseridos no mercado de trabalho'; 'proporção de idosos com pessoa de referência no domicílio'; 'proporção de idosos que sofreram quedas nos últimos doze meses'; 'prevalência do tabagismo entre idosos'; 'prevalência de idosos saudáveis'; 'proporção de idosos em uso de quatro ou mais medicações'; e 'proporção de idosos que realizam atividade física'.

Estes indicadores têm potencial para o acompanhamento da pessoa idosa principalmente por avaliarem as condições determinantes para o envelhecimento bem sucedido, com a longevidade sem incapacidades. A análise individual destes indicadores é insuficiente para determinar a qualidade de vida das pessoas idosas, mas o conjunto destes indicadores representa importante diagnóstico das condições de saúde de uma determinada

população, de um determinado local. Assim como os outros estudos que utilizaram os inquéritos como fonte de informações, os dados para construção destes indicadores não estão disponíveis em bases de dados a nível local. A alternativa possível seria a realização de inquéritos de base populacional dirigidas para unidades geográficas menores (Viacava, 2002).

O indicador sobre a percepção de saúde é fundamental pela possibilidade de mensurar o estado de saúde do idoso. Pessoas idosas que relatam percepção da saúde como pior ou péssima são mais vulneráveis e apresentam maior risco para dependência funcional. A atenção integral é uma diretriz importante na PNSPI e fundamental no acompanhamento do idoso frágil ou em processo de fragilidade. A proporção de idosos com idade igual ou superior a 60 anos que relatam ter doenças crônicas não transmissíveis também é um indicador que possibilita a identificação do idoso frágil ou em processo de fragilidade, e principalmente contribui para melhor acompanhamento dos idosos com ações de prevenção e tratamento necessários para a DCNT. Tendo em vista que, se não há cura para estas doenças, as pessoas idosas deverão conviver com as DCNT buscando a manutenção da autonomia e independência.

O indicador proporção de idosos com grande dificuldade para mobilidade física, além de identificar idoso com risco para dependência funcional, contribui para o planejamento e desenvolvimento de ações de reabilitação da capacidade funcional e das ações de atenção domiciliar às pessoas idosas. O indicador proporção de idosos com duas internações ou mais nos últimos doze meses também identifica o idoso frágil ou em processo de fragilidade, e propicia o planejamento de ações de prevenção às hospitalizações repetidas e é relevante para a previsão de recursos financeiros, humanos e físicos.

A utilização do indicador 'proporção de idosos inseridos no mercado de trabalho' permite avaliar em uma determinada população e local, a autonomia e independência de pessoas idosas que se mantêm em atividade laborativa e suas implicações para a saúde. Este indicador contribui para as ações da saúde do trabalhador, considerando as particularidades das pessoas idosas e o ambiente de trabalho seguro, propiciando a redução do risco de lesões ou doenças no trabalho.

O indicador 'Proporção de idosos com pessoa de referência no domicílio' identifica idosos com apoio social ou não, considerando-se a possibilidade da necessidade de um cuidador para a pessoa idosa. A PNSPI ressalta o envelhecimento ativo a partir de uma concepção de inclusão social, garantindo a participação social daqueles que não tenham capacidade funcional plena. Outro aspecto abordado no Pacto pela Saúde destaca as ações intersetoriais, que são essenciais à assistência às pessoas idosas devido à complexidade e heterogeneidade deste público.

A 'proporção de idosos que sofreram quedas nos últimos doze meses', é um indicador importante por identificar idosos frágeis ou em processo de fragilidade. Muitas vezes as quedas são responsáveis por óbitos, hospitalizações, dependência funcional e necessidade de cuidados prolongados. O monitoramento deste indicador contribui para o planejamento de ações de prevenção de quedas. O indicador 'Prevalência do tabagismo entre idosos' avalia o uso do tabaco nesta faixa etária, que pode gerar muitos problemas de saúde. As principais causas de morte por tabagismo são as doenças cardiovasculares, a doença pulmonar obstrutiva crônica e o câncer de pulmão (Goulart et al, 2010). Seu monitoramento também contribui para o planejamento de ações para diminuição da prevalência do tabagismo. O indicador prevalência de idosos saudáveis propicia avaliar idosos com independência e autonomia para realizar atividade de vida diária. É um indicador que monitora a saúde do idoso na perspectiva do envelhecimento ativo, conforme preconizado na PNSPI.

O uso de múltiplos medicamentos é uma condição frequente entre idosos. Circunstância que, embora necessária muitas vezes, predispõe ao risco de efeitos adversos e interação medicamentosa (Marin et al, 2008). Neste sentido, o indicador 'proporção de idosos em uso de quatro ou mais medicações' contribui para o planejamento de ações de educação permanente, visto a importância da capacitação dos profissionais de saúde para a prescrição adequada de medicamentos em idosos. Inclusive para capacitar para instruções de alta, pois é um momento de transição do cuidado extremamente séria, e o paciente que usa muitos medicamentos, ou medicamentos de alto risco, têm que estar orientados sobre efeitos adversos.

O último indicador selecionado, 'Proporção de idosos que realizam atividade física', avalia a prática de exercícios físicos, primordial para a promoção de saúde com um estilo de vida ativo e saudável que favorece a manutenção da capacidade e preservação da autonomia. Seu monitoramento também contribui para o planejamento de ações de promoção do envelhecimento ativo.

5.1 Limitações da Revisão Integrativa

Possíveis limitações desta revisão integrativa foram: a estratégia de busca bibliográfica utilizada, bastante específica; a restrição aos idiomas português e inglês; e o uso da interface da BIREME para acesso aos artigos da base MEDLINE. Estas circunstâncias podem ter restringido a identificação de estudos de outros países ou mesmo nacionais. Entretanto, julga-se que esta revisão foi capaz de atingir seu objetivo e identificar um quantitativo significativo de indicadores, capazes de monitorar a saúde das pessoas idosas na perspectiva da PNSPI e do Pacto pela Saúde.

CONCLUSÃO

O presente estudo identificou através da revisão integrativa 22 indicadores de saúde para monitoramento da saúde da pessoa idosa. É preciso ressaltar que no transcorrer deste trabalho ficou evidente a necessidade de vários indicadores de saúde para contemplar as variadas dimensões sobre o estado de saúde deste segmento etário. Isoladamente, os indicadores não atingem o objetivo de avaliar e monitorar a saúde da população idosa a partir das diretrizes da PNSPI.

Cabe afirmar que os Sistemas Nacionais de Informações em Saúde, dispõem de muitos dados relativos à saúde das pessoas idosas, são de fácil acesso, por meio da internet, o que não demanda grandes investimentos para obtenção destas informações. Porém, dos 22 indicadores identificados nesta revisão, apenas 5 indicadores de saúde podem ser monitorados a partir dos dados disponíveis nestes Sistemas de Informações, o que coloca um obstáculo para a construção dos outros 17 indicadores e para que os diversos serviços de saúde tenham acesso mais rápido a eles.

Este estudo evidenciou que os Sistemas Nacionais de Informações em Saúde não são suficientes para o acompanhamento da saúde dos idosos na perspectiva do envelhecimento ativo, que é referência na PNSPI. A maioria dos estudos disponíveis para a avaliação da saúde das pessoas idosas, sob o ponto de vista do envelhecimento bem sucedido, considerando a qualidade de vida, utilizou inquéritos. É relevante enfatizar que os inquéritos ainda não são uma estratégia incorporada rotineiramente pelo SUS para a obtenção de informações.

Em relação ao indicador “taxa de mortalidade prematura (< 70 anos) pelo conjunto das principais DCNT” incluído no rol de indicadores do COAP pactuados entre gestores do SUS, é pertinente mencionar sua importância por monitorar os óbitos e possibilitar intervenções de caráter preventivo, porém, por ser o único indicador utilizado, impõe limites para uma avaliação mais abrangente das condições de saúde da população idosa.

O uso dos indicadores nos serviços não pode ser visto como uma atividade burocrática a ser meramente cumprida, não estando relacionada à prática do planejamento e avaliação do trabalho em saúde. É preciso avançar

na valorização da avaliação dos resultados alcançados e, principalmente, usar esta ferramenta para melhorar os serviços e os índices de saúde. Gestores, profissionais de saúde e usuários precisam se apropriar da dinâmica do planejamento e avaliação das políticas, serviços e ações, como forma de democratizar a informação na área da saúde. Para isto, é essencial que exista um conjunto de indicadores que permitam a avaliação e o monitoramento da saúde e qualidade de vida da população idosa.

Em relação aos idosos é fundamental garantir o protagonismo deste público, através do empoderamento sobre as informações em saúde para debater suas condições de envelhecimento e interferir nas decisões. O país está em franco processo de envelhecimento e urge a melhoria dos serviços de saúde e o planejamento para as crescentes demandas das pessoas idosas que estão vivendo mais e precisam ter garantido o direito à longevidade com dignidade e qualidade de vida.

O esforço é grande e contínuo para uma cultura de debate consistente pautado em dados, transformados em informações sobre saúde, relevantes para a coletividade. Os indicadores de saúde são instrumentos essenciais para a tomada de decisão, e a expectativa por um SUS que atenda aos anseios da população, passa pela gestão mais qualificada e com credibilidade em suas decisões.

Este estudo deixa a contribuição para a discussão sobre indicadores para o monitoramento da saúde da pessoa idosa, compreendendo a necessidade de estudos contínuos que respaldem a escolha dos indicadores, sempre considerando o dinamismo do sistema público de saúde e das necessidades de saúde da população idosa.

REFERÊNCIAS

ALVES, L. C; LEITE, I.C; MACHADO, C.J. *Perfis de saúde dos idosos no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 utilizando o método Grade of Membership*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p.535-546, mar, 2008.

AZEVEDO, A.L; BARBOSA, M.G; SANTOS, J.S. *Implantação do monitoramento e avaliação da qualidade das informações do SIAB – resposta a uma necessidade cotidiana na gestão da Atenção Primária à Saúde*. Rev. Bras. Med. Fam. Rio de Janeiro, v. 2, n. 6, p. 93-99, 2006.

BAPTISTA, T.W.F. *A história das políticas públicas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde*. Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, p. 29-60, 2007.

BORTOLON, P.C; ANDRADE, C.L.T. E; ANDRADE, C.A.F. *O perfil das internações do SUS para fratura osteoporótica de fêmur em idosos no Brasil: uma descrição do triênio 2006-2008*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27,

BOTELHO, L.L; CUNHA, C.C.A; MACEDO, M. *O Método da Revisão Integrativa nos estudos organizacionais*. Revista eletrônica Gestão e Sociedade. Belo Horizonte, v 5, n 11, p 121-136, maio-agosto 2011.

BOULT, C et al. *Screening elders for risk of hospital admission*. J Am. Geriatr. Soc. v 41, n. 8, p.811-7, 1993.

BRANCO, M.A.F. *Sistema de Informações em saúde no nível local*. Cad de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p. 267-270, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015-Orientações para o processo de pactuação*. Ministério da Saúde, Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde.

_____. Ministério da Saúde. *A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde/Ministério da Saúde*, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____.Lei 8.842 de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a *Política Nacional do Idoso*, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.

_____.Lei n.º 10.741, de 1.º de outubro de 2003. *Estatuto do Idoso*. Brasília, 2003.

_____.Ministério da Saúde. DATASUS. *Política Nacional de Informação e Informática em Saúde – proposta versão 2.0*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____.Ministério da Saúde. Instrutivo dos Indicadores para Pactuação Unificada, 2011.

_____.Ministério da Saúde. Nota Técnica Área Técnica da Saúde do Idoso, referência 25000.34547/2010-10.

_____.Ministério da Saúde. Portaria 2528/GM de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a.

_____.Ministério da Saúde. Portaria 399 G/M de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

_____.Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a *Política Nacional de Saúde do Idoso* e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, nº 237-E, pp. 20-24,., seção 1, 13 dez 1999.

CAMARANO, A. A. (Org) *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA, 2010.

CAMARGO JR, K R; COELI, C M; MORENO, A B. *Informação e Avaliação em Saúde*. Rio de Janeiro: Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

CARMO, L.V; DRUMOND, L.P; ARANTES, P.M. *Avaliação do nível de fragilidade em idosos participantes de um grupo de Convivência*. Fisioter Pesq, v. 18, n. 1, p. 17-22, 2011.

CASTRO, A.A; SACONATO, H; GUIDUGLI, F; CLARK, O.A.C. Curso de revisão sistemática e metanálise [Online]. São Paulo: LED-DIS/UNIFESP; 2002. Disponível em: URL: <http://www.virtual.epm.br/cursos/metanalise>. Ciências e Saúde Coletiva 2002

CLOSS, V.E; SCHWANKE, C.H.A. *A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010*. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. Rio de Janeiro, v. 15, n.3, p. 443-458, 2012.

Craig, C.L; et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. Med. Sci. Sports. Exerc, v. 35, n. 8, p.1381-95, 2003.

DATASUS. Informações de saúde Disponível em <<http://www2.datasus.gov.br>>. Acesso em 30 de Agosto de 2013.

DEL DUCA. G.F. et al. *Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles*. Rev Saúde Pública, v. 46, n. 1, p. 147-53, 2012.

DRUMOND, E. F. et al. *Utilização de dados secundários do SIM, Sinasc e SIH na produção científica brasileira de 1990 a 2006*. R. bras. Est. Pop., Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p.7-19, jan./jun. 2009.

GIATTI, L; BARRETO, S.M. *Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 759-771, mai-jun, 2003.

GOULART, D. et al . *Tabagismo em idosos*. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. Rio de Janeiro, v.13, n. 2, ago. 2010.

GUERRA, I.C; RAMOS-CERQUEIRA, A.T.A. *Risco de hospitalizações repetidas em idosos usuários de um centro de saúde escola*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 585-592, mar, 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 30 de agosto 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil por sexo e idade: 2000-2060. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 02 de setembro 2013.

Lean MEJ, Han TS, Morrison CE. *Waist circumference as a measure for indicating need for weight management*. BMJ, 311:158-61, 1995.

LEBRÃO, ML. *Epidemiologia do Envelhecimento*. BIS-Boletim do Instituto de Saúde. São Paulo, n. 47, 2009.

LEVCOVITZ, E; LIMA, L. D; MACHADO, C.V. *Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas*. Ciênc. Saúde Coletiva. São Paulo, v.6, n. 2, 2001.

LIMA-COSTA M.F. et al. *Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 745-757, mai-jun, 2003.

LIMA-COSTA, M.F. F; VERAS, R. *Saúde Pública e envelhecimento*. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2003.

LIMA-COSTA, M.F; FIRMO, J.O; UCHÔA, E. *Estudo de Coorte de Idosos de Bambuí: metodologia e perfil de saúde dos participantes*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v 27, Sup 3, S327-S335, 2011.

LIMA-COSTA, M.F; LOYOLA FILHO, A.I; MATOS, D.L. *Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003)*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2467-2478, out, 2007.

LITERATURA LATINO-AMERICANA E DO CARIBE EM CIÊNCIAS DA SAÚDE (LILACS). Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>>. Acesso em: 06 de maio de 2013.

MAIA, B. C. et al. *Consequências das quedas em idosos vivendo na comunidade: revisão sistemática*. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. [online]. 2011, vol.14, n.2, pp. 381-394. Disponível em <<http://revista.uerj.br/scielo>>. Acesso em 12 set. 2013.

MARIN, M. J. S. et al. *Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família*. Cad. Saúde Pública, vol.24, n.7, pp. 1545-1555, 2008.

MEDICAL LITERATURE ANALYSIS AND RETRIEVAL SYSTEM ONLINE (MEDLINE). Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=MEDLINE&lang=p>. Acesso em: 04 de junho de 2013.

MELLO JORGE, M.H.P; LAURENTI, R; GOTLIEB, S.L.D. *Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC 2006*. Ciência e Saúde Coletiva, v. 12, n.3, p. 643-654, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal da saúde/HIPERDIA. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 30 de Agosto de 2013.

MUNERETTI, D.B. et al. *Hipertensão arterial referida e indicadores antropométricos de gordura em idosos*. Rev. Assoc. Med. Bras. v. 57, n.1, p. 25-30, 2011.

OLIVEIRA, Q.C. *Sistema de Informação da Atenção Básica: Análise do processo de produção de dados e informações em equipes de saúde da família de Cuiabá/MT*. [Tese]. Universidade Federal de Mato Grosso. Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2010. 140f. Mestrado em enfermagem.

OMS (1994). Declaração elaborada pelo Grupo de Trabalho da Qualidade de Vida da OMS. Publicada no glossário de Promoção da Saúde da OMS de 1998. MS/HPR/HEP/ 98. Genebra: Organização Mundial da Saúde.

PEIXOTO, S. V; FIRMO, J.O; LIMA-COSTA, M.F. *Condições de saúde e tabagismo entre idosos residentes em duas comunidades brasileiras*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p.1925-1934, set, 2006.

PORTRAIT F, LINDEBOOM, M; DEEG, D. *Health and mortality of the elderly: the grade of membership method, classification and determination*. Health Econ, v.8, p. 441-57, 1999.

PROTTI, S.T. *A saúde do idoso na ótica do PSF*. [Tese]. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Departamento materno-infantil e saúde pública. 2002. 138p.

RAMOS LR. *Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso*, Cad Saúde Pública. São Paulo, v.19, n. 3, p 777-8, 2003.

RAMOS, L. R; VERAS, R; KALACHE, A. *Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira*. Rev. Saúde Pública, vol.21, n. 3, p.211-224, Jun. 1987.

Rebouças M, Pereira MG. *Indicadores de saúde para idosos: comparação entre o Brasil e os Estados Unidos*. Ver. Panam. Salud. Publica, v. 23, n. 4, p. 237-46, 2008b.

REBOUÇAS, M. et al. *Que informações são necessárias para o conhecimento da situação de saúde do idoso?* Ciência e Saúde Coletiva, v. 13, n. 4, p.1305-1312, 2008a.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações/Rede Interagencial de Informação para a Saúde – Ripsa. – 2.ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.*

REKENEIRE, N. et al. *Is a Fall Just a Fall: Correlates of Falling in Healthy Older Persons. The Health, Aging and Body Composition Study*. JAGS, v. 51, p.841-846, 2003.

RELATÓRIO GLOBAL DA OMS SOBRE PREEVENÇÃO DE QUEDAS NA VELHICE. Secretaria de Estado de São Paulo. São Paulo, 2010.

RODRIGUES, N.C. *Política Nacional do Idoso-Retrospectiva Histórica*. Estudo Interdisciplinar do Envelhecimento. Porto Alegre: v.3, p.149-158, 2001.

ROMERO, D. E; LEITE, I. C; SZWARCOWALD, C.L. *Expectativa de vida saudável no Brasil: uma aplicação do método de Sullivan*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, Sup:S7-S18, 2005.

Saúde, Secretaria Executiva.- Brasília: Ministério da Saúde. Brasília, 2001.

SCIENTIFIC ELECTRONIC LIBRARY ONLINE (SCIELO). Disponível em <http://www.scielo.org/php/index.php>. Acesso em 04 de junho de 2013.

SEMINÁRIO ESTADUAL CONTRATO ORGANIZATIVO DAS AÇÕES PÚBLICAS DE SAÚDE. COSEMS/RJ, 2ª edição, 2012

SULLIVAN, D.F. *A single index of mortality and morbidity*. HSMHA Health Rep, v. 86, n. 4, p. 347-54, 1971.

VIACAVA, F. *Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais*. Ciência e Saúde Coletiva, v. 7, n. 4, p. 607-621, 2002.

VIANA, A. L. D; FAUSTO, M. C; LIMA, L. D. *Política de saúde e equidade*. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, v. 17, n.1, p. 58-68, 2003.

VIANA, ALD; LIMA, LD; FERREIRA, MP. *Condicionantes estruturais da regionalização da saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional*. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, 2010.

WORD HEALTH ORGANIZATION. *Envelhecimento Ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

APÊNDICE B - Instrumento padrão para pré-seleção dos artigos

Item	Autores/ano	Tema principal	Indicador de saúde do idoso relacionado às diretrizes da Política Nacional (S/N)	Qualidade de vida relacionada à política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (S/N)	Indicadores de saúde relacionados às prioridades do Pacto para Saúde (S/N)	Pré-Selecionado (S/N)
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						