

MARGARETH SANTOS DE AMORIM

**AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS
DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA
IDOSA**

**NATAL/RN
2025**

MARGARETH SANTOS DE AMORIM

AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Thaiza Teixeira Xavier Nobre

Coorientadora: Profa. Dra. Clarissa Terenzi Seixas

Natal/RN
2025

Dados Internacionais da Catalogação na Publicação (CIP)

A524a Amorim, Margareth Santos de

Avaliação das políticas públicas de atenção à saúde da pessoa idosa/
Margareth Santos de Amorim. – Natal, RN, 2025.
142 f.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,
Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do
Norte, Natal, RN, 2025.

Orientadora: Dra. Thaiza Teixeira Xavier Nobre.

1. Políticas Públicas. 2. Saúde do Idoso. 3.
Integralidade. 4. Acessibilidade. 5. Instrumentos de avaliação. 6. Saúde
coletiva. 7. Indicadores de Saúde. I. Nobre, Thaiza Teixeira Xavier. II.
Título.

CDU: 614

MARGARETH SANTOS DE AMORIM

Dedico este trabalho, em primeiro lugar, a Deus, fonte de toda inspiração e força. À minha amada mãe, Teresinha, ao meu inesquecível pai, Benício Correia de Amorim (*in memoriam*), e à minha querida avó, Irene Santos (*in memoriam*), pelo amor, carinho e por ter sido uma presença tão importante em minha vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que por sua infinita misericórdia me abençoa abundantemente, mesmo sem eu merecer. Agradeço a Ele pela generosidade que me capacitou a chegar até aqui. "Que darei eu ao Senhor por todos os benefícios que me tem feito?"

Aos meus pais, Benício Correia de Amorim (*in memoriam*) e Teresinha Santos, por todo o amor que me moldou e me tornou quem eu sou. Sei ei que meu pai, que estaria completando 102 anos, estaria imensamente feliz e orgulhoso. Agradeço pelo exemplo de dignidade, simplicidade e honestidade. Pela força com que lutaram para que eu pudesse ir cada dia mais além, por muito cedo ter-nos ensinado que nada conseguiríamos sem esforço. Pelas orações diárias de minha mãe, pelas palavras de força e incentivo, especialmente nos momentos mais desafiadores.

À minha avó, Irene Santos (*in memoriam*), por seu amor e por ter sido uma presença constante e significativa em minha vida.

Aos meus irmãos, Marcelo, Marla Dayana, Robenilson, Thiago, Débora e Robsonei, pelo apoio constante, compreensão, paciência e solidariedade. Por acreditarem em mim, por partilharem comigo as dificuldades e alegrias desta conquista e, principalmente, pelos sonhos vividos juntos.

Às minhas orientadoras, Profa. Dra. Thaiza, Profa. Dra. Clarissa Seixas por conduzirem este trabalho com maestria, sabedoria e leveza.

Às minhas tias, em especial Zilda, que sempre esteve presente me dando força, e pelo apoio e incentivo constantes.

Aos meus sobrinhos, em especial ao Matheus, que me ajudou a cuidar do Marcelo, que é especial, me proporcionando mais tempo para estudar.

Às minhas cunhadas, em especial a Kátia, pelo carinho e apoio.

Às minhas amigas e amigos (que não citarei nomes para não ser injusta), minhas parceiras e incentivadoras, que me apoiaram para não desistir do doutorado.

Às amigas que a docência me presenteou no CEULP/ULBRA, que foram minhas incentivadoras e criaram a campanha "Já terminou o doutorado?" para me manter focada e motivada.

Às políticas afirmativas, que viabilizaram meu ingresso no programa de doutorado em uma universidade federal, contribuindo para a democratização do ensino superior.

À Universidade da Maturidade UMA/UFT e à SES/TO, pelo apoio e oportunidades proporcionadas.

Aos membros da banca examinadora, Profa. Dra Ana Elza, Prof. Dr Gilson Torres, Profa. Dra Luciana Reis, Profa. Dra Rachel Bernardes, por dedicarem seu tempo e conhecimento para a avaliação deste trabalho.

O velho que ontem foi meu pai, hoje é minha
mãe. Será eu no futuro, que precisa de políticas
públicas para ser um velho feliz.
Margareth Amorim

RESUMO

Introdução: A transição demográfica global aumenta a população idosa, desafiando os sistemas de saúde. A OMS prevê um aumento significativo até 2050. No Brasil, a população idosa também cresce, pressionando os sistemas de saúde e previdência social. A acessibilidade e a integralidade nos cuidados são essenciais, mas enfrentam barreiras. A avaliação das políticas públicas de saúde para idosos é crucial, utilizando indicadores de qualidade. A pandemia de COVID-19 exacerbou a vulnerabilidade dessa população. **Objetivo:** Elaborar um diagnóstico das estratégias para avaliação das políticas públicas de atenção à saúde do idoso, para a melhoria da qualidade do cuidado à saúde; identificar na literatura os modelos e instrumentos disponíveis para análise das estratégias de políticas públicas voltadas para a qualidade do cuidado à saúde do idoso; Descrever detalhadamente as estratégias e políticas públicas de saúde voltadas para a população idosa; e, propor indicadores que possam favorecer a avaliação e monitoramento eficaz da implementação da Política Pública de Saúde da Pessoa Idosa. **Métodos:** Trata-se de um estudo de desenvolvimento metodológico em saúde, constituído em duas fases: I - Revisão de Escopo (Scoping Review); II - Desenvolvimento da Matriz de indicadores de avaliação em saúde do idoso. A revisão de escopo foi desenvolvida de acordo com o manual do Joanna Briggs Institute e orientado pelo Preferred Reporting Items for Systematic Reviews e Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews. As buscas de artigos foram conduzidas nas seguintes bases de dados: Embase, Medline/PubMed, Scopus, Web of Science, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences e Science Direct. Além disso, as buscas foram realizadas no Google Scholar e na literatura cinzenta (www.opengrey.eu). A estratégia de busca foi conduzida em janeiro de 2024, sem restrição de idioma para identificação de textos. Uma análise descritiva dos estudos mapeados foi conduzida, categorizando-os por categorias de análise. A fase II consistiu no desenvolvimento do instrumento de indicadores de avaliação, foi conduzido em três etapas distintas: a definição do constructo de interesse; a identificação de seus domínios; Geração e Seleção dos Indicadores, com base nos domínios definidos, foi realizada uma busca sistemática de indicadores existentes em fontes como OMS, OPAS, MS, SISAP-Idoso, RIPSAs; entre outros; e, por fim, Definição Operacional dos Indicadores e o instrumento propriamente dito. **Resultado:** Foram incluídos artigos que identificaram instrumentos que avaliam as condições de saúde dos idosos, indicadores demográficos, socioeconômicos, epidemiológicos, procedimentos e atendimentos. Todos possuíam uma abordagem quantitativa. Os indicadores estavam relacionados a avaliação e o monitoramento eficaz da implementação da Política Pública de Saúde da Pessoa Idosa.

Ademais, a tese destaca a ausência de uma avaliação qualitativa robusta das políticas e programas existentes, limitando a compreensão das necessidades e desafios enfrentados pela população idosa. A ausência de uma avaliação qualitativa abrangente pode levar a uma compreensão superficial das necessidades e desafios enfrentados pela população idosa, resultando em políticas que não atendem plenamente às suas demandas. Em resposta a essas lacunas, a tese culmina com a proposição de uma matriz inovadora de indicadores, estruturada em 6 categorias, 8 subcategorias e 24 indicadores, com o objetivo de avaliar a qualidade da política de saúde do idoso e a integração das políticas voltadas para essa população. Essa matriz fornece uma estrutura abrangente e sistemática para a avaliação da qualidade, permitindo uma análise mais aprofundada e direcionada dos aspectos relevantes para a política pública em questão, possibilitando uma avaliação rápida e tecnicamente embasada da situação geral de cada área temática. **Conclusão:** Em suma, a tese contribui para o campo da saúde do idoso ao sintetizar o conhecimento existente sobre instrumentos e indicadores de avaliação de políticas públicas, além de propor um conjunto de indicadores para o monitoramento das políticas de saúde direcionadas à população brasileira, estruturados em áreas temáticas relevantes. Esse esforço visa aprimorar a qualidade do cuidado e a integralidade da atenção à saúde do idoso no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Políticas Públicas. Saúde do Idoso. Integralidade. Instrumentos e indicadores de avaliação. Saúde coletiva.

ABSTRACT

Introduction: The global demographic transition is increasing the elderly population, challenging health systems. The World Health Organization (WHO) predicts a significant rise by 2050. In Brazil, the elderly population is also growing, putting pressure on health and social security systems. Accessibility and comprehensiveness in healthcare are essential, yet they face several barriers. Evaluating public health policies for the elderly is crucial, using quality indicators. The COVID-19 pandemic has exacerbated the vulnerability of this population.

Objective: This study aims to develop a diagnosis of strategies for assessing public health policies for the elderly, with a focus on improving the quality of healthcare. It seeks to identify existing models and instruments for analyzing public policies related to elderly healthcare quality in the literature and propose indicators to facilitate the evaluation and effective monitoring of the implementation of the Elderly Health Public Policy.

Methods: This is a methodological development study in health, consisting of two phases: I - Scoping Review; II - Development of the Elderly Health Evaluation Indicator Matrix. The scoping review was conducted following the Joanna Briggs Institute manual and guided by the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews. Searches for articles were carried out in the following databases: Embase, Medline/PubMed, Scopus, Web of Science, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, and Science Direct. Additionally, searches were conducted on Google Scholar and gray literature (www.opengrey.eu). The search strategy was executed in January 2024, with no language restrictions. A descriptive analysis of the mapped studies was conducted, categorizing them by analysis categories. Phase II involved the development of the evaluation indicator instrument, which was carried out in three distinct steps: defining the construct of interest, identifying its domains, generating and selecting indicators based on the defined domains through a systematic search of existing indicators from sources such as WHO, PAHO, MS, SISAP-Elderly, RIPSAs, among others, and, finally, defining the operational aspects of the indicators and the instrument itself.

Results: A total of articles were included, which identified instruments that assess the health conditions of the elderly, as well as demographic, socioeconomic, and epidemiological indicators, procedures, and healthcare services. All studies utilized a quantitative approach. The indicators were related to the evaluation and effective monitoring of the implementation of the Elderly Health Public Policy. Moreover, the thesis highlights the lack of robust qualitative evaluation of existing

policies and programs, limiting the understanding of the needs and challenges faced by the elderly population. The absence of comprehensive qualitative evaluation may lead to a superficial understanding of the needs and challenges faced by the elderly, resulting in policies that do not fully address their demands. In response to these gaps, the thesis proposes an innovative indicator matrix, structured into 6 categories, 8 subcategories, and 24 indicators, aimed at evaluating the quality of elderly health policy and the integration of policies focused on this population. This matrix provides a comprehensive and systematic framework for evaluating quality, allowing for a more in-depth and targeted analysis of relevant aspects for the public policy in question, enabling a swift and technically grounded assessment of the general situation in each thematic area. Conclusion: In summary, the thesis contributes to the field of elderly health by synthesizing existing knowledge on instruments and indicators for evaluating public policies, as well as proposing a set of indicators for monitoring health policies directed at the Brazilian population, structured within relevant thematic areas. This effort aims to improve the quality of care and comprehensiveness of elderly healthcare in the Unified Health System (SUS).

Keywords: Public Policies, Elderly Health, Comprehensiveness, Evaluation Instruments and Indicators, Public Health.

LISTA DE FIGURAS

Quadro 1 – Categorias, subcategorias e indicadores	104
Quadro 2 – Indicadores para avaliação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, por categoria e subcategoria, Natal -RN 2025	106
Figura 1 – As populações estão envelhecendo	19
Figura 2 - A integração dos sistemas de saúde (Sistema Único de Saúde) e assistência social (Sistema Único de Assistência Social) no cuidado da pessoa idosa.....	37
Figura 3 – Função assistencial no ambulatório de atenção especializada à pessoa idosa	39

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

ANS	Agência Nacional De Saúde Suplementar
AMI	Avaliação Multidimensional do Idoso
BRFSS	Sistema de Vigilância de Fatores de Risco Comportamental
CDC	Centro de Controle e Prevenção de Doenças
ENSE	Pesquisa Nacional de Saúde
FioCruz	Fundação Oswaldo Cruz
HIS	Sistema de Informação de Saúde
HRS	Sistema de Registro de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHI	Canadian Institute for Health Information
INE	Instituto Nacional de Estatística
INSEE	Instituto Nacional de Estatísticas e Estudos Econômicos
INSERM	Instituto Nacional de Saúde e Pesquisa Médica
ISS	Instituto Superior de Saúde
ISTAT	Instituto Nacional de Estatística
MHLW	Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan
NIS	Serviço Nacional de Saúde
NIH	Instituto Nacional de Saúde
NVSS	Sistema Nacional de Estatísticas Vitais
OECD	The Organisation for Economic Co-operation and Development
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PASSI	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PROADESS	Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RE	Revisão de Escopo
RIVM	Instituto Nacional de Saúde Pública e Meio Ambiente
SISAP	Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 REVISÃO DA LITERATURA	18
2.1 O Brasil no cenário global do envelhecimento.....	18
2.2 Políticas públicas de saúde da pessoa idosa no mundo	22
2.3 Acessibilidade e integralidade nas políticas públicas de saúde da pessoa idosa.....	24
2.4 Estratégias de atenção à saúde da pessoa idosa no mundo.....	29
2.5 Sistema de indicadores de saúde e acompanhamento de políticas da pessoa idosa no mundo.....	40
2.6 Avaliação da Qualidade em Política saúde da pessoa idosa.....	47
3 OBJETIVOS.....	50
3.1 Objetivo geral.....	50
3.2 Objetivos específicos.....	50
4 MÉTODO	51
4.1 Delineamento da Pesquisa	51
4.2 Fase 1 - Revisão de Escopo (<i>Scoping Review</i>).....	51
4.3 Fase 2 – Desenvolvimento do instrumento de indicadores de avaliação	53
5 RESULTADOS	57
5.1 Artigo 1 – Instrumentos de avaliação das políticas públicas de saúde para o cuidado à pessoa idosa: um protocolo de revisão de escopo. Publicado na revista BMJ Open) ..1	
5.2 Artigo 2 – Avaliação de políticas públicas de saúde para atenção à pessoa idosa: uma revisão de escopo	0
5.3 Artigo 3 - Evaluation instruments for public health policies on elderly care: a scoping review	0
5.4 Fase II – Desenvolvimento do protótipo do instrumento de indicadores de avaliação qualitativa da PNSPI	103
5.4.1 Definição do constructo	103
5.4.1.1 Processo de identificação dos indicadores existentes e análise dos parâmetros e diretrizes das políticas.....	103
5.4.2 Identificação das categorias, subcategorias e dos itens avaliativos	104
5.4.3 Proposição de Indicadores para Acompanhamento de Política de Saúde da Pessoa Idosa	105
5.4.3.1 Categoria: estímulo ao envelhecimento positivo	118
5.4.3.2 Categoria: atenção integral à saúde da pessoa idosa	119
5.4.3.4 Categoria: engajamento e fiscalização social	123
5.4.3.4.1 SUBCATEGORIA: CONSELHOS DE SAÚDE.....	123
5.4.3.5 Categoria: Desenvolvimento Contínuo dos Profissionais	123
5.4.3.5.1 SUBCATEGORIA: ATUALIZAÇÃO DE CONHECIMENTOS	124
5.4.3.6 Categoria: Avanço do conhecimento científico	124
5.4.3.6.1 SUBCATEGORIA: INCENTIVO À PRODUÇÃO CIENTÍFICA	124
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
REFERÊNCIAS.....	127

1 INTRODUÇÃO

A transição demográfica global está remodelando a estrutura etária da população mundial, marcada por um aumento significativo na expectativa de vida e uma diminuição nas taxas de natalidade. Essas mudanças têm conduzido a um crescimento sem precedentes no número de idosos, fenômeno que desafia os sistemas de saúde pública em escala global. A Organização Mundial da Saúde (OMS) projeta que a população de pessoas com 60 anos ou mais dobrará, passando de 1 bilhão em 2020 para 2 bilhões em 2050, elevando sua proporção de 12% para 22% da população mundial (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2021). Esse envelhecimento populacional, embora seja um indicativo de progresso humano, impõe desafios significativos, especialmente no que tange à acessibilidade e à integralidade dos cuidados de saúde à pessoa idosa (OMS, 2021).

No Brasil, 7,6% da população tem 65 anos ou mais, uma porcentagem que está projetada para aumentar para 11,3% em 2025, seguindo um padrão semelhante ao de alguns países ricos. Estima-se que essa proporção alcance 18,6% em 2030 e 33,7% em 2060. Essa mudança demográfica exige um aumento significativo na oferta de infraestrutura, pois a população idosa tende a utilizar os serviços de saúde com maior frequência (Torres; Campos; Luiza; Caldas, 2020). O aumento da população idosa pressiona os sistemas de saúde e previdência social. A necessidade de cuidados de saúde aumenta com a idade, especialmente devido à prevalência de doenças crônicas e degenerativas. Além disso, essa população tende a perder a autonomia no cuidado de si mesma.

Dessa forma, o crescimento da proporção de idosos em todo o mundo apresenta diversos desafios para a sociedade em geral e, em particular, para o sistema de saúde. Em resposta a isso, diversas estratégias têm sido desenvolvidas para atender melhor a população idosa, inclusive no Brasil. Compreender a evolução dessas políticas é essencial para garantir a integralidade do cuidado, atendendo toda a demanda do sistema de maneira acolhedora e sendo capaz de fornecer respostas adequadas e resolutivas (Torres; Campos; Luiza; Caldas, 2020).

A acessibilidade aos serviços de saúde, entendida como a capacidade de obter cuidados necessários sem restrições financeiras ou geográficas, é reconhecida como um direito fundamental e um indicador da qualidade dos sistemas de saúde (Penchansky; Thomas, 1981). Contudo, a literatura evidencia múltiplas barreiras à acessibilidade para as pessoas idosas, incluindo dificuldades físicas, falta de transporte, custos elevados e desconhecimento sobre os serviços disponíveis (Aday; Andersen, 1974; Satariano, 2014).

Por outro lado, a integralidade, que abrange a oferta de cuidados contínuos e

coordenados que atendem às diversas necessidades de saúde ao longo da vida, é essencial para a promoção da saúde e o manejo eficaz de doenças crônicas, prevalentes na terceira idade (Starfield, 1998; Haggerty *et al.*, 2003). A integralidade ressalta a importância da prevenção e da atenção primária, fundamentais para um envelhecimento saudável e ativo.

A avaliação de políticas e programas abrange diversos aspectos, incluindo a verificação da adequação do desenho do programa aos seus objetivos e finalidades, a conformidade dos serviços e ações prestados com as metas estabelecidas no planejamento, a mensuração dos efeitos (resultados e/ou impactos) e a análise da validade dos benefícios da política em relação aos seus custos. Neste contexto, a avaliação das políticas públicas de saúde direcionadas à pessoa idosa emerge como um elemento crucial para assegurar a implementação efetiva e a manutenção desses princípios de acessibilidade e integralidade. A análise sistemática das estruturas, processos e resultados dessas políticas é vital para informar a tomada de decisões e promover ajustes necessários, visando melhorar a eficácia, eficiência e equidade (Santos; Silva; Angulo-Tuesta; Santos, 2023; Brasil, 2023).

A utilização de indicadores de qualidade é uma estratégia eficaz para avaliar a eficácia das políticas de saúde. Esses indicadores devem abranger várias dimensões, incluindo acesso, utilização, satisfação dos usuários, resultados clínicos e eficiência. A análise desses indicadores fornece uma visão abrangente da efetividade das políticas e ajuda a identificar áreas que necessitam de melhorias. A coleta e análise sistemática desses dados são essenciais para a tomada de decisões informadas e baseadas em evidências (Brasil, 2006).

Na minha prática na gestão de políticas públicas de saúde, observo desafios na efetivação de diretrizes e princípios, como barreiras de acesso, escassez de profissionais qualificados, inadequações na estrutura física, dificuldades na garantia da integralidade da assistência e fragilidades na intersetorialidade. Embora existam sistemas que fornecem uma vasta gama de indicadores quantitativos, ainda verifico a carência de mecanismos robustos para avaliar a qualidade das intervenções e o impacto real na vida da população idosa. A ausência de uma avaliação qualitativa abrangente pode resultar em uma compreensão superficial das necessidades e desafios enfrentados por essa população, comprometendo a formulação de políticas que atendam plenamente às suas demandas (Silva; Cruz; Melo, 2007).

Adicionalmente, a pandemia de COVID-19 exacerbou a vulnerabilidade da população idosa, destacando a necessidade de políticas públicas robustas e adaptativas que possam responder a crises de saúde pública, mantendo a continuidade e qualidade dos cuidados (Lloyd-Sherlock; Ebrahim; Geffen; Mckee, 2020). A pandemia revelou lacunas significativas nos sistemas de saúde e na preparação para emergências, especialmente em países com grandes

populações idosas, e sublinhou a importância de estratégias de avaliação dinâmicas e baseadas em evidências.

Diante desse contexto, emergiu a seguinte questão: Quais instrumentos e indicadores de avaliação das políticas e estratégias de atenção à saúde da pessoa idosa foram utilizados para mensurar a qualidade e a implementação dessas iniciativas? Com o objetivo de responder à questão norteadora, esta tese propôs-se a elaborar um diagnóstico das estratégias para avaliação das políticas públicas de atenção à saúde da pessoa idosa, visando a melhoria da qualidade do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS) e a promoção da integralidade da atenção, por meio de uma Revisão de Escopo (Scoping Review) que identificou os modelos e instrumentos disponíveis na literatura para análise das estratégias de políticas públicas voltadas para a qualidade do cuidado à saúde da pessoa idosa, descreveu detalhadamente as estratégias e políticas públicas de saúde voltadas para a população idosa e propôs indicadores que pudessem favorecer a avaliação e o monitoramento eficaz da implementação da Política Pública de Saúde da Pessoa Idosa.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo, apresentamos uma revisão da literatura que aborda diversos aspectos relacionados ao envelhecimento e às políticas públicas de saúde da pessoa idosa. Primeiramente, discorreremos sobre a posição do Brasil no cenário global do envelhecimento, descrevendo como o país se compara a outras nações em termos de demografia e desafios associados ao envelhecimento populacional. Em seguida, exploramos as políticas públicas de saúde da pessoa idosa implementadas ao redor do mundo; a acessibilidade e a integralidade nas políticas públicas de saúde da pessoa idosa; e as estratégias de atenção à saúde da pessoa idosa adotadas globalmente, identificando abordagens inovadoras e eficazes para promover a saúde e o bem-estar dessa população.

Outro ponto abordado foi o sistema de indicadores de saúde e o acompanhamento das políticas da pessoa idosa no mundo, onde investigamos como diferentes países monitoram e avaliam a eficácia de suas políticas de saúde voltadas para as pessoas idosas.

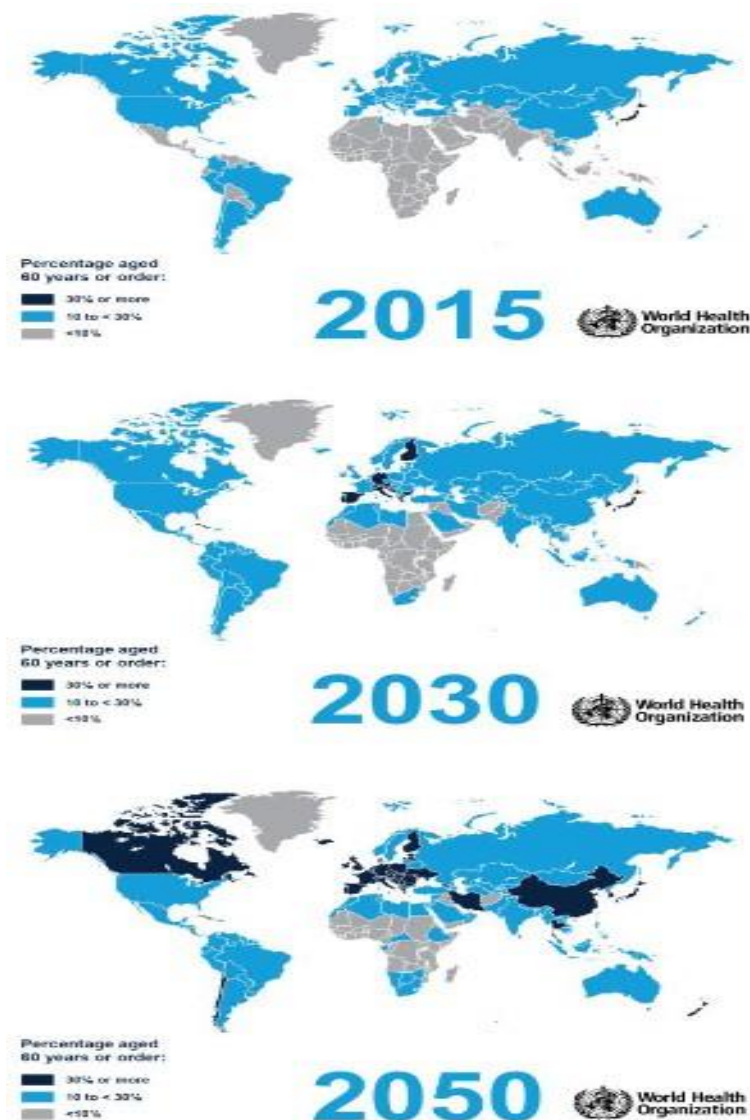
2.1 O Brasil no cenário global do envelhecimento

Atualmente, as pessoas em todo o mundo estão vivendo mais, com a maioria podendo esperar viver até os sessenta anos ou mais. Todos os países estão observando um aumento tanto no número quanto na proporção de pessoas idosas em suas populações. Até 2030, estima-se que uma em cada seis pessoas no mundo terá 60 anos ou mais, com a população nessa faixa etária crescendo de um bilhão em 2020 para 1,4 bilhão. Até 2050, a população mundial de pessoas com 60 anos ou mais deverá dobrar, alcançando 2,1 bilhões. Além disso, o número de pessoas com 80 anos ou mais está previsto para triplicar entre 2020 e 2050, chegando a 426 milhões. Embora o envelhecimento populacional tenha começado em países de renda elevada, como o Japão, onde 30% da população já tem mais de 60 anos, os países de baixa e média renda estão agora experimentando as maiores mudanças. Até 2050, dois terços da população mundial com mais de 60 anos viverá em países de baixa e média renda (OMS, 2023).

As populações mundial e brasileira estão envelhecendo rapidamente. Duarte *et al.* (2023), informam que, de acordo com a Organização das Nações Unidas, a proporção de idosos (pessoas com 60 anos ou mais) na população mundial aumentou em mais de 67% entre 1950 e 2019, passando de cerca de 8% para mais de 13%. Projeções indicam que, em 2050, essa proporção alcançará quase 22% da população mundial (Figura 1). No Brasil, dados do Censo

de 2022 mostram que 15,6% dos brasileiros, ou 32,1 milhões de pessoas, têm 60 anos ou mais (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2023). As projeções do Observatório Nacional da Família indicam que, em 2050, esse grupo etário representará cerca de 28,4% da população brasileira (Duarte *et al.*, 2023).

Figura 1 – As populações estão envelhecendo



Fonte: OMS (2022).

A Figura 1 apresenta projeções da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o envelhecimento populacional global. Esta figura ilustra que o envelhecimento é um fenômeno acelerado e universal, afetando tanto países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. A projeção mostra um aumento significativo na proporção de pessoas com 60 anos ou mais até 2050. Este crescimento é impulsionado por avanços em saúde pública, medicina e melhorias

nas condições de vida, que aumentam a longevidade. No entanto, a figura também sugere desafios substanciais para os sistemas de saúde e seguridade social, que precisarão se adaptar rapidamente para atender a uma população mais idosa e frequentemente acometida por doenças crônicas e limitações funcionais (OMS, 2022).

O envelhecimento da população brasileira tem ocorrido de forma acelerada, refletindo uma das mais rápidas taxas de envelhecimento do mundo. A proporção de brasileiros com 60 anos ou mais vem crescendo a uma taxa média anual de quase 3%, superior à média global de 1,8% estimada para 2019 e à média da América Latina e do Caribe de 2,6% no mesmo ano. Esse aumento acelerado começou por volta de 1995, enquanto globalmente o fenômeno se iniciou cerca de dez anos depois, em 2005 (Duarte *et al.*, 2023). Em 2025, o Brasil deverá ocupar a sexta posição no ranking dos países com maior população idosa (Escorsim, 2021). Projeções indicam que a idade mediana da população brasileira aumentará de 32,8 anos em 2021 para 43,6 anos em 2050, ficando significativamente acima da média global (Duarte *et al.*, 2023).

O crescimento significativo da população brasileira com 60 anos ou mais nas últimas décadas, bem como as projeções para o futuro, são explicados por taxas de crescimento ainda mais elevadas para os grupos etários mais avançados, como aqueles com mais de 80, 85 e 90 anos. Entre 2000 e 2019, a participação da população idosa na população total aumentou pouco mais de 63%, enquanto o grupo de 80 anos ou mais dobrou, o de 85 anos ou mais cresceu 120% e o de 90 anos ou mais aumentou 150%. As projeções para as próximas décadas são ainda mais impressionantes: estima-se que, entre 2019 e 2069, a participação do grupo de 80 anos ou mais na população brasileira crescerá quase 570%, representando mais de 10% dos brasileiros. Segundo dados de 2022, do United Nations Population Prospects, para o mesmo período, projeta-se um crescimento de mais de 1500% na proporção de brasileiros com 90 anos ou mais (Duarte *et al.*, 2023, p. 2).

Essa transformação na estrutura demográfica e na longevidade impacta a sustentabilidade dos sistemas previdenciários, de assistência social e de saúde, além de afetar a oferta de bens e serviços. O aumento da expectativa de vida e o consequente envelhecimento da população resultam em um aumento das aposentadorias e pensões, o que pode pressionar a arrecadação de impostos e, em última instância, as finanças públicas. Com o envelhecimento da população, a taxa ou razão de dependência – a proporção de pessoas dependentes, aquelas abaixo dos 15 anos (razão de dependência de jovens) e às acima de 65 anos (razão de dependência de pessoas idosas), em relação à população economicamente ativa (aquela entre 15 e 64 anos) – tende a aumentar. Conforme dados da The Organisation for Economic Co-

operation and Development (OECD), de 2019, a razão de dependência de pessoas idosas está crescendo globalmente, agravada pela redução das taxas de natalidade. (Duarte *et al.*, 2023, p. 3).

Segundo estimativas da OECD, a razão de dependência de pessoas idosas em 2020 era 10 pontos percentuais maior do que em 1990 (31% e 21%, respectivamente) e está projetada para chegar a quase 61% em 2080. No Brasil, as projeções são ainda mais impressionantes: em 2080, a razão de dependência de pessoas idosas será de quase 64%, superior à média da OECD e a de países como Áustria, França, Suíça e Reino Unido. Esse número é ainda mais extraordinário considerando que a taxa de dependência de pessoas idosas estimada para 2020 era de 15,5% (Duarte *et al.*, 2023).

Por outro lado, o envelhecimento populacional também pode criar oportunidades para novas atividades econômicas. Novos negócios no setor de saúde e serviços, além de oportunidades comerciais em diversos setores como turismo e lazer, podem surgir. Muitas pessoas idosas continuam ativas profissionalmente e contribuem para a economia. Dados do estudo SABE – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – indicam que aproximadamente 33% dos idosos residentes no município de São Paulo ainda trabalham (♂ = 44,6% e ♀ = 23,4%). Do total de idosos, 52,8% consideram que sua renda é suficiente para suas despesas (Lebrão; Duarte; Santos; Silva, 2018).

O envelhecimento populacional traz importantes transformações para o setor de saúde, começando por um aumento na demanda por serviços. As mudanças demográficas associadas ao envelhecimento são acompanhadas por uma transição epidemiológica que reflete alterações nos padrões de morbimortalidade da população, passando de um predomínio de enfermidades infecciosas para um perfil onde as doenças crônicas não transmissíveis ganham maior relevância. Essas doenças tendem a gerar problemas de saúde mais complexos, custosos e que requerem acompanhamentos continuados e tratamentos de longo prazo. Esses fatores, combinados com o aumento absoluto no número de pessoas idosas, resultam em uma maior demanda por serviços de saúde. Por exemplo, pessoas idosas têm maior probabilidade de serem internadas – a taxa de internação para a população de 60 anos ou mais era de 10,6% em 2019, enquanto para o grupo de 4 a 17 anos era de 4,5%; de 18 a 29 anos, 5,7%; e de 30 a 59 anos, 6,5% (Duarte *et al.*, 2023).

Segundo Duarte *et al.* (2023, p. 4), essa maior utilização de serviços de saúde pela população idosa se reflete em um maior gasto em saúde por parte desse grupo populacional. Aproximadamente 27% do aumento da necessidade de financiamento em saúde é decorrente do envelhecimento populacional. No Brasil, a atenção especializada e hospitalar é financiada

principalmente por recursos públicos, enquanto medicamentos e artigos médicos são majoritariamente financiados pelas famílias. Ações de prevenção, promoção e vigilância em saúde também são financiadas principalmente por recursos públicos (89,6%) (Ribeiro *et al.* [20--], p. 315 *apud* Duarte *et al.*, p. 4).

Segundo Duarte *et al.* (2023, p. 4), no SUS, a população idosa é responsável por 35,7% do gasto com internações, embora esse grupo represente aproximadamente 15% da população. De acordo com os autores, no ano de 2019, foram gastos 8,8 bilhões de reais em 1,8 milhão de internações relacionadas a doenças crônicas não transmissíveis nas diferentes faixas etárias. As pessoas idosas também são responsáveis por quase 40% dos gastos com atenção ambulatorial no SUS e por 43,2% dos gastos com atenção ambulatorial no sistema privado (saúde suplementar) (Ribeiro *et al.*, [20--], p. 316 *apud* Duarte *et al.*, 2023, p. 4).

2.2 Políticas públicas de saúde da pessoa idosa no mundo

As políticas públicas de saúde da pessoa idosa são um conjunto de ações e diretrizes governamentais destinadas a promover, proteger e recuperar a saúde das pessoas idosas. Essas políticas visam garantir o direito à saúde desse grupo etário, proporcionando-lhes acesso a serviços de saúde adequados, qualidade de vida e envelhecimento ativo. As políticas públicas de saúde da pessoa idosa abrangem diferentes níveis de atenção à saúde, desde a prevenção e promoção da saúde até o tratamento e reabilitação de doenças, com foco na integralidade e na continuidade do cuidado (Brasil, 2006).

A OMS enfatiza a importância de políticas públicas que promovam um envelhecimento saudável, assegurando que as pessoas idosas possam viver de forma ativa, independente e com qualidade de vida (World Health Organization [WHO], 2017). Essas políticas devem ser baseadas em princípios de equidade, universalidade e integralidade, garantindo que todas as pessoas idosas tenham acesso igualitário aos serviços de saúde, independentemente de sua condição socioeconômica.

As políticas públicas de saúde da pessoa idosa no mundo evoluíram significativamente ao longo do tempo. No início do século XX, a maioria dos países não possuía políticas específicas para a saúde das pessoas idosas. O cuidado com as pessoas idosas era geralmente responsabilidade das famílias e das comunidades. No entanto, com o aumento da expectativa de vida e a urbanização crescente, surgiu a necessidade de desenvolver políticas públicas para atender às demandas desse grupo populacional. Nos Estados Unidos, o Medicare, criado em

1965, foi um marco importante ao proporcionar seguro de saúde para idosos acima de 65 anos (Social Security Administration, 2020).

Na Europa, países como o Reino Unido, com o Serviço Nacional de Saúde (NHS), criado em 1948, e a Alemanha, com seu sistema de seguridade social, estabeleceram programas específicos para a saúde das pessoas idosas. A OMS tem desempenhado um papel crucial na promoção da saúde das pessoas idosas globalmente. A organização lançou várias iniciativas e diretrizes, como a Estratégia e Plano de Ação Mundial sobre Envelhecimento e Saúde. Os primeiros progressos foram apresentados no *Relatório de progresso sobre a Década do Envelhecimento Saudável das Nações Unidas, 2021-2023*, e em dezembro de 2020, na Assembleia Geral das Nações Unidas, sanciona o *Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030* (Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2020, 2023).

No cenário global, as políticas públicas de saúde da pessoa idosa são implementadas de diversas maneiras, dependendo do contexto socioeconômico e do sistema de saúde de cada país. Em muitos países desenvolvidos, há um forte foco na atenção primária à saúde, com programas específicos para a prevenção de doenças crônicas, promoção de estilos de vida saudáveis e cuidados domiciliares. Na Europa, o modelo de cuidados integrais é amplamente adotado. O Serviço Nacional de Saúde (NHS) do Reino Unido, por exemplo, oferece serviços abrangentes que incluem cuidados preventivos, tratamento de doenças agudas e crônicas, e reabilitação. Programas de cuidados domiciliares e centros de dia para idosos também são comuns, proporcionando suporte adicional para aqueles que necessitam de cuidados mais intensivos (Bambra; Garthwaite, Hunter, 2014).

Nos Estados Unidos, o sistema Medicare cobre uma ampla gama de serviços de saúde para pessoas idosas, incluindo hospitalização, cuidados ambulatoriais e medicamentos prescritos. Além disso, programas de cuidados de longo prazo, como os serviços de enfermagem e cuidados domiciliares, são essenciais para a assistência aos idosos que possuem limitações funcionais (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2021a, 2021b).

No Brasil, as políticas públicas de saúde da pessoa idosa começaram a ganhar destaque com a Constituição Federal de 1988, que estabeleceu a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi um passo significativo, proporcionando acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. O Estatuto do Idoso, promulgado em 2003, é uma das legislações mais importantes no contexto das políticas públicas de saúde para idosos no Brasil. Ele assegura direitos específicos às pessoas idosas, incluindo a prioridade no atendimento de saúde e a proteção contra negligência (Brasil, 2014). Esse arcabouço jurídico-normativo ampara, protege e garante aos idosos acesso a serviços e

benefícios oriundos dessas políticas públicas (Escorsim, 2021).

Em 2006, o MS anunciou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), instituída pela Portaria n.º 2.528, de 19 de outubro de 2006, que estabelece diretrizes para a promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas idosas. A PNSPI integra ações em diferentes níveis de atenção à saúde e promove a formação de profissionais capacitados em geriatria e gerontologia (Brasil, 2006).

As políticas públicas de saúde da pessoa idosa são implementadas através do Sistema Único de Saúde (SUS). A atenção primária, através das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e do Programa Saúde da Família (PSF), desempenha um papel fundamental, oferecendo serviços de prevenção, promoção e tratamento de condições crônicas que afetam as pessoas idosas. A atenção secundária e terciária é proporcionada por hospitais e centros de especialidades, onde os idosos podem receber cuidados mais complexos, como cirurgias e terapias especializadas. Programas específicos, como o Programa Melhor em Casa, fornecem cuidados de saúde domiciliares para pacientes com dificuldades de locomoção ou que necessitam de cuidados contínuos (Brasil, 2013).

A integração de serviços é um dos pilares das políticas públicas de saúde da pessoa idosa no Brasil. O SUS promove a articulação entre diferentes níveis de atenção à saúde, assegurando que as pessoas idosas recebam cuidados contínuos e integrados. Além disso, iniciativas como a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, que registra informações importantes sobre a saúde da pessoa idosa, são ferramentas fundamentais para a gestão do cuidado (Brasil, 2017). Apesar das iniciativas propostas para a saúde das pessoas idosas, a política pública brasileira apresenta ações pontuais e fragmentadas, que pouco abrangem as necessidades dos idosos e suas famílias, desafios significativos persistem na efetiva implementação das políticas públicas de saúde da pessoa idosa no Brasil. A distribuição desigual de recursos, a insuficiência de profissionais capacitados em geriatria e gerontologia, e a fragmentação dos serviços de saúde são alguns dos principais obstáculos que precisam ser superados para garantir um atendimento de qualidade às pessoas idosas (Trintinaglia; Bonamigo; Azambuja, 2022).

2.3 Acessibilidade e integralidade nas políticas públicas de saúde da pessoa idosa

Giovanella e Fleury (1995) adotam uma abordagem teórica para classificar o acesso e analisar as condições de acessibilidade, que abrange quatro dimensões explicativas: política, econômica, técnica e simbólica. Essas dimensões são combinadas para formar quatro modelos

teóricos distintos. A dimensão econômica, ou modelo economicista, refere-se à relação entre oferta e demanda. A dimensão técnica, ou modelo sanitarista-planificador, está relacionada à organização e planejamento da rede de serviços. A dimensão política, ou modelo sanitarista-politicista, foca no desenvolvimento da consciência sanitária e na organização popular. Por fim, a dimensão simbólica, ou modelo das representações sociais, aborda as percepções sobre a atenção e o sistema de saúde. Além disso, eles identificam dimensões específicas do acesso, como disponibilidade, acessibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade (Assis, 2012).

A dimensão de disponibilidade é definida como existência ou não do serviço de saúde no local apropriado e no momento certo. Essa dimensão se junta com a relação geográfica entre as instituições de saúde e o indivíduo que delas necessitam (Sanchez; Ciconelli, 2012).

Viegas, Carmo e Luz (2015) descrevem, no seu estudo, o conceito de acesso e acessibilidade fundamentado em alguns autores como Andersen (2008), Donabedian (1973, 2003) e Thiede e McIntyre (2008). Acessibilidade é a facilidade que as pessoas possuem para conseguir a assistência à saúde. Ela depende dos seguintes fatores: sócio organizacional e sociogeográfico. Acesso é definido como liberdade para o uso dos serviços, tomando como base a consciência da possibilidade de uso e no seu empoderamento para escolha.

O conceito de acesso é difícil e, muitas vezes, é empregado de forma confusa em relação ao uso do conceito, enquanto uso/ cobertura/barreiras/ ingresso. Os significados são variáveis entre os autores. Na literatura são encontrados autores que empregam o termo acesso e acessibilidade e seu sinônimo como outros que fazem distinção de significados. (Albuquerque *et al.*, 2014).

Travassos e Castro (2012) conceituam acessibilidade como o grau de facilidade e dificuldade das pessoas para obterem cuidados em saúde. Os autores consideraram o termo acesso como sinônimo de acessibilidade, conceituando o acesso como:

O fator que intermedia a relação entre a procura e a entrada no serviço. Refere-se às características da oferta de serviços de saúde que facilitam ou obstruem a sua utilização por potenciais usuários e exprimem a capacidade de oferta, de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde da população. (Travassos; Castro, 2012, p. 56).

O acesso é entendido, em um sentido abrangente, como complexo. Muitas vezes, não existe concordância entre os autores a respeito do emprego do termo acesso. Estes mudam ao longo do tempo ou com o contexto. Uns conceituam acesso como “*disponibilidade ou presença física de serviços*”, outros como “*utilização de serviços de saúde adequada à necessidade da*

“pessoa”, “uso do serviço de saúde em tempo adequado”, “ato de ingressar, entrada ou ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde.” (Travassos; Martins, 2004, p. 39).

Para compreender o acesso como uma categoria-chave na análise das interrelações entre usuários e serviços de saúde, Sousa, Medeiros, Gurgel Júnior e Albuquerque (2014), definem o conceito de acesso proposto por Giovanella e Fleury em 1996, que o conceituam como um grupo de dimensões específicas que retratam a adequação entre os usuários e a assistência em saúde. As autoras definem que as dimensões do acesso são: disponibilidade, acessibilidade, acomodação e capacidade financeira.

Nesta mesma vertente, Silva (2011), descreve que o conceito de acesso pode ser confundido ao mesmo tempo com a utilização de serviços de saúde quando analisa só a obtenção do cuidado do indivíduo que dele necessita. Na existência de dificuldades para essa utilização, o conceito relacionado ao obstáculo passa a ter grande valor.

Assim, ao longo do tempo, o conceito de acesso à saúde passou a incorporar novas dimensões que refletem o modelo comportamental descrito anteriormente por Andersen (1995 *apud* Travassos; Castro, 2012).

Atualmente, são resumidas em quatro dimensões denominadas dimensões do acesso: acesso potencial (fatores capacitantes, individuais e comunitários, ‘oferta local’); acesso realizado (utilização de serviços de saúde propriamente dita); acesso efetivo (utilização do serviço de saúde e satisfação da pessoa com o serviço) e o acesso eficiente (mudanças nas condições de saúde e na satisfação). Essas dimensões podem ser avaliadas por indicadores de processos e resultados, que auxiliam na determinação da existência de equidade ou desigualdade no acesso à saúde. (Travassos; Castro, 2012, p. 190).

No que concerne ao conceito de acessibilidade, Travassos e Martins (2004) referencia-se em categorias donabedianas:

Um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Acessibilidade, neste caso, é mais abrangente do que a mera disponibilidade de recursos em um determinado momento e lugar. Refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários. A acessibilidade corresponde a características dos serviços que assumem significado quando analisadas à luz do impacto que exercem na capacidade da população de usá-los. (Travassos; Martins, 2004, p. 191).

Para Sousa, Medeiros, Gurgel Júnior, Albuquerque (2014), Hartz e Vieira-da-Silva,

(2005), a acessibilidade pode ser definida como os recursos disponíveis para os usuários e os obstáculos, sendo esses recursos de caráter econômico, social ou cultural, e os obstáculos de natureza geográfica, organizacional e econômica, que podem existir ao serem colocados pelos serviços de saúde.

Donabedian (1973) desenvolveu uma discussão sistemática sobre a questão e distingue as dimensões de acessibilidade em sócio-organizacional e sociogeográfica, ressaltando que essas dimensões se inter-relacionam. Afirma que a acessibilidade sócio-organizacional inclui todas as características da oferta de serviços menos a geográfica. E, acessibilidade geográfica é tida como espaço que pode ser medido pela distância linear, distância e tempo de locomoção, custos da viagem.

Donabedian (1973) destaca também que, apesar dos atributos sociais, culturais, econômicos e psicológicos não fazerem parte do conceito de acessibilidade, estão relacionados com o uso de serviços e são mediados pela acessibilidade expressa na relação entre o indivíduo e o uso de serviço. Define o termo “acessibilidade” como mais abrangente e com mais significados. Os aspectos sócio organizacionais que são as condições social, cultural, educacional ou econômica do indivíduo influenciam no acesso à saúde, bem como os aspectos geográficos que se referem ao tempo e espaço como distância física entre o usuário e os serviços. (Sanchez; Ciconelli, 2012).

Segundo Teixeira, Sousa e Paim (2014), a integralidade está relacionada ao leque de ações para a promoção da saúde, a prevenção de riscos e agravos, e a assistência aos doentes, por meio de um conjunto de práticas que são desenvolvidas para o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde. Os autores definem integralidade como

Um atributo do modelo de atenção, entendendo-se que um ‘modelo de atenção integral à saúde’ contempla o conjunto de ações promoção da saúde, a prevenção de riscos e agravos, e a assistência e recuperação. Um modelo ‘integral’, portanto, é aquele que dispõe de estabelecimentos, isto é, unidades de prestação de serviços, pessoal capacitado e recursos necessários à produção de ações de saúde [...]. (Teixeira; Santos; Souza; Paim, 2014, p. 102).

Souza e Bahia (2014) destacam que os sistemas integrados são mais efetivos, implicando na universalidade do acesso, na integralidade da atenção e na igualdade no uso dos serviços. Os autores ressaltam que para o SUS ser universal, os serviços devem ser organizados integralmente, ou seja, “sistema integrado” entre atenção primária, média e alta complexidade, com objetivo de oferta de atenção de qualidade, eliminando as barreiras culturais, sociais, econômicas, entre outras, que se inserem entre a população e sua rede de

serviços.

Silva (2011) conclui que a integração da saúde, ou seja, atenção primária, média e alta complexidade, constituída em redes regionalizadas e integradas de atenção, é condição indispensável para a qualificação e a continuidade do cuidado à saúde e tem grande importância na superação de lacunas assistenciais e racionalização e otimização dos recursos assistenciais disponíveis. O autor destaca que o Ministério da Saúde ressalta a importância da organização de redes regionalizadas de atenção à saúde no SUS, definindo-as como:

estruturas integradas de provisão de ações e serviços de saúde, institucionalizadas pela política pública em um determinado espaço regional a partir do trabalho coletivamente planejado e do aprofundamento das relações de interdependência entre os atores envolvidos. Dificuldades inerentes ao processo de regionalização e formação de redes no atual contexto do sistema de saúde brasileiro com reflexões sobre os desafios a serem superados constituem o foco deste trabalho. (Silva, 2011, p. 34).

A acessibilidade aos serviços de saúde para a população idosa na Região das Américas enfrenta diversas barreiras que afetam tanto a oferta quanto a demanda por esses serviços. A análise dessas barreiras é essencial para entender as dificuldades específicas que os idosos enfrentam e para propor soluções que melhorem seu acesso à saúde.

Primeiramente, a cobertura de saúde varia significativamente entre os países da região. Em algumas nações, a falta de cobertura universal é uma das principais barreiras ao acesso. Por exemplo, no México, uma grande proporção de idosos não possui seguro de saúde, o que dificulta significativamente o acesso aos serviços médicos (OPAS, 2023).

O nível de desenvolvimento econômico de um país também influencia o acesso aos serviços de saúde. Países mais ricos, como Brasil, Chile, México e Uruguai, geralmente apresentam melhor desempenho na prestação de serviços de saúde. No entanto, mesmo nesses países, a desigualdade econômica pode levar a iniquidades no acesso aos serviços de saúde para as pessoas idosas. Estudos mostram que a desigualdade no acesso é menor em países com sistemas de saúde universais (OPAS, 2023).

Além das barreiras econômicas, existem outras dimensões importantes que afetam o acesso aos serviços de saúde. Nos Estados Unidos, apesar da cobertura de saúde para pessoas com mais de 65 anos pelo programa Medicare, cerca de 25% dos idosos relatam múltiplas barreiras ao acesso em outras dimensões, como disponibilidade e acessibilidade geográfica dos serviços (OPAS, 2023).

Outro fator crítico é a transição demográfica na região, com um aumento significativo da população idosa. Essa mudança demográfica exige uma adaptação dos sistemas de saúde

para atender às necessidades específicas das pessoas idosas, que incluem a gestão de doenças crônicas e a polifarmácia. A vulnerabilidade econômica e a dependência de familiares mais jovens são características que agravam as dificuldades de acesso a serviços de saúde para as pessoas idosas (OPAS, 2023).

A pandemia de COVID-19 exacerbou essas barreiras, destacando a necessidade urgente de políticas que promovam o envelhecimento saudável e garantam a proteção econômica e o acesso adequado aos serviços de saúde para as pessoas idosas. É essencial que os sistemas de saúde desenvolvam métodos eficazes para medir e responder às necessidades dessa população, utilizando dados desagregados e inquéritos populacionais que incluam as pessoas idosas (Serviços de Saúde, 2023; COVID-19 e Saúde, 2023). Abordar essas barreiras de maneira holística é fundamental para melhorar o acesso à saúde e a qualidade de vida dessa população.

2.4 Estratégias de atenção à saúde da pessoa idosa no mundo

O envelhecimento populacional, uma das principais conquistas sociais do século XX, traz grandes desafios para as políticas públicas globais, especialmente em garantir desenvolvimento econômico e social contínuo que mantenha a dignidade humana e a equidade entre grupos etários. Nos países desenvolvidos, esse fenômeno ocorreu em um contexto socioeconômico favorável, permitindo a expansão dos sistemas de proteção social. Em contraste, nos países em desenvolvimento, como o Brasil, o envelhecimento acelerado ocorre em meio a crises fiscais, dificultando a expansão do sistema de proteção social. Além disso, à medida que a expectativa de vida aumenta, cresce também a necessidade de desenvolver e implementar estratégias eficazes de atenção à saúde da pessoa idosa. As estratégias de atenção à saúde da pessoa idosa no mundo são diversas, considerando não apenas o tratamento de doenças crônicas e a promoção de um envelhecimento saudável, mas também a garantia de acesso equitativo aos serviços de saúde e o suporte social necessário para uma qualidade de vida digna (Santos; Andrade; Silva; Sousa, 2016).

Na Alemanha, a política de saúde para pessoas idosas é caracterizada por um modelo de seguro social, cuja a maioria da população é coberta por seguros de saúde obrigatórios, financiados por contribuições de empregados e empregadores, com subsídios governamentais. O país possui um sistema robusto de cuidados prolongados, garantindo assistência abrangente para pessoas idosas através de um seguro específico obrigatório. As políticas alemãs focam na

integração de cuidados e na promoção da saúde entre os idosos, com investimentos significativos em tecnologias de saúde e programas de prevenção para melhorar a qualidade de vida dessa população (Arsenijevic; Groot, 2022).

No sistema de saúde alemão, não existe um seguro de saúde específico para pessoas idosas. Em vez disso, há um seguro compulsório público para cuidados de longa duração (Pflegeversicherung – SCLD), criado em 1994. Embora o SCLD abranja toda a população que necessita de cuidados prolongados, uma década após sua criação, 78% dos beneficiários tinham 65 anos ou mais, e aproximadamente metade desses beneficiários tinham 80 anos ou mais (Agência Nacional de Saúde Suplementar [ANS], 2011).

Com a criação do seguro compulsório público para cuidados de longa duração em 1994, os gastos com o tratamento de longa duração das pessoas idosas foram excluídos do sistema de saúde. Este seguro é cofinanciado por empregadores e empregados, com uma taxa de 1,7% sobre os salários. A responsabilidade pela avaliação da necessidade de cuidados prolongados para inclusão no SCLD recai sobre os seguros-saúde aos quais os indivíduos estão vinculados. A assistência para a execução de atividades da vida diária é garantida por um período mínimo de seis meses, devido a incapacidade ou doença física e/ou mental. Os serviços são classificados conforme a necessidade de cuidados: baixa (assistência de cuidadores pelo menos uma vez ao dia), média (assistência pelo menos três vezes ao dia) e alta (cuidados intensivos dia e noite) (ANS, 2011).

A Austrália adota um sistema de saúde universal chamado Medicare, que cobre a maioria dos serviços médicos essenciais para todos os cidadãos. Complementando a cobertura pública, os seguros de saúde privados recebem subsídios do governo para incentivar a adesão. As políticas Australianas são focadas na promoção da saúde e na prevenção de doenças entre as pessoas idosas, além de integrar cuidados domiciliares e em instituições (Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2011). Esse enfoque garante que a população idosa tenha acesso a uma ampla gama de serviços de saúde, promovendo uma melhor qualidade de vida.

O sistema de saúde canadense, conhecido como *Medicare*, é um conjunto de sistemas provinciais que teve sua origem na província de Saskatchewan em 1947 e foi replicado em outras províncias nas décadas seguintes. Harmonizado por uma lei federal em 1984, o Canadian Health Act, o sistema é frequentemente descrito como um "seguro de saúde com pagador único" devido à autonomia das províncias, resultando em múltiplos "sistemas". A história da criação do sistema ajuda a entender suas limitações atuais, já que as características da proposta original na década de 1940 (curativa, baseada em hospitais e focada na figura do médico) são diferentes das principais necessidades de saúde deste século (prevenção, cuidados ambulatoriais e

intervenção multiprofissional). Atualmente, o sistema opera em três camadas: a primeira, coberta pelo sistema público, inclui atendimento integral em hospitais, consultas médicas e exames diagnósticos; a segunda, com cobertura parcial, envolve medicamentos prescritos, cuidados domiciliares, casas de repouso para pessoas idosas e saúde mental; e a terceira, paga com dinheiro próprio ou seguros privados, abrange saúde oral, saúde ocular e medicina complementar (Brandão, 2020).

Cada província e território no Canadá administra seu próprio sistema de saúde, seguindo os princípios de uma lei nacional que garante cobertura universal para todos os residentes. Financiado por impostos, o sistema oferece programas específicos para cuidados prolongados, financiados pelo governo e por contribuições individuais. As políticas canadenses focam na integração de cuidados e na promoção da saúde entre as pessoas idosas, com investimentos em programas de prevenção e tecnologias de saúde para melhorar a qualidade de vida dessa população (Brandão, 2020). Essa abordagem reflete a evolução do sistema de saúde canadense, que busca adaptar-se às necessidades contemporâneas, promovendo a prevenção e a intervenção multiprofissional, além de garantir a sustentabilidade financeira e a qualidade dos serviços prestados.

A Espanha possui um Sistema Nacional de Saúde público e universal, financiado por impostos e gerido pelo governo. As políticas de saúde para pessoas idosas incluem programas específicos para cuidados prolongados, financiados pelo governo e por contribuições individuais. O enfoque na integração de políticas de saúde, previdência, emprego e assistência social é uma característica marcante do sistema espanhol. Um sistema específico foi criado para atender às necessidades de cuidados de longo prazo da população idosa, estabelecendo a natureza universal dos benefícios para pessoas em situação de dependência (ANS, 2011; Sacardo; Fortes; Tanaka, 2010).

Nos Estados Unidos, o principal programa público para pessoas idosas é financiado por impostos sobre a folha de pagamento. Os seguros de saúde privados complementam a cobertura pública, oferecendo uma ampla gama de serviços médicos. O sistema de saúde americano enfrenta desafios significativos em termos de custos e acesso aos serviços de saúde para a população idosa. As políticas focam na integração de cuidados e na promoção da saúde entre as pessoas idosas, com investimentos em tecnologias de saúde e programas de prevenção para melhorar a qualidade de vida dessa população (Pinto; Garcia; Gonçalves, 2020).

A França adota um modelo de seguro social, onde a maioria da população é coberta por seguros de saúde obrigatórios, financiados por contribuições de empregados e empregadores, com subsídios governamentais. O país oferece uma ampla gama de serviços de

saúde para pessoas idosas, incluindo cuidados domiciliares e em instituições. As políticas francesas focam na integração de cuidados e na promoção da saúde entre os idosos, com investimentos em programas de prevenção e tecnologias de saúde para melhorar a qualidade de vida dessa população. (ANS, 2011; Zaganelli; Bussinguer, 2016).

Na Inglaterra, o Serviço Nacional de Saúde (NHS) é financiado principalmente pelo governo através de impostos e oferece cobertura universal para todos os residentes. As políticas públicas para pessoas idosas incluem cuidados prolongados e um enfoque na integração de políticas de saúde, previdência, emprego e assistência social. Diretrizes específicas estabelecem esforços para estruturar o sistema e garantir seu financiamento. Além disso, há investimentos em tecnologias de saúde e programas de prevenção para melhorar a qualidade de vida da população idosa, apesar do investimento significativo de dinheiro público na saúde e nos cuidados às pessoas idosas, os resultados são insatisfatórios. Muitos idosos não recebem os cuidados sociais necessários e acabam hospitalizados desnecessariamente, permanecendo no hospital por mais tempo do que o necessário do ponto de vista médico (Reeves; Islam; Gentry, 2023).

Essa situação compromete a recuperação completa dos pacientes e dificulta a admissão de novos pacientes nos hospitais. Como consequência, aumentam as esperas nos departamentos de emergência e os tempos de resposta das ambulâncias, o que, nos piores dias, pode paralisar todo o sistema. A "crise no NHS" é vista como um reflexo da incapacidade de cuidar adequadamente da crescente população idosa. A combinação desse problema com o impacto da Covid-19 resulta em uma 'tempestade perfeita'. Adicionalmente, a falta de assistência social suficiente na comunidade contribui para a superlotação dos hospitais. A transferência atrasada de cuidados, ou alta hospitalar atrasada, ocorre quando um paciente está clinicamente apto para receber alta, mas continua ocupando um leito hospitalar (Reeves; Islam; Gentry, 2023).

O Japão possui um dos sistemas de saúde mais avançados e acessíveis do mundo, com uma cobertura universal financiada por uma combinação de impostos e contribuições dos segurados. O país enfrenta desafios significativos devido ao rápido envelhecimento da população, o que levou à implementação de políticas específicas para cuidados prolongados. O sistema de cuidados prolongados é financiado por um seguro específico obrigatório para todos os cidadãos com mais de 40 anos. As políticas japonesas focam na integração de cuidados médicos e sociais, com um forte investimento em tecnologias de saúde e programas de prevenção para melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas. Além disso, o Japão tem investido em robótica e inteligência artificial para auxiliar no cuidado dos idosos, promovendo maior autonomia e segurança (Petroni, 2019).

A Suécia oferece um sistema de saúde universal financiado por impostos, com um forte enfoque na equidade e na acessibilidade. As políticas de saúde para pessoas idosas incluem cuidados prolongados, que são financiados pelo governo e por contribuições individuais. O sistema sueco é conhecido pela sua abordagem integrada, que combina cuidados médicos e sociais para atender às necessidades complexas da população idosa. Além disso, há um forte investimento em programas de prevenção e tecnologias de saúde para promover a independência e a qualidade de vida dos idosos. A Suécia também se destaca pela implementação de políticas de envelhecimento ativo, incentivando a participação das pessoas idosas na sociedade e no mercado de trabalho (Docteur; Coulter, 2012).

O sistema de seguro de saúde suíço é composto por dois componentes principais: o seguro de saúde básico e o seguro de saúde complementar. O seguro básico de saúde oferece cobertura universal e é financiado por um fundo central, que é utilizado para subsidiar as companhias de seguros de saúde que atendem uma elevada proporção de idosos. Este seguro básico é obrigatório para todos os residentes na Suíça e cobre uma ampla gama de serviços médicos essenciais, incluindo consultas médicas, hospitalizações, medicamentos prescritos e alguns serviços de reabilitação (Esmail, 2013). Por outro lado, o seguro de saúde complementar é opcional e oferece cobertura adicional para serviços que não estão incluídos no seguro básico, como tratamentos dentários, medicina alternativa e acomodações hospitalares em quartos privados ou semiprivados. Este componente permite aos segurados personalizar sua cobertura de acordo com suas necessidades e preferências individuais.

As principais preocupações relacionadas ao cuidado da pessoas idosas na Suíça incluem o aumento dos custos dos cuidados de saúde, a autonomia dos pacientes e o suicídio assistido. Com o envelhecimento da população, os custos associados aos cuidados de saúde para pessoas idosas têm aumentado significativamente, impulsionados pela maior demanda por serviços médicos, tratamentos prolongados e cuidados de longo prazo. Além disso, há uma crescente conscientização pública sobre a importância da autonomia dos pacientes idosos, incluindo o direito de tomar decisões informadas sobre seus próprios cuidados de saúde, como a escolha de tratamentos e a recusa de intervenções médicas (Esmail, 2013).

A Itália possui um Serviço Nacional de Saúde (Servizio Sanitario Nazionale - SSN) que oferece cobertura universal e é financiado por impostos. As políticas de saúde para pessoas idosas incluem cuidados prolongados, financiados pelo governo e por contribuições individuais. O sistema italiano enfrenta desafios relacionados à sustentabilidade financeira e à coordenação de cuidados, especialmente devido ao envelhecimento da população (Barbabella, 2022). No entanto, há um enfoque crescente na integração de cuidados médicos e sociais, com

investimentos em programas de prevenção e tecnologias de saúde para melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas. A Itália também tem desenvolvido iniciativas para promover o envelhecimento saudável, como programas de atividade física e nutrição adequada para idosos.

A Noruega possui um sistema de saúde universal financiado por impostos, com um forte enfoque na equidade e na acessibilidade. Este sistema, conhecido como "Modelo Beveridge". As políticas de saúde para pessoas idosas na Noruega incluem cuidados prolongados, financiados pelo governo e por contribuições individuais. O sistema norueguês é reconhecido por sua abordagem integrada, que combina cuidados médicos e sociais para atender às necessidades complexas da população idosa (Perera, 2021). Além disso, há um forte investimento em programas de prevenção e tecnologias de saúde para promover a independência e a qualidade de vida dos idosos (Perera, 2021) e também se destaca por sua política de habitação adaptada para pessoas idosas, proporcionando ambientes seguros e acessíveis.

No entanto, o sistema enfrenta desafios significativos, como a escassez de capacidade, evidenciada por longas listas de espera para internações hospitalares, e a necessidade de equilibrar a eficiência de custos com a manutenção de um serviço abrangente, mesmo nas regiões mais remotas do país. Além disso, a população idosa na Noruega está crescendo rapidamente. Em 2018, 11% da população tinha mais de 70 anos, e a proporção de pessoas com mais de 80 anos está prevista para dobrar até 2060. Este aumento na população idosa exige ajustes contínuos nos serviços de saúde para atender às novas necessidades dessa demografia (Perera, 2021).

A Holanda possui um sistema de saúde que combina seguros de saúde obrigatórios com um forte papel do governo na regulação e financiamento dos cuidados de saúde. As políticas de saúde para pessoas idosas incluem cuidados prolongados, financiados por um seguro específico obrigatório. O sistema holandês é reconhecido por sua abordagem inovadora e integrada, que combina cuidados médicos e sociais para atender às necessidades complexas da população idosa (Seddon, 2008). Além disso, há um significativo investimento em programas de prevenção e tecnologias de saúde, visando promover a independência e a qualidade de vida das pessoas idosas. A Holanda também implementa políticas de envelhecimento ativo, incentivando a participação dos idosos em atividades comunitárias e voluntariado. Os sistemas de saúde geralmente não causam grande agitação, mas atualmente o modelo holandês está em destaque. O país enfrenta o desafio de equilibrar qualidade e igualdade em uma era de altas expectativas dos consumidores e de avanços tecnológicos e médicos dispendiosos (Seddon, 2008).

Países da América Latina, como Chile, Brasil, Costa Rica, Argentina e Uruguai, estão entre os primeiros a alcançar índices de envelhecimento comparáveis aos da Europa. Esse aumento na expectativa de vida é resultado da ampliação do acesso a cuidados médicos e das inovações tecnológicas na área da saúde. No entanto, essa longevidade vem acompanhada de uma alta prevalência de condições crônicas que se manifestam antes da velhice, o que aumenta o risco de fragilidade e a necessidade de cuidados prolongados por um período mais extenso (Trintinaglia; Bonamigo; Azambuja, 2022).

Nas últimas décadas do século XX, o sistema de saúde cubano passou por uma significativa evolução, mudando de um enfoque curativo para um modelo centrado na promoção da saúde e na prevenção de doenças em todos os níveis de complexidade, desde a atenção primária até a especializada. Para enfrentar o desafio do envelhecimento populacional, é essencial formular políticas e organizar os sistemas de saúde com base nas expectativas e necessidades das pessoas idosas, promovendo a atenção integral à saúde e a intersetorialidade através da gestão (Trintinaglia; Bonamigo; Azambuja, 2022).

A atenção primária deve incentivar o envelhecimento saudável e estabelecer cuidados a longo prazo, quando necessário, dentro da comunidade e junto às famílias. Além disso, é crucial expandir os serviços especializados em geriatria e qualificar os profissionais para a atenção às pessoas idosas, integrando essas ações nas políticas voltadas para a população idosa em Cuba (Trintinaglia; Bonamigo; Azambuja, 2022).

Na Argentina, os principais desafios nas políticas de saúde voltadas para o envelhecimento incluem o aumento das doenças crônicas, que requerem a prevenção de seus fatores de risco, e a promoção de maior equidade na atenção à saúde, reduzindo os condicionantes sociais que afetam as condições de saúde, especialmente das pessoas idosas. Para atender à população idosa, algumas alternativas viáveis são: monitorar o acesso e a situação de saúde das pessoas idosas por meio de sistemas de dados confiáveis; implementar políticas que incentivem o envelhecimento ativo, promovam a saúde e garantam atenção integral aos idosos; e organizar e coordenar o sistema de saúde nacional para reduzir a fragmentação, através da colaboração intergovernamental entre o governo nacional, as províncias e os municípios. Essas ações são semelhantes às propostas já discutidas em estudos sobre a realidade brasileira (Trintinaglia; Bonamigo; Azambuja, 2022).

No Chile, foi criado em 2002 o Servicio Nacional del Adulto Mayor, um setor específico para políticas públicas direcionadas ao envelhecimento, com o objetivo de estimular o envelhecimento ativo e desenvolver serviços e programas para a população idosa, independentemente de sua condição social. No entanto, o investimento no setor da saúde ainda

é insuficiente para atender às necessidades da população, e a transição epidemiológica do país exige um aumento progressivo dos investimentos para a atenção aos idosos (Trintinaglia; Bonamigo; Azambuja, 2022).

Na Colômbia, o país parece estar pouco preparado para enfrentar os desafios do envelhecimento populacional. Algumas alternativas sugeridas incluem mudanças na formação acadêmica dos profissionais de saúde, com maior ênfase em geriatria e gerontologia, além de um trabalho educativo com a população para fortalecer o respeito intergeracional; políticas públicas de promoção de saúde e prevenção de incapacidades voltadas para as pessoas idosas; e estímulo à multiprofissionalidade e interprofissionalidade no trabalho dos profissionais de saúde. Também é necessário implementar políticas públicas que favoreçam o bem-estar e a sustentabilidade dos idosos nos anos finais de vida (Trintinaglia; Bonamigo; Azambuja, 2022).

No México, o país não possui programas de seguridade social para a população idosa, e aproximadamente 80% desse grupo não recebe pensão ou aposentadoria. Assim, a responsabilidade pela acolhida e proteção dos idosos recai sobre as famílias. O sistema de saúde mexicano enfrenta problemas estruturais e de gestão, como dificuldades de acesso (tempo de espera para consultas), insuficiências na distribuição de medicamentos e na capacidade de atendimento das urgências, além da escassez de equipamentos e insumos, que limitam o cuidado oferecido à população idosa (Trintinaglia; Bonamigo; Azambuja, 2022).

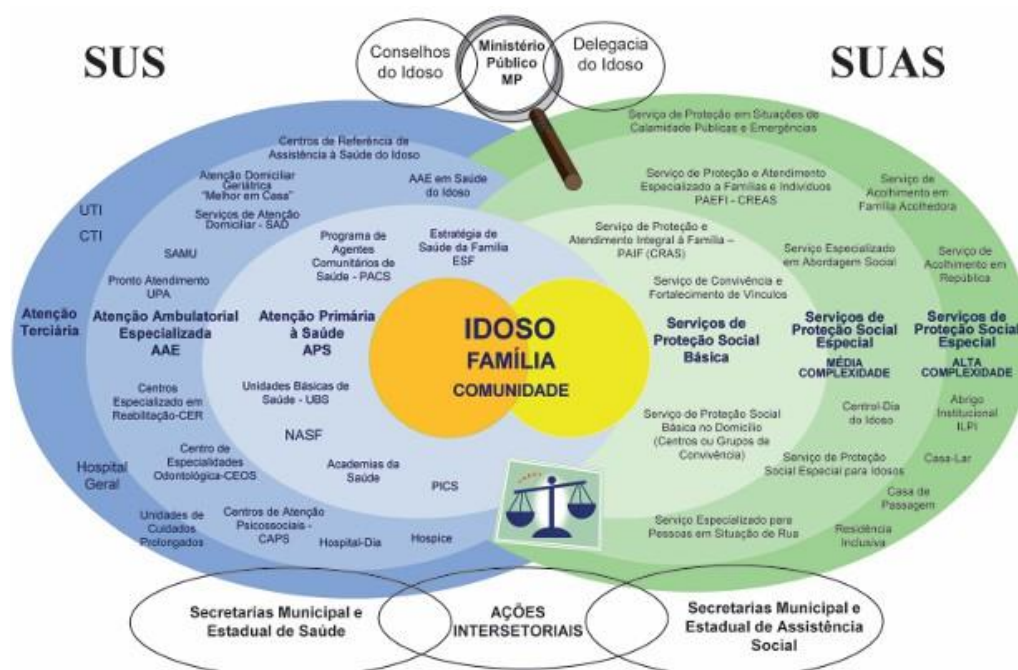
No Brasil, a política de saúde para pessoas idosas é estruturada principalmente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que oferece cobertura universal e gratuita para todos os cidadãos, incluindo a população idosa (Teixeira; Santos; Souza; Paim, 2014). Complementando a cobertura pública, os planos de saúde privados são regulados por uma agência governamental, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que garante uma cobertura mínima obrigatória (Brasil, 2002).

Vale destacar, que o Estatuto do Idoso ampliou os direitos dos cidadãos com idade igual ou superior a 60 anos, proibindo a exclusão de cobertura de doenças por planos de saúde privados. Além disso, uma legislação específica regula os planos de saúde privados, proibindo a limitação de cobertura de procedimentos e exames de alto custo (Costa, 2008). A combinação de políticas públicas e regulamentações visa melhorar o acesso e a qualidade da assistência à saúde para a população idosa, enfrentando desafios como a sustentabilidade financeira e a equidade no acesso aos serviços de saúde (Brasil, 2003).

No que concerne a integração entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no cuidado da pessoa idosa enfrenta diversas barreiras que comprometem a integralidade da assistência e a acessibilidade dos serviços. A fragmentação

dos serviços, decorrente da falta de coordenação entre os diferentes níveis de atenção à saúde e os serviços de assistência social (figura 2), resulta em uma abordagem fragmentada, onde o idoso não recebe cuidados contínuos e integrados. Além disso, a comunicação ineficiente entre os profissionais de saúde e assistência social pode levar a lacunas no cuidado, onde informações importantes sobre o estado de saúde e necessidades do idoso não são compartilhadas adequadamente. (Moraes *et al.*, 2019).

Figura 2 - A integração dos sistemas de saúde (Sistema Único de Saúde) e assistência social (Sistema Único de Assistência Social) no cuidado do idoso



Fonte: Moraes e Moraes (2019).

UTI: unidade de tratamento intensivo; CTI: centro de tratamento intensivo; SAD: Serviço de Atenção Domiciliar; SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; UPA: unidade de pronto atendimento; AAE: Atenção Ambulatorial Especializada; CER: Centro Especializado em Reabilitação; CEOS: Centro de Especialidades Odontológicas; CAPS: Centro de Atenção Psicossocial; ESF: Estratégia Saúde da Família; PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde; APS: Atenção Primária à Saúde; NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; PICS: Práticas Integrativas e Complementares; PAEFI: Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos; CREAS: Centro de Referência Especializado de Assistência Social; ILPI: Instituição de Longa Permanência para Idosos.

A insuficiência de recursos humanos e materiais em ambos os sistemas compromete a qualidade e a abrangência dos serviços oferecidos, dificultando a implementação de um cuidado integral. A falta de capacitação específica dos profissionais para lidar com as necessidades complexas da população idosa também é uma barreira significativa, sendo necessário treinamento contínuo para garantir que os profissionais estejam preparados para oferecer um

cuidado adequado e integrado (Moraes; Moraes, 2019).

Outras barreiras incluem a acessibilidade física, na qual a falta de infraestrutura adequada para atender às necessidades de mobilidade das pessoas idosas pode dificultar o acesso aos serviços de saúde e assistência social. Processos administrativos complexos e burocráticos podem atrasar ou impedir o acesso rápido e eficiente aos serviços necessários, prejudicando a continuidade do cuidado (Moraes; Moraes, 2019).

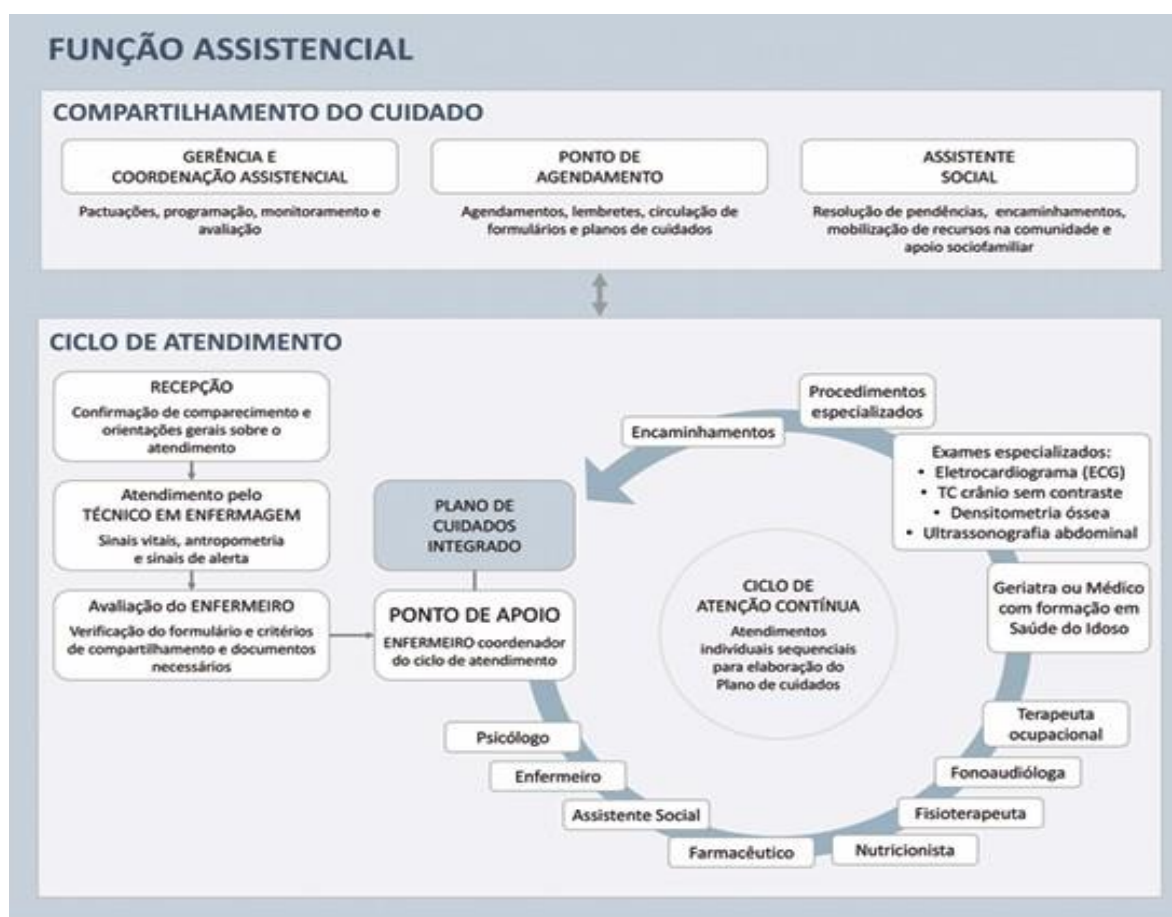
Além disso, disparidades regionais na disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde e assistência social resultam em acesso desigual, onde idosos em áreas remotas ou menos desenvolvidas enfrentam maiores dificuldades para obter cuidados integrais. Para superar essas barreiras, é fundamental promover a integração efetiva entre o SUS e o SUAS, melhorar a comunicação e coordenação entre os serviços, investir na capacitação dos profissionais, garantir recursos adequados e adaptar a infraestrutura para atender às necessidades da população idosa. A adoção de uma abordagem centrada na pessoa idosa, que considere suas necessidades específicas e promova a continuidade do cuidado, é essencial para garantir a integralidade da assistência e a acessibilidade dos serviços (Moraes; Moraes, 2019).

Na Figura 3, é demonstrado o ciclo de atendimento para a saúde da pessoa idosa, destacando a importância de uma abordagem sistemática e contínua no cuidado dessa população. Este ciclo é essencial para garantir que os idosos recebam uma atenção integral e coordenada, promovendo a estabilização clínica e a prevenção de desfechos negativos. O ciclo de atendimento é composto por várias etapas sequenciais, cada uma desempenhando um papel crucial na avaliação e manejo das condições de saúde da pessoa idosa. A primeira etapa envolve a avaliação inicial, onde são coletadas informações detalhadas sobre o estado de saúde da pessoa idosa, incluindo histórico médico, condições crônicas e fatores contextuais.

A Figura 3 também enfatiza a importância da Avaliação Multidimensional do Idoso (AMI), que é uma abordagem diagnóstica sistematizada e abrangente. A AMI reúne um conjunto de instrumentos capazes de avaliar a funcionalidade global do idoso, os sistemas funcionais principais, os sistemas fisiológicos, os medicamentos em uso e os fatores contextuais. Esta abordagem é crucial para elaborar um plano de cuidados que seja realmente eficaz e adaptado às necessidades individuais da pessoa idosa.

O ciclo de atendimento descrito na Figura 3 destaca a necessidade de uma integração eficaz entre os diferentes níveis de atenção à saúde e os serviços de assistência social. A comunicação contínua entre os profissionais de saúde e a coordenação das intervenções são fundamentais para garantir que a pessoa idosa receba um cuidado integral e coordenado, evitando a fragmentação dos serviços e promovendo a estabilização clínica.

Figura 3 – Função assistencial no ambulatório de atenção especializada ao idoso



Fonte: Pinto, Vieira-da-Silva e Baptista (2014).

Esta avaliação é fundamental para identificar as necessidades específicas de cada idoso e elaborar um plano de cuidados personalizado. Em seguida, o ciclo inclui consultas de acompanhamento, onde os profissionais de saúde monitoram a evolução do estado de saúde da pessoa idosa, ajustam as intervenções terapêuticas conforme necessário e reforçam as orientações de autocuidado. Estas consultas são essenciais para garantir a continuidade do cuidado e a adesão ao plano terapêutico. A realização de exames complementares é outra etapa importante do ciclo. Exames como eletrocardiogramas, tomografias e densitometrias ósseas são realizados conforme a necessidade clínica, permitindo uma avaliação mais aprofundada das condições de saúde da pessoa idosa e a detecção precoce de possíveis complicações (Moraes;

Moraes, 2019).

Em resumo, a Figura 3 do documento ilustra como um ciclo de atendimento bem estruturado é essencial para a promoção da saúde da pessoa idosa. Através de uma abordagem sistemática, contínua e multidimensional, é possível garantir que os idosos recebam um cuidado integral, coordenado e adaptado às suas necessidades específicas, promovendo a estabilização clínica e a prevenção de desfechos negativos (Moraes; Moraes, 2019).

Os diferentes países analisados apresentam uma variedade de abordagens e políticas para o financiamento e a prestação de cuidados de saúde para a população idosa. Embora cada país tenha suas particularidades, há um consenso sobre a importância da integração de cuidados médicos e sociais, bem como o investimento em programas de prevenção e tecnologias de saúde. A sustentabilidade financeira e a coordenação de cuidados são desafios comuns, mas as políticas inovadoras e o enfoque na promoção da saúde e do envelhecimento ativo mostram-se promissores para melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas.

2.5 Sistema de indicadores de saúde e acompanhamento de políticas da pessoa idosa no mundo

Na Alemanha, o Instituto Robert Koch (RKI) é responsável pela coleta e análise de dados de saúde, incluindo indicadores específicos para a população idosa. O Sistema de Vigilância de Saúde DEGS (Estudo de Saúde na Alemanha) é utilizado para monitorar a saúde das pessoas idosas. Os principais objetivos são fornecer uma base de dados robusta para a formulação de políticas públicas e avaliar a saúde e o bem-estar da população idosa. A metodologia envolve inquéritos de saúde, exames físicos e entrevistas. Entre os avanços, destaca-se a melhoria na coleta de dados e a inclusão de indicadores de saúde mental. No entanto, os desafios incluem a necessidade de maior cobertura e representatividade dos dados. Os indicadores avaliados incluem a prevalência de doenças crônicas, saúde mental, utilização de serviços de saúde e qualidade de vida (Robert Koch Institute, 2015).

Na Austrália, o Instituto Australiano de Saúde e Bem-Estar (Australian Institute of Health and Welfare – AIHW) é a principal agência responsável pela coleta e análise de dados de saúde. O AIHW publica regularmente relatórios sobre a saúde das pessoas idosas, utilizando dados do Sistema Nacional de Vigilância de Saúde (NHS) e do Censo Australiano. Os principais objetivos são monitorar a saúde da população idosa, avaliar a eficácia das políticas públicas e identificar áreas que necessitam de intervenção. A metodologia envolve a coleta de dados de

inquéritos de saúde, registros administrativos e pesquisas populacionais.

Entre os avanços, destaca-se a implementação de programas específicos para a saúde da pessoa idosa e a melhoria na coleta de dados. No entanto, desafios incluem a necessidade de maior integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde e a fragmentação dos dados. Os principais indicadores avaliados são a prevalência de doenças crônicas, a utilização de serviços de saúde e a qualidade de vida dos idosos (Australian Institute of Health and Welfare [AIHW], 2018).

No Canadá, o Instituto Canadense de Informação sobre Saúde (Canadian Institute for Health Information – CIHI) é responsável pela coleta e análise de dados de saúde. O CIHI utiliza o Sistema de Informação de Saúde (HIS) para monitorar a saúde da população idosa. Os principais objetivos são fornecer uma base de dados robusta para a formulação de políticas públicas e avaliar a saúde e o bem-estar da população idosa. A metodologia envolve inquéritos de saúde, registros administrativos e pesquisas populacionais.

No que tange aos avanços, destaca-se a melhoria na coleta de dados e a inclusão de indicadores de saúde mental. No entanto, os desafios incluem a necessidade de maior cobertura e representatividade dos dados. Os indicadores avaliados incluem a prevalência de doenças crônicas, saúde mental, utilização de serviços de saúde e qualidade de vida (CIHI, 2019).

Na Espanha, o Instituto Nacional de Estatística (INE) e o Ministério da Saúde, Serviços Sociais e Igualdade são responsáveis pela coleta e análise de dados de saúde. O INE realiza a Pesquisa Nacional de Saúde (ENSE), que inclui indicadores específicos para a população idosa. Os principais objetivos são monitorar a saúde da população idosa, avaliar a eficácia das políticas públicas e identificar áreas que necessitam de intervenção. A metodologia envolve a coleta de dados de inquéritos de saúde, registros administrativos e pesquisas populacionais. Entre os avanços, destaca-se a implementação de programas específicos para a saúde da pessoa idosa e a melhoria na coleta de dados (INE, 2017). No entanto, desafios incluem a necessidade de maior integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde e a fragmentação dos dados. Os principais indicadores avaliados são a prevalência de doenças crônicas, a utilização de serviços de saúde e a qualidade de vida dos idosos.

Nos Estados Unidos, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) e o Instituto Nacional de Saúde (NIH) são responsáveis pela coleta e análise de dados de saúde. O CDC utiliza o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco Comportamental (BRFSS) e o Sistema Nacional de Estatísticas Vitais (NVSS) para monitorar a saúde da população idosa. Os principais objetivos são fornecer uma base de dados robusta para a formulação de políticas públicas e avaliar a saúde e o bem-estar da população idosa.

Neste país a metodologia envolve inquéritos de saúde, registros administrativos e pesquisas populacionais. Entre os avanços, destaca-se a melhoria na coleta de dados e a inclusão de indicadores de saúde mental. No entanto, os desafios incluem a necessidade de maior cobertura e representatividade dos dados. Os indicadores avaliados incluem a prevalência de doenças crônicas, saúde mental, utilização de serviços de saúde e qualidade de vida (CDC, [2018]).

Na França, o Instituto Nacional de Estatísticas e Estudos Econômicos (INSEE) e o Instituto Nacional de Saúde e Pesquisa Médica (INSERM) são responsáveis pela coleta e análise de dados de saúde. O INSEE realiza a Pesquisa de Saúde e Proteção Social (ESPS), que inclui indicadores específicos para a população idosa. Os principais objetivos são monitorar a saúde da população idosa, avaliar a eficácia das políticas públicas e identificar áreas que necessitam de intervenção.

A metodologia envolve a coleta de dados de inquéritos de saúde, registros administrativos e pesquisas populacionais. Entre os avanços, destaca-se a implementação de programas específicos para a saúde da pessoa idosa e a melhoria na coleta de dados. No entanto, desafios incluem a necessidade de maior integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde e a fragmentação dos dados. Os principais indicadores avaliados são a prevalência de doenças crônicas, a utilização de serviços de saúde e a qualidade de vida dos idosos (INSEE, 2024).

No Japão, o Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-Estar (MHLW) é responsável pela coleta e análise de dados de saúde. O MHLW utiliza o Sistema de Vigilância de Saúde (HSS) para monitorar a saúde da população idosa. Os principais objetivos são fornecer uma base de dados robusta para a formulação de políticas públicas e avaliar a saúde e o bem-estar da população idosa. A metodologia envolve inquéritos de saúde, registros administrativos e pesquisas populacionais.

Assim, destaca-se a melhoria na coleta de dados e a inclusão de indicadores de saúde mental. No entanto, os desafios incluem a necessidade de maior cobertura e representatividade dos dados. Os indicadores avaliados incluem a prevalência de doenças crônicas, saúde mental, utilização de serviços de saúde e qualidade de vida (MHLW, 2024).

Na Inglaterra, o Serviço Nacional de Saúde (NHS) e o Escritório de Estatísticas Nacionais (ONS) são responsáveis pela coleta e análise de dados de saúde. O NHS utiliza o Sistema de Informação de Saúde (HIS) para monitorar a saúde da população idosa. Os principais objetivos são fornecer uma base de dados robusta para a formulação de políticas públicas e avaliar a saúde e o bem-estar da população idosa.

A metodologia envolve inquéritos de saúde, registros administrativos e pesquisas

populacionais. Entre os avanços, destaca-se a melhoria na coleta de dados e a inclusão de indicadores de saúde mental. No entanto, desafios incluem a necessidade de maior cobertura e representatividade dos dados. Os indicadores avaliados incluem a prevalência de doenças crônicas, saúde mental, utilização de serviços de saúde e qualidade de vida (ONS, 2021).

Na Suécia, o Conselho Nacional de Saúde e Bem-Estar (Socialstyrelsen) e a Agência de Saúde Pública da Suécia (Folkhälsomyndigheten) são responsáveis pela coleta e análise de dados de saúde. O Socialstyrelsen utiliza o Sistema de Registro de Saúde (HRS) para monitorar a saúde da população idosa. Os principais objetivos são fornecer uma base de dados robusta para a formulação de políticas públicas e avaliar a saúde e o bem-estar da população idosa. A metodologia envolve inquéritos de saúde, registros administrativos e pesquisas populacionais.

Entre os avanços, destaca-se a melhoria na coleta de dados e a inclusão de indicadores de saúde mental. No entanto, os desafios incluem a necessidade de maior cobertura e representatividade dos dados. Os indicadores avaliados incluem a prevalência de doenças crônicas, saúde mental, utilização de serviços de saúde e qualidade de vida (Socialstyrelsen, 2023).

Na Itália, o Instituto Nacional de Estatística (ISTAT) e o Instituto Superior de Saúde (ISS) são responsáveis pela coleta e análise de dados de saúde. O ISTAT realiza a Pesquisa Nacional de Saúde (PASSI), que inclui indicadores específicos para a população idosa. Os principais objetivos são monitorar a saúde da população idosa, avaliar a eficácia das políticas públicas e identificar áreas que necessitam de intervenção. A metodologia envolve a coleta de dados de inquéritos de saúde, registros administrativos e pesquisas populacionais. Entre os avanços, destaca-se a implementação de programas específicos para a saúde da pessoa idosa e a melhoria na coleta de dados.

No entanto, os desafios incluem a necessidade de maior integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde e a fragmentação dos dados. Os principais indicadores avaliados são a prevalência de doenças crônicas, a utilização de serviços de saúde e a qualidade de vida dos idosos (ISTAT, 2018).

Na Noruega, o Instituto Norueguês de Saúde Pública (NIPH) é responsável pela coleta e análise de dados de saúde. O NIPH utiliza o Sistema de Vigilância de Saúde (HSS) para monitorar a saúde da população idosa. Os principais objetivos são fornecer uma base de dados robusta para a formulação de políticas públicas e avaliar a saúde e o bem-estar da população idosa. A metodologia envolve inquéritos de saúde, registros administrativos e pesquisas populacionais.

Entre os avanços, destaca-se a melhoria na coleta de dados e a inclusão de indicadores de saúde mental. No entanto, desafios incluem a necessidade de maior cobertura e representatividade dos dados. Os indicadores avaliados incluem a prevalência de doenças crônicas, saúde mental, utilização de serviços de saúde e qualidade de vida (NIPH, 2017).

Na Holanda, o Instituto Nacional de Saúde Pública e Meio Ambiente (RIVM) é responsável pela coleta e análise de dados de saúde. O RIVM utiliza o Sistema de Informação de Saúde (HIS) para monitorar a saúde da população idosa. Os principais objetivos são fornecer uma base de dados robusta para a formulação de políticas públicas e avaliar a saúde e o bem-estar da população idosa. A metodologia envolve inquéritos de saúde, registros administrativos e pesquisas populacionais. Entre os avanços, destaca-se a melhoria na coleta de dados e a inclusão de indicadores de saúde mental. No entanto, desafios incluem a necessidade de maior cobertura e representatividade dos dados. Os indicadores avaliados incluem a prevalência de doenças crônicas, saúde mental, utilização de serviços de saúde e qualidade de vida (RIVM, 2018).

No Brasil, o Sistema de Indicadores de Saúde do Idoso (SISI) é gerido pelo Ministério da Saúde através do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) e do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS). Esses sistemas têm como principal objetivo monitorar a saúde da população idosa, avaliar a eficácia das políticas públicas e identificar áreas que necessitam de intervenção. A metodologia utilizada envolve a coleta de dados de morbidade, mortalidade e utilização de serviços de saúde, além de pesquisas como a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Entre os avanços, destaca-se a implementação de programas específicos para a saúde do idoso, como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Brasil, 2006).

Os indicadores utilizados pelo Pacto pela Vida e pelo Coap não demonstraram sensibilidade às ações estabelecidas pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). No contexto do Pacto, o indicador específico definido não conseguiu atender às necessidades dessa população. Com a implementação do Coap, o indicador passou a se confundir com o monitoramento do impacto das políticas públicas na prevenção e controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e seus fatores de risco. Embora seja igualmente importante, esse indicador não permite delimitar especificamente a população idosa. Além disso, a alteração dos indicadores dificulta comparações ao longo do tempo (Torres; Campos; Luiza; Caldas, 2020).

Apesar da significativa evolução do marco regulatório brasileiro em relação à saúde da pessoa idosa, as políticas implementadas, embora bem fundamentadas e alinhadas com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), apresentam indicadores insuficientes para

expressar seu impacto na realidade. A presença de indicadores específicos para o monitoramento de resultados e impactos nessa clientela evidenciaria a importância que deve ser dada aos cuidados com a população idosa (Torres; Campos; Luiza; Caldas, 2020).

No entanto, desafios e fragilidades incluem a fragmentação dos dados e a necessidade de maior integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Os principais indicadores avaliados são a prevalência de doenças crônicas, a utilização de serviços de saúde e a qualidade de vida das pessoas idosas (Brasil, 2015).

Nesse contexto, o Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP-Idoso) surge como uma ferramenta essencial para monitorar e avaliar as condições de saúde e as políticas voltadas para a população idosa. Este item apresenta ao leitor uma visão abrangente sobre o SISAP-Idoso, abordando sua criação, objetivos, metodologia e uso prático.

O SISAP-Idoso foi criado em resposta à necessidade de informações precisas e atualizadas sobre a saúde da população idosa no Brasil. Desenvolvido pelo Ministério da Saúde em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FioCRUZ), o sistema foi lançado no início dos anos 2000, em um período marcado por um crescente reconhecimento da importância de políticas públicas voltadas para o envelhecimento populacional (FioCRUZ, 2011).

A criação do SISAP-Idoso está alinhada com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), que, desde a década de 1990, tem enfatizado a importância de políticas públicas que promovam a qualidade de vida dos idosos, indo além dos cuidados com a saúde física para incluir aspectos sociais, econômicos e psicológicos (OMS, 2002).

O principal objetivo do SISAP-Idoso é fornecer uma base de dados robusta que permita o monitoramento e a avaliação contínua das políticas públicas de saúde voltadas para a população idosa. Especificamente, o sistema visa: 1. Articular informações: Integrar a produção de dados em saúde com a tomada de decisão político-institucional. 2. Apoiar a gestão em saúde: Servir como um instrumento de gestão em saúde da pessoa idosa, auxiliando no planejamento e controle de políticas e programas. 3. Facilitar o controle social: Promover a transparência e o engajamento da população na formulação e acompanhamento das políticas de saúde. 4. Empoderar a população: Permitir que a população idosa e seus cuidadores conheçam a situação de saúde e incluam assuntos na agenda de prioridades (Romero *et al.*, 2018).

A metodologia do SISAP-Idoso inclui a criação de uma Matriz Conceitual por Dimensões de Saúde, adaptada do arcabouço teórico do Programa de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS). Esta matriz é utilizada para o diagnóstico da situação de saúde da população idosa, essencial para o planejamento adequado de ações de

saúde (Assis et al 2003).

Outro componente crucial é a Matriz Conceitual para Acompanhamento de Políticas e Programas, que seleciona indicadores para monitorar a implementação e avaliar os resultados de políticas e programas de saúde do idoso. Esta matriz permite uma avaliação abrangente e contínua das políticas públicas (Silva; Cruz; Melo, 2007).

Os indicadores do SISAP-Idoso são selecionados a partir de diversas fontes de informação, como a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), o Censo Demográfico, o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). Esses indicadores são agrupados em diferentes dimensões, como Efetividade, Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde, permitindo uma análise detalhada e multifacetada da saúde dos idosos (Trintinaglia; Bonamigo; Azambuja, 2022).

O SISAP-Idoso disponibiliza indicadores a nível municipal, refletindo a crescente importância dos municípios na formulação, acompanhamento e implementação de programas de saúde. Este enfoque municipal é crucial, especialmente no contexto dos processos de descentralização e regionalização do SUS. A utilização do SISAP-Idoso permite aos gestores municipais identificar áreas prioritárias, planejar intervenções específicas e monitorar os resultados das políticas implementadas (Trintinaglia; Bonamigo; Azambuja, 2022).

No entanto, com o uso adequado, o SISAP-Idoso tem o potencial de melhorar significativamente a qualidade de vida da população idosa, fortalecendo o SUS e promovendo uma gestão mais informada e eficaz das políticas públicas de saúde. A continuidade e o aprimoramento do sistema são essenciais para enfrentar os desafios do envelhecimento populacional e garantir que as políticas de saúde sejam eficazes e equitativas (Trintinaglia; Bonamigo; Azambuja, 2022).

Desta forma, o SISAP-Idoso representa um avanço significativo na gestão da saúde do idoso no Brasil. Ao fornecer indicadores detalhados e promover a descentralização do SUS, o sistema contribui para a eficiência, eficácia e equidade dos recursos aplicados em programas de saúde. A qualidade das informações geradas pelo SISAP-Idoso é crucial para garantir a eficácia das políticas de saúde e para promover a equidade no acesso aos serviços de saúde (Silva; Cruz; Melo, 2007).

Assim, o SISAP-Idoso é uma ferramenta essencial para o monitoramento e a avaliação das políticas públicas de saúde voltadas para a população idosa no Brasil. Sua criação e desenvolvimento refletem a crescente importância de políticas públicas eficazes para enfrentar os desafios do envelhecimento populacional. Com uma metodologia robusta e indicadores

detalhados, o SISAP-Idoso permite uma análise abrangente e contínua da saúde dos idosos, promovendo uma gestão mais informada e eficaz das políticas públicas de saúde. (Silva; Cruz; Melo, 2007).

Apesar de seu potencial transformador, o SISAP-Idoso enfrenta significativas limitações que comprometem sua plena eficácia. Uma das principais barreiras é a falta de familiaridade dos gestores municipais com sistemas de informação em saúde. Muitos gestores, especialmente em municípios menores e com menos recursos, não possuem o treinamento necessário para interpretar e utilizar os dados fornecidos pelo SISAP-Idoso de maneira eficaz. Essa lacuna de conhecimento impede que os dados sejam transformados em ações concretas e políticas públicas eficientes. Além disso, a necessidade de capacitação contínua é evidente, pois a análise e a utilização dos dados requerem habilidades técnicas específicas que nem sempre estão presentes nas equipes de gestão municipal. (Silva; Cruz; Melo, 2007).

Outra fragilidade do sistema reside na avaliação qualitativa das políticas e programas existentes. Embora o SISAP-Idoso forneça uma vasta gama de indicadores quantitativos, ele ainda carece de mecanismos robustos para avaliar a qualidade das intervenções e o impacto real na vida das pessoas idosas. A ausência de uma avaliação qualitativa abrangente pode levar a uma compreensão superficial das necessidades e desafios enfrentados pela população idosa, resultando em políticas que não atendem plenamente às suas demandas. Portanto, é crucial que se invista na capacitação dos gestores e no desenvolvimento de ferramentas qualitativas que complementam os dados quantitativos, garantindo uma abordagem mais holística e eficaz na gestão da saúde do idoso (Silva; Cruz; Melo, 2007).

2.6 Avaliação da Qualidade em Política saúde da pessoa idosa

A avaliação da qualidade em políticas de saúde para pessoas idosas é uma questão de crescente importância, especialmente em um contexto de envelhecimento populacional acelerado como o do Brasil. As políticas de saúde voltadas para a população idosa precisam ser não apenas bem elaboradas, mas também constantemente avaliadas e ajustadas para garantir que atendam de maneira eficaz às necessidades específicas deste grupo demográfico. Este capítulo discute a relevância da avaliação da qualidade dessas políticas, os principais desafios enfrentados, e as estratégias que podem ser adotadas para melhorar a eficácia e a eficiência dos serviços de saúde oferecidos às pessoas idosas.

O envelhecimento da população brasileira é um fenômeno que traz consigo diversas

implicações para o sistema de saúde. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população idosa no Brasil está crescendo a um ritmo acelerado, o que exige uma readequação das políticas de saúde para atender a essa nova realidade. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), implementada pelo Ministério da Saúde, é um exemplo de esforço para garantir que os idosos tenham acesso a cuidados de saúde de qualidade (Brasil, 2006). No entanto, a eficácia dessa política depende de uma avaliação contínua e rigorosa (Silva *et al.*, 2009).

Para entender a eficácia das políticas de saúde da pessoa idosa, é crucial utilizar uma abordagem tanto quantitativa quanto qualitativa. A análise de indicadores de saúde, como acesso, cobertura e resultados clínicos, fornece uma visão geral do desempenho das políticas. Dados quantitativos são essenciais para identificar tendências e áreas problemáticas, mas não são suficientes por si só. A perspectiva qualitativa, obtida através de entrevistas com profissionais de saúde, gestores e os próprios idosos, oferece insights valiosos sobre a experiência dos usuários e a qualidade percebida dos serviços (Pinto; Vieira-Da-Silva; Baptista, 2014).

Os resultados das avaliações indicam que, embora tenha havido progressos significativos, ainda existem desafios consideráveis a serem superados. Um dos principais problemas é a desigualdade no acesso aos serviços de saúde. Em áreas rurais e periféricas, muitos idosos enfrentam dificuldades para acessar cuidados médicos de qualidade (Silva *et al.*, 2009). Além disso, a variação na qualidade do atendimento entre diferentes regiões do país é um reflexo das desigualdades socioeconômicas e estruturais existentes (Gouveia *et al.*, 2009).

Outro desafio identificado é a necessidade de uma melhor integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde. A atenção básica deve ser fortalecida, pois desempenha um papel crucial na prevenção e no cuidado continuado das pessoas idosas. No entanto, isso só será possível com maior apoio e recursos direcionados a essa área (Brasil, 2006). A capacitação contínua dos profissionais de saúde é igualmente importante para garantir que estejam preparados para atender às necessidades específicas da população idosa (Silva *et al.*, 2009).

As políticas públicas devem ser dinâmicas e adaptáveis, respondendo às mudanças demográficas e às novas demandas que surgem com o tempo. A implementação de um sistema de monitoramento e avaliação contínua pode ajudar a identificar os pontos fortes e fracos das políticas de saúde da pessoa idosa, permitindo ajustes necessários e melhorias contínuas (Oliveira; Ferreira; Oliveira; Tavares, 2020). Além disso, é fundamental promover a participação ativa dos idosos na formulação e avaliação das políticas, garantindo que suas vozes sejam ouvidas e consideradas nas decisões que afetam suas vidas (Silva *et al.*, 2009).

A avaliação de políticas e programas abrange diversos aspectos, incluindo a verificação da adequação do desenho do programa aos seus objetivos e finalidades, a conformidade dos serviços e ações prestados com as metas estabelecidas no planejamento, a mensuração dos efeitos (resultados e/ou impactos) e a análise da validade dos benefícios da política em relação aos seus custos. Neste contexto, a avaliação das políticas públicas de saúde direcionadas às pessoas idosas emerge como um elemento crucial para assegurar a implementação efetiva e a manutenção desses princípios de acessibilidade e integralidade. A análise sistemática das estruturas, processos e resultados dessas políticas é vital para informar a tomada de decisões e promover ajustes necessários, visando melhorar a eficácia, eficiência e equidade (Santos; Silva; Angulo-Tuesta; Santos, 2023; Brasil, 2023).

A utilização de indicadores de qualidade é uma estratégia eficaz para avaliar a eficácia das políticas de saúde. Esses indicadores devem abranger várias dimensões, incluindo acesso, utilização, satisfação dos usuários, resultados clínicos e eficiência. A análise desses indicadores fornece uma visão abrangente da efetividade das políticas e ajuda a identificar áreas que necessitam de melhorias. A coleta e análise sistemática desses dados são essenciais para a tomada de decisões informadas e baseadas em evidências (Brasil, 2006).

Diante dos desafios identificados, diversas estratégias podem ser adotadas para melhorar a qualidade das políticas de saúde da pessoa idosa. Investir em infraestrutura e tecnologias de informação é uma dessas estratégias. A telemedicina, por exemplo, pode ser uma ferramenta valiosa para ampliar o acesso aos cuidados de saúde, especialmente em regiões remotas (OPAS, 2023). Além disso, é importante fortalecer a articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, garantindo uma continuidade de cuidados que é fundamental para a saúde das pessoas idosas.

O impacto social das políticas de saúde da pessoa idosa é significativo. Políticas bem-sucedidas podem contribuir para a promoção da autonomia, independência e bem-estar dos idosos, reduzindo a incidência de doenças crônicas e melhorando a satisfação com os serviços de saúde (Silva et al., 2009). Para isso, é essencial que as políticas promovam estilos de vida saudáveis e envolvam a comunidade no cuidado e suporte aos idosos (Brasil, 2006).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um diagnóstico das estratégias para avaliação das políticas públicas de atenção à saúde da pessoa idosa, para a melhoria da qualidade do cuidado à saúde.

3.2 Objetivos específicos

- a) Objetivo específico 1: Identificar na literatura os modelos e instrumentos disponíveis para análise das estratégias de políticas públicas voltadas para a qualidade do cuidado à saúde da pessoa idosa;
- b) Objetivo específico 2: Descrever as estratégias e políticas públicas de saúde voltadas para a população idosa.
- c) Objetivo específico 3: Propor indicadores que possam favorecer a avaliação e monitoramento da implementação da Política Pública de Saúde da Pessoa Idosa.

4 MÉTODO

4.1 Delineamento da Pesquisa

Trata-se de um estudo de desenvolvimento metodológico em saúde, constituído em duas fases: I - Revisão de Escopo (Scoping Review); II - Desenvolvimento da Matriz de indicadores de avaliação em saúde da pessoa idosa.

Para facilitar a compreensão didática sobre o desenvolvimento da pesquisa, será fornecida uma descrição de cada fase a seguir.

4.2 Fase 1 - Revisão de Escopo (*Scoping Review*)

A Revisão de Escopo (RE) emerge como uma metodologia de síntese de evidências em franca expansão, instrumental na delimitação da amplitude e natureza das evidências disponíveis concernentes a um tópico, campo disciplinar ou construto teórico específico (Pollock *et al.*, 2023). As REs desempenham um papel crucial na elucidação de conceitos basilares, na identificação de atributos relevantes e na explicitação de lacunas de pesquisa prementes, frequentemente servindo como um prelúdio essencial para a condução de revisões sistemáticas subsequentes. Em contraposição às revisões sistemáticas, que se caracterizam pela investigação de questões de pesquisa altamente focalizadas acerca da eficácia de intervenções específicas, as revisões de escopo adotam uma abordagem mais abrangente, direcionada à caracterização descritiva e ao mapeamento sistemático do corpo de literatura existente (Pollock *et al.*, 2023; Peters *et al.*, 2022; Khalil *et al.*, 2021; Tricco *et al.*, 2018).

Um dos obstáculos primordiais na condução de REs reside na escassez de profissionais devidamente capacitados na metodologia. Adicionalmente, muitos pesquisadores negligenciam a importância da elaboração a priori de um protocolo de pesquisa, um instrumento fundamental para o estabelecimento de um roteiro claro e objetivo, a mitigação de vieses metodológicos e a garantia da transparência do processo de revisão (Peters *et al.*, 2022).

Um protocolo bem estruturado exerce um papel crucial na superação de desafios, ao fornecer uma estrutura concisa e direcionada para a condução da RE. Tal protocolo deve apresentar uma descrição detalhada dos parâmetros da revisão, incluindo os critérios de inclusão e exclusão de estudos, as estratégias de busca de literatura e os métodos de análise dos dados extraídos. O registro ou a publicação de protocolos revisados por pares também contribui para

a avaliação e o feedback construtivo da comunidade científica, fomentando a colaboração e aprimorando a qualidade e a credibilidade das REs (Peters *et al.*, 2022).

Para a estruturação eficaz de uma RE, o mnemônico PCC (População, Conceito e Contexto) se revela essencial. O termo "População" refere-se ao grupo de indivíduos ou ao objeto de estudo sob investigação. O "Conceito" representa o foco central da revisão, ou seja, o fenômeno ou tema de interesse primordial. O "Contexto", por sua vez, abrange as circunstâncias ou os ambientes nos quais a população e o conceito são examinados. A definição clara desses elementos contribui para a delimitação precisa dos objetivos da revisão, a determinação dos critérios de inclusão e exclusão de estudos e a facilitação da identificação e incorporação de estudos relevantes (Pollock *et al.*, 2023; Peters *et al.*, 2022).

O diagrama de fluxo PRISMA, adaptado para REs, oferece um formato estruturado e transparente para relatar o processo de seleção de estudos. Trata-se de uma representação visual que ilustra as quatro etapas principais de uma RE (identificação, triagem, elegibilidade e inclusão) e os números correspondentes de registros em cada etapa. O diagrama emprega caixas e setas para demonstrar o fluxo de registros ao longo do processo de revisão, desde a busca inicial até a inclusão final dos estudos selecionados (Peters *et al.*, 2022).

Na etapa de identificação, os termos de busca, as palavras-chave e os descritores selecionados pelos pesquisadores são aplicados nas bases de dados e em outras fontes de informação relevantes (incluindo a literatura cinzenta) previamente determinadas. Na etapa de triagem, procede-se à remoção de registros duplicados (com o devido registro da quantidade removida) e à leitura dos títulos e resumos, considerando os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, de modo a excluir os estudos não pertinentes ao tema da revisão. Na etapa de elegibilidade, realiza-se a leitura integral dos documentos selecionados na etapa anterior, reavaliando-os à luz dos critérios de inclusão e exclusão. Tanto na etapa de triagem quanto na etapa de elegibilidade, devem ser apresentadas justificativas claras e concisas para as exclusões realizadas. A etapa de inclusão, por fim, especifica o número final de estudos que foram efetivamente incluídos na RE (Pollock *et al.*, 2023; Khalil *et al.*, 2021; Tricco *et al.*, 2018).

É imperativo observar as recomendações do Joanna Briggs Institute (JBI), uma organização internacional de pesquisa em saúde reconhecida por desenvolver metodologias rigorosas para a síntese de evidências. O JBI elaborou o "JBI Manual for Evidence Synthesis" (Peters *et al.*, 2022) e recomenda a utilização do "Preferred Reporting Items for Systematic and Meta-Analyses – Extension for Scoping Reviews" (PRISMA-ScR) (Tricco *et al.*, 2018).

Nesse contexto, com o objetivo de fornecer uma análise abrangente do tema em questão, foi conduzida uma RE com o propósito de sintetizar o conhecimento atual e a literatura

existente sobre a avaliação das estratégias de políticas públicas voltadas para a qualidade do cuidado à saúde da pessoa idosa. Esta RE foi conduzida em consonância com a metodologia proposta pelo "*JBIManual for Evidence Synthesis*", seguiu as recomendações do PRISMA-ScR e teve seu protocolo elaborado e registrado na *Open Science Framework* sob registro de número: DOI 10.17605/OSF.IO/AV4WH e artigo de protocolo previamente publicado no *Jornal BMJ Open* (Amorim *et al.*, 2024), disponibilizado no item 5.1 desta tese.

4.3 Fase 2 – Desenvolvimento do instrumento de indicadores de avaliação

As pesquisas metodológicas desempenham um papel crucial na investigação, organização e análise de dados, visando à construção, validação e avaliação de instrumentos de pesquisa (Polit; Beck, 2006). A crescente ênfase na prática baseada em evidências e na busca por resultados eficazes tem impulsionado a utilização de instrumentos validados, resultando em um esforço concentrado de pesquisadores no desenvolvimento de instrumentos específicos, na adaptação transcultural de ferramentas existentes e no aprimoramento de instrumentos já consolidados. Essa dedicação proporciona aos usuários escalas com validade e confiabilidade comprovadas (Souza; Alexandre; Guirardello, 2017; Perroca, 2011).

Para serem considerados adequados ao uso, esses instrumentos devem fornecer dados precisos, válidos, interpretáveis e cientificamente robustos. A eficácia desses instrumentos repousa, fundamentalmente, em sua confiabilidade e validade, atributos considerados essenciais pelos pesquisadores na avaliação de instrumentos de coleta de dados (Perroca, 2011).

A confiabilidade, também denominada fidedignidade, refere-se ao grau de precisão do instrumento, refletindo sua capacidade de reproduzir resultados consistentes ao longo do tempo, em diferentes contextos ou com observadores distintos (Perroca, 2011). Três critérios principais sustentam a avaliação da confiabilidade: estabilidade, consistência interna e equivalência. A estabilidade indica a consistência dos resultados em momentos distintos; a consistência interna verifica se todos os componentes do instrumento medem a mesma característica; e a equivalência avalia a concordância entre diferentes observadores (Souza; Alexandre; Guirardello, 2017). Embora a confiabilidade não constitua o foco central desta tese, a construção de uma matriz de indicadores ancorado no referencial teórico proposto na fase I desta pesquisa, resulta em uma proposta de indicadores.

No contexto do desenvolvimento de indicadores de qualidade para avaliar a política pública de saúde da pessoa idosa, a disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e

confiáveis emerge como condição essencial (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020). Essa premissa alicerça a análise objetiva da situação sanitária, a tomada de decisões baseadas em evidências e a programação de ações de saúde eficazes e direcionadas (Nutbeam, 1996). A mensuração do estado de saúde da população, historicamente centrada no registro de dados de mortalidade e sobrevivência, expandiu-se para abranger outras dimensões cruciais, como morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais (Dahlgren; Whitehead, 2021). Os indicadores de saúde, portanto, são ferramentas desenvolvidas para quantificar e avaliar essas informações de forma sistemática (Murray *et al.*, 2008).

Em termos gerais, os indicadores de saúde são medidas-síntese que condensam informações relevantes sobre atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde (WHO, 2018). Quando analisados em conjunto, esses indicadores devem refletir a situação sanitária de uma população e orientar a vigilância das condições de saúde, permitindo a identificação de áreas críticas e grupos populacionais com maiores necessidades (Beaglehole *et al.*, 2008). A construção de um indicador pode variar em complexidade, desde a simples contagem de casos de uma doença até o cálculo de proporções, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer (WHO, 2023).

A qualidade de um indicador é intrinsecamente ligada às propriedades dos dados utilizados em sua formulação e à precisão dos sistemas de informação empregados (Victora *et al.*, 2019). Nesse sentido, a validade (capacidade de medir o que se pretende) e a confiabilidade (capacidade de reproduzir os mesmos resultados em condições similares) são atributos cruciais (Carmines; Zeller, 1979). A validade, por sua vez, é determinada pela sensibilidade (capacidade de detectar o fenômeno analisado) e pela especificidade (capacidade de detectar somente o fenômeno analisado) (Bland; Altman, 1994). Outros atributos relevantes incluem a mensurabilidade (basear-se em dados disponíveis ou de fácil obtenção) (AbouZahr; Boerma, 2005), a relevância (responder a prioridades de saúde) (Kelly; Barker, 2016) e a custo-efetividade (os resultados justificam o investimento de tempo e recursos) (Drummond *et al.*, 2005). Além disso, espera-se que os indicadores sejam facilmente analisados, interpretados e compreendidos pelos usuários da informação, especialmente gerentes, gestores e atores envolvidos no controle social do sistema de saúde (Kickbusch, 2003).

Para um conjunto de indicadores, a integridade (dados completos) e a consistência interna (valores coerentes e não contraditórios) são atributos de qualidade importantes (Kruk *et al.*, 2018). A comparabilidade dos indicadores de saúde depende da aplicação sistemática de definições operacionais e de procedimentos padronizados de medição e cálculo (Riley *et al.*,

2016). A seleção do conjunto básico de indicadores deve ajustar-se à disponibilidade de sistemas de informação, fontes de dados, recursos, prioridades e necessidades específicas em cada região (Magnusson; Lima; Silva; Araújo, 2003). A manutenção desse conjunto deve depender de instrumentos e métodos simples, para facilitar a sua extração regular dos sistemas de informação (Atun *et al.*, 2015). Para assegurar a confiança dos usuários na informação produzida, é fundamental monitorar a qualidade dos indicadores, revisar periodicamente a consistência da série histórica de dados e disseminar a informação com oportunidade e regularidade (Tuft, 2001).

Quando gerados de forma regular e manejados em um sistema dinâmico, os indicadores de saúde se tornam instrumentos valiosos para a gestão e avaliação da situação de saúde em todos os níveis (Berwick, 2003). Um conjunto de indicadores bem definido produz evidências sobre a situação sanitária e suas tendências, servindo como base empírica para identificar grupos com maiores necessidades de saúde, estratificar o risco epidemiológico e identificar áreas críticas (Health Metrics and Evaluation [IHME], 2020). Dessa forma, os indicadores fornecem insumos essenciais para o estabelecimento de políticas e prioridades mais ajustadas às necessidades da população idosa (Marmot, 2010).

Além de prover matéria-prima para a análise, a disponibilidade de um conjunto básico de indicadores facilita o monitoramento de objetivos e metas em saúde, estimula o fortalecimento da capacidade analítica das equipes e promove o desenvolvimento de sistemas de informação mais robustos e eficientes (Jha *et al.*, 2006).

O desenvolvimento do instrumento de indicadores de avaliação, no presente estudo, foi conduzido em três etapas distintas: a definição do constructo de interesse (o conceito a ser avaliado); a identificação de seus domínios (categorias e subcategorias), partindo da concepção ampla de saúde na qual se incluem aspectos sociais, econômicos, de serviços de saúde, morbidade e mortalidade, funcionalidade; Geração e Seleção dos Indicadores, com base nos domínios definidos, foi realizada uma busca sistemática de indicadores existentes em fontes como OMS, MS, SISAP- Idoso, RIPS, IEPADATA, ODS; entre outros; e, por fim, Definição Operacional dos Indicadores e o instrumento propriamente dito (Alexandre; Coluci, 2011).

O constructo foi desenvolvido com base na definição do IOM (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA) para a qualidade do cuidado em saúde: "Qualidade da assistência é o grau em que as organizações de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional corrente" (IOM, 1990, p. 26). Este processo considerou os atributos da qualidade, tais como segurança, eficácia, eficiência, oportunidade, equidade e cuidado centrado no paciente (IOM, 2001).

Adicionalmente, utilizou-se o modelo de avaliação da qualidade em serviços de saúde proposto por Avedis Donabedian (1980), que abrange estrutura, processo e resultado. Dessa forma, foi possível elaborar e caracterizar o constructo de maneira abrangente e coerente.

5 RESULTADOS

Os três primeiros resultados, elaborados em formato de artigo, respondem diretamente aos objetivos iniciais estabelecidos nesta tese de doutorado. Por outro lado, os resultados concernentes aos dois últimos objetivos foram apresentados posteriormente, seguindo o formato convencional de uma redação de tese.

Objetivo específico 1: Identificar na literatura os modelos e instrumentos disponíveis para análise das estratégias de políticas públicas voltadas para a qualidade do cuidado à saúde da pessoa idosa:

- ✓ **Artigo 1** (Publicado na revista: BMJ Open – A1) – “*Evaluation instruments for public health policies for elderly care: a scoping review protocol*” (2024).
- ✓ **Artigo 2** (submetido na revista BMJ Open) – “*Evaluation instruments for public health policies on elderly care: a scoping review* (2025)”.

Objetivo específico 2: Descrever detalhadamente as políticas públicas de saúde voltadas para a população idosa:

- ✓ **Artigo 3** (Aprovado na revista: Health Sciences Journal – B2) – “*Health Care Strategies for the Elderly: a global overview*” (2025).

Objetivo específico 3: Propor um instrumento que facilite a avaliação e monitoramento eficaz da implementação da Política Pública de Saúde da Pessoa Idosa.

- ✓ Protótipo de Instrumento de Indicadores.

5.1 Artigo 1 – Instrumentos de avaliação das políticas públicas de saúde para o cuidado ao idoso: um protocolo de revisão de escopo. Publicado na revista BMJ Open

BMJ Open Evaluation instruments for public health policies for elderly care: a scoping review protocol

Margareth Santos de Amorim ¹, Kleyton Santos de Medeiros ^{2,3}, Clarissa Terenzi Seixas,⁴ Thaiza Teixeira Xavier Nobre^{1,2}

To cite: Amorim MS, Medeiros KS, Seixas CT, *et al.* Evaluation instruments for public health policies for elderly care: a scoping review protocol. *BMJ Open* 2024;**14**:e091477. doi:10.1136/bmjopen-2024-091477

Prepublication history for this paper is available online. To view these files, please visit the journal online (<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-091477>).

Received 22 July 2024

Accepted 08 November 2024

ABSTRACT

Introduction The global phenomenon of population ageing is expanding rapidly, with WHO projecting that the number of individuals aged 60 and over will reach 2.1 billion by 2050, a significant rise from 900 million in 2015. This pronounced growth poses substantial challenges to healthcare systems globally, necessitating the development of effective public policies to ensure adequate access to healthcare services for the elderly demographic. In this context, this scoping review aims to identify and analyse theoretical and logical models, as well as evaluation instruments, of public policies directed at elderly healthcare.

Methods and analysis This scoping review protocol is developed in accordance with the Joanna Briggs Institute manual and guided by the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews. Article searches will be conducted in the following databases: Embase, Medline/PubMed, Scopus, Web of Science, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences and Science Direct. Additionally, searches will be performed on Google Scholar and in the grey literature (www.opengrey.eu). The search strategy will be conducted in January 2025, without language restriction for identifying texts. A descriptive analysis of the mapped studies will be conducted, categorising them by analysis categories. The results will be presented through a narrative summary of the findings to examine how they correlate with the review's objective and research question.

Ethics and dissemination This study does not require ethical review due to its nature. The results will be submitted for publication in a peer-reviewed journal and presented at a scientific conference.

Trial registration number Open Science Framework: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/AV4WH>.

INTRODUCTION

Population ageing is an ongoing global phenomenon, characterised by an increasing number of elderly individuals worldwide. According to WHO, the global elderly population (aged 60 and over) is projected to reach 2.1 billion by 2050.¹ In Brazil, the elderly population has already reached 14.5 million, accounting for 9.1% of the total population,

STRENGTHS AND LIMITATIONS OF THIS STUDY

- ⇒ The protocol was developed following the Joanna Briggs Institute methodological framework as described in its manual for evidence synthesis, for conducting a scoping review.
- ⇒ A comprehensive search strategy will be conducted using bibliographic databases, without limitations on study design or time frame.
- ⇒ The review will adhere to the framework originally proposed by Arksey and O'Malley and refined by Levac *et al.*

with projections exceeding 30 million by 2025.² Despite this global trend, significant disparities exist among countries regarding access to healthcare and elderly care services. Hence, it is necessary to identify and implement the best strategies for evaluating public health policies for the elderly and ensuring comprehensive access to healthcare services.³ The rise in life expectancy comes with its challenges. With population ageing, new demands arise concerning health and social care, as well as challenges related to the economy and sustainability of the social security system.⁴ Additionally, advanced age is associated with an increased risk of developing chronic diseases and physical and mental limitations, including depression.^{5 6} In this context, promoting healthy ageing has become a priority for healthcare systems worldwide. The literature emphasises the importance of an integrated approach, considering the physical, psychological and social dimensions of ageing.⁷ Prevention and treatment strategies for chronic diseases, along with interventions aimed at maintaining autonomy and functionality, are crucial for promoting active and healthy ageing.⁸ New challenges arise for healthcare systems and public policies, requiring the implementation of specific strategies to ensure effective care for the elderly population. Health



© Author(s) (or their employer(s)) 2024. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use. See rights and permissions. Published by BMJ Group.

¹Postgraduate Program in Public Health, Federal University of Rio Grande do Norte, Natal, Brazil

²Postgraduate Program Health Sciences, Federal University of Rio Grande do Norte, Natal, Brazil

³Instituto de Ensino, Pesquisa e Inovação, Liga Contra o Câncer, Natal, Rio Grande do Norte, Brazil

⁴Paris Cité University, Paris, France

Correspondence to

Professor Margareth Santos de Amorim;
margaromamorim@gmail.com

programmes should encompass preventive actions and therapeutic interventions to address chronic and disabling conditions among the elderly.⁹

In Brazil, due to the increasing demand for complex healthcare services, integrated care systems have emerged to address multiple health conditions and require coordination among healthcare providers. These services include health promotion, prevention and recovery. The Brazilian healthcare system is divided into primary care, medium complexity and high complexity services, all under the Unified Health System (SUS). However, it faces challenges in managing and providing care for the elderly population.¹⁰

A similar situation is observed in other countries where healthcare systems are also struggling to adapt to population ageing and its specific demands.^{10 11} It is essential to review public health policies to optimise the system's functioning and meet the growing needs of this group, providing them with comprehensive high-quality care. Strategic investments, such as improving the qualifications of healthcare professionals and enhancing the infrastructure of care units, are indispensable for overcoming these challenges.¹² Additionally, the active participation of society, through social control, plays a crucial role in the ongoing surveillance and evaluation of health policies targeting the elderly population,¹³ focusing on comprehensive and priority care for preventive activities, without neglecting assistance services.¹⁴

This approach is also adopted by other countries, such as Canada, which recognises comprehensiveness as one of the pillars of its healthcare system.¹⁵ Therefore, it is necessary to evaluate health policies and programmes in the international context to identify best practices to ensure comprehensive and effective care for the elderly population.³

Although comprehensiveness is a widely recognised and adopted approach, some countries still face challenges in implementing it in practice. Obstacles such as lack of resources and fragmentation of healthcare services must be addressed, promoting a cultural shift regarding the importance of prevention and comprehensive healthcare.¹⁶

In light of this context, it is essential for society and public policies to adapt to demographic and health changes related to population ageing, ensuring access to quality healthcare tailored to the needs of the elderly.¹⁷ Promoting policies and programmes that encourage active and healthy ageing, with physical, social and cultural activities, is also essential for maintaining the health and well-being of the elderly.¹⁸

This review aims to identify studies that can assist decision-making in the theoretical–methodological field, as well as mapping theories and methodologies that will support researchers and, to some extent, healthcare workers, managers and health policymakers.¹⁹ Thus, this mapping aims to identify theoretical/logical models and evaluation instruments regarding public health policies for the elderly worldwide.²⁰

METHODS

This protocol outlines a scoping review conducted in accordance with the Joanna Briggs Institute (JBI) guidelines. The review adheres to the framework originally proposed by Arksey and O'Malley²¹ and refined by Levac *et al.*²² It is further guided by the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) (online supplemental appendix 1).

The methodology for conducting the scoping review will follow these steps: (1) identification of the research question; (2) identification of relevant studies; (3) selection of studies; (4) data mapping; (5) collation, summarisation and reporting of results; and (6) consultation. The scoping review protocol will be registered on the Open Science Framework (DOI: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/AV4WH>) to catalogue ongoing reviews and prevent unnecessary duplication of research efforts.

Step 1: identification of the research question

To guide the formulation of the study's guiding questions, the PCC mnemonic elements will be used, where 'P' stands for population, 'C' for concept and 'C' for

Table 1 Scoping review questions

Questions	Population (P)	Concept (C)	Context (C)
What assessment tools are available for analysing strategies to improve the elderly population's access to healthcare services?	Public health policies for the elderly population	Healthcare services	Evaluation instruments for elderly health policies and access to system
What assessment tools are available for analysing public health policies for the elderly?			Universal and free healthcare for
In which geographical contexts (countries) and healthcare access levels (primary, secondary, tertiary, etc) are the assessment tools for elderly public health policies and access to healthcare services used?			

Table 2 Key concepts for research questions

Concept	Definition
Public health policies for the elderly	A set of governmental actions and programmes aimed at promoting, protecting, and restoring the health of the elderly population, ensuring healthy ageing and maintaining quality of life. These policies are based on national and international guidelines to meet the specific needs of the elderly. ²³
Access to healthcare services	The ability of the elderly population to obtain necessary healthcare services, including availability, accessibility, acceptability, and quality of services provided at different levels of care (primary, secondary and tertiary). ²⁴
Policy evaluation instruments	Tools and methods used to measure and analyse the effectiveness of public health policies for the elderly population, assessing their impact on the health and well-being of the elderly. These instruments are essential for guiding decision-making and continuous improvement of policies. ²⁵
Quality of care for the elderly	The extent to which healthcare services are provided to the elderly population increases the likelihood of desired outcomes, aligned with best practices and current professional knowledge, promoting healthy ageing. ²⁶
Equity in healthcare access	A principle that ensures all elderly individuals, regardless of personal, socioeconomic, or geographical characteristics, have equal opportunities to access necessary healthcare services, avoiding discrimination and inequalities. ²⁷
Elderly healthcare networks	The organisation of healthcare services in an integrated and continuous manner to meet the specific needs of the elderly population, involving different levels of care (primary, secondary and tertiary) and intersectoral collaboration. These networks aim to ensure coordination and continuity of care. ²⁸
Policy performance evaluation	The process of measuring and analysing how public health policies for the elderly population are being implemented and their impact on health outcomes, including indicators of access, quality and equity. ²⁹
Health system performance evaluation	A recognised approach to measure and analyse how well a universal and free healthcare system is achieving its ultimate goals (eg, improving the health of the elderly population) and how its performance in relation to intermediate goals, such as access and coverage, contributes to achieving these goals. ³⁰

Context. The guiding questions for this study are detailed in [table 1](#), and the key concepts are outlined in [table 2](#).

Step 2: identifying relevant studies

Data sources

The search for articles will be conducted in the following open and controlled databases: Embase, Medline/ PubMed, Scopus, Web of Science, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences and Science Direct. To access scientific documents not available through usual channels, grey literature will also be included in the search. For grey literature, searches will be conducted in Google Scholar (manuals, reports, documents, books and conference proceedings), www.open-grey.eu and documents produced by governmental and non-governmental organisations such as the Ministry of Health, WHO, Global Health, Health Foundation and the European Observatory on Health Systems and Policies.

Search strategy

A specific search strategy will be defined for each database, guided by the inclusion and exclusion criteria. English descriptors will be used according to keywords, Health Sciences Descriptors, and Medical Subject Headings: 'Public Health Policies', 'access to health services',

'elderly population', 'health system', 'evaluation instruments', 'surveys and questionnaires' and 'assessment'. The search terms will be combined using the Boolean operators 'AND' and 'OR' for refinement ([table 3](#)).

The search strategy will be executed in three phases guided by a protocol. The first phase involves an initial search in at least two online databases and documents produced by governmental and non-governmental organisations. This initial search will be followed by an analysis of the keywords and text descriptors in the titles and abstracts of the retrieved articles and the indexing terms used to describe the studies.

The second phase will use all combined keywords and descriptors in the remaining databases. In the third phase, the reference lists of the identified reports and articles will be searched for additional sources. This phase will examine the reference lists of all identified sources or only reference lists of selected full-text sources included in the review. It will be specified which group of sources was examined.

Step 3: study selection

Peer review will be conducted on electronic search strategies, as it is highly recommended for systematic reviews, health technology assessments and other evidence

Table 3 Search strategy**Search strategy**

Medline/PubMed ('Access to health services' AND ('health systems' OR 'Public Health Policies OR 'elderly population' OR 'quality initiative' OR 'evaluation instruments' OR 'elderly health policy planning' AND ('surveys and questionnaires' OR 'assessment' OR 'evaluation'))

Web of Science Elderly OR elderly people OR elderly population (Title) and Public Health Health Policy OR Government Policies and Organization OR Health Policies OR Health Policies, National (All Fields) and evaluation instruments OR surveys OR questionnaires (All Fields)

BVS/LILACS (Elderly OR elderly people OR Health of the Elderly) AND (Public Health OR Health Policy OR Government Policies and Organization OR Health Policies OR Health Policies, National) AND ((evaluation instruments OR surveys OR questionnaires))

syntheses.¹⁶ The reviewers will specify the languages considered for inclusion in the review, as well as the time-line, providing appropriate and clear justification for their choices.

Data selection will be based on prespecified inclusion criteria in the protocol. Source selection (both title/abstract screening and full-text screening) will be performed independently by two reviewers. The resolution of discrepancies will be done by consensus first, and only if consensus cannot be reached, will a third reviewer be involved.

A narrative description of the process will be provided, accompanied by a PRISMA-ScR flowchart detailing the research flow through source selection, duplicates, full-text retrieval, potential additions from the third search, data extraction and evidence presentation if necessary. The software 'Mendeley' will be used to manage the search results, gathering, storing and organising references. The reference manager will allow organising references into different groups, facilitating sharing.

Inclusion criteria

The following inclusion criteria will be used to identify and select relevant publications on the topic: (1) articles addressing the theme, including systematic reviews, narrative reviews, governmental reports or working group reports describing some evaluation instrument for public health policies for the elderly, and (2) publications with at least one conceptual framework related to the evaluation of access to services in the health system. There will be no language restrictions when selecting the studies.

Exclusion criteria

Studies will be excluded based on the following criteria: (1) documents and publications that do not adequately describe or cite (explicit, unequivocal and accessible citation) the evaluation instruments; (2) studies that consider only tools applied to a restricted theme (a specific pathology, a specific care service, etc), not applicable to policy monitoring in another context or care service; and (3) incomplete studies, duplicate publications, and studies in the design phase.

Step 4: data extraction

An electronic form will be used for information extraction, filled out independently by two researchers. The file will be converted to a format compatible with Microsoft Excel, creating a text-mining database for the subsequent phase of this review. The following information will be mapped by the reviewers: study identification (title, first author, institution, year, objectives, study design, sample/participants and funding) and data related to the research questions (geographical/country context and clinical contexts where quality strategy instruments were used, evaluation instrument/questionnaire used to analyse the policy and quality strategy).

Step 5: analysis and interpretation of results

Descriptive analysis of the mapped studies will be conducted based on the concepts described in the data extraction form and other relevant characteristics of the findings.

The content of the included studies will be categorised based on the following proposed review objectives: Theoretical-logical models used to analyse the policy and strategy of access for the elderly population to health systems.

Evaluation instruments for analysing the policy and strategy of access for the elderly population. Geographical and clinical contexts of using policy and strategy instruments for the elderly population's access to health systems.

The results will be synthesised to address the research questions and the proposed objective.

A narrative summary of the mapped findings will be prepared to verify how the results correlate with the review's objective and research question.

Step 6: expert consultation

Preliminary data obtained in the previous step will be submitted to a panel of experts in care quality. Initially, experts will be invited via email, explaining the purpose of the contact, study's defined objectives, research questions and preliminary results.

There will also be a remote meeting to discuss the results. This procedure aims to build better evidence and

a higher level of significance, content knowledge and perspective on the preliminary results.

Patient and public involvement statement

This is a protocol for a scoping review; the research will be conducted based on a wide and comprehensive literature search from relevant databases; the individual patient data will not be included.

Ethical approval

Approval from the research ethics committee is not required due to the study's public domain nature.

Ethics and dissemination

The findings are expected to be submitted for publication in a peer-reviewed journal and presented at a scientific conference.

Contributors TTXN and CTS proposed the study and supervised the development of the protocol. MSdA and KSM designed the study. All authors contributed to the discussion of the theoretical and methodological aspects of the study. MSdA and KSM conducted the pilot searches to inform the search strategy. All authors reviewed the protocol and approved the final version for publication.

Funding This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) -Finance Code 001

Competing interests None declared.

Patient and public involvement Patients and/or the public were not involved in the design, or conduct, or reporting, or dissemination plans of this research.

Patient consent for publication Not applicable.

Provenance and peer review Not commissioned; externally peer reviewed.

Supplemental material This content has been supplied by the author(s). It has not been vetted by BMJ Publishing Group Limited (BMJ) and may not have been peer-reviewed. Any opinions or recommendations discussed are solely those of the author(s) and are not endorsed by BMJ. BMJ disclaims all liability and responsibility arising from any reliance placed on the content. Where the content includes any translated material, BMJ does not warrant the accuracy and reliability of the translations (including but not limited to local regulations, clinical guidelines, terminology, drug names and drug dosages), and is not responsible for any error and/or omissions arising from translation and adaptation or otherwise.

Open access This is an open access article distributed in accordance with the Creative Commons Attribution Non Commercial (CC BY-NC 4.0) license, which permits others to distribute, remix, adapt, build upon this work non-commercially, and license their derivative works on different terms, provided the original work is properly cited, appropriate credit is given, any changes made indicated, and the use is non-commercial. See: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>.

ORCID iDs

Margareth Santos de Amorim <http://orcid.org/0000-0002-7112-1980> Kleyton Santos de Medeiros <http://orcid.org/0000-0002-4105-7535>

REFERENCES

- World Health Organization. Ageing and health. 2024. Available: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo 2022. panorama- IBGE. Brasília, DF; 2022. Available: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama>
- United Nations. Department of economic and social affairs. population division. world population ageing, 2019 highlights. New York: United Nations; 2019. Available: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>
- Dogra S, Dunstan DW, Sugiyama T, et al. Active Aging and Public Health: Evidence, Implications, and Opportunities. *Annu Rev Public Health* 2022;43:439–59.
- Cardoso R. Envelhecimento e saúde pública: desafios e oportunidades. *Rev Saúde Pública*; 2022.
- de RM, Favoreto D, da SG, et al. Saúde mental e envelhecimento. de maio de; 2011. Available: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistaspsico/article/view/5315>
- Vieira Martins AC, Roberts Martins Piemontez B, Roberts Piemontez G. Atividade física e a depressão em idosos: uma revisão bibliográfica. *fiep-bulletin*. de maio de; 2024. Available: <https://www.fiepbulletin.net/fiepbulletin/article/view/6496>
- Canadian Nurses Association. Advanced practice nursing. Ottawa, Canada: Canadian Nurses Association; 2024. Available: <https://www.cna-aiic.ca/en/nursing/advanced-nursing-practice>
- Rigoli F, Dussault G. The interface between health sector reform and human resources in health. *Hum Resour Health* 2003;1:9.
- Caberlon IC, Santos SG, Marcon SS. The impact of the COVID-19 pandemic on elderly care: Challenges and strategies. *J Aging Soc Policy* 2021;33:500–14.
- Cordeiro H, Soares V. Health policies for the elderly in Brazil: A comprehensive review. *J Gerontol Soc Work* 2019;62:609–23.
- Mendes EV. O papel do controle social na formulação e implementação das políticas públicas de saúde. *Saúde Soc* 2020;29.
- Constituição Da República Federativa Do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- Government of Canada. The Canada Health Act; Ottawa Government of Canada; 1984.
- Silva Junior AG, Lima MG. Desafios para a implementação da integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciênc Saúde Colet* 2020;25:1341–50.
- Veras RP. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública* 2019;53:55.
- Kislaya I, et al. Envelhecimento ativo e saudável: políticas e programas de promoção. *Health Policy* 2020;124:1077–86.
- Souza L, Paim JS. Avaliação de políticas de saúde para idosos: contribuições teóricas e metodológicas. *Ciênc Saúde Colet* 2021;26:2361–74.
- Costa GM, et al. Modelos teóricos e instrumentos de avaliação das políticas de saúde do idoso: uma revisão de escopo. *Int J Health Plann Manage* 2022;37:25–40.
- Ministério da Saúde. Política nacional de saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. Available: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_idosa.pdf
- Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol* 2005;8:19–32.
- Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci* 2010;5:69.
- Travassos C, Martins M. Acesso e uso de serviços de saúde no Brasil: questões, métodos e evidências. *Ciência & Saúde Coletiva* 2020;25:429–42.
- Rosenberg M, Parker R. Evaluation of health policies for the elderly: methods and tools. *Int J Health Policy Manag* 2019;333–40. Available: https://www.ijhpm.com/article_3598.html
- World Health Organization (WHO). Quality of care in older people: what is quality of care and how can it be measured? who report. 2018. Available: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-of-care>
- Braveman P, Gottlieb L. The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. *Public Health Rep* 2014;129:19–31.

Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Quarterly* 2005;83:457–502.

Oelke ND, Stiphout ML, Suter E, *et al.* Measuring intersectoral collaboration in a health care setting: A knowledge synthesis. *Int J Integr Care* 2016;16:11.

Lozano R, Fullman N, Mumford JE, *et al.* Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet* 2020;396:1250–84.

Carroll C, Sworn K, Booth A, *et al.* Equity in healthcare access and service coverage for older people: a scoping review of the conceptual literature. *Integr Healthc J* 2022;4:e000092.

BMJ Open

BMJ Open

EVALUATION INSTRUMENTS FOR PUBLIC HEALTH POLICIES ON ELDERLY CARE: A SCOPING REVIEW

Journal:	BMJ Open
Manuscript ID	Draft
Article Type:	Original research
Date Submitted by the Author:	n/a
Complete List of Authors:	Amorim, Margareth; Federal University of Rio Grande do Norte Benigno, Marlon Brendo; Centro Universitário Luterano de Palmas, Medeiros, Kleyton ; Federal University of Rio Grande do Norte; Liga Contra o Câncer, Instituto de Ensino, Pesquisa e Inovação Nobre, Thaiza Teixeira Xavier; Federal University of Rio Grande do Norte
Keywords:	Health policy < HEALTH SERVICES ADMINISTRATION & MANAGEMENT, Health Services for the Aged, Aged, Aged, 80 and over

For peer review only - <http://bmjopen.bmj.com/site/about/guidelines.xhtml>



I, the Submitting Author has the right to grant and does grant on behalf of all authors of the Work (as defined in the below author licence), an exclusive licence and/or a non-exclusive licence for contributions from authors who are: i) UK Crown employees; ii) where BMJ has agreed a CC-BY licence shall apply, and/or iii) in accordance with the terms applicable for US Federal Government officers or employees acting as part of their official duties; on a worldwide, perpetual, irrevocable, royalty-free basis to BMJ Publishing Group Ltd ("BMJ") its licensees and where the relevant Journal is co-owned by BMJ to the co-owners of the Journal, to publish the Work in this journal and any other BMJ products and to exploit all rights, as set out in our [licence](#).

The Submitting Author accepts and understands that any supply made under these terms is made by BMJ to the Submitting Author unless you are acting as an employee on behalf of your employer or a postgraduate student of an affiliated institution which is paying any applicable article publishing charge ("APC") for Open Access articles. Where the Submitting Author wishes to make the Work available on an Open Access basis (and intends to pay the relevant APC), the terms of reuse of such Open Access shall be governed by a Creative Commons licence – details of these licences and which [Creative Commons](#) licence will apply to this Work are set out in our licence referred to above.

Other than as permitted in any relevant BMJ Author's Self Archiving Policies, I confirm this Work has not been accepted for publication elsewhere, is not being considered for publication elsewhere and does not duplicate material already published. I confirm all authors consent to publication of this Work and authorise the granting of this licence.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

STRENGTHS AND LIMITATIONS OF THIS STUDY

- There is a limited number of instruments available globally to assess public health policies for the elderly. Primarily, they are more prevalent in Brazil.
- A critical gap has been identified in the standardization of instruments to monitor the impact of elderly health policies, highlighting the need for more integrated and adaptable approaches.
- The heterogeneity of the assessment tools and their varying application contexts make direct comparisons challenging.
- As far as is known, this is the first scoping review focused specifically on instruments for evaluating public health policies for the elderly, filling a gap in the literature by mapping existing assessment tools in this field.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

ABSTRACT

Objectives: This scoping review aims to map and analyze assessment instruments for public health policies targeting the elderly, identifying theoretical models, geographical and clinical contexts, and key elements recommended by the World Health Organization (WHO).

Methods: The review follows the guidelines of the Joanna Briggs Institute (JBI) and is further guided by the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR).

Data Sources: The search for articles was conducted in the databases Embase, Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (Lilacs), Medline/PubMed, Web of Science, and in gray literature in January 2025.

Eligibility Criteria: Publications addressing the topic were included, specifically: (1) studies discussing the subject, including systematic reviews, narrative reviews, government reports, or working group reports describing any instrument for evaluating public health policies for the elderly; and (2) publications with at least one conceptual framework related to evaluating access to healthcare services in any language.

Data Extraction and Synthesis: Data selection was conducted independently by two reviewers, with conflicts resolved by consensus and a third reviewer. Findings were synthesized using a Microsoft Excel-compatible file, creating a text-mining database on public health policies for the elderly.

Results: A total of six studies were included, identifying five assessment instruments applied in three countries. Most studies were conducted in Brazil (66%) and Europe (34%), with a focus on Taiwan and the Netherlands. The most frequently evaluated contexts were Primary Health Care (67%) and Hospital Care (33%).

Conclusions: A critical gap was identified in standardizing instruments to monitor the impact of elderly health policies, suggesting the need for more integrated and adaptable approaches.

Open Science Framework: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/AV4WH>

Keywords: Health Policy; Access to Health Services; Elderly.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

INTRODUCTION

The global demographic transition is reshaping the age structure of the world population, marked by a significant increase in life expectancy and a decline in birth rates. These changes have led to an unprecedented rise in the number of elderly individuals, posing challenges to public health systems worldwide. The World Health Organization (WHO) projects that the population of people aged 60 years or older will double from 1 billion in 2020 to 2 billion in 2050, increasing its proportion from 12% to 22% of the global population¹. Although population aging is an indicator of human progress, it imposes significant challenges, particularly concerning accessibility and comprehensiveness in elderly healthcare¹.

The growing proportion of elderly individuals globally presents various challenges for society, particularly for healthcare systems. In response, several strategies have been developed to better serve the elderly population, including in Brazil. Understanding the evolution of these policies is essential to ensure comprehensive care, addressing system demands in a welcoming manner and providing adequate and effective responses ^{1 2}.

Policy and program evaluation encompasses various aspects, including verifying the adequacy of program design to its objectives, assessing service compliance with established goals, measuring effects (outcomes and/or impacts), and analyzing policy benefits relative to costs. In this context, evaluating public health policies for the elderly emerges as a crucial element in ensuring the effective implementation and maintenance of accessibility and comprehensiveness principles. Systematic analysis of structures, processes, and outcomes of these policies is vital to inform decision-making and promote necessary adjustments to improve effectiveness, efficiency, and equity ^{3 4}.

Additionally, the COVID-19 pandemic has exacerbated the vulnerability of the elderly population, highlighting the need for robust and adaptive public policies that can respond to public health crises while maintaining care continuity and quality ⁵. The pandemic revealed significant gaps in healthcare systems and emergency preparedness, especially in countries with large elderly populations, underscoring the importance of dynamic and evidence-based evaluation strategies ⁵.

Given these arguments, this study aims to map assessment instruments for public health policies targeting the elderly in different health systems worldwide. Specifically, it seeks to (a) identify studies evaluating these policies, (b) identify available instruments for assessing strategic interventions in elderly healthcare policies, and (c) describe the identified instruments using the framework of WHO-recommended elements.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

The results of this review may be useful for countries and states seeking to evaluate their elderly healthcare policies. Such initiatives are essential to promote the dissemination and implementation of integrated strategies to improve elderly healthcare quality.

METHODS

This scoping review was conducted according to the Joanna Briggs Institute (JBI) guidelines, adhering to the framework originally proposed by Arksey and O'Malley ⁶ and refined by Levac, Colquhoun, and O'Brien ⁷. It is further guided by the PRISMA-ScR.

The methodology followed these steps: (1) identifying the research question, (2) identifying relevant studies, (3) selecting studies, (4) data mapping, (5) data collection, summary, and reporting, and (6) consultation. The review protocol was registered on the Open Science Framework (DOI: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/AV4WH>) and previously published in BMJ Open ⁸.

Step 1: Identifying the Research Question To guide the study's key questions, the mnemonic elements of PCC (Population, Concept, and Context) were used. The guiding questions are detailed in supplemental Table 1.

Step 2: Identifying Relevant Studies

Data Sources: The literature search was conducted in the following databases: Embase, Medline/PubMed, Web of Science, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), and ScienceDirect. Additionally, gray literature was included, with searches conducted on Google Scholar, www.opengrey.eu, and documents from government and non-governmental organizations such as the Ministry of Health, WHO, Global Health, Health Foundation, and the European Observatory on Health Systems and Policies.

Search Strategy: A specific search strategy was developed for each database (detailed in supplemental Table 2), guided by inclusion and exclusion criteria. English descriptors based on keywords, Health Science Descriptors, and Medical Subject Headings were used, including 'Public Health Policies,' 'Access to Health Services,' 'Elderly Population,' 'Health System,' 'Evaluation Instruments,' 'Surveys and Questionnaires,' and 'Assessment.' Boolean operators 'AND' and 'OR' were used for refinement.

The search strategy was executed in three phases: an initial search in at least two databases and gray literature sources, a second phase using all keywords and descriptors in

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

remaining databases, and a third phase examining reference lists of identified reports and articles.

Step 3: Study Selection

The selection of documents followed predefined eligibility criteria. Both title and abstract screening, as well as full-text analysis, were conducted independently by two reviewers. Any disagreements were resolved by consensus, with the involvement of a third reviewer for the final decision. The Rayyan software (free version) was used to manage the research results, assisting in the collection, storage, and organization of references, as well as facilitating the blinding process and information sharing among reviewers.

Data selection was based on inclusion criteria pre-specified in the protocol. The selection of sources (title/abstract screening and full-text screening) was performed independently by two reviewers. Discrepancies were resolved by consensus, and only if consensus could not be reached was a third reviewer involved.

A narrative description of the process was provided, accompanied by a detailed PRISMA-ScR flowchart illustrating the research flow, including source selection, duplicate removal, full-text retrieval, potential additions from the third search phase, data extraction, and evidence presentation, if necessary.

The *Mendeley* software was used to manage the research results, collecting, storing, and organizing references. The reference manager allowed for the organization of citations into different groups, facilitating sharing and collaboration.

Inclusion Criteria

The following inclusion criteria were applied to identify and select relevant publications on the topic: (1) articles addressing the subject, including systematic reviews, narrative reviews, government reports, or working group reports describing an assessment instrument for public health policies for older adults, and (2) publications with at least one conceptual framework related to the evaluation of access to services within the healthcare system. No language restrictions were applied in the selection of studies.

Exclusion Criteria

Documents that did not align with the study concept, publications that did not adequately detail the assessment instruments for public health policies targeting older adults,

and studies still in the design phase were excluded from the analysis. Additionally, identified duplicates were counted only once.

Step 4: Data Mapping

Data Extraction

An electronic form was used for data extraction, independently completed by two researchers. The file was converted into a Microsoft Excel-compatible format, creating a text-mining database for the subsequent phase of this review. The following information was mapped by the reviewers: study identification (title, first author, institution, year, objectives, study design, sample/participants, and funding) and data related to the research questions (geographical/national context and clinical settings where quality strategy instruments were used, assessment instrument/questionnaire applied to analyze the policy, and quality strategy).

Step 5: Compilation, Summary, and Reporting of Results

A descriptive analysis of the mapped studies was conducted based on the concepts outlined in the data extraction form and other relevant characteristics of the findings. The content of the included studies was categorized according to the following proposed review objectives:

- a. Theoretical-logical models used to analyze the policy and the strategy for elderly population access to healthcare systems.
- b. Evaluation instruments for analyzing the policy and strategy for elderly population access.
- c. Geographical and clinical contexts in which policy and strategy instruments were used to assess elderly population access to healthcare systems.

The results were synthesized to address the research questions and the proposed objective. A narrative summary of the mapped results was prepared to evaluate how the findings correlated with the review objective and research question.

RESULTS

The search strategy across all databases yielded 1,172 documents, reduced to 930 after eliminating duplicates (242). After a detailed reading of the texts, five studies met the eligibility criteria. The search in the gray literature identified 1,739 potentially relevant publications, of which one met the inclusion criteria. At the end of the search strategy, six documents were included in the review. The flowchart in Figure 1 illustrates the details of the review process.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

[Insert Figure 1: PRISMA-ScR flow diagram illustrating the identification, selection, and inclusion of studies.]

Six studies were included, identifying five assessment instruments applied in three countries. Most studies were conducted in Brazil (66%), followed by the Netherlands (17%) and Taiwan (17%). The selected studies were published between 2010 and 2021, with two studies published in 2017 and three between 2018 and 2021. In the gray literature, one document published in 2010 was identified (see Table 1). Almost all studies examined policy assessment instruments in national health systems, except for one study that described the development of evaluation indicators for elderly healthcare policies in Brazil. The most frequently assessed contexts were primary healthcare (67%) and hospital care (33%).

Countries and Contexts

- 1. Taiwan: One study applied the Fuzzy AHP method to evaluate health promotion policies for the elderly, focusing on indicators such as "promotion of personal health awareness" and "home medical services" ².
- 2. Netherlands: The QUOTE-Elderly instrument was used to assess the quality of healthcare from the perspective of non-institutionalized elderly individuals, emphasizing aspects such as "accessibility" and "care coordination" ⁹.
- 3. Brazil: Two Brazilian studies evaluated elderly healthcare policies in the context of the Unified Health System (SUS), highlighting the importance of equitable access and community participation ^{10 11 12 13}.

Key Assessment Instruments

Fuzzy AHP (Taiwan): Used to prioritize indicators of health promotion policies, with emphasis on "healthy living" and "economic security for the elderly" ². QUOTE-Elderly (Netherlands): Focused on process and structural quality, comprising 32 items divided into three dimensions: process, structure, and elderly-specific aspects ⁹. SISAP-Idoso (Brazil): Aims to integrate health information production with political-institutional decisions, functioning as a management tool for elderly population healthcare and providing support for policy and program planning and monitoring by municipal SUS managers ¹⁰.

The analyzed instruments exhibit distinct methodological approaches: while Fuzzy AHP ² employs a multi-criteria decision model to prioritize policy indicators based on uncertainties, QUOTE-Elderly ⁹ focuses on elderly individuals' perceptions of service quality,

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

emphasizing subjective aspects such as accessibility and care coordination. Meanwhile, SISAP-Idoso and other Brazilian instruments stand out for integrating administrative data from the SUS to monitor public policies in real time, with a focus on equity and community participation [10](#).

For peer review only

Table 1. Details of Selected Studies

Author/ Country/ Year	Study type/ Evidence level	Evaluation Instrument	Objective and Methodology	Application Context	Main Limitations
Hsu & Ding/ Taiwan/2021	Review of the literature and expert interviews (Level 3)	Fuzzy Analytic Hierarchy Process (Fuzzy AHP)	Prioritize public policy indicators through multi- criteria analysis, addressing uncertainties and subjectivity.	Community-level health promotion policies.	Sensitive to expert selection, potentially reflecting biases.
Sixma et al./ Netherlands/ 2000	Qualitative and quantitative methods (Level 2)	Quality of care Through the patients' Eyes (QUOTE-Elderly)	Assess elderly patients' perceptions of healthcare quality, focusing on accessibility and coordination.	Primary care for non- institutionalized elderly individuals.	Based on subjective perceptions, limiting objective comparisons.

Romero et al. /Brazil/ 2018	Textual Evidence: Policy (Level 5)	Health Indicators and Elderly Policy Monitoring System (SISAP-Idoso)	Monitor public policies for the elderly by integrating administrative data from the Brazilian Unified Health System (SUS).	Municipal management within SUS.	Dependence on secondary data may limit real- time updates.
Souza & Correia/ 2010/ Brazil	Single qualitative study (Level 3)	Evaluative Indicators for Accidents and Violence	Assess public policies for elderly victims of accidents and violence, focusing on safety and prevention.	Evaluation in five Brazilian capital cities.	Does not assess continuity of post- accident care.
Martins/ 2017/ Brazil	Descriptive cross- sectional study (Level 2)	National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ-AB)	Evaluate the quality of primary care for the elderly based on structured interviews.	Primary Health Units (UBS) across Brazil.	Reflects only users’ perceptions, without institutional analysis.

Pereira et al./ 2017/ Brazil	Multiple case study with quantitative and qualitative approach (Level 2)	Evaluative Model for Municipal Elderly Health Management	Assess political- organizational and technical-operational aspects of elderly health management at the municipal level.	Municipal management in five Brazilian cities.	Limited to five municipalities, restricting national generalization.
---------------------------------	---	--	--	--	--

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

DISCUSSION

The evaluation of public health policies for the elderly has emerged as an expanding field, particularly in light of the accelerated global population aging. Our review highlights the methodological diversity applied to measuring the quality of services targeted at the elderly population, integrating both quantitative and qualitative approaches. This need is reinforced by WHO projections indicating a significant increase in the population aged 60 and older ¹, as well as by recent studies that underscore the challenges of comprehensiveness and equity in healthcare delivery ^{3 4}.

Among the evaluated instruments, the Fuzzy Analytic Hierarchy Process (Fuzzy AHP) method used by Hsu & Ding (2021) stood out for its ability to address the inherent subjectivity of policy evaluations ². This approach enables the prioritization of critical indicators—such as health promotion and home care services—by incorporating uncertainties into expert judgments. Contemporary studies have emphasized the importance of methods that reconcile quantitative rigor with interpretative flexibility, demonstrating the relevance of multi-criteria approaches for evaluating public policies.

The QUOTE-Elderly instrument, originally developed by Sixma et al. (2000), remains a valuable tool for capturing elderly individuals’ perceptions of healthcare quality, particularly regarding service accessibility and coordination ⁹. Despite its initial formulation over two decades ago, recent adaptations and validations confirm its applicability and robustness in contemporary contexts ^{4 6}. This evolution underscores the need to revisit and update traditional instruments to effectively respond to emerging demands in modern healthcare systems.

In the Brazilian context, evaluation instruments such as SISAP-Idoso ¹⁰ and data from PMAQ-AB ¹² highlight specific challenges within a universal and free healthcare system, where integrating equity indicators and community participation is crucial. Studies conducted in Brazil emphasize the importance of mechanisms that facilitate continuous monitoring of public policies, contributing to identifying gaps and formulating improvement strategies. Such initiatives are essential to ensuring that government actions effectively address the needs of the elderly population.

Although the Fuzzy AHP method stands out for incorporating uncertainties and enabling quantitative prioritization of indicators, its reliance on expert selection may introduce biases that limit the generalizability of results. Conversely, the QUOTE-Elderly instrument provides valuable insights by capturing elderly individuals’ perceptions; however, its inherently subjective nature may hinder comparability across different contexts ⁹. On the other hand, SISAP-Idoso benefits from the use of robust administrative data from the SUS, allowing

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

for continuous monitoring, although its effectiveness depends on data quality and updates [10](#). In summary, methodological diversity highlights the need to develop integrated evaluation models capable of articulating objective and subjective information to provide a more holistic and comparable assessment of public health policies for the elderly population.

Therefore, despite progress, our analysis indicates that evaluating the impact of public health policies for the elderly still faces significant challenges, particularly regarding the standardization of instruments and the integration of multiple evaluative dimensions. The fragmentation of employed methodologies complicates the comparability of results and limits the ability to extract generalizable lessons for improving healthcare systems. Thus, future research must focus on developing integrated evaluation models that encompass governance aspects, equitable access, and community participation, contributing to the continuous improvement of healthcare services.

CONCLUSION

This study identified and compared different approaches and instruments for evaluating public policies aimed at elderly healthcare. The findings indicate that despite the existence of promising methodologies (such as SISAP-Idoso, Fuzzy AHP, and QUOTE-Elderly) a long path remains toward the consolidation of standardized and comprehensive instruments that integrate governance, equity, and community participation aspects.

Furthermore, in addition to providing robust insights for assessing the impact of public policies, the analyzed instruments demonstrate potential to guide the restructuring of monitoring and management processes in elderly healthcare. By integrating quantitative and qualitative data, these methods allow for the identification of gaps, the definition of more precise indicators, and the adjustment of governance strategies, promoting equity and community participation. Thus, refining and integrating these instruments can provide a solid foundation for the reformulation of practices and processes, contributing to the construction of a more responsive and sustainable healthcare system capable of effectively addressing the demands of an aging population.

In this regard, we conclude that the evaluation of public policies for the elderly population must be continuous and systematic, incorporating indicators that measure not only structure and processes but also the outcomes and impacts of these initiatives. Contributions from Brazilian studies reinforce the importance of adapting methodologies to local contexts, considering the specificities of the SUS and regional needs.

We hope that the presented evidence stimulates the development of new instruments and evaluation models capable of supporting decision-making and promoting the continuous improvement of healthcare services for the elderly. Therefore, future research should deepen the analysis of the effectiveness of existing instruments and explore innovative approaches for evaluating public policies, contributing to strengthening promotion, prevention, and care actions in aging.

REFERENCES

1. World Health Organization. (2021). Decade of Healthy Ageing: Baseline Report. Retrieved from <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
2. Hsu, L.M., & Ding, J.F. (2021). Applying the Fuzzy Analytic Hierarchy Process Method to Evaluate Key Indicators of Health Promotion Policies for the Elderly in Taiwan. *Journal of Aging & Health*, 33(5), 1234–1245. Retrieved from <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0898264321992345>
3. TORRES, Kellem Raquel B. de Oliveira; CAMPOS, Mônica Rodrigues; LUIZA, Vera Lucia; CALDAS, Célia Pereira Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no contexto do Sistema Único de Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, e300113, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/XqzFgPPbgmsKyJxFPBWgB3K/?lang=pt>.
4. SANTOS, Leonor Maria Pacheco; SILVA, Sindy Maciel; ANGULO-TUESTA, Antonia; SANTOS, Sandra Maria Chaves dos. Avaliação de políticas públicas de saúde no Brasil: panorama e perspectivas. *Revista Aval*, jan./jun., v. 9, n. 23, p. 176-197, 2023. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/aval/article/view/91703>. Acesso em: 18 jul. 2024.
5. LLOYD-SHERLOCK, Peter; EBRAHIM, Shah; GEFFEN, Leon; MCKEE, McKee. Bearing the brunt of covid-19: older people in low and middle income countries. *BMJ*, [S. l.], v. 368, e1052, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1052>.
6. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol* 2005;8:19–32. Available from: <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>.
7. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci* 2010;5:69. Available from: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>.
8. Amorim MS, Medeiros KS, Seixas CT, Nobre TTX. Evaluation instruments for public health policies for elderly care: a scoping review protocol. *BMJ Open*. 2024 Dec

22;14(12):e091477. doi: [10.1136/bmjopen-2024-091477](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-091477). PMID: 39806628; PMCID: PMC11667314.

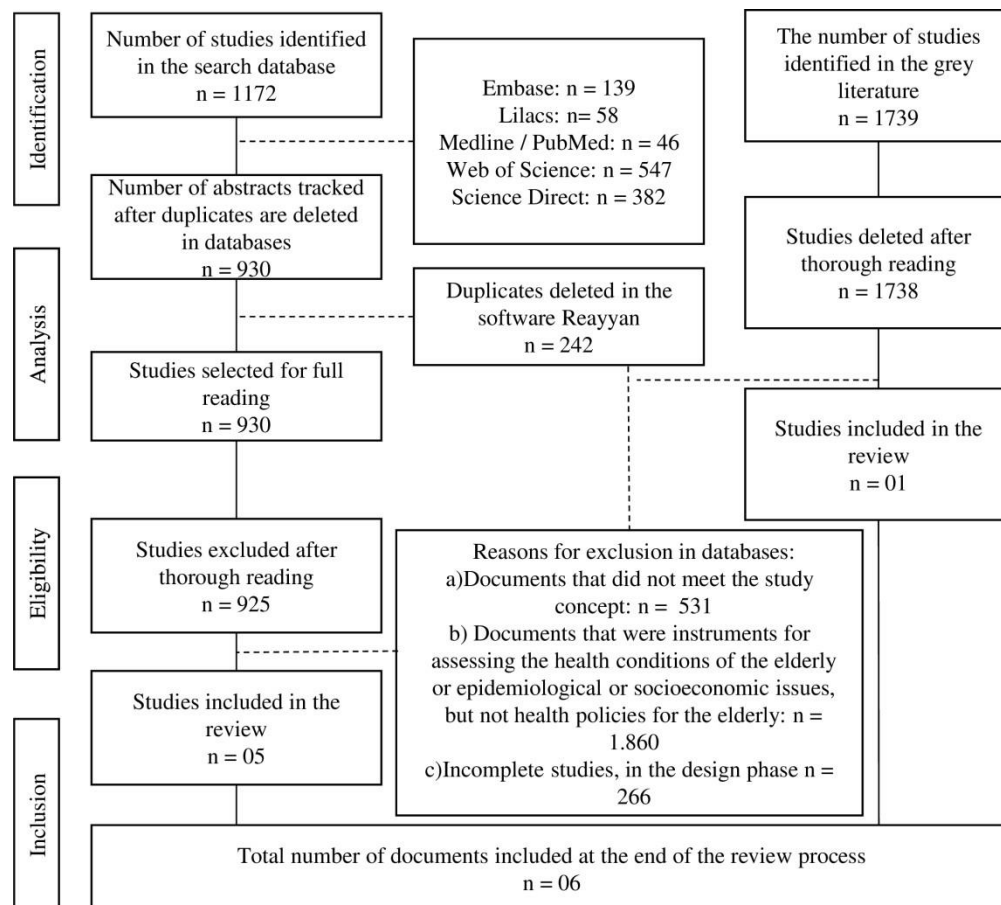
9. Sixma HJ, van Campen C, Kerssens JJ, Peters L. Quality of care from the perspective of elderly people: the QUOTE-elderly instrument. *Age Ageing*. 2000 Mar;29(2):173-8. doi: [10.1093/ageing/29.2.173](https://doi.org/10.1093/ageing/29.2.173). PMID: 10791453.

10. Romero DE, Castanheira D, Marques AP, Muzy J, Sabbadini L, Silva RS. Metodologia integrada de acompanhamento de políticas públicas e situação de saúde: o SISAP-Idoso. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(8):2641-50. doi: [10.1590/1413-81232018238.10302016](https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.10302016).

11. Souza ER de, Correia BSC. Construção de indicadores avaliativos de políticas de atenção à saúde da pessoa idosa vítima de acidentes e violência. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2010 Sep;15(6):2753–62. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000600013>.

12. Martins VF. Percepção dos usuários idosos sobre os serviços de saúde nas unidades básicas de saúde a partir do PMAQ. [thesis on the Internet]. Porto Alegre: 2017. 67 p. Available from: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/168871>.

13. Pereira KCR, Lacerda JT de, Natal S. Avaliação da gestão municipal para as ações da atenção à saúde do idoso. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2017;33(4):e00208815. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00208815>.



186x168mm (300 x 300 DPI)

Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) Checklist

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
TITLE			
Title	1	Identify the report as a scoping review.	1
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary that includes (as applicable): background, objectives, eligibility criteria, sources of evidence, charting methods, results, and conclusions that relate to the review questions and objectives.	1
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known. Explain why the review questions/objectives lend themselves to a scoping review approach.	4-5
Objectives	4	Provide an explicit statement of the questions and objectives being addressed with reference to their key elements (e.g., population or participants, concepts, and context) or other relevant key elements used to conceptualize the review questions and/or objectives.	5
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate whether a review protocol exists; state if and where it can be accessed (e.g., a Web address); and if available, provide registration information, including the registration number.	5
Eligibility criteria	6	Specify characteristics of the sources of evidence used as eligibility criteria (e.g., years considered, language, and publication status), and provide a rationale.	5
Information sources*	7	Describe all information sources in the search (e.g., databases with dates of coverage and contact with authors to identify additional sources), as well as the date the most recent search was executed.	5
Search	8	Present the full electronic search strategy for at least 1 database, including any limits used, such that it could be repeated.	6
Selection of sources of evidence†	9	State the process for selecting sources of evidence (i.e., screening and eligibility) included in the scoping review.	6
Data charting process‡	10	Describe the methods of charting data from the included sources of evidence (e.g., calibrated forms or forms that have been tested by the team before their use, and whether data charting was done independently or in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	6
Data items	11	List and define all variables for which data were sought and any assumptions and simplifications made.	6-7
Critical appraisal of individual sources of evidence§	12	If done, provide a rationale for conducting a critical appraisal of included sources of evidence; describe the methods used and how this information was used in any data synthesis (if appropriate).	7



SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
Synthesis of results	13	Describe the methods of handling and summarizing the data that were charted.	8
RESULTS			
Selection of sources of evidence	14	Give numbers of sources of evidence screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally using a flow diagram.	7
Characteristics of sources of evidence	15	For each source of evidence, present characteristics for which data were charted and provide the citations.	9-10
Critical appraisal within sources of evidence	16	If done, present data on critical appraisal of included sources of evidence (see item 12).	9-10
Results of individual sources of evidence	17	For each included source of evidence, present the relevant data that were charted that relate to the review questions and objectives.	9
Synthesis of results	18	Summarize and/or present the charting results as they relate to the review questions and objectives.	9-10
DISCUSSION			
Summary of evidence	19	Summarize the main results (including an overview of concepts, themes, and types of evidence available), link to the review questions and objectives, and consider the relevance to key groups.	12-13
Limitations	20	Discuss the limitations of the scoping review process.	13
Conclusions	21	Provide a general interpretation of the results with respect to the review questions and objectives, as well as potential implications and/or next steps.	13-14
FUNDING			
Funding	22	Describe sources of funding for the included sources of evidence, as well as sources of funding for the scoping review. Describe the role of the funders of the scoping review.	1

JB1 = Joanna Briggs Institute; PRISMA-ScR = Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews.

* Where *sources of evidence* (see second footnote) are compiled from, such as bibliographic databases, social media platforms, and Web sites.

† A more inclusive/heterogeneous term used to account for the different types of evidence or data sources (e.g., quantitative and/or qualitative research, expert opinion, and policy documents) that may be eligible in a scoping review as opposed to only studies. This is not to be confused with *information sources* (see first footnote).

‡ The frameworks by Arksey and O'Malley (6) and Levac and colleagues (7) and the JB1 guidance (4, 5) refer to the process of data extraction in a scoping review as data charting.

§ The process of systematically examining research evidence to assess its validity, results, and relevance before using it to inform a decision. This term is used for items 12 and 19 instead of "risk of bias" (which is more applicable to systematic reviews of interventions) to include and acknowledge the various sources of evidence that may be used in a scoping review (e.g., quantitative and/or qualitative research, expert opinion, and policy document).

From: Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169:467–473. doi: [10.7326/M18-0850](https://doi.org/10.7326/M18-0850).

Table 1. Scoping Review Questions.

Questions	Population (P)	Concept(C)	Context (C)
What assessment tools are available for analyzing strategies to improve the elderly population's access to healthcare services?	Public health policies for the elderly population	Evaluation instruments for elderly health policies and access to healthcare services	Universal and free healthcare system
What assessment tools are available for analyzing public health policies for the elderly?			
In which geographic contexts (countries) and healthcare access levels (primary, secondary, and tertiary, etc.) are the assessment tools for elderly public health policies and access to healthcare services used?			

Table 1. Scoping Review Questions.

Questions	Population (P)	Concept(C)	Context (C)
What assessment tools are available for analyzing strategies to improve the elderly population's access to healthcare services?	Public health policies for the elderly population	Evaluation instruments for elderly health policies and access to healthcare services	Universal and free healthcare system
What assessment tools are available for analyzing public health policies for the elderly?			
In which geographic contexts (countries) and healthcare access levels (primary, secondary, and tertiary, etc.) are the assessment tools for elderly public health policies and access to healthcare services used?			

Supplementary Table 2. Search strategy.

Database	Search strategy
Medline/PubMed	((ti:(Elderly OR elderly people OR Health of the Elderly)) AND (Public Health OR Health Policy OR Government Policies and Organization OR Health Policies OR Health Policies, National) AND ((evaluation instruments OR surveys OR questionnaires))
BVS/LILACS	(Elderly OR elderly people OR Health of the Elderly) AND (Public Health OR Health Policy OR Government Policies and Organization OR Health Policies OR Health Policies, National) AND ((evaluation instruments OR surveys OR questionnaires))
Web of Science	(Elderly OR elderly people OR Health of the Elderly) AND (Public Health OR Health Policy OR Government Policies and Organization OR Health Policies OR Health Policies, National) AND ((evaluation instruments OR surveys OR questionnaires))
Scopus	(Elderly OR elderly people OR Health of the Elderly) AND (Public Health OR Health Policy OR Government Policies and Organization OR Health Policies OR Health Policies, National) AND ((evaluation instruments OR surveys OR questionnaires))
Google Scholar	(‘Access to health services’ AND (‘health systems’ OR ‘Public Health Policies OR ‘elderly population’ OR ‘quality initiative’ OR ‘evaluation instruments’ OR ‘elderly health policy planning’ AND (‘surveys and questionnaires’ OR ‘assessment’ OR ‘evaluation’)
Embase	(elderly:ab,ti OR 'elderly people':ab,ti OR 'health of the elderly':ab,ti) AND ((('public health'/exp OR 'public health' OR (('public'/exp OR public) AND ('health'/exp OR health)) OR 'health policy'/exp OR 'health policy' OR (('health'/exp OR health) AND ('policy'/exp OR policy)) OR 'government policies' OR (('government'/exp OR government) AND policies)) AND ('organization'/exp OR organization) OR 'health policies' OR (('health'/exp OR health) AND policies) OR 'health policies, national' OR (('health'/exp OR health) AND policies, AND national)) AND ('evaluation instruments':ab,ti OR surveys:ab,ti OR questionnaires:ab,ti)



BMJ Open

Home

Author

Review

Submission Confirmation

Print

Thank you for your submission

Submitted to

BMJ Open

Manuscript ID

bmjopen-2025-101714

Title

EVALUATION INSTRUMENTS FOR PUBLIC HEALTH POLICIES ON ELDERLY CARE: A SCOPING REVIEW

Authors

Amorim, Margareth

Benigno, Marlon Brendo

Medeiros, Kleyton

Nobre, Thaiza Teixeira Xavier

Date Submitted

05-Mar-2025

[Author Dashboard](#)

© Clarivate | © ScholarOne, Inc., 2025. All Rights Reserved.

ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.

ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.

 [@Clarivate for Academia & Government](#) |  [System Requirements](#) |  [Privacy Statement](#) | 
[Terms of Use](#) | [Definições de cookies](#) | [Accessibility](#)

5.3 Artigo 3 – Estratégias de cuidados de saúde para idosos: uma visão global (2025). Aprovado na revista HSJHCI.



NARRATIVE REVIEW

Health care strategies for the elderly: a global overview

Estratégias de atenção à saúde do idoso: um panorama mundial

Margareth Santos de Amorim^{1*} , Thaiza Teixeira Xavier Nobre² 

¹Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

²Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

KEYWORDS

Elderly
Financing
Health Policy
Health Care Strategies

PALAVRAS-CHAVE

Idoso
Financiamento
Política de Saúde
Estratégias de Atenção à Saúde

ABSTRACT

Population aging is a global challenge for health systems. This study analyzed healthcare strategies for the elderly in several countries, focusing on promoting healthy aging, managing chronic diseases, ensuring equitable access, and providing social support. In Brazil, the Unified Health System (SUS) offers universal coverage but faces financial challenges. In Germany, social insurance covers the majority, with an emphasis on care integration. Australia, Canada, Spain, Japan, Sweden, Norway, and Italy have universal tax-financed systems. In the US, there are public programs and private insurance, although cost challenges persist. France has mandatory social insurance, while England has a tax-funded NHS. The Netherlands combines mandatory insurance with government regulation. The study concludes that integrating care, prevention, and health technologies is essential for improving the quality of life for the elderly.

RESUMO

O envelhecimento populacional é um desafio global para os sistemas de saúde. Este estudo analisou estratégias de atenção à saúde do idoso em diversos países, focando na promoção de envelhecimento saudável, tratamento de doenças crônicas, acesso equitativo e suporte social. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece cobertura universal, mas enfrenta desafios financeiros. Na Alemanha, o seguro social cobre a maioria, com foco na integração de cuidados. Austrália, Canadá, Espanha, Japão, Suécia, Noruega e Itália têm sistemas universais financiados por impostos. Nos EUA, há programas públicos e seguros privados, com desafios de custos. A França adota um seguro social obrigatório, e a Inglaterra possui o NHS financiado por impostos. A Holanda combina seguros obrigatórios com regulação governamental. Conclui-se que a integração de cuidados, prevenção e tecnologias de saúde são essenciais para melhorar a qualidade de vida dos idosos.

*Corresponding author:

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Addr.: Av. Senador Salgado Filho, 3000, Lagoa Nova. Natal, RN, Brasil. CEP: 59078-970.
Phone: +55 (63) 98501-3206
E-mail: margoramorim@gmail.com (Amorim MS)

This study was conducted at the Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

Conflicts of interest: No conflicts of interest declared concerning the publication of this article.

Funding information: nothing to declare.

Submitted 27 Aug. 2024, revised: 29 Dec. 2024, accepted 18 Jan. 2025, published x xxxx 202x

How to cite this article: Amorim MS, Nobre TTX. Health care strategies for the elderly: a global overview. HSJ. 2025; 15:e1571.

<https://doi.org/10.21876/hsjhci.v15.e1571>



ISSN 2966-0408 / © 2025 Health Science Journal. This is an open-access article distributed under a CC BY license. (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

HSJ. 2025;15:e1571 | <https://doi.org/10.21876/hsjhci.v15.e1571>

INTRODUCTION

Population aging is a global phenomenon that poses significant challenges to healthcare systems worldwide. As life expectancy increases, so does the need to develop and implement effective strategies for the health of older adults. Strategies for the health of older adults around the world are diverse, ranging from the treatment of chronic diseases and the promotion of healthy aging to ensuring equitable access to health services and the social support necessary for a dignified quality of life¹.

In Brazil, health policy for the elderly is structured primarily by the Unified Health System (SUS), which offers free and universal coverage to all citizens, including the elderly population. Complementing public coverage, private health plans are regulated by a government agency, which guarantees mandatory minimum coverage. Among the challenges faced by the Brazilian health system, financial sustainability stands out, especially with the aging population². The Elderly Statute expanded the rights of citizens aged 60 or over, prohibiting exclusion from coverage of diseases by private health plans and regulating the limitation of coverage of high-cost procedures and exams³.

Japan is one of the countries with the oldest population in the world. The Japanese healthcare system is known for its efficiency and universal coverage. The Japanese government has implemented several policies to address the aging population, including promoting home care and integrating health and social services. However, Japan faces significant challenges, such as a shortage of caregivers and the need to adapt urban infrastructure to meet the needs of older people⁴.

In Germany, the health care system is based on a social insurance model, where the majority of the population is covered by public or private health insurance. The country has invested in prevention and health promotion programs for older people, as well as offering a wide range of long-term care services. Germany also faces challenges related to financing health care for an aging population and the need to better integrate health and social care services⁵. In the United States of America (USA), the health care system is characterized by a combination of private insurance and public programs, such as Medicare, which covers most older adults. The country faces significant challenges in terms of equity in access to health care, with marked disparities between different socioeconomic groups. In addition, the high cost of healthcare is a constant concern, especially for the older population⁶.

The integration between the SUS and the Unified Social Assistance System (SUAS) in the care of the elderly faces several barriers that compromise the comprehensiveness of care and accessibility of services. The fragmentation of services, resulting from the lack of coordination between the different levels of healthcare and social assistance services, results in a segmented approach, where the elderly do not receive continuous and integrated care. In addition, inefficient communication between health and social assistance professionals can lead to gaps in care, where important information about the health status and needs of the elderly are not shared adequately⁷.

The lack of human and material resources in both systems compromises the quality and scope of the services offered, making it difficult to implement comprehensive care. The lack of specific training for professionals to deal with the complex needs of the elderly population is also a significant barrier, and ongoing training is necessary to ensure that professionals are prepared to provide adequate and integrated care⁷.

Barriers to accessing health and social care services range from the lack of adequate infrastructure to meet the mobility needs of the elderly to complex and bureaucratic administrative processes, which hinder swift and efficient access, compromising continuity of care. Additionally, healthcare facilities often face challenges such as overcrowding, inaccessibility, and inadequate infrastructure, with architectural barriers limiting the basic right to free movement. As a result, health promotion and prevention actions are usually confined to occasional initiatives, such as vaccination campaigns and hypertension and diabetes control⁸.

Access to health and social care services faces significant challenges, particularly among elderly individuals in economically vulnerable situations. Insufficient structural and operational resources in disadvantaged areas limit the provision of comprehensive care, while administrative complexity delays essential interventions. In remote or underserved locations, inadequate service delivery contributes to the fragmentation of preventive actions, restricting their reach to isolated measures. Overcoming these limitations requires effective coordination between systems, continuous professional training, and targeted investments to adapt infrastructure to the specific needs of the elderly population⁹.

The World Health Organization (WHO) highlights the importance of public policies that promote healthy aging, emphasizing the need for interventions that go beyond treating diseases¹⁰. These policies should include promoting healthy lifestyles, preventing diseases, creating environments that are conducive to aging, and strengthening health systems to meet the needs of older people¹¹.

Studies indicate that integrating medical and social care is essential to improving the quality of life of the elderly. In countries such as Germany, Australia, Canada, Spain, USA, France, England, Japan, Sweden, Norway, Italy and the Netherlands, different models of health care for the elderly have been implemented, each with its own particularities and challenges.

This study aims to investigate health care strategies for the elderly in several countries, focusing on promoting healthy aging, treating chronic diseases, providing equitable access to health services, and providing social support. The narrative literature review conducted in this study prioritizes scientific articles, books, and other relevant sources, seeking to identify best practices and challenges faced by different health systems¹².

Comparative analysis between countries will make it possible to identify the most effective policies and practices, as well as the common challenges that need to be overcome to ensure healthy ageing and a better quality of life for older people.

HEALTHCARE STRATEGIES

Population aging, one of the main social achievements of the 20th century, poses major challenges for global public policies, especially in ensuring continued economic and social development that maintains human dignity and equity between age groups.

In developed countries, this phenomenon occurred in a favorable socioeconomic context, allowing the expansion of social protection systems. In contrast, in developing countries, such as Brazil, accelerated aging occurs amid fiscal crises, making it difficult to expand the social protection system. Furthermore, as life expectancy increases, the need to develop and implement effective strategies for elderly health care also grows. Elderly healthcare strategies around the world are diverse, considering not only the treatment of chronic diseases and the promotion of healthy aging, but also ensuring equitable access to health services and the social support necessary for a dignified quality of life¹³.

In Germany, health policy for the elderly is characterized by a social insurance model, in which the majority of the population is covered by statutory health insurance, financed by contributions from employees and employers, with government subsidies. The country has a robust long-term care system, ensuring comprehensive care for the elderly through a specific statutory insurance. German policies focus on the integration of care and health promotion among the elderly, with significant investments in health technologies and prevention programs to improve the quality of life of this population¹⁴.

In the German health care system, there is no specific health insurance for the elderly. Instead, there is a public compulsory insurance for long-term care (Pflegeversicherung – SCLD), which was established in 1994. Although the SCLD covers the entire population in need of long-term care, a decade after its creation, 78% of beneficiaries were aged 65 or over, and approximately half of these beneficiaries were aged 80 or over¹⁵.

With the creation of compulsory public insurance for long-term care in 1994, expenditure on long-term care for the elderly was excluded from the health system. This insurance is co-financed by employers and employees, with a tax of 1.7% on wages. The responsibility for assessing the need for long-term care for inclusion in the SCLD falls on the health insurance companies to which individuals are linked. Assistance for carrying out activities of daily living is guaranteed for a minimum period of six months, due to physical and/or mental disability or illness. Services are classified according to the need for care: low (caregiver assistance at least once a day), medium (care at least three times a day) and high (intensive care day and night)¹⁵.

Australia has a universal healthcare system called Medicare, which covers most essential medical services for all citizens. In addition to public coverage, private health insurance is subsidized by the government to encourage uptake. Australian policies focus on promoting health and preventing disease among older people, as well as integrating home and institutional care (National Health Insurance Agency¹⁵). This approach ensures that older

people have access to a wide range of health services, promoting a better quality of life.

The Canadian health care system, known as Medicare, is a set of provincial systems that originated in the province of Saskatchewan in 1947 and was replicated in other provinces in the following decades. Harmonized by a federal law in 1984, the Canadian Health Act, the system is often described as a “single-payer health insurance” due to the autonomy of the provinces, resulting in multiple “systems”. The history of the creation of the system helps to understand its current limitations, since the characteristics of the original proposal in the 1940s (curative, hospital-based and focused on the figure of the physician) are different from the main health needs of this century (prevention, outpatient care and multidisciplinary intervention). Currently, the system operates in three tiers: the first, covered by the public system, includes comprehensive care in hospitals, doctor’s appointments and diagnostic tests; the second, with partial coverage, involves prescription drugs, home care, nursing homes and mental health; and the third, financed with own resources or private insurance, covers oral health, eye health and complementary medicine¹⁶.

Each province and territory in Canada administers its own health care system, following the principles of a national law that guarantees universal coverage for all residents. Funded by taxes, the system offers specific programs for long-term care, financed by the government and by individual contributions. Canadian policies focus on the integration of care and health promotion among older adults, with investments in prevention programs and health technologies to improve the quality of life of this population¹⁶. This approach reflects the evolution of the Canadian health care system, which seeks to adapt to contemporary needs, promoting prevention and multidisciplinary intervention, in addition to ensuring financial sustainability and quality of services provided. Spain has a public and universal National Health System (Sistema Nacional de Salud), financed by taxes and managed by the government. Health policies for the elderly include specific programs for long-term care, financed by the government and by individual contributions. The focus on the integration of health, pension, employment and social assistance policies is a striking feature of the Spanish system. A specific system was created to meet the long-term care needs of the elderly population, establishing the universal nature of benefits for people in situations of dependency^{14,16}.

In the USA, the main public program for older adults is financed by payroll taxes. Private health insurance supplements public coverage by providing a wide range of medical services. The American healthcare system faces significant challenges in terms of costs and access for older adults. Policies focus on integrating care and promoting health among older adults, with investments in health technologies and prevention programs to improve the quality of life of this population¹⁷.

France has a social insurance model, where the majority of the population is covered by mandatory health insurance, financed by contributions from employees and employers, with government subsidies. The country offers a wide

range of health services for the elderly, including home and institutional care. French policies focus on integrating care and promoting health among the elderly, with investments in prevention programs and health technologies to improve the quality of life of this population^{14,18}.

In England, the National Health Service (NHS) is funded primarily by the government through taxation and provides universal coverage for all residents. Public policies for older people include long-term care and a focus on integrating health, social security, employment and welfare policies. Specific guidelines establish efforts to structure the system and ensure its financing. In addition, there is investment in health technologies and prevention programs to improve the quality of life of the older population. Despite the significant investment of public money in health and care for the elderly, the results are unsatisfactory. Many older people do not receive the necessary social care and end up hospitalized unnecessarily, staying in hospital for longer than is medically necessary¹⁹. This situation jeopardises the full recovery of patients and makes it difficult to admit new patients to hospitals. As a result, waiting times in emergency departments and ambulance response times increase, which in the worst cases can bring the entire system to a standstill. The 'NHS crisis' is seen as a reflection of the inability to adequately care for the growing elderly population. Combined with the impact of Covid-19, this creates a 'perfect storm'. In addition, the lack of sufficient social care in the community contributes to hospital overcrowding. Delayed transfer of care, or delayed discharge, occurs when a patient is medically fit to be discharged but continues to occupy a hospital bed¹⁹. Japan has one of the most advanced and accessible healthcare systems in the world, with universal coverage financed by a combination of taxes and contributions from policyholders. The country faces significant challenges due to its rapidly aging population, which has led to the implementation of specific policies for long-term care. The long-term care system is financed by a specific mandatory insurance for all citizens over the age of 40. Japanese policies focus on integrating medical and social care, with strong investment in health technologies and prevention programs to improve the quality of life of the elderly. In addition, Japan has invested in robotics and artificial intelligence to assist in the care of the elderly, promoting greater autonomy and safety²⁰.

Sweden offers a universal, tax-funded healthcare system with a strong focus on equity and affordability. Healthcare policies for older people include long-term care, which is funded by the government and by individual contributions. The Swedish system is known for its integrated approach, which combines medical and social care to meet the complex needs of older people. In addition, there is strong investment in prevention programmes and health technologies to promote independence and quality of life for older people. Sweden is also notable for implementing active ageing policies, encouraging older people to participate in society and the labour market²¹. The Swiss health insurance system consists of two main components: basic health insurance and supplementary health insurance. Basic health insurance provides universal coverage and is financed by a central fund, which is used

to subsidize health insurance companies that serve a high proportion of elderly people. This basic insurance is mandatory for all residents of Switzerland and covers a wide range of essential medical services, including doctor's visits, hospitalizations, prescription drugs and some rehabilitation services²². On the other hand, supplementary health insurance is optional and provides additional coverage for services that are not included in the basic insurance, such as dental treatments, alternative medicine and hospital accommodation in private or semi-private rooms. This component allows policyholders to customize their coverage according to their individual needs and preferences. Major concerns related to elderly care in Switzerland include rising healthcare costs, patient autonomy and assisted suicide. With the aging population, the costs associated with healthcare for the elderly have increased significantly, driven by increased demand for medical services, long-term treatments and long-term care. In addition, there is growing public awareness of the importance of elderly patients' autonomy, including the right to make informed decisions about their own healthcare, such as choosing treatments and refusing medical interventions²².

Italy has a National Health Service (Servizio Sanitario Nazionale - SSN) that provides universal coverage and is financed by taxes. Health policies for the elderly include long-term care, financed by the government and by individual contributions. The Italian system faces challenges related to financial sustainability and coordination of care, especially due to the aging of the population²³. However, there is a growing focus on integrating medical and social care, with investments in prevention programs and health technologies to improve the quality of life of the elderly. Italy has also developed initiatives to promote healthy aging, such as physical activity programs and adequate nutrition for the elderly.

Norway has a universal, tax-funded healthcare system with a strong focus on equity and affordability. This system is known as the "Beveridge Model". Healthcare policies for older people in Norway include long-term care, financed by the government and by individual contributions. The Norwegian system is renowned for its integrated approach, which combines medical and social care to meet the complex needs of the older population²⁴. In addition, there is a strong investment in prevention programmes and health technologies to promote independence and quality of life for older people²⁴ and is also notable for its housing policy adapted for older people, providing safe and accessible environments. However, the system faces significant challenges, such as capacity shortages, evidenced by long waiting lists for hospital admissions, and the need to balance cost efficiency with maintaining a comprehensive service, even in the most remote regions of the country. Furthermore, the elderly population in Norway is growing rapidly. In 2018, 11% of the population was over 70 years old, and the proportion of people over 80 years old is expected to double by 2060. This increase in the elderly population requires continuous adjustments in health services to meet the changing needs of this demographic²⁴.

The Netherlands has a healthcare system that combines mandatory health insurance with a strong government role in regulating and financing health care. Healthcare policies for the elderly include long-term care, financed by a specific mandatory insurance. The Dutch system is recognized for its innovative and integrated approach, which combines medical and social care to meet the complex needs of the elderly population²⁵. In addition, there is significant investment in prevention programs and health technologies, aiming to promote independence and quality of life for older people. The Netherlands also implements active ageing policies, encouraging older people to participate in community activities and volunteering. Healthcare systems generally do not cause much stir, but the Dutch model is currently in the spotlight. The country faces the challenge of balancing quality and equality in an era of high consumer expectations and costly technological and medical advances²⁵.

Latin American countries such as Chile, Brazil, Costa Rica, Argentina and Uruguay are among the first to achieve ageing rates comparable to those in Europe. This increase in life expectancy is the result of increased access to medical care and technological innovations in the health sector. However, this longevity is accompanied by a high prevalence of chronic conditions that manifest before old age, which increases the risk of frailty and the need for long-term care over a longer period of time²⁶.

In the last decades of the 20th century, the Cuban health system underwent significant evolution, shifting from a curative approach to a model focused on health promotion and disease prevention at all levels of complexity, from primary to specialized care. To address the challenge of population aging, it is essential to formulate policies and organize health systems based on the expectations and needs of older people, promoting comprehensive health care and intersectoral management²⁶.

Primary care should encourage healthy aging and establish long-term care, when necessary, within the community and with families. In addition, it is crucial to expand specialized geriatric services and train professionals to care for older people, integrating these actions into policies aimed at the elderly population in Cuba²⁶.

In Argentina, the main challenges in health policies aimed at aging include the increase in chronic diseases, which require prevention of their risk factors, and the promotion of greater equity in health care, reducing the social conditioning factors that affect health conditions, especially among the elderly. To serve the elderly population, some viable alternatives are monitoring access to and the health status of the elderly through reliable data systems; implementing policies that encourage active aging, promote health and ensure comprehensive care for the elderly; and organizing and coordinating the national health system to reduce fragmentation, through intergovernmental collaboration between the national government, provinces and municipalities. These actions are similar to the proposals already discussed in studies on the Brazilian reality²⁶.

In Chile, the Servicio Nacional del Adulto Mayor was created in 2002, a specific sector for public policies aimed stimulating active aging and developing services and

programs for the elderly population, regardless of their social status. However, investment in the health sector is still insufficient to meet the needs of the population, and the country's epidemiological transition requires a progressive increase in investment in care for the elderly²⁶.

In Colombia, the country appears to be poorly prepared to face the challenges of population aging. Some suggested alternatives include changes in the academic training of health professionals, with a greater emphasis on geriatrics and gerontology, as well as educational work with the population to strengthen intergenerational respect; public policies to promote health and prevent disabilities aimed at the elderly; and encourage multiprofessional and interprofessional work among health professionals. It is also necessary to implement public policies that favor the well-being and sustainability of the elderly in the final years of their lives²⁶.

Mexico does not have social security programs for the elderly population, and approximately 80% of this group does not receive a pension or retirement benefit. Thus, the responsibility for welcoming and protecting the elderly falls on families. The Mexican health system faces structural and management problems, such as difficulties in access (waiting times for appointments), insufficiencies in the distribution of medicines and in the capacity to respond to emergencies, in addition to the shortage of equipment and supplies, which limit the care offered to the elderly population²⁶.

In Brazil, health policy for the elderly is structured mainly by the SUS, which offers universal and free coverage for all citizens, including the elderly population²⁷. Complementing public coverage, private health plans are regulated by a government agency, the National Supplementary Health Agency (ANS), which guarantees mandatory minimum coverage²⁸.

It is worth noting that the Elderly Statute expanded the rights of citizens aged 60 or over, prohibiting exclusion from coverage of diseases by private health plans. In addition, specific legislation regulates private health plans, prohibiting limitation of coverage of high-cost procedures and exams²⁹. The combination of public policies and regulations aims to improve access to and quality of health care for the elderly population, addressing challenges such as financial sustainability and equity in access to health services³⁰.

INTEGRATION BETWEEN THE UNIFIED HEALTH SYSTEM (SUS) AND UNIFIED SOCIAL ASSISTANCE SYSTEM (SUAS)

Regarding the integration between the SUS and the SUAS in the care of the elderly, there are several barriers that compromise the comprehensiveness of care and the accessibility of services. The fragmentation of services, resulting from the lack of coordination between the different levels of health care and social assistance services (Figure 1), results in a fragmented approach, where the elderly do not receive continuous and integrated care. In addition, inefficient communication between health and social assistance professionals can lead to gaps in care,

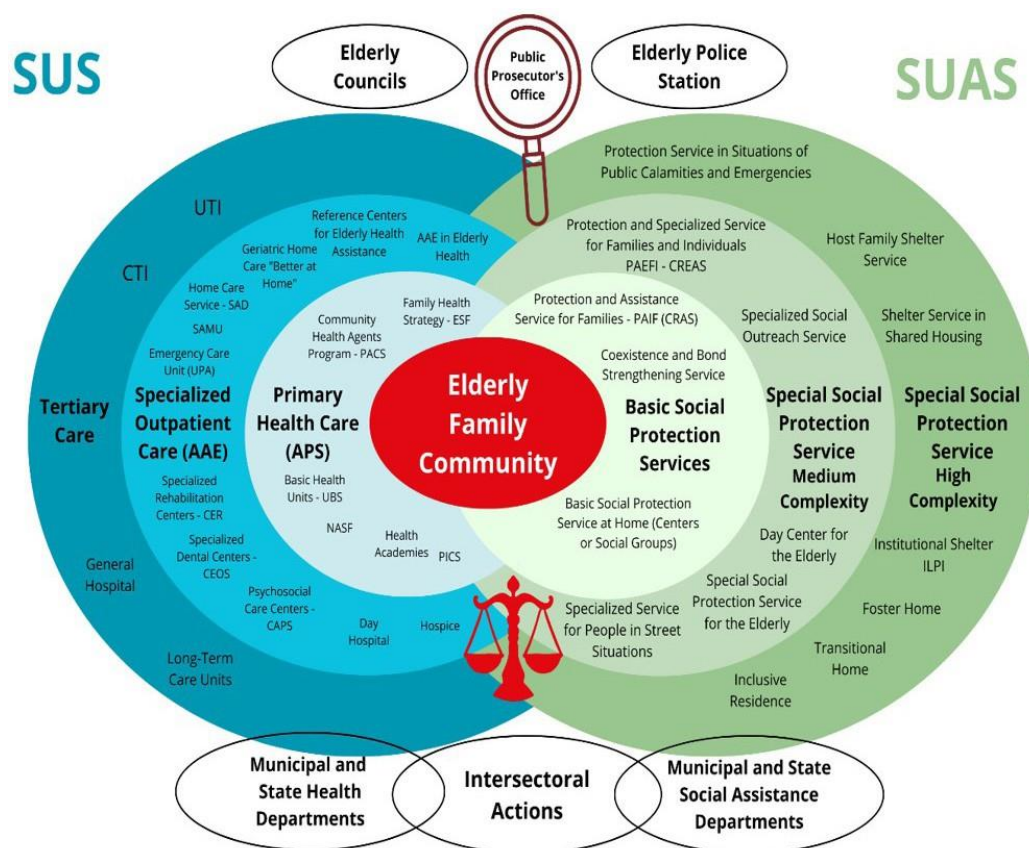


Figure 1 – Integration of health systems (Unified Health System) and social assistance (Unified Social Assistance System) in the care of the elderly in Brazil. UTI: intensive care unit; CTI: intensive care center; SAD: Home Care Service; SAMU: Mobile Emergency Care Service; UPA: emergency care unit; AAE: Specialized Outpatient Care; CER: Specialized Rehabilitation Center; CEOS: Center for Dental Specialties; CAPS: Psychosocial Care Center; ESF: Family Health Strategy; PACS: Community Health Agents Program; APS: Primary Health Care; NASF: Family Health Support Center; PICS: Integrative and Complementary Practices; PAEFI: Specialized Protection and Care Service for Families and Individuals; CREAS: Specialized Reference Center for Social Assistance; CRAS: Social Assistance Reference Center; ILPI: Long-Term Care Institution for the Elderly.

Source: Moraes and Moraes³¹.

where important information about the health status and needs of the elderly are not shared adequately³¹.

The lack of human and material resources in both systems compromises the quality and scope of the services offered, making it difficult to implement comprehensive care. The lack of specific training for professionals to deal with the complex needs of the elderly population is also a significant barrier, and ongoing training is necessary to ensure that professionals are prepared to provide adequate and integrated care³¹.

Other barriers include physical accessibility, where a lack of adequate infrastructure to meet older people's mobility needs can hinder access to health and social care services. Complex and bureaucratic administrative processes can delay or prevent rapid and efficient access to needed services, undermining continuity of care³¹.

Furthermore, regional disparities in the availability and quality of health and social assistance services result in unequal access, with older adults in remote or less developed areas facing greater difficulties in obtaining

comprehensive care. To overcome these barriers, it is essential to promote effective integration between the SUS and SUAS, improve communication and coordination between services, invest in the training of professionals, ensure adequate resources and adapt infrastructure to meet the needs of the older population. Adopting an approach centered on older adults, which considers their specific needs and promotes continuity of care, is essential to ensure comprehensive care and accessibility of services³¹.

Figure 2 demonstrates the health care cycle for older adults, highlighting the importance of a systematic and continuous approach to caring for this population. This cycle is essential to ensure that older adults receive comprehensive and coordinated care, promoting clinical stabilization and preventing negative outcomes. The care cycle consists of several sequential steps, each playing a crucial role in assessing and managing the health conditions of older adults. The first step involves the initial assessment, where detailed information is collected about the health

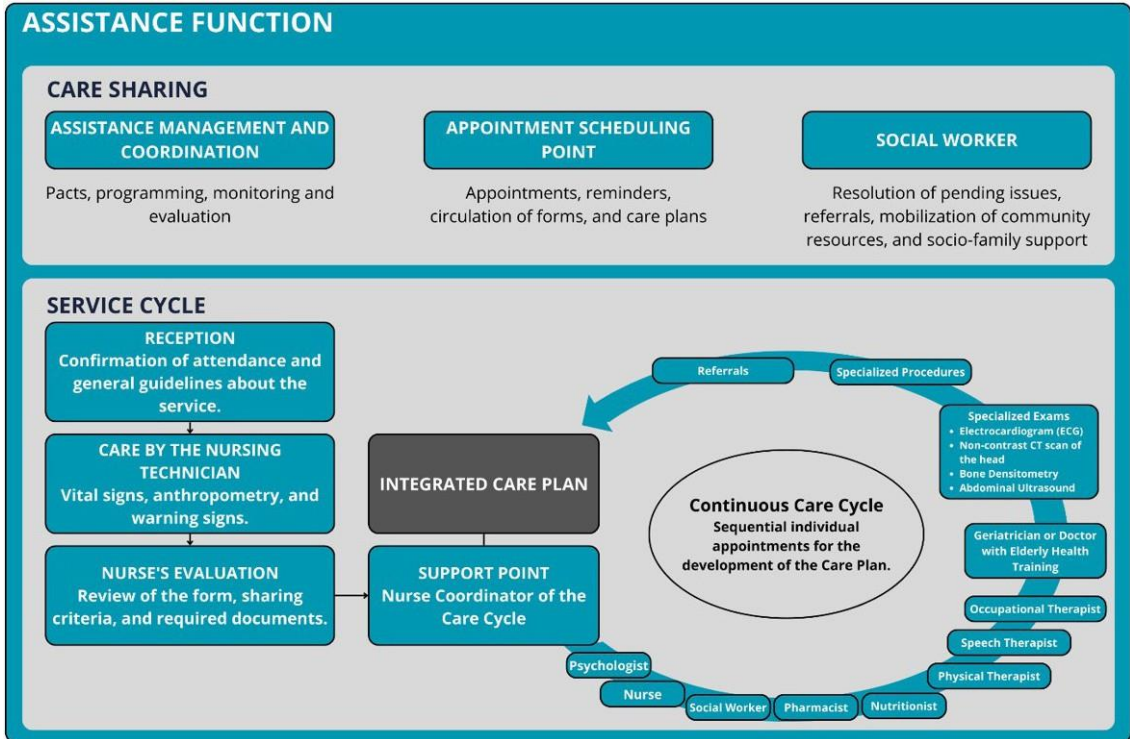


Figure 2 – Care function in the specialized elderly care clinic in the care of the elderly in Brazil.

Source: Moraes and Moraes³¹.

status of the older adult, including medical history, chronic conditions, and contextual factors.

Figure 2 also emphasizes the importance of the multidimensional assessment of older adults (MIA), which is a systematic and comprehensive diagnostic approach. The MIA brings together a set of instruments capable of assessing the overall functionality of older adults, the main functional systems, physiological systems, medications in use and contextual factors. This approach is crucial to developing a care plan that is truly effective and adapted to the individual needs of older adults.

The care cycle described in Figure 2 highlights the need for effective integration between the different levels of health care and social welfare services. Continuous communication between health professionals and coordination of interventions are essential to ensure that older adults receive comprehensive and coordinated care, avoiding fragmentation of services and promoting clinical stabilization.

This assessment is essential to identify the specific needs of each elderly person and develop a personalized care plan. The cycle then includes follow-up appointments, where health professionals monitor the evolution of the elderly person's health status, adjust therapeutic interventions as necessary, and reinforce self-care guidelines. These appointments are essential to ensure continuity of care and adherence to the therapeutic plan.

Complementary examinations are another important step in the cycle. Examinations such as electrocardiograms, CT scans and bone densitometry are performed according

to clinical need, allowing a more in-depth assessment of the elderly person's health conditions and early detection of possible complications³¹.

In summary, Figure 1 illustrates how a well-structured care cycle is essential for promoting the health of older adults. Through a systematic, continuous and multidimensional approach, it is possible to ensure that older adults receive comprehensive, coordinated care adapted to their specific needs, promoting clinical stabilization and preventing negative outcomes³¹.

The different countries analyzed present a variety of approaches and policies for financing and delivering health care for older people. Although each country has its own particularities, there is a consensus on the importance of integrating medical and social care, as well as investing in prevention programs and health technologies. Financial sustainability and care coordination are common challenges, but innovative policies and a focus on promoting health and active ageing show promise for improving the quality of life of older people.

The different countries analyzed present a variety of approaches and policies for financing and delivering health care for older people. Although each country has its own particularities, there is a consensus on the importance of integrating medical and social care, as well as investing in prevention programs and health technologies. Financial sustainability and care coordination are common challenges, but innovative policies and a focus on promoting health and active ageing show promise for improving the quality of life of older people.

CONCLUSION

This review highlights the diversity of health care strategies for the elderly across countries, emphasizing the importance of integrating medical and social care, promoting preventive actions, and addressing chronic diseases. While developed countries generally benefit from robust and well-funded systems, challenges such as financial sustainability, workforce shortages, and care fragmentation persist. In contrast, developing nations face compounded difficulties due to socioeconomic disparities, limited resources, and the accelerated pace of aging. Regardless of these differences, the need for a systematic, patient-centered approach that fosters healthy aging and ensures equitable access to care is universally recognized. In Brazil, the integration of the Unified Health System (SUS) and Unified Social Assistance System (SUAS) represents a critical step toward comprehensive elder care but faces barriers like service fragmentation and resource limitations. Lessons from countries like Japan and Germany underscore the value of aligning health and social services while investing in prevention and long-term care. Moving forward, targeted policies that prioritize intersectoral coordination, professional training, and infrastructure improvements are essential to enhance the quality of life for the aging population worldwide.

REFERENCES

- Placideli N, Bocchi S. Modelos de atenção integral para idosos no mundo: revisão da literatura. *Physis*. 2021;31(3):e310326. <http://doi.org/10.1590/s0103-73312021310326>.
- Silva C. Challenges of financial sustainability in the Brazilian health system. *Cad Saude Publica*. 2019;35(4):e00012319.
- Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União; Brasília; 3 out. 2003 [cited 2024 Jan 10]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/21.110.741.htm
- Tanaka H, Mori K. Aging population and healthcare system in Japan. *J Gerontol Geriatr Res*. 2020;9(2):1-5.
- Müller R, Schmidt A. Long-term care in Germany: challenges and strategies. *Health Policy*. 2018;122(8):789-95.
- Smith J, Medalia C. Health insurance coverage in the United States: 2019. Suitland: U.S. Census Bureau; 2020.
- Moraes L, Almeida M, Santos P. Integration between SUS and SUAS in elderly care: barriers and perspectives. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2019;22(3):e190001.
- Amaral FLJS, Motta MHA, Silva LPG, Alves SB. Factors associated with difficulty of access of the elderly with disabilities to the health services. *Cien Saude Colet*. 2012;17(11):2991-3001. <http://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100016>. PMID:23175306.
- Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L, Uchôa E. Socioeconomic circumstances and health among the Brazilian elderly: a study using data from a National Household Survey. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3):745-57. <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300007>. PMID:12806478.
- World Health Organization. Ageing and health [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2025 Jan 11]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Oliveira AC, Santos RF. Models of health care for the elderly: a comparative review. *Cad Saude Publica*. 2019;35(4):e00012318. PMID:31066777.
- Souza ER, Lima ML. Health care strategies for the elderly: a narrative review. *Braz J Geriatr Gerontol*. 2018;21(3):345-56.
- Santos CTB, Andrade LOM, Silva MJ, Sousa MF. Elderly people's journey in health care networks: a link to be built. *Physis*. 2016;26(1):45-62. <http://doi.org/10.1590/S0103-73312016000100005>.
- Arsenijevic J, Groot W. Health promotion policies for elderly: some comparisons across Germany, Italy, the Netherlands and Poland. *Health Policy*. 2022;126(1):69-73. <http://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.01.013>. PMID:32113665.
- Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde. Experiences of financing health care for the elderly in selected countries. Brasília: ANS; 2011.
- Brandão JRM. The Canadian primary health care system(s) from a Brazilian perspective: discussing the Starfield attributes. *Cien Saude Colet*. 2020;25(4):1413-20. PMID:32267442.
- Sacardo DP, Fortes PAC, Tanaka OY. New perspectives on the management of the Spanish health system. *Saude Soc*. 2010;19(1):170-9. <http://doi.org/10.1590/S0104-12902010000100014>.
- Pinto RMF, Garcia MSMP, Gonçalves AMS. The American health system and its legal aspects. *Intr@ciência* [Internet]. 2020 [cited 2024 Jul 19];19:1-9. Available from: https://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20200522114101.pdf
- Reeves C, Islam A, Gentry T. The state of health and care of older people, 2023 (abridged) [Internet]. London: AgedUK; 2023 [cited 2024 Jul 18]. Available from: <https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/reports-and-publications/reports-and-briefings/health-wellbeing/age-uk-briefing-state-of-health-and-care-july-2023-abridged-version.pdf>
- Petroni TN, Nunes DP, Duarte YAO, Watanabe HAW, Lebrão ML. Non-Japanese, Japanese and Japanese descendant older adults in the Health, Wellbeing and Aging Study: functional and health conditions. *Rev Bras Epidemiol*. 2019;21(21, Suppl 2):e180005. PMID:30726350.
- Docteur E, Coulter A. Patient-centeredness in Sweden's health system: an external assessment and six steps for progress. Highlight report [Internet]. Stockholm: Vardanalys; 2012 [cited 2024 Jul 21]. Available from: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2306631
- Esmail N. Health care lessons from Switzerland [Internet]. Vancouver: Fraser Institute; 2013 [cited 2024 Jul 21]. Available from: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2318049
- Barbabella F, Cela E, Socci M, Lucantoni D, Zannella M, Principi A. Active aging in Italy: a systematic review of national and regional policies. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(1):600. <http://doi.org/10.3390/ijerph19010600>. PMID:35010853.
- Perera DAK. A review of the Norwegian health care system. *Int J Sci Res Publ* [Internet]. 2021 [cited 2024 Jul 21];11(8):1-10. Available from: <https://www.ijserp.org/research-paper-0821.php?rp=P11611518>
- Seddon N. Is the future Dutch? *Lancet*. 2008;372(9633):103-4. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61016-8](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61016-8). PMID:18630340.
- Trintinaglia V, Bonamigo AW, Azambuja MS. Public health policies for healthy aging in Latin America: an integrative review. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2022 [cited 2024 Jul 18];35:e11762. Available from: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/11762>

27. Teixeira CF, Santos JS, Souza LEPP, Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. In: Paim JS, Almeida-Filho N, editors. Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p. 124-40.
28. Brasil. Better at home [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [cited 2024 Jan 10]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/melhor-em-casa/programa-melhor-em-casa>
29. Costa NR. The regulatory regime and the health insurance industry in Brazil. Cien Saude Colet. 2008;13(5):1453-62. <http://doi.org/10.1590/S1413-81232008000500011>. PMID:18813648.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Impact assessment of health policies: a guide for the SUS [Internet]. Brasília; 2023 [cited 2024 Jul 18]. Available from: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_impacto_politicas_saude_guia_sus.pdf
31. Moraes EN, Moraes FL. Technical note for organizing the health care network with a focus on primary health care and specialized

outpatient care: health of the elderly [Internet]. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, Ministry of Health; 2019 [cited 2024 Jul 18]. Available from: <https://atencaoprimaria.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091212-nt-saude-do-idoso-planificasus.pdf>

Individual contribution of the authors: Study conception and design: MSA Data collection: MSA, TTXN
Data analysis and interpretation: Not applicable
Manuscript writing: MSA, TTXN Critical review of the text: TTXN
Final approval of the manuscript*: MSA, TTXN Statistical analysis: Not applicable
Overall responsibility for the study: MSA, TTXN
*All authors read and approved the final version of the manuscript submitted for publication in HSJ.

5.4 Fase II – Desenvolvimento do protótipo do instrumento de indicadores de avaliação qualitativa da PNSPI

Nesta fase, apresentamos os resultados das três etapas sequenciais e interdependentes do desenvolvimento do protótipo:

- ✓ Definição do constructo de interesse (conceito a ser avaliado);
- ✓ Identificação das categorias, subcategorias e dos itens avaliativos;
- ✓ Construção do protótipo.

5.4.1 Definição do constructo

5.4.1.1 Processo de identificação dos indicadores existentes e análise dos parâmetros e diretrizes das políticas

Com base na literatura (WHO, 2023; Brasil, 2006; Macinko; Harris, 2015; Institute of Medicine [IOM], 2012), propus indicadores que pudessem favorecer a avaliação e o monitoramento eficaz da implementação da Política Pública de Saúde da Pessoa Idosa. Assim, o constructo foi definido como: "Avaliação e o monitoramento eficaz da implementação da Política Pública de Saúde da Pessoa Idosa".

O constructo refere-se ao "grau de capacidade da política de saúde da pessoa idosa com efetividade, eficiência, equidade, segurança e humanização, garantindo a promoção do envelhecimento ativo e saudável; a atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; o estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; o provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; o estímulo à participação e fortalecimento do controle social; a formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; além do acesso oportuno e adequado a indivíduos e populações, em uma estrutura bem organizada, com recursos adequados, processos otimizados baseados em evidências científicas e protocolos clínicos atualizados, resultando em maior probabilidade de satisfação dos clientes e de alcançar os resultados de saúde desejados".

5.4.2 Identificação das categorias, subcategorias e dos itens avaliativos

Após a realização das duas revisões (itens 5.1 e 5.2) e das estratégias de cuidados de saúde para idosos (item 5.3), as categorias e subcategorias não identificadas nos instrumentos analisados foram organizadas em um novo modelo estrutural. Esse modelo é composto por seis categorias, oito subcategorias e vinte e três indicadores, conforme detalhado no Quadro 1. Essa organização visa fornecer uma estrutura abrangente e sistemática para a avaliação da qualidade, permitindo uma análise mais aprofundada e direcionada dos aspectos relevantes para a política pública em questão (Donabedian, 2003).

Quadro 1 – Categorias, subcategorias e indicadores

Categoria: Estímulo ao Envelhecimento Positivo	
Subcategoria: Prevenção de doenças	
Indicador	Índice de Solidão
Subcategoria: Promoção de hábitos saudáveis	
Indicador	Nível de Adesão a Hábitos Saudáveis
Indicador	% de Idosos Participantes em Programas de Promoção da Saúde
Subcategoria: Manutenção da capacidade funcional	
Indicador	Percepção de Qualidade de Vida
Categoria: Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa	
Subcategoria: Cuidado Abrangente ao Idoso	
Indicador	Nível de Satisfação com a Saúde
Indicador	Qualidade da Reabilitação
Indicador	Qualidade dos Cuidados Paliativos
Indicador	Nível de Acesso a Diagnóstico Precoce
Indicador	Qualidade do Tratamento
Indicador	Qualidade do Controle das DCNTs
Indicador	Nível de Acesso à Atenção Primária
Indicador	Qualidade do Atendimento na ESF
Indicador	Disponibilidade de Profissionais Especializados
Indicador	% de Unidades de Saúde com Protocolos de Atendimento ao Idoso
Categoria: Integração de Ações e Setores	
Subcategoria: Integração de serviços de diferentes setores	
Indicador	Qualidade da Infraestrutura Urbana para Idosos
Indicador	Disponibilidade de Programas de Apoio Comunitário
Indicador	Nível de Informação sobre Direitos
Indicador	Percepção de Segurança Financeira
Indicador	Número de Ações Intersetoriais Realizadas
Categoria: Engajamento e Fiscalização Social	

Subcategoria: Conselhos de saúde	
Indicador	Número de Conselhos de Saúde com Participação de Idosos
Indicador	Número de Campanhas de Divulgação Realizadas sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
Categoria: Desenvolvimento Contínuo dos Profissionais	
Subcategoria: Atualização de conhecimentos	
Indicador	% de Profissionais de Saúde que Receberam Capacitação em Saúde do Idoso
Categoria: Avanço do Conhecimento Científico	
Subcategoria: Incentivo à produção científica	
Indicador	Número de Estudos e Pesquisas Financiados

Fonte: dados da pesquisa.

5.4.3 Proposição de Indicadores para Acompanhamento de Política de Saúde da Pessoa Idosa

Os indicadores apresentados no Quadro 2 são classificados como indicadores de resultado, ou seja, aqueles diretamente vinculados aos objetivos finais da Política. Essa característica permite avaliar a eficácia do alcance das metas estabelecidas (Jannuzzi, 2001). A utilização desses indicadores possibilita uma avaliação rápida e tecnicamente embasada da situação geral de cada área temática. Embora não forneçam uma análise exaustiva do desempenho de programas ou políticas específicas, representam um valioso instrumento para a gestão e o monitoramento do setor.

Quadro 2 – Indicadores para avaliação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, por categoria e subcategoria, Natal -RN 2025

Categoria: Estímulo ao Envelhecimento Positivo						
Subcategoria: Prevenção de doenças						
Indicador:	Índice de Solidão					
Conceito	Interpretação	Usos	Limitações	Fontes de Dados:	Método de Cálculo:	Periodicidade:
Medida do isolamento social dos idosos, considerando frequência de contato com familiares e amigos, participação em atividades sociais e percepção de solidão.	Indica o grau em que os idosos estão socialmente conectados e se sentem parte de uma rede de apoio social.	Identificar grupos de idosos com maior risco de isolamento social e solidão. Planejar e implementar intervenções para promover a integração social e o combate à solidão. Monitorar o impacto dessas intervenções no índice de solidão.	Subjetividade da percepção de solidão. Dificuldade em medir a qualidade das relações sociais. Necessidade de considerar a diversidade de preferências e necessidades sociais dos idosos.	Entrevistas com idosos sobre sua frequência de contato com familiares e amigos, participação em atividades sociais e percepção de solidão. Utilização de escalas de avaliação de solidão (ex: Escala de Solidão de UCLA).	Criação de um índice composto, ponderando diferentes indicadores de isolamento social e solidão. Atribuição de notas ou escores para cada indicador, com base nas entrevistas e nas escalas de avaliação.	
Subcategoria: Promoção de hábitos saudáveis						
Indicador:	Nível de Adesão a Hábitos Saudáveis					
Conceito	Interpretação	Usos	Limitações	Fontes de Dados:	Método de Cálculo:	Periodicidade:
Percentual de idosos que adotam hábitos saudáveis, como alimentação equilibrada, prática regular de atividade física e não uso de tabaco e álcool em excesso	: Indica o grau em que os idosos estão engajados em comportamentos que promovem a saúde e previnem doenças.	Identificar grupos de idosos com menor adesão a hábitos saudáveis. Planejar e implementar ações de promoção da	Dificuldade em medir com precisão os hábitos de vida dos idosos. Possibilidade de viés de resposta nas entrevistas (idosos podem superestimar sua	Entrevistas com idosos sobre seus hábitos de vida, incluindo perguntas sobre alimentação, atividade física, tabagismo e consumo de álcool. Utilização de questionários validados	Percentual de idosos que relatam adotar um número mínimo de hábitos saudáveis.	

		saúde e prevenção de doenças. Monitorar o impacto dessas ações no nível de adesão a hábitos saudáveis.	adesão a hábitos saudáveis). Necessidade de adaptar as perguntas sobre hábitos de vida para diferentes contextos culturais e socioeconômicos.	sobre hábitos de vida (ex: Questionário de Frequência Alimentar, Questionário de Atividade Física).		
Indicador	% de Idosos Participantes em Programas de Promoção da Saúde					
Conceito	Interpretação	Usos	Limitações	Fontes de Dados:	Método de Cálculo:	Periodicidade:
Proporção de idosos que participam de programas de promoção da saúde oferecidos pelo SUS.	Quanto maior a porcentagem, maior o alcance das ações de promoção do envelhecimento ativo e saudável.	Monitorar a cobertura dos programas de promoção da saúde e identificar grupos de idosos com menor acesso.	Dificuldade em obter dados precisos sobre a participação dos idosos nos programas.	Registros de participação nos programas de saúde, SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica).	(Número de idosos participantes em programas de promoção da saúde / Número total de idosos na área de abrangência) x 100	
Subcategoria: Manutenção da capacidade funcional						
Indicadores:	Percepção de Qualidade de Vida					
Conceito	Interpretação	Usos	Limitações	Fontes de Dados:	Método de Cálculo:	Periodicidade:
Avaliação da percepção dos idosos sobre sua qualidade de vida, considerando aspectos físicos, mentais, sociais e emocionais	Indica o grau em que os idosos estão satisfeitos com sua vida e se sentem bem-estar em diferentes dimensões.	Identificar grupos de idosos com menor percepção de qualidade de vida. Planejar e implementar intervenções para melhorar a qualidade de vida dos idosos. Monitorar o	Subjetividade da percepção de qualidade de vida. Dificuldade em comparar a percepção de qualidade de vida entre diferentes grupos de idosos com diferentes necessidades e expectativas. Possibilidade	Entrevistas com idosos sobre sua percepção de qualidade de vida, utilizando instrumentos validados (ex: WHOQOL-BREF, SF-36).	Escore médio de qualidade de vida, obtido a partir dos instrumentos de avaliação.	Anual

		impacto dessas intervenções na percepção de qualidade de vida.	de viés de resposta nas entrevistas (idosos podem relutar em revelar sua real percepção de qualidade de vida).			
Categoria: Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa						
Subcategoria: Cuidado Abrangente ao Idoso						
Indicador	Nível de Satisfação com a Saúde					
Conceito	Interpretação	Usos	Limitações	Fontes de Dados:	Método de Cálculo:	Periodicidade:
Medida da satisfação dos idosos com sua saúde, incluindo acesso a serviços de saúde, qualidade do atendimento e resultados do tratamento.	Reflete o grau em que os idosos estão satisfeitos com sua saúde e com os serviços de saúde que recebem.	Identificar áreas em que os serviços de saúde precisam ser melhorados. Planejar e implementar ações para melhorar a qualidade dos serviços de saúde. Monitorar o impacto dessas ações no nível de satisfação com a saúde.	Subjetividade da satisfação com a saúde. Dificuldade em comparar a satisfação com a saúde entre diferentes grupos de idosos com diferentes necessidades e expectativas. Possibilidade de viés de resposta nas entrevistas (idosos podem relutar em expressar insatisfação com os serviços de saúde).	Entrevistas com idosos sobre sua satisfação com a saúde, incluindo perguntas sobre acesso a serviços de saúde, qualidade do atendimento e resultados do tratamento. Pesquisas de satisfação com os serviços de saúde.	Percentual de idosos que relatam estar satisfeitos ou muito satisfeitos com sua saúde.	Anual

Indicador	Qualidade da Reabilitação					
Conceito	Interpretação	Usos	Limitações	Fontes de Dados:	Método de Cálculo:	Periodicidade:
Avaliação da qualidade dos serviços de reabilitação oferecidos aos idosos, incluindo acesso a fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia.	Reflete o grau em que os idosos têm acesso a serviços de reabilitação de qualidade e podem recuperar ou manter sua capacidade funcional.	Identificar áreas em que os serviços de reabilitação precisam ser melhorados. Planejar e implementar ações para melhorar a qualidade dos serviços de reabilitação. Monitorar o impacto dessas ações na capacidade funcional dos idosos.	Dificuldade em medir a qualidade dos serviços de reabilitação. Necessidade de considerar a diversidade de necessidades e preferências dos idosos em relação à reabilitação. Possibilidade de viés de resposta nas entrevistas (idosos podem relutar em expressar insatisfação com os serviços de reabilitação).	Entrevistas com idosos sobre sua experiência com os serviços de reabilitação. Avaliação da qualidade dos serviços de reabilitação, utilizando critérios estabelecidos por órgãos reguladores.	Percentual de idosos que relatam estar satisfeitos ou muito satisfeitos com os serviços de reabilitação.	
Indicador	Qualidade dos Cuidados Paliativos					
Conceito	Interpretação	Usos	Limitações	Fontes de Dados:	Método de Cálculo:	Periodicidade:
Avaliação da qualidade dos cuidados paliativos oferecidos aos idosos em fase terminal, incluindo alívio da dor, suporte emocional e respeito à dignidade.	Reflete o grau em que os idosos em fase terminal recebem cuidados adequados para aliviar o sofrimento e garantir uma morte digna.	Identificar áreas em que os serviços de cuidados paliativos precisam ser melhorados. Planejar e implementar ações para melhorar a qualidade dos	Dificuldade em medir a qualidade dos cuidados paliativos. Necessidade de considerar a diversidade de necessidades e preferências dos idosos em fase terminal. Possibilidade	Entrevistas com familiares de idosos que receberam cuidados paliativos. Avaliação da qualidade dos serviços de cuidados paliativos, utilizando critérios estabelecidos por órgãos reguladores.	Percentual de familiares que relatam estar satisfeitos ou muito satisfeitos com os cuidados paliativos.	Anual

		cuidados paliativos. Monitorar o impacto dessas ações na qualidade de vida dos idosos em fase terminal.	de viés de resposta nas entrevistas (familiares podem relutar em expressar insatisfação com os cuidados paliativos).			
Indicador	Nível de Acesso a Diagnóstico Precoce					
Conceito	Interpretação	Usos	Limitações	Fontes de Dados:	Método de Cálculo:	Periodicidade:
Percentual de idosos que têm acesso a exames e procedimentos para diagnóstico precoce de doenças prevalentes na terceira idade, como câncer, diabetes e doenças cardiovasculares.	Indica o grau em que os idosos têm a oportunidade de detectar doenças em estágios iniciais, o que aumenta as chances de tratamento eficaz e melhora o prognóstico.	Identificar grupos de idosos com menor acesso a diagnóstico precoce. Planejar e implementar ações para ampliar o acesso ao diagnóstico precoce. Monitorar o impacto dessas ações na detecção precoce de doenças.	Dificuldade em medir o acesso real aos exames e procedimentos de diagnóstico precoce. Necessidade de considerar a diversidade de necessidades e preferências dos idosos em relação ao rastreamento de doenças. Possibilidade de viés de resposta nas entrevistas (idosos podem superestimar seu acesso ao diagnóstico precoce).	Dados sobre a realização de exames e procedimentos de diagnóstico precoce em idosos. Entrevistas com idosos sobre seu acesso a exames e procedimentos de diagnóstico precoce.	Percentual de idosos que realizaram os exames e procedimentos de diagnóstico precoce recomendados para sua faixa etária e sexo.	

Indicador	Qualidade do Tratamento					
Conceito	Interpretação	Usos	Limitações	Fontes de Dados:	Método de Cálculo:	Periodicidade:
Avaliação da qualidade do tratamento oferecido aos idosos, incluindo adesão às diretrizes clínicas, acompanhamento adequado e resultados do tratamento.	Reflete o grau em que os idosos recebem tratamento adequado e eficaz para suas doenças, de acordo com as melhores práticas clínicas.	Identificar áreas em que o tratamento oferecido aos idosos precisa ser melhorado. Planejar e implementar ações para melhorar a qualidade do tratamento. Monitorar o impacto dessas ações nos resultados do tratamento.	Dificuldade em medir a qualidade do tratamento. Necessidade de considerar a diversidade de necessidades e preferências dos idosos em relação ao tratamento. Possibilidade de viés de resposta nas entrevistas (idosos podem relutar em expressar insatisfação com o tratamento).	Revisão de prontuários médicos de idosos. Entrevistas com idosos sobre sua experiência com o tratamento. Avaliação da adesão às diretrizes clínicas.	Percentual de idosos que receberam tratamento de acordo com as diretrizes clínicas recomendadas.	Anual
Indicador	Qualidade do Controle das DCNTs					
Conceito	Interpretação	Usos	Limitações	Fontes de Dados:	Método de Cálculo:	Periodicidade:
Avaliação da qualidade do controle das DCNTs nos idosos, incluindo adesão ao tratamento, acompanhamento regular e alcance das metas terapêuticas.	Reflete o grau em que as DCNTs estão sendo controladas de forma eficaz nos idosos, prevenindo complicações e melhorando a qualidade de vida.	Identificar áreas em que o controle das DCNTs precisa ser melhorado. Planejar e implementar ações para melhorar o controle das DCNTs. Monitorar o impacto dessas ações nos resultados do	Dificuldade em medir a qualidade do controle das DCNTs. Necessidade de considerar a diversidade de necessidades e preferências dos idosos em relação ao tratamento das DCNTs. Possibilidade de viés de resposta nas entrevistas	Revisão de prontuários médicos de idosos com DCNTs. Entrevistas com idosos sobre sua experiência com o tratamento das DCNTs. Avaliação da adesão ao tratamento e do alcance das metas terapêuticas.	Percentual de idosos com DCNTs que atingiram as metas terapêuticas estabelecidas para sua condição.	

		controle das DCNTs.	(idosos podem relutar em expressar insatisfação com o controle de suas DCNTs).			
Indicador	Nível de Acesso à Atenção Primária					
Conceito	Interpretação	Usos	Limitações	Fontes de Dados:	Método de Cálculo:	Periodicidade:
Percentual de idosos que têm acesso regular a serviços de atenção primária à saúde, como consultas médicas, visitas domiciliares e atividades educativas	Indica o grau em que os idosos têm acesso a cuidados de saúde abrangentes e contínuos na atenção primária, que é a porta de entrada para o sistema de saúde.	Identificar grupos de idosos com menor acesso à atenção primária. Planejar e implementar ações para ampliar o acesso à atenção primária. Monitorar o impacto dessas ações no acesso à atenção primária.	Dificuldade em medir o acesso real à atenção primária. Necessidade de considerar a diversidade de necessidades e preferências dos idosos em relação à atenção primária. Possibilidade de viés de resposta nas entrevistas (idosos podem superestimar seu acesso à atenção primária).	Dados sobre o número de consultas médicas, visitas domiciliares e atividades educativas realizadas na atenção primária. Entrevistas com idosos sobre seu acesso à atenção primária.	Percentual de idosos que receberam um número mínimo de consultas médicas, visitas domiciliares e participaram de atividades educativas na atenção primária.	
Indicador	Qualidade do Atendimento na ESF					
Conceito	Interpretação	Usos	Limitações	Fontes de Dados:	Método de Cálculo:	Periodicidade:
Avaliação da qualidade do atendimento oferecido aos idosos na Estratégia de Saúde da Família (ESF),	Reflete o grau em que os idosos recebem atendimento de	Identificar áreas em que o atendimento na ESF precisa ser	Dificuldade em medir a qualidade do atendimento na ESF.	Entrevistas com idosos sobre sua experiência com o atendimento na ESF.	Percentual de idosos que relatam estar satisfeitos ou muito satisfeitos com o	

incluindo acolhimento, escuta qualificada, resolutividade e continuidade do cuidado.	qualidade na ESF, que é um modelo de atenção à saúde que busca oferecer cuidados abrangentes e personalizados.	melhorado. Planejar e implementar ações para melhorar a qualidade do atendimento na ESF. Monitorar o impacto dessas ações na qualidade do atendimento na ESF.	Necessidade de considerar a diversidade de necessidades e preferências dos idosos em relação ao atendimento na ESF. Possibilidade de viés de resposta nas entrevistas (idosos podem relutar em expressar insatisfação com o atendimento na ESF).	Pesquisas de satisfação com o atendimento na ESF. Observação do atendimento na ESF.	atendimento na ESF.	
Indicador	Disponibilidade de Profissionais Especializados					
Conceito	Interpretação	Usos	Limitações	Fontes de Dados:	Método de Cálculo:	Periodicidade:
Existência e distribuição de profissionais especializados em geriatria e gerontologia nos serviços de saúde, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.	Indica o grau em que os idosos têm acesso a profissionais com conhecimento e experiência para atender às suas necessidades específicas de saúde.	Identificar áreas com carência de profissionais especializados em geriatria e gerontologia. Planejar e implementar ações para aumentar a oferta de profissionais especializados. Monitorar o impacto dessas ações na qualidade do atendimento aos idosos.	Dificuldade em medir a qualidade da formação dos profissionais especializados	Prontuários eletrônicos dos pacientes, SIAB, SIA/SUS (Sistema de Informação Ambulatorial do SUS).	Número de idosos com acompanhamento multiprofissional / Número total de idosos cadastrados na unidade de saúde) x 100	Semestral.

Indicador	% de Unidades de Saúde com Protocolos de Atendimento ao Idoso					
Conceito	Interpretação	Usos	Limitações	Fontes de Dados:	Método de Cálculo:	Periodicidade:
Proporção de unidades de saúde que possuem protocolos específicos para o atendimento de idosos.	Indica o nível de preparo das unidades de saúde para oferecer um atendimento adequado e qualificado aos idosos.	Avaliar a disponibilidade de protocolos de atendimento ao idoso e identificar áreas com menor cobertura.	Dificuldade em garantir a atualização e a adesão aos protocolos.	Visitas técnicas às unidades de saúde, análise documental dos protocolos.	: (Número de unidades de saúde com protocolos de atendimento ao idoso / Número total de unidades de saúde) x 100	
Categoria: Integração de Ações e Setores						
Subcategoria: Integração de serviços de diferentes setores						
Indicadores:	Qualidade da Infraestrutura Urbana para Idosos					
Conceito	Interpretação	Usos	Limitações	Fontes de Dados:	Método de Cálculo:	Periodicidade:
Avaliação das condições de acessibilidade, segurança e adequação dos espaços públicos urbanos para atender às necessidades dos idosos	Indica o grau em que o ambiente urbano promove a autonomia, segurança e bem-estar dos idosos. Valores altos sugerem um ambiente favorável ao envelhecimento ativo e saudável.	Identificar áreas prioritárias para intervenção e melhoria da infraestrutura urbana. Monitorar o impacto de políticas e programas de requalificação urbana na qualidade de vida dos idosos. Comparar a qualidade da infraestrutura urbana entre diferentes bairros ou cidades.	Subjetividade na avaliação dos critérios de acessibilidade e segurança. Dificuldade em quantificar aspectos qualitativos da infraestrutura urbana. Necessidade de adaptação dos critérios de avaliação para diferentes contextos urbanos.	Observação direta dos espaços públicos. Entrevistas com idosos sobre sua percepção da infraestrutura urbana. Dados de órgãos municipais sobre investimentos em infraestrutura urbana.	Criação de um índice composto, ponderando diferentes critérios de acessibilidade, segurança e adequação. Atribuição de notas ou escores para cada critério, com base na observação e nas entrevistas.	Anual ou bianual

Indicadores:	Disponibilidade de Programas de Apoio Comunitário					
Conceito	Interpretação	Usos	Limitações	Fontes de Dados:	Método de Cálculo:	Periodicidade:
Existência, alcance e qualidade de programas e serviços que promovem a integração social, o bem-estar e a autonomia dos idosos na comunidade.	Reflete o grau em que a comunidade oferece suporte e oportunidades para que os idosos se mantenham ativos, engajados e saudáveis.	Identificar lacunas na oferta de programas e serviços para idosos. Planejar e implementar novas iniciativas de apoio comunitário. Avaliar o impacto dos programas existentes na qualidade de vida dos idosos.	Dificuldade em medir a qualidade dos programas e serviços. Necessidade de considerar a diversidade de necessidades e preferências dos idosos. Dependência da disponibilidade de informações sobre os programas existentes.	Levantamento de programas e serviços oferecidos por órgãos públicos, ONGs e outras instituições. Entrevistas com idosos sobre sua participação e satisfação com os programas. Dados sobre o número de idosos atendidos pelos programas.	Criação de um índice composto, ponderando diferentes critérios de disponibilidade, alcance e qualidade dos programas. Atribuição de notas ou escores para cada critério, com base no levantamento e nas entrevistas.	
Indicadores:	Nível de Informação sobre Direitos					
Conceito	Interpretação	Usos	Limitações	Fontes de Dados:	Método de Cálculo:	Periodicidade:
Percentual de idosos que conhecem seus direitos garantidos pelo Estatuto do Idoso e outras legislações.	Indica o grau em que os idosos estão cientes de seus direitos e, portanto, podem exigí-los e proteger-se contra abusos e discriminação.	Identificar grupos de idosos com menor conhecimento sobre seus direitos. Planejar e implementar ações de educação e divulgação sobre os direitos dos idosos. Monitorar o impacto dessas	Dificuldade em medir o conhecimento real dos idosos sobre seus direitos. Possibilidade de viés de resposta nas entrevistas (idosos podem superestimar seu conhecimento). Necessidade de adaptar as perguntas sobre direitos para diferentes níveis de	Entrevistas com idosos sobre seu conhecimento de direitos específicos (ex: direito à saúde, à assistência social, ao transporte gratuito). Testes de conhecimento sobre o Estatuto do Idoso.	Percentual de idosos que respondem corretamente a um número mínimo de perguntas sobre seus direitos.	

		ações no nível de informação dos idosos.	escolaridade e compreensão.			
Indicadores:	Percepção de Segurança Financeira					
Conceito	Interpretação	Usos	Limitações	Fontes de Dados:	Método de Cálculo:	Periodicidade:
Avaliação subjetiva da segurança financeira dos idosos, incluindo acesso a aposentadoria, pensão e outros benefícios, e sua capacidade de cobrir despesas básicas.	Reflete o grau em que os idosos se sentem seguros em relação a sua situação financeira e podem manter um padrão de vida digno.	Identificar grupos de idosos com maior insegurança financeira. Planejar e implementar políticas de proteção social e garantia de renda para idosos. Monitorar o impacto dessas políticas na percepção de segurança financeira dos idosos.	Subjetividade da percepção de segurança financeira. Dificuldade em comparar a percepção de segurança financeira entre diferentes grupos de idosos com diferentes necessidades e expectativas. Possibilidade de viés de resposta nas entrevistas (idosos podem relutar em revelar sua real situação financeira).	Entrevistas com idosos sobre sua percepção de segurança financeira, incluindo perguntas sobre sua capacidade de cobrir despesas básicas, pagar contas e lidar com imprevistos.	Percentual de idosos que relatam se sentir seguros ou muito seguros em relação a sua situação financeira.	
Indicador	Número de Ações Intersetoriais Realizadas					
Conceito	Interpretação	Usos	Limitações	Fontes de Dados:	Método de Cálculo:	Periodicidade:
Quantidade de ações que envolvem diferentes setores (saúde, assistência social, educação, etc.) para atender às necessidades dos idosos.	Reflete o nível de colaboração entre diferentes áreas para garantir uma atenção integral aos idosos.	Monitorar o desenvolvimento de ações intersetoriais e identificar áreas com maior ou menor integração entre os setores.	Dificuldade em definir e mensurar ações intersetoriais de forma padronizada.	Relatórios de gestão dos diferentes setores (saúde, assistência social, educação, etc.).	Contagem do número de ações intersetoriais realizadas no período	

Categoria: Engajamento e Fiscalização Social						
Subcategoria: Conselhos de saúde						
Indicador	Número de Conselhos de Saúde com Participação de Idosos					
Conceito	Interpretação	Usos	Limitações	Fontes de Dados:	Método de Cálculo:	Periodicidade:
Quantidade de conselhos de saúde (municipal, estadual, etc.) que contam com a participação de representantes de idosos.	Reflete o nível de envolvimento dos idosos nas decisões e no controle das políticas de saúde.	Monitorar a participação dos idosos nos conselhos de saúde e identificar áreas com menor representatividade.	Dificuldade em garantir a representatividade e a efetividade da participação dos idosos.	Listas de participantes dos conselhos de saúde, atas das reuniões dos conselhos de saúde.	Contagem do número de conselhos de saúde com participação de representantes de idosos.	
Indicador	Número de Campanhas de Divulgação Realizadas sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa					
Conceito	Interpretação	Usos	Limitações	Fontes de Dados:	Método de Cálculo:	Periodicidade:
Quantidade de campanhas de divulgação sobre a política de saúde do idoso realizadas para profissionais de saúde, gestores e usuários.	Reflete o esforço em disseminar informações relevantes sobre a política e os direitos dos idosos.	Monitorar o desenvolvimento de campanhas de divulgação e identificar áreas com menor alcance.	Dificuldade em avaliar o impacto das campanhas na população.	Relatórios de gestão dos órgãos responsáveis pela política de saúde do idoso.	Contagem do número de campanhas de divulgação realizadas no período.	
Categoria: Desenvolvimento Contínuo dos Profissionais						
Subcategoria: Atualização de conhecimentos						
Indicador	% de Profissionais de Saúde que Receberam Capacitação em Saúde do Idoso					
Conceito	Interpretação	Usos	Limitações	Fontes de Dados:	Método de Cálculo:	Periodicidade:
Proporção de profissionais de saúde que participaram de cursos, treinamentos ou outras atividades de capacitação em saúde do idoso.	Indica o nível de preparo dos profissionais para atender às necessidades específicas dos idosos.	Registros de participação em cursos e eventos, RH (Recursos Humanos) dos serviços de saúde.	Dificuldade em garantir a qualidade e a aplicabilidade da capacitação.	Registros de participação em cursos e eventos, RH (Recursos Humanos) dos serviços de saúde.	$\frac{\text{Número de profissionais de saúde que receberam capacitação em saúde do idoso}}{\text{Número total de profissionais de saúde}} \times 100$	

Categoria: Avanço do Conhecimento Científico						
Subcategoria: Incentivo à produção científica						
Indicador	Número de Estudos e Pesquisas Financiados					
Conceito	Interpretação	Usos	Limitações	Fontes de Dados:	Método de Cálculo:	Periodicidade:
Quantidade de estudos e pesquisas financiados que abordam temas relevantes para a saúde do idoso.	Reflete o investimento em produção de conhecimento para embasar a tomada de decisões e o aprimoramento da política de saúde do idoso.	Monitorar o financiamento de estudos e pesquisas e identificar áreas com maior ou menor investimento.	Dificuldade em avaliar o impacto dos estudos e pesquisas na política de saúde do idoso.	Editais de financiamento, relatórios de pesquisa.	Contagem do número de estudos e pesquisas financiados no período.	

Fonte: Dados da pesquisa.

5.4.3.1 *Categoria: estímulo ao envelhecimento positivo*

A categoria "Estímulo ao Envelhecimento Positivo" emerge como um pilar central na avaliação das políticas públicas de saúde voltadas à pessoa idosa. Seu propósito é aferir o conjunto de ações e estratégias que visam promover um envelhecimento ativo e saudável, em consonância com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2002). Reconhece-se, assim, a importância de intervenções preventivas e de manutenção da capacidade funcional como elementos cruciais para assegurar a qualidade de vida na terceira idade.

No âmbito da "Prevenção de Doenças", propõe-se o "Índice de Solidão" como indicador. Este instrumento busca mensurar o isolamento social e a percepção de solidão entre pessoas idosas, reconhecendo o suporte social e o engajamento comunitário como fatores protetores para a saúde mental e física (Holt-Lunstad; Smith; Layton, 2020). A avaliação regular do índice de solidão permite identificar grupos de risco e implementar intervenções que promovam a integração social e o bem-estar emocional, alinhando-se com as estratégias de promoção da saúde mental preconizadas pela literatura (Knapp, 2012).

A "Promoção de Hábitos Saudáveis" é avaliada por meio do "Nível de Adesão a Hábitos Saudáveis" e do "% de Idosos Participantes em Programas de Promoção da Saúde". O primeiro indicador afere a adoção de comportamentos que promovem a saúde e previnem doenças, como alimentação equilibrada, prática regular de atividade física e não uso de tabaco e álcool em excesso (WHO, 2005). A promoção de hábitos saudáveis é fundamental para reduzir o risco de doenças crônicas e manter a capacidade funcional ao longo do envelhecimento. Complementarmente, o segundo indicador mensura o alcance das ações de promoção do envelhecimento ativo e saudável, avaliando a proporção de idosos que participam de programas oferecidos pelo sistema de saúde (Brasil, 2006). A participação em programas de promoção da saúde pode aumentar a adesão a hábitos saudáveis, melhorar a qualidade de vida e reduzir a demanda por serviços de saúde especializados, corroborando a importância da atenção primária na coordenação do cuidado (Starfield, 1998).

Por fim, a "Manutenção da Capacidade Funcional" é avaliada pela "Percepção de Qualidade de Vida". Este indicador afere a satisfação dos idosos com sua vida em diferentes dimensões (física, mental, social e emocional), reconhecendo que a percepção de qualidade de vida é um importante preditor de saúde e bem-estar (Bowling, 2017). A avaliação regular da percepção de qualidade de vida permite identificar áreas que necessitam de intervenção e monitorar o impacto das ações implementadas, alinhando-se com a abordagem centrada na pessoa preconizada pelas políticas de saúde do idoso (Khoury; Sá-Neves, 2015).

5.4.3.2 *Categoria: atenção integral à saúde da pessoa idosa*

A categoria "Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa" configura-se como um elemento axial para a efetividade de sistemas de saúde que buscam responder às demandas complexas e multifacetadas da população geriátrica. A integralidade, neste contexto, transcende a mera oferta de serviços, pressupondo a articulação sinérgica entre diferentes níveis de cuidado, desde a atenção primária até os serviços especializados, com o objetivo precípuo de promover, prevenir, tratar e reabilitar a saúde do indivíduo idoso (Starfield, 1998). A organização dos serviços deve, portanto, considerar a coordenação do cuidado, a longitudinalidade da atenção e a centralidade na pessoa, princípios basilares para a garantia de uma atenção integral e efetiva (Almeida *et al.*, 2018).

5.4.3.2.1 SUBCATEGORIA: CUIDADO ABRANGENTE AO IDOSO

Indicador: Nível de Satisfação com a Saúde: A mensuração do "Nível de Satisfação com a Saúde" emerge como um indicador subjetivo, porém valioso, da qualidade da atenção prestada. Este indicador busca aferir a percepção dos idosos em relação à sua experiência nos serviços de saúde, englobando o acesso facilitado, a qualidade intrínseca do atendimento e os resultados terapêuticos alcançados. A literatura demonstra que a satisfação com a saúde apresenta uma correlação positiva com a adesão ao tratamento e a busca proativa por cuidados, reforçando a importância de sua avaliação sistemática (Sitzia; Wood, 1997).

Indicador: Qualidade da Reabilitação: A "Qualidade da Reabilitação" configura-se como um indicador de processo, que avalia a adequação e a efetividade dos serviços de reabilitação disponibilizados às pessoas idosas, abrangendo o acesso a fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia. A reabilitação, quando implementada de forma oportuna e qualificada, desempenha um papel crucial na manutenção da capacidade funcional, na promoção da autonomia e na melhoria da qualidade de vida da população idosa (Stucki; Pollock; Engkasan; Selb, 2019).

Indicador: Qualidade dos Cuidados Paliativos: A avaliação da "Qualidade dos Cuidados Paliativos" assume um papel ético e humanitário, visando garantir uma assistência digna e compassiva aos idosos em fase terminal de vida. Este indicador engloba a avaliação do alívio da dor e de outros sintomas físicos, o suporte emocional e psicológico ao paciente e seus familiares, e o respeito à autonomia e aos valores do indivíduo. A oferta de cuidados paliativos de qualidade é um direito do paciente e um dever dos sistemas de saúde (Rodrigues; Silva; Cabrera, 2022; Santos; Lima; Hora; Leão, 2020)

Indicador: Nível de Acesso a Diagnóstico Precoce: A "Nível de Acesso a Diagnóstico Precoce" emerge como um indicador de estrutura, que busca mensurar o percentual de pessoas idosas que têm acesso facilitado a exames e procedimentos para o diagnóstico precoce de doenças prevalentes na terceira idade, como câncer, diabetes e doenças cardiovasculares. A detecção precoce de patologias aumenta substancialmente as chances de tratamento eficaz e melhora o prognóstico, impactando positivamente a morbimortalidade da população idosa (Viacava *et al.*, 2004).

Indicador: Qualidade do Tratamento: A "Qualidade do Tratamento" configura-se como um indicador de processo, que avalia a adesão às diretrizes clínicas baseadas em evidências, a individualização do plano terapêutico, o acompanhamento adequado e os resultados clínicos alcançados. A oferta de um tratamento qualificado e efetivo é fundamental para o controle de

doenças crônicas, a prevenção de complicações e a melhoria da qualidade de vida dos idosos (Lebrão; Rui Laurenti, 2005).

Indicador: Qualidade do Controle das DCNTs: A "Qualidade do Controle das DCNTs" emerge como um indicador de resultado, que avalia a efetividade das ações de controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) na população idosa. Este indicador engloba a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, o acompanhamento regular dos pacientes e o alcance das metas terapêuticas estabelecidas. O controle adequado das DCNTs é essencial para prevenir complicações, reduzir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida dos idosos (Simões; Meira; Santos; Câmara, 2021).

Indicador: Nível de Acesso à Atenção Primária: O "Nível de Acesso à Atenção Primária" configura-se como um indicador de estrutura, que mensura o percentual de pessoas idosas que têm acesso regular a serviços de atenção primária à saúde, como consultas médicas, visitas domiciliares e atividades educativas. A atenção primária à saúde (APS) desempenha um papel central na coordenação do cuidado, na promoção da saúde e na prevenção de doenças, sendo considerada a porta de entrada preferencial para o sistema de saúde (Starfield, 1998).

Indicador: Qualidade do Atendimento na ESF: A "Qualidade do Atendimento na ESF" emerge como um indicador de processo, que avalia a qualidade da atenção prestada aos idosos no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Este indicador engloba a avaliação do acolhimento, da escuta qualificada, da resolutividade dos problemas de saúde e da continuidade do cuidado, elementos essenciais para a efetividade da APS (Brasil, 2017).

Indicador: Disponibilidade de Profissionais Especializados: A "Disponibilidade de Profissionais Especializados" configura-se como um indicador de estrutura, que avalia a suficiência e a distribuição equitativa de profissionais especializados em geriatria e gerontologia nos serviços de saúde. O acesso a profissionais especializados é fundamental para atender às necessidades específicas de saúde dos idosos, garantindo um cuidado mais qualificado e efetivo (Kane; Shamliyan; Pacala, 2012).

Indicador: % de Unidades de Saúde com Protocolos de Atendimento ao Idoso: O "% de Unidades de Saúde com Protocolos de Atendimento ao Idoso" emerge como um indicador de estrutura, que mensura a proporção de unidades de saúde que possuem protocolos clínicos específicos para o atendimento da população geriátrica. A existência de protocolos de atendimento ao idoso indica o nível de preparo das unidades de saúde para oferecer um atendimento adequado e qualificado, baseado em evidências científicas e nas melhores práticas (Scolari; Lucena; Carreira, 2022).

5.4.3.3 Categoria: Integração de Ações e Setores

A categoria "Integração de Ações e Setores" reflete a premissa de que a promoção da saúde e do bem-estar da pessoa idosa demanda uma abordagem que transcenda as fronteiras do setor saúde, envolvendo a articulação de diferentes áreas e políticas públicas (Marmot, 2005). A complexidade das necessidades da população idosa exige a coordenação de ações entre os setores de saúde, assistência social, educação, transporte, habitação e outros, visando garantir uma atenção integral e efetiva (Monnerat; Souza, 2011; WHO, 2007).

5.4.3.3.1 SUBCATEGORIA: INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS DE DIFERENTES SETORES

Indicador: Qualidade da Infraestrutura Urbana para Idosos: Este indicador avalia as condições de acessibilidade, segurança e adequação dos espaços públicos urbanos para atender às necessidades das pessoas idosas. A infraestrutura urbana de qualidade é fundamental para promover a autonomia, a segurança e o bem-estar dos idosos, permitindo a participação ativa na vida comunitária (Forjaz *et al.*, 2012).

Indicador: Disponibilidade de Programas de Apoio Comunitário: Este indicador mensura a existência, o alcance e a qualidade de programas e serviços que promovem a integração social, o bem-estar e a autonomia dos idosos na comunidade. Os programas de apoio comunitário desempenham um papel crucial no fortalecimento das redes sociais, na promoção do envelhecimento ativo e na prevenção do isolamento social (Berkman *et al.*, 2011).

Indicador: Nível de Informação sobre Direitos: Este indicador avalia o percentual de idosos que conhecem seus direitos garantidos pelo Estatuto do Idoso e outras legislações. O conhecimento dos direitos é um instrumento de empoderamento que permite aos idosos exigir o cumprimento de seus direitos e proteger-se contra abusos e discriminação (Minayo, 2020).

Indicador: Percepção de Segurança Financeira: Este indicador avalia a percepção subjetiva da segurança financeira dos idosos, incluindo o acesso a aposentadoria, pensão e outros benefícios, e sua capacidade de cobrir despesas básicas. A segurança financeira é um fator determinante para a qualidade de vida e o bem-estar dos idosos, influenciando o acesso à alimentação, moradia, saúde e lazer (Lebrão; Laurenti, 2005; Lima-Costa, 2018).

Indicador: Número de Ações Intersetoriais Realizadas: Este indicador mensura a quantidade de ações que envolvem diferentes setores (saúde, assistência social, educação, etc.) para atender às necessidades das pessoas. O desenvolvimento de ações intersetoriais é fundamental para garantir uma atenção integral e coordenada, que considere as múltiplas

dimensões da vida da pessoa idosa (Dahlgren; Whitehead, 2021).

5.4.3.4 *Categoria: engajamento e fiscalização social*

A categoria "Engajamento e Fiscalização Social" reconhece a importância da participação ativa da sociedade civil no monitoramento e na avaliação das políticas públicas de saúde da pessoa idosa. O controle social, exercido por meio de conselhos de saúde, associações de idosos e outros mecanismos de participação, é fundamental para garantir a transparência, a accountability e a efetividade das ações governamentais (Jaloto; Moreira, 2023).

5.4.3.4.1 SUBCATEGORIA: CONSELHOS DE SAÚDE

Indicador: Número de Conselhos de Saúde com Participação de Idosos: Este indicador mensura a quantidade de conselhos de saúde (municipal, estadual etc.) que contam com a participação de representantes de pessoas idosas. A participação das pessoas idosas nos conselhos de saúde é um importante mecanismo para garantir que suas necessidades e prioridades sejam consideradas na formulação e na implementação das políticas de saúde (Martins, Schier, Erdmann, Albuquerque, 2007).

Indicador: Número de Campanhas de Divulgação Realizadas sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa: Este indicador avalia a quantidade de campanhas de divulgação sobre a política de saúde da pessoa idosa realizadas para profissionais de saúde, gestores e usuários. A divulgação da política é fundamental para garantir que ela seja conhecida e implementada de forma efetiva, promovendo o acesso aos serviços e a garantia dos direitos dos idosos (Brasil, 2006).

5.4.3.5 *Categoria: Desenvolvimento Contínuo dos Profissionais*

A categoria "Desenvolvimento Contínuo dos Profissionais" reconhece a importância da educação permanente e da atualização de conhecimentos como elementos essenciais para a qualificação da assistência à saúde da pessoa idosa (Martins, Schier, Erdmann, Albuquerque, 2007). A complexidade das necessidades de saúde da população idosa exige que os profissionais de saúde possuam conhecimentos específicos sobre o processo de envelhecimento, as doenças prevalentes na terceira idade e as melhores práticas de cuidado (Kane; Shamliyan; Pacala, 2012).

5.4.3.5.1 SUBCATEGORIA: ATUALIZAÇÃO DE CONHECIMENTOS

Indicador: % de Profissionais de Saúde que Receberam Capacitação em Saúde do Idoso: Este indicador mensura o percentual de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, etc.) que participaram de cursos, treinamentos ou outras atividades de capacitação em saúde da pessoa idosa nos últimos anos. A capacitação dos profissionais é fundamental para garantir que eles possuam as competências necessárias para oferecer um atendimento qualificado e humanizado à população idosa (WHO, 2008).

5.4.3.6 *Categoria: Avanço do conhecimento científico*

A categoria "Avanço do Conhecimento Científico" sublinha a importância da produção e disseminação de evidências científicas para aprimorar as políticas e práticas de saúde voltadas à pessoa idosa. O investimento em pesquisa é fundamental para identificar as necessidades da população idosa, avaliar a efetividade das intervenções e gerar conhecimento que possa orientar a tomada de decisões e a alocação de recursos (Chalmers; Glasziou, 2021).

5.4.3.6.1 SUBCATEGORIA: INCENTIVO À PRODUÇÃO CIENTÍFICA

Indicador: Número de Estudos e Pesquisas Financiados: Este indicador mensura a quantidade de estudos e pesquisas sobre saúde da pessoa idosa que receberam financiamento público ou privado. O financiamento de pesquisas é um importante incentivo à produção de conhecimento científico e contribui para o avanço da área (Brasil, 2023).

Em suma, a utilização dos indicadores propostos para mensurar a qualidade da atenção integral à saúde da pessoa idosa apresenta tanto o potencial de monitoramento das políticas públicas quanto as limitações inerentes às fontes de dados e às características dos indicadores. É fundamental que os gestores e pesquisadores utilizem os indicadores de forma crítica e reflexiva, considerando suas limitações e buscando complementar as informações com outras fontes de dados e métodos de avaliação. A análise integrada dos indicadores, aliada à avaliação qualitativa e à participação social, pode contribuir para a melhoria contínua da atenção à saúde da pessoa idosa e para a garantia de seus direitos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente tese contribuiu significativamente para o campo do envelhecimento e saúde pública, mediante uma análise aprofundada e multifacetada das políticas de saúde para a população idosa. Inicialmente, a revisão integrativa intitulada “Health Care Strategies for the Elderly: a global overview” (2025), aprovada na Health Sciences Journal (B2), mapeou e avaliou criticamente as estratégias de assistência à pessoa idosa em escala global. A pesquisa evidenciou a heterogeneidade das abordagens, desde modelos integrados de cuidados médicos e sociais em países desenvolvidos até os desafios impostos por disparidades socioeconômicas em nações em desenvolvimento, com a promoção do envelhecimento saudável como denominador comum.

Adicionalmente, a tese avançou ao propor um protocolo de revisão de escopo, publicado no BMJ sob o título “Evaluation instruments for public health policies for elderly care: a scoping review protocol”, que conduziu à identificação de modelos e instrumentos de avaliação das políticas públicas de saúde voltadas à qualidade do cuidado à pessoa idosa. A análise revelou que os indicadores predominantes avaliam a prevalência de doenças crônicas, saúde mental, utilização de serviços de saúde e qualidade de vida. No contexto brasileiro, a tese demonstra que o Sistema de Indicadores de Saúde do Idoso (SISI), embora fundamental para o monitoramento da saúde da população idosa e avaliação da eficácia das políticas públicas, carece de sensibilidade às ações estabelecidas pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). A superposição com indicadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e a dificuldade em realizar comparações ao longo do tempo foram identificadas como fragilidades. Ademais, a tese destaca a ausência de uma avaliação qualitativa robusta das políticas e programas existentes, limitando a compreensão das necessidades e desafios enfrentados pela população idosa. Nesse contexto, a tese ressalta a importância do Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP-Idoso) como ferramenta essencial para o monitoramento e avaliação das condições de saúde e das políticas voltadas para a população idosa, apresentando uma visão abrangente sobre sua criação, objetivos, metodologia e uso prático.

Ademais, a tese destaca a ausência de uma avaliação qualitativa robusta das políticas e programas existentes, incluindo a avaliação do SISAP-Idoso. Embora este sistema forneça uma vasta gama de indicadores quantitativos, ele ainda carece de mecanismos robustos para avaliar a qualidade das intervenções e o impacto real na vida das pessoas idosas. A ausência de uma avaliação qualitativa abrangente pode levar a uma compreensão superficial das necessidades e desafios enfrentados pela população idosa, resultando em políticas que não atendem plenamente às suas demandas.

Em resposta a essas lacunas, a tese culmina com a proposição de uma matriz inovadora de indicadores, estruturada em 6 categorias, 8 subcategorias e 24 indicadores, com o objetivo de avaliar a qualidade da política de saúde da pessoa idosa e a integração das políticas voltadas para essa população. Essa matriz visa fornecer uma estrutura abrangente e sistemática para a avaliação da qualidade, permitindo uma análise mais aprofundada e direcionada dos aspectos relevantes para a política pública em questão, possibilitando uma avaliação rápida e tecnicamente embasada da situação geral de cada área temática.

Embora a tese apresente contribuições relevantes, reconhece-se como limitação a necessidade de validação dos indicadores propostos por especialistas da área, bem como a realização de testes do protótipo com gestores, a fim de refinar e aprimorar sua aplicabilidade no contexto prático da gestão em saúde.

Em suma, esta tese representa um avanço significativo no campo da gerontologia e saúde pública, oferecendo insights valiosos para a formulação e avaliação de políticas de saúde mais eficazes e direcionadas às necessidades da população idosa.

REFERÊNCIAS

- ABOUZAHAR, C.; BOERMA, T. Health information systems: the foundations of public health. **Bulletin of the World Health Organization**, [S. l.], v. 83, n. 8, p. 578-583, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16184276/>. Acesso em: 5 fev. 2025.
- ADAY, Lu Ann; ANDERSEN, Ronald. A framework for the study of access to medical care. **Health Services Research**, Chicago, v. 9, n. 3, p. 208-220, 1974. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/>. Acesso em: 18 jul. 2024.
- AGED care. **Australia - Department of Health**. Canberra, [202-]. Disponível em: <https://www.health.gov.au/health-topics/aged-care>. Acesso em: 10 jan. 2024.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Experiências de financiamento da saúde dos idosos em países selecionados**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2011.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Regulação & Saúde**: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_saude.pdf. Acesso em: 21 jul. 2024.
- AGUIAR, Ricardo Saraiva; SILVA, Henrique Salmazo da. Quality of health care for the elderly in primary care: an integrative review. **Enfermería Global**, El Palmar, n. 65, p. 576-589, enero 2022. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v21n65/en_1695-6141-eg-21-65-545.pdf. Acesso em: 18 jul. 2024.
- ALBUQUERQUE, Maria do Socorro Veloso de *et al.* Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 182-194, out. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Yfcw5Vwss3grcGStj6mx5Tz/?lang=pt>. Acesso em: 20 jul. 2024.
- ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; COLUCI, Marina Zambon Orpinelli. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. saúde coletiva**, [S. l.], v. 16, n. 7, p. 3061-3068, jul. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>.
- ALMEIDA, Luciane Pinho de. A importância de políticas públicas voltadas para a população da terceira idade no Brasil: discutindo as tensões e potencialidades do século XXI. **Trajectorias Humanas Trascontinentales - TraHs**, Limoges, v. 10, 2021. Disponível em: <https://www.unilim.fr/trahs/3771>. Acesso em: 19 jul. 2024.
- ALMEIDA, Patty Fidelis de. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, supl., set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/N6BW6RTHVf8dYyPYYJqdGkk/>. Acesso em: 5 mar. 2025.

AMORIM, Margareth Santos *et al.* Evaluation instruments for public health policies for elderly care: a scoping review protocol. **BMJ Open**, [S. l.], v. 14, e091477. doi:10.1136/bmjopen-2024-091477.

AROMATARIS, Edoardo; MUNN, Zachary. (ed.). **JBIManual for Evidence Synthesis**. [S. l.], JBI, 2020. Disponível em: <https://jbi-global.atlassian.net/wiki/spaces/MANUAL/pages/355599504/Downloadable+PDF+-+current+version>. Acesso em: 21 jul. 2024.

ARSENIJEVIC, Jelena; GROOT, Wim. Health promotion policies for elderly - Some comparisons across Germany, Italy, the Netherlands and Poland. **Health Policy**, [S. l.], v. 126, Issue 1, p. 69-73, jan. 2022. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168851020300245>. Acesso em: 19 jul. 2024.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; VILLA, Tereza Cristina Scatena. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 376-382, 2003. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/issue/view/167>. Acesso em: 15 fev. 2025.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; VILLA, Tereza Cristina Scatena. Avaliação do desempenho do sistema de saúde: uma abordagem teórica. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 1-8, 2003.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, nov. 2012. <https://www.scielo.br/j/csc/a/QLYL8v4VLzqP6s5fpR8mLgP/#>. Acesso em: 18 jul. 2024.

ATUN, Rifat. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. **Lancet**, [S. l.], v. 385, p. 1230-1247, 2015.

AUSTRALIAN. **Health care for the elderly in Australia**. Canberra: Department of Health, 2021. Disponível em: <https://www.health.gov.au/health-topics/aged-care>. Acesso em: 10 jan. 2024.

AUSTRALIAN INSTITUTR OF HEALTH AND WELFARE [AIHW]. **Older Australia at a Glance**. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2018.

BALTAR, V. T.; SILVA, José Graziano da. **Avaliação de políticas públicas em saúde: desafios e perspectivas**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2020.

BAMBRA, Clare; GARTHWAITE, Kayleigh; HUNTER, David. All things being equal: does it matter for equity how you organise and pay for health care? A review of the international evidence. **International Journal of Health Services**, Hudson, v. 44, n. 3, p. 457-77, 2014. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/i40220494>. Acesso em: 18 jul. 2024.

BARBABELLA, Francesco. Active Ageing in Italy: a systematic review of national and regional policies. **Int J Environ Res Public Health**, [S. l.], v. 19, v. 1, jan. 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8744907/>. Acesso em: 18 jul. 2024.

BEAGLEHOLE, Robert *et al.* Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care. **The Lancet**, Londres, v. 372, n. 9642, p. 940-949. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(08\)61404-X/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(08)61404-X/abstract). Acesso em: 4 fev. 2025.

BERKMAN, Nancy D. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. **Annals of Internal Medicine**, [S. l.], v. 155, n. 2, jul. 2011. Disponível em: <https://www.acpjournals.org/doi/abs/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>. Acesso em: 9 fev. 2025.

BERWICK, D. M. Improvement, trust, and the healthcare workforce. **BMJ**, [S. l.], v. 326, n. 7383, p. 196-198, 2003.

BIASOTO JÚNIOR, Geraldo; SILVA, Pedro Luiz de Barros; DAIN, Sulamis. **Regulação do setor saúde nas américas**: as relações entre o público e o privado numa abordagem sistêmica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_setor_saude_americas.pdf. Acesso em: 19 jul. 2024.

BLAND, J. M.; ALTMAN, D. G. Statistics notes: correlation, regression, and repeated data **BMJ**, [S. l.], v. 308, n. 896, 1994. doi:10.1136/bmj.308.6933.896.

BLÖNDAL, Anna Bryndis; JONSSON, Jon Steinar; HRAFNKELSSON, Hannes. How primary healthcare in Iceland swiftly changed its strategy in response to the COVID-19 pandemic. **BMJ Open**, v. 10, n. 12, dec. 2020. Disponível em: <https://doaj.org/article/e4aa851e1a0b4be297a347a2d83b2ffa>. Acesso em: 19 jul. 2024.

BOWLING, A. Measuring health: a review of quality of life measurement scales. **Open University Press**, [S. l.], 2016.

BRANDÃO, José Ricardo de Mello. O(s) Sistema(s) Primário(s) de Saúde Canadense sob uma perspectiva brasileira: discutindo os Atributos Starfield. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, abr. 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2020.v25n4/1413-1420/>. Acesso em: 18 jul. 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 jan. 2024.

BRASIL. **Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Brasília, DF: Senado Federal, 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em: 10 jan. 2024.

BRASIL. Melhor em casa. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, [2022]. <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/melhor-em-casa/programa-melhor-em-casa>. Acesso em: 10 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação de impacto das políticas de saúde: um guia para o SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_impacto_politicas_saude_guia_sus.pdf. Acesso em: 18 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 10 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_estaduais.pdf. Acesso em: 19 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_idoso.pdf. Acesso em: 10 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 10 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Indicadores de Saúde do Idoso (SISI)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/sisi>. Acesso em: 10 jan. 2024.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **Observatório nacional da família**. Brasília, DF: MDHC, 2021.

CANADA. Seniors. **Health Canada - Services**. Ottawa, 2021. Disponível em: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/healthy-living/seniors.html>. Acesso em: 10 jan. 2024.

CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION (CIHI). Seniors and Aging. **CHIH**. Ottawa: CIHI, 2019. Disponível em: <https://www.cihi.ca/en/topics/seniors-health>. Acesso em: 18 jul. 2024.

CARDOSO, Eliana; DIETRICH, Thais Peres; SOUZA, André Portela. Envelhecimento da população e desigualdade. **Brazil. J. Polit. Econ.**, São Paulo, v. 41, n. 1, jan./mar. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rep/a/vFv4GTBxXwbp4jkRScDWCOQ/#>. Acesso em: 18 ju. 2024.

CARMINES, Edward G; ZELLER, Richard A. **Reliability and validity assessment**. Beverly Hills: Sage Publications, 1979.

CENTRO DE CONTROLE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS (CDC). **Health topics**. Washington, DC: CDC, [2018]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/>. Acesso em: 21 jul. 2024.

CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES (CMS). **Medicare and you**. Baltimore: CMS, 2021a.

CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES (CMS). **Financial report fiscal year 2021**. Baltimore: CMS, 2021b. Disponível em: <https://www.cms.gov/files/document/cms-financial-report-fiscal-year-2021.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2024.

CHIARELLI, Tássia Monique; BATISTONI, Samila Sathler Tavares. Trajetória das Políticas Públicas Brasileiras para pessoas idosas frente a Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030). **Revista Kairós-Gerontologia**, São Paulo, v. 25, n. 1, 93-114. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/55685>. Acesso em: 19 jul. 2024.

CORDEIRO, Luciana; SOARES, Cassia Baldini. Revisão de escopo: potencialidades para a síntese de metodologias utilizadas em pesquisa primária qualitativa. **BIS, Bol. Inst. Saúde**, v. 20, n. 2, p. 37-43, dez. 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1021863>. Acesso em: 21 jul. 2024.

COSTA, Nilson do Rosário. O regime regulatório e o mercado de planos de saúde no Brasil **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1453-1462, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/H3fqcX34LtX8XzF3Mw9Q5Wv/#>. Acesso em: 21 jul. 2024.

CHALMERS, I.; GLASZIOU, P. Systematic reviews: assessing the quality of research for decision-making. **The Lancet**, [S. l.], v. 374, n. 9683, p. 86-89, 2009. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60338-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60338-7). Acesso em: 4 fev. 2025.

DAHLGREN, Göran; WHITEHEAD, Margaret. The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. **Public Health**, [S. l.], v. 199, p. 20-24, out. 2021. doi: 10.1016/j.puhe.2021.08.009.

DAWALIBI, Nathaly Wehbe. Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. **Estud. psicol.**, Campinas, v. 30, n. 3, set. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/Ygw4N4DVy5DMVgLhGHLxydp/#>. Acesso em: 19 jul. 2024.

DONABEDIAN, Avedis. **Explorations in quality assessment and monitoring**. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980.

DONABEDIAN, Avedis. **Aspects of medical care administration**: specifying requirements for health care. Cambridge: Harvard University Press, 1973.

DONABEDIAN, Avedis. Commentary on some studies of the quality of care. **Health Care Financ Rev.**, [S. l.], suppl., 75–85, 1987.

DONABEDIAN, Avedis. Evaluating the quality of medical care. **Milbank Mem. Fund. Q.**, 44:166, parte 2, 1966.

DONABEDIAN, Avedis. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology Laboratory Medicine**, [S. l.], v. 114, p. 1115-1118, 1990.

DONABEDIAN, Avedis; BASHSHUR, Rashid (ed.). **An introduction to quality assurance in health care**. Oxford: Oxford University Press, 2003.

DOORENBOS, Ardith. Mixed methods in nursing research: an overview and practical examples. **Kango Kenkyu**, [S. l.], v. 47, n. 3, p. 207-217, 2014.

DRUMMOND, Michael E. *et al.* **Methods for the economic evaluation of health care programmes**. Reino Unido: Oxford University Press, 2005.

DUARTE, Yeda Aparecida *et al.* **Preparando para uma população em rápido envelhecimento: tendências e políticas públicas para o idoso no Brasil**. Washington, DC: World Bank, 2023.

DOCTEUR, Elizabeth; COULTER, Angela. **Patient-centeredness in Sweden's health system: an external assessment and six steps for progress - highlight report**. Stockholm: Vardanalyt, 2012. Disponível em: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2306631. Acesso em: 21 jul. 2024.

DUNLOP, Catherine; HOWE, Amanda; LI, Donald; ALLEN, Luke N. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. **BJGP Open**, [S. l.], v. 4, n. 1, 2020.

GOUVEIA, Giselle Campos *et al.* Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 281-96, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/Sh9YjfrR8M4GqFY6cBHVywh/>. Acesso em: 21 jul. 2024.

ENGLAND. National Health Service. **Health care for the elderly in England**. London: NHS, 2021. Disponível em: <https://www.nhs.uk/conditions/social-care-and-support-guide/care-services-equipment-and-care-homes/care-for-the-elderly/>. Acesso em: 10 jan. 2024.

ESCORSIM, Silvana Maria. O envelhecimento no Brasil: aspectos sociais, políticos e demográficos em análise. **Serv. Soc.**, São Paulo, v. 142, set./dez. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/KwjLV5fqvw6tWsfWVvczcMn/#>. Acesso em: 18 jul. 2024.

ESMAIL, Nadeem. **Health care lessons from Switzerland**. [S. l.]: Fraser Institute, 2013. Disponível em: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2318049. Acesso em: 21 jul. 2024.

ESPAÑA. Ministerio de Sanidad. Encuesta Nacional de Salud. Madrid. **Sanidad en datos**. Madri, [2023]. Disponível em: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm>. Acesso em: 18 jul. 2024.

FAÚNDEZ-PINO, Luis F. Envejecimiento saludable y enfoque salutogénico. **Rev. Mex. med. familiar**, Ciudad de México, v. 10, n. 1, ene./mar. 2023. Disponível em: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2696-12962023000100039. Acesso em: 19 jul. 2024.

FORJAZ, M. J. *et al.* Urban environment and aging: The role of accessibility and mobility. **Journal of Aging Studies**, v. 60, p. 100-110, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2022.100110>. Acesso em: 4 mar. 2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ [FIOCRUZ]. Instituto de Informação e Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde. (ICICT). **Sistema de Indicadores de saúde e Acompanhamento de Políticas Públicas do Idoso (SISAP-Idoso)**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <https://sisapidoso.icict.fiocruz.br/>. Acesso em: 18 jul. 2024.

FRIAS, P. G. *et al.* Atributos da qualidade em saúde. In: SAMICO, Isabella; FELISBERTO, Eronilso; FUGUEIRÓ, Ana Cláudia; FRIAS, Paulo Germano de. **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. cap. 4, p. 43-57.

HEALTH METRICS AND EVALUATION (IHME). **Global Burden of Disease Study: Overview and Key Findings**. IHME; GHDx. [S. l.], 2021. Disponível em: <https://ghdx.healthdata.org/gbd-2021>. Acesso em: 3 fev. 2025.

HAGGERTY, Jeannie L. *et al.* Continuity of care: a multidisciplinary review. **BMJ**, [S. l.], v. 327, n. 7425, p. 1219-1221, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>. Acesso em: 18 jul. 2024.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/40023>. Acesso em: 18 jul. 2024.

HOLT-LUNSTAD, J.; SMITH, T. B.; LAYTON, J. B. Social relationships and mortality risk: meta-analytic review. **PLoS Medicine**, [S. l.], v. 7, n. 7, p. e1000316- e1000316. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000316>. Acesso em: 4 fev. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA [INE]. **Encuesta Nacional de Salud 2017: ENSE 2017: metodología**. Madrid: INE, 2017. Disponível em: <https://ine.es/metodologia/t15/t153041917.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo 2022. **Panorama - IBGE**. Brasília, DF, 2023. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>. Acesso em: 8 jul. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Projeções da População [Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade: 2010-2060]. **IBGE**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html>. Acesso em: 18 jul. 2024.

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES (Insee). Enquêtes Santé. **Insee**. Paris, 2024. Disponível em: <https://www.insee.fr/fr/information/7635398>. Acesso em: 18 jul. 2024.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Medicare: A Strategy for Quality Assurance**. Lohr, K. N. (ed.). Washington, D.C.: National Academy Press, 1990.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **Committee on Quality of Health Care in America: Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century**. Washington, DC: National Academy Press, 2001. DOI: <https://doi.org/10.17226/10027>.

ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA (ISTAT.). **Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana**. Roma: ISTAT, 2018. Disponível em: <https://www.istat.it>. Acesso em: 10 jan. 2024.

JALOTO, Tatiane Leal; MOREIRA, Rafael Bezerra de Souza. Participação e controle sociais como instrumentos de fortalecimento da democracia: uma revisão de literatura. **Revista Mosaico**, [S. l.], v. 14, n. 1, p. 138-148, 2023. DOI:10.21727/rm.v14i1.3338.

JANNUZZI, Paulo de Martini. **Indicadores sociais no Brasil: conceitos, fontes de dados e aplicações**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2001.

JHA, Ashish K. How common are electronic health records in the United States? a summary of the evidence. **Health Affairs**, v. 25, n. supl. 1, 2006. Disponível em: <https://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.25.w496>. Acesso em: 4 fev. 2025.

KANE, R. L.; SHAMLIYAN, T.; PACALA, J. T. Geriatrics and gerontology: A systematic approach. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 60, n. 5, p. 896-904, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.03942.x>. Acesso em: 4 fev. 2025.

KELLY, M. P.; BARKER, M. Why is changing health-related behaviour so difficult? **Public Health**, v. 136, p. 109-116, jul. DOI: 10.1016/j.puhe.2016.03.030.

KHALIL, Hanan *et al.* Conducting high quality scoping reviews-challenges and solutions. **J Clin Epidemiol**, [S. l.], v. 130, p. 156-160, fev. 2021. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2020.10.009.

KICKBUSCH, Ilona. The Contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion. **American Journal of Public Health**, [S. l.], v. 93, n. 3, p. 383-388, mar. 2003. Disponível em: https://www.naspa.org/images/uploads/kcs/WHPL_Canon_Kickbusch_2003_Contribution_of_the_WHO_to_a_New_Public_Health_and_Health_Promotion_ajph.93.3.383.pdf?form=MG0AV3. Acesso em: 4 fev. 2025.

KHOURY, Hilma Tereza Tôrres; SÁ-NEVES, Ângela Carina. Percepção de controle e qualidade de vida: comparação entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, jul./set. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/wC9mzqHF7cngHW6Wm3H5H8D>. Acesso em: 5 mar. 2025.

KRUK, M. E. *et al.* High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: Time for a revolution. **The Lancet Global Health**, v. 6, n. 11, p. e1196-e1252, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30196093/>. Acesso em: 5 fev. 2025.

KUHLMANN, Andrea; KOCH, Katrin. **Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune**. Dortmund, 2009. Disponível em: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Sonstiges/Kurz-Expertise_Gesundheitsfoerderung_und_Praevention_fuer_aeltere_Menschen_im_Setting_Kommune.pdf. Acesso em: 18 jul. 2024.

LEBRÃO, Maria Lúcia; DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; SANTOS, Jair Lício Ferreira; SILVA, Nilza Nunes da. 10 Anos do Estudo SABE: antecedentes, metodologia e organização do estudo. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 21, suppl. 2, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/i/2018.v21suppl2/>. Acesso em: 20 jul. 2024.

LEBRÃO, Maria Lúcia; LAURENTI, Rui. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol.**, [S. l.], v. 8, n. 2, p. 127-141, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/jLMmW5cc5skVxfV76RY39sz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 fev. 2025.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda. Envelhecimento e saúde coletiva: Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil). **Rev. Saúde Pública**, v. 52, suppl. 2, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/ZGrjSCWV394pXtmqtnLSx9P/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 fev. 2025.

LLOYD-SHERLOCK, Peter; EBRAHIM, Shah; GEFFEN, Leon; MCKEE, McKee. Bearing the brunt of covid-19: older people in low and middle income countries. **BMJ**, [S. l.], v. 368, e1052, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1052>.

MACINKO, J.; HARRIS, M. J. Brazil's family health strategy - delivering community-based primary care in a universal health system. **New England Journal of Medicine**, [S. l.], v. 372, n. 23, p. 2177-2181. Disponível em: https://commed.vcu.edu/IntroPH/Primary_Care/2015/BrazilPC.pdf. Acesso em: 4 fev. 2025.

MAGNUSSON, William E.; LIMA, Albertina P.; SILVA, Williams Alves da; ARAÚJO, Maria Carmozina de. Use of geometric forms to estimate volume of invertebrates in ecological studies of dietary overlap. **American Society of Ichthyologists and Herpetologists**, [S. l.], v. 2003, n. 1, p. 13-19, fev. 2003. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/144859>. Acesso em: 4 fev. 2025.

MARIN, Maria José Sanches; PANES, Vanessa Clivelaro Bertassi. Envelhecimento da população e as políticas públicas de saúde. **Revista do Instituto de Políticas Públicas de Marília**, Marília, v.1, n.1, p. 26-34, jul./dez. 2015. Disponível em: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/RIPPMAR/article/view/5641>. Acesso em: 19 jul. 2024.

MARMOT, Michael. Social determinants of health inequalities. **The Lancet**, v. 365, n. 9464, p. 1099-1104, 2005. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6).

MARMOT, Michael. **Fair society, healthy lives**: the Marmot Review: strategic review of health inequalities in England post-2010. Inglaterra: The Marmot Review, 2010. Disponível em: <https://www.parliament.uk/globalassets/documents/fair-society-healthy-lives-full-report.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2025.

MARTINS, Aline Blaya; D'AVILA, Otávio Pereira; HILGERT, Juliana Balbinot; HUGO, Fernando Neves. Atenção Primária a saúde voltada as necessidades dos idosos: da teoria à prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3403-3416, ago. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/i/2014.v19n8/>. Acesso em: 18 jul. 2024.

MARTINS, Josiane de Jesus Martins; SCHIER, Jordelina; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; ALBUQUERQUE, Gelson Luiz de. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, set./dez. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/qrvgz98KnnXtN6ypRXJn8bD>. Acesso em: 5 fev. 2025.

MARTINS, Luciana Fernandes Volpato; MENEZES, Marcelo de Castro; MARTINS, Luiz Cândido; PEREIRA, Antonio Carlos. Avaliação da qualidade nos serviços públicos de saúde com base na percepção dos usuários e dos profissionais. **RFO UPF**, Passo Fundo, v. 19, n. 2, maio/ago. 2014. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-40122014000200003. Acesso em: 18 jul. 2024.

MAZZUCO, Stefano; SUHRCKE, Marc. Health inequalities in Europe: new insights from European Labour Force Surveys. **J Epidemiol Community Health**, [S. l.], v. 65, n. 9, p. 757-63. DOI: 10.1136/jech.2009.096271.

MINAYO, M. C. S. Direitos humanos e envelhecimento: desafios para as políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 12, p. 4729-4738, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.2.30042020>. Acesso em: 4 fev. 2025.

MINISTRY OF HEALTH, LABOUR AND WELFARE OF JAPAN (MHLW). Annual Health, Labour and Welfare Report 2022: Maintain Sufficient Manpower to Support Social Security System. **MHLW**. Tokyo, 2022. Disponível em: <https://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw2022/index.html>. Acesso em: 18 jul. 2024.

MIRANDA, Líbia Mafra Benvindo de. **Envelhecimento e políticas de cuidado no Brasil e na Espanha**: uma análise comparativa dos serviços de cuidados em domicílios para pessoas idosas dependentes. Edufpi: Teresina, 2024. Disponível em: https://ufpi.br/arquivos_download/arquivos/EDUFPI/Livro_Envelhecimento_e_Politicas_E-BOOK.pdf. Acesso em: 18 jul. 2024.

MONNERAT, Giselle Lavinias; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **Rev. Katálisis**, Florianópolis, v. 14, n. 1, jun. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/CfXpmXYLxHNyTnbKfw5HfDH/>. Acesso em: 5 fev. 2025.

MORAES, Edgar Nunes de; MORAES, Flávia Lanna de. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada**: saúde da pessoa idosa. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein;

Ministério da Saúde, 2019. Disponível em:

<https://atencaoprimaria.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091212-nt-saude-do-idoso-planificasus.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2024.

MURRAY, C. J. L. *et al.* Health metrics and evaluation: advancing the science of global health. **The Lancet**, [S. l.], v. 371, n. 9619, p. 1191-1199, abr. 2008. Disponível em:

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(08\)60526-7/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(08)60526-7/abstract).

Acesso em: 5 fev. 2025.

NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS. (CDC). Centers for Disease Control and Prevention. **CDC**. Atlanta, 2024. Disponível em: <https://www.cdc.gov/>. Acesso em: 18 jul. 2024.

NATIONAL HEALTH SERVICE (NHS). **The NHS Constitution for England**. London: Department of Health and Social Care, 2015.

NATIONAL Register of Care and Social Services for the Elderly and Persons with Impairments. **Socialstyrelsen**. [S. l.], 18 dez. 2023. Disponível em:

<https://www.socialstyrelsen.se/en/statistics-and-data/registers/national-register-of-care-and-social-services-for-the-elderly-and-persons-with-impairments/>. Acesso em: 19 jul. 2024.

NOGUEIRA, Raquel Saraiva; SILVA, Dina Mara Formiga da; JORGE, Maria Salete Bessa. Mapping of the organization of access flows to health services: integrative review. **Research, Society and Development**, São Paulo, v. 11, n. 1, 2022. Disponível em:

<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/24574>. Acesso em: 18 jul. 2024.

NOORD, Paul van den; HAGEN, Terje; IVERSEN, Tor. The Norwegian Health Care System. **OECD Economics Department Working Papers**, Paris, n. 198, 1998. Disponível em:

https://www-oecd-ilibrary-org.ez49.periodicos.capes.gov.br/economics/the-norwegian-health-care-system_571585217086. Acesso em: 21 jul. 2024.

NUTBEAM, D. Improving the fit between research and practice in health promotion: overcoming structural barriers. **Can J Public Health**, [S. l.], 1996, v. 87, suppl. 2, S18–23.

OFFICE FOR NATIONAL STATISTICS (ONS). Health Survey for England, 2021 part 1. London: ONS, 2021. Disponível em:

<https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/health-survey-for-england/2021>. Acesso em: 18 jul. 2024.

OLIVEIRA, Thaís de Souza; PEREIRA, Adelyne Maria Mendes. Expressões das desigualdades no acesso aos serviços de saúde na América Latina: uma revisão de escopo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, jul. 2024. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/jmjWdBWVqVVsbSXHdyYJHNf/?lang=pt#>. Acesso em: 18 jul. 2024.

OLIVEIRA, Thaislane Milene; FERREIRA, Pollyana Cristina dos Santos; OLIVEIRA, Nayara Gomes Nunes; TAVARES, Darlene Mara dos Santos. Acesso e utilização dos serviços de saúde por idosos segundo microrregionais de saúde. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, V. 28, e51838, 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/51838>. Acesso em: 8 jul. 2024.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). **Pensions at a Glance 2019: OECD and G20 Indicators**. Paris: OECD Publishing, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1787/b6d3dcfc-en>. Disponível em: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/pensions-at-a-glance-2019_b6d3dcfc-en. Acesso em: 10 jan. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Plano de ação internacional sobre o envelhecimento, 2002**. Tradução de Arlene Santos. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/manual/5.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Ageing and health. **OMS**. [S. l.], 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. Acesso em: 10 jan. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Resumo: relatório mundial de envelhecimento e saúde**. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>. Acesso em: 10 jan. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals**. Genebra: OMS, 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE [OPAS]. **Barreiras de acesso aos serviços situação e desafios de saúde para pessoas idosas na Região das Américas**. Washington, D.C.: OPAS, 2023. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57721>. Acesso em: 18 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030**. Washington, DC: OPAS, 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52902/OPASWBRAFPL20120_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 18 jul. 2024.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de (org.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

PENCHANSKY, Roy; THOMAS, J. William. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, [S. l.], v. 19, n. 2, p. 127-140, 1981. Disponível em: https://journals.lww.com/lww-medicalcare/abstract/1981/02000/the_concept_of_access_definition_and_relationship.1.aspx. Acesso em: 18 jul. 2024.

PERERA, Dodanwalage Asela Kumar. A review of the norwegian health care system. **International Journal of Scientific and Research Publications**, v. 11, n. 8, aug. 2021. Disponível em: <https://www.ijsrp.org/research-paper-0821.php?rp=P11611518>. Acesso em: 21 jul. 2024.

PERROCA, Marcia Galan. Desenvolvimento e validação de conteúdo da nova versão de um instrumento para classificação de pacientes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, [S. l.], v. 19, n. 1, p. 58-66, fev. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000100009>.

PETERS, Micah D.J *et al.* Revisões do escopo (versão 2020). In: AROMATARIS, Edoardo; MUNN, Zachary. (ed.). **JBÍ Manual for Evidence Synthesis**. [S. l.]: JBI, 2020. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.globa>. Acesso em: 18 jul. 2024.

PETRONI, Tamara Nogueira. Idosos não japoneses, japoneses e descendentes de japoneses no Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento: condições funcionais e de saúde. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 21, suppl 2, 4 fev. 2019. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rbepid/2018.v21suppl2/e180005/>. Acesso em: 19 jul. 2024.

PINHO, Ellen Christiane Corrêa. Acesso e acessibilidade na atenção primária à saúde no Brasil. **Enferm. Foco**, Brasília, DF, v. 11, n. 2, p. 168-175, 2020. Disponível em: <https://enfermfoco.org/artigos-volume/?yr=2020&vol=11&issue=2>. Acesso em: 18 jul. 2024.

PINTO, Isabela Cardoso de Matos; VIEIRA-DA-SILVA, Lígia Maria; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Ciclo de uma Política Pública de Saúde – Problematização, Construção da Agenda, Institucionalização, Formulação, Implementação e Avaliação. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de (org.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

PINTO, Rosa Maria Ferreiro; GARCIA, Marina Stefania Mendes Pereira; GONÇALVES, Alessandro Marcus da Silva. O sistema de saúde americano e seus aspectos jurídicos. **Intr@ciência**, Guarujá, v. 19, jun. 2020. Disponível em: <https://uniesp.edu.br/sites/biblioteca/revistas/20200522114101.pd>. Acesso em: 19 jul. 2024.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Research in Nursing & Health**, [S. l.], v. 29, n. 5, p. 489-497, 2006. DOI: 10.1002/nur.20147.

POLLOCK, Danielle *et al.* Recommendations for the extraction, analysis, and presentation of results in scoping reviews. **JBÍ Evidence Synthesis**, [S. l.], v. 21, n. 3, p. 520- 532, mar. 2023. DOI: 10.11124/JBIES-22-00123.

PORTELA, M. C. Avaliação da qualidade em saúde. In: ROZENFELD, Suely (org.). **Fundamentos da vigilância sanitária**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. p. 259-269.

RAWAF, Salman *et al.* Lessons on the COVID-19 pandemic, for and by primary care professionals worldwide. **Eur J Gen Pract**, [S. l.], v. 26, n. 1, p. 129–133, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10583495/>. Acesso em: 18 jul. 2024.

RECHEL, Bernd *et al.*. Ageing in the European Union. **The Lancet**, [S. l.], v. 381, n. 9874, p. 1312-1322, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23541057/>. Acesso em: 18 jul. 2024.

REEVES, Chloe; ISLAM, Aisha; GENTRY, Tom. The State of Health and Care of Older People, 2023 (abridged). **AgedUK. London**, 2023. Disponível em: <https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/reports-and-publications/reports-and-briefings/health--wellbeing/age-uk-briefing-state-of-health-and-care-july-2023-abridged-version.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2024.

REIS, Eduardo J. F. B. dos *et al.* Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 50-61, 1990. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/WLdWyJTMvGdVvOw6G9Vz6Nn/#>. Acesso em: 18 jul. 2024.

RIJKSINSTITUUT VOOR VOLKSGEZONDHEID EN MILIEU (RIVM). Health Information System (HIS). Bilthoven: RIVM, 2018. Disponível em: <https://www.rivm.nl>. Acesso em: 10 jan. 2024.

RILEY, R. *et al.* Comparative genomics of biotechnologically important yeasts. **Proc Natl Acad Sci USA**, [S. l.], v. 113, n. 35, p. 9882-9887, 2016. Disponível em: <https://www.yeastgenome.org/reference/S000184686?form=MG0AV3>. Acesso em: 4 fev. 2025.

ROBERT KOCH INSTITUTE. **Health Monitoring in Germany**. Berlin: RKI, 2015.

RODRIGUES, Luis Fernando; SILVA, João Felipe Marques da; CABRERA, Marcos. Cuidados paliativos: percurso na atenção básica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 38, n. 9, p. e00130222- e00130222, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/qjwcSPXn5YFBVDsFw5kgB7c/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 jan. 2025.

ROMERO, Dalia Elena *et al.* Metodologia integrada de acompanhamento de políticas:o SISAP-Idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 2641-2650, ago. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/i/2018.v23n8/>. Acesso em: 18 jul. 2024.

SANCHEZ, Raquel Maia; CICONELLI, Rozana Mesquita. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.

SANTOS, Carla Targino Bruno dos; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; SILVA, Maria Josefina; SOUSA, Maria Fátima de. Percurso do idoso em redes de atenção à saúde: um elo a ser construído. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 45-62, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/PkBwM9N6rKQSYXYTGgbnYNh/>. Acesso em: 18 jul. 2024.

SANTOS, Leonor Maria Pacheco; SILVA, Sindy Maciel; ANGULO-TUESTA, Antonia; SANTOS, Sandra Maria Chaves dos. Avaliação de políticas públicas de saúde no Brasil: panorama e perspectivas. **Revista Aval**, jan./jun., v. 9, n. 23, p. 176-197, 2023. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/aval/article/view/91703>. Acesso em: 18 jul. 2024.

SANTOS, Rafaela Silva; LIMA, Fábila Maria de; HORA, Joicy Costa da; LEÃO, Deuzany Bezerra de Melo. Indicadores de qualidade aplicados na assistência de enfermagem em cuidados paliativos: revisão integrativa de literatura. **Enferm. Foco**. [S. l.], v. 11, n. 2, p. 191-197, 2020. Disponível em: https://api-wordpress.paliativo.org.br/wp-content/uploads/2020/12/ARTIGO_2652-21116-1-PB.pdf. Acesso em: 5 fev. 2025.

SATARIANO, W. A. **Epidemiology of aging**: an ecological approach. San Francisco: Jossey-Bass, 2014.

SACARDO, Daniele Pompei; FORTES, Paulo Antonio de Carvalho; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Novas Perspectivas na Gestão do Sistema de Saúde da Espanha. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n.1, p. 170-179, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Mr3XZ63KjTsrQtYvycvfv3B/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 jul. 2024.

SCOLARI, Giovana Aparecida de Souza; LUCENA, Ane Caroline Rodrigues Miranda; CARREIRA, Lígia. Construção e validação de protocolo assistencial a idosos em Unidades de Pronto Atendimento. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 35, eAPE01707, p. 1-8, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/yvfpPgDNkCnfhkCRZFqvYc8k/>. Acesso em: 5 fev. 2025.

SEDDON, Nicholas. Is the future Dutch? **The Lancet**, [S. l.], v. 372, p. 103-104 july. 2008.

SILVA, Alessandra Ximenes da; CRUZ, Eliane Aparecida; MELO, Verbena. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. **Ciênc. Saúde Colet.**, [S. l.], v. 12, n. 3, p. 683-688, maio/jun. 2007.

SILVA, Ligia Maria V. da; FORMIGLI, Vera Lúcia A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan./mar. 1994. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/533/1084>. Acesso em: 19 jul. 2024.

SILVA, Silvio Fernandes da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 6, n. 6, p. 2753-2762, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Nr8zSpfMvdVMzZdb7DFXNSv/>. Acesso em: 21 jul. 2024.

SIMÕES, Taynãna César; MEIRA, Karina Cardoso; SANTOS, Juliano dos; CÂMARA, Daniel Cardoso Portela. Prevalências de doenças crônicas e acesso aos serviços de saúde no Brasil: evidências de três inquéritos domiciliares. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, set. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26n9/3991-4006/pt/#>. Acesso em: 5 mar. 2025.

SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION (SSA). **Medicare**. [S. l.]: SSA, 2024. Disponível em: <https://www.ssa.gov/pubs/EN-05-10043.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2024.

SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION (SSA). **Annual Statistical Supplement to the Social Security Bulletin**, 2020. Washington, DC: SSA, 2020. Disponível em: <https://www.ssa.gov/policy/docs/statcomps/supplement/2020/index.html>. Acesso em: 18 jul. 2024.

SOUSA, Fabiana de Oliveira Silva; MEDEIROS, Kátia Rejane de; GURGEL JÚNIOR, Garibaldi Dantas; ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1283-1293, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZRSXH5zWHqTS4dS8WxJhPTq/>. Acesso em: 21 jul. 2024.

SOUZA, Ana Cláudia de; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; GUIRARDELLO, Edinêis de Brito. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiol. Serv. Saúde**, [S. l.], v. 26, n. 3, p. 649-659, jul./set. 2017. DOI: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742017000300022>.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de; BAHIA, Lúgia. Componentes de um sistema de serviços de saúde: população, infraestrutura, organização, prestação de serviços, financiamento e gestão. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de (org.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de; GUIMARÃES, Reinaldo; TRAVASSOS, Cláudia; CANABRAVA, Cláudia Marques. Infraestrutura Tecnológica do SUS – rede de estabelecimentos, equipamentos, acesso a serviços de saúde e desenvolvimento científico-tecnológico e inovação. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de (org.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 211-227.

STARFIELD, B. **Primary care: balancing health needs, services, and technology**. Nova York: Oxford University Press, 1998.

STECKLER, A.; LINNAN, L. Process evaluation for public health interventions and research. An Overview. In: STECKLER, A.; LINNAN, L. (ed.). **Process evaluation for public health interventions and research**. San Francisco: Jossey Bass, 2002. p. 9-23.

SITZIA, John; WOOD, Neil. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. **Social Science & Medicine**, [S. l.], v. 45, n. 12, p. 1829-1843, dez. 1997. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953697001287?via%3Dihub>. Acesso em: 3 fev. 2025.

STUCKI, G.; POLLOCK, A.; ENKASAN, J. P.; SELB, M. How to use the International Classification of Functioning, Disability and Health as a reference system for comparative evaluation and standardized reporting of rehabilitation interventions. **European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine**, [S. l.], v. 55, n. 3, p. 384-394, 2019. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.19.05808-8>.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; SANTOS, Jamilli Silva; SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de; PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de (org.). **Saúde coletiva: teoria e prática/organizadores**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

TRAVASSOS, Cláudia; CASTRO, Mônica Silva Monteiro de. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 183-206.

TRAVASSOS, Cláudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/PkyrsjDrZWwzzPVJJPbbXtQ/?lang=pt>. Acesso em: 20 jul. 2024.

TRICCO, Andrea C. *et al.* PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): **Checklist and Explanation**. **Ann Intern Med**, [S. l.], v. 169, n. 7, p. 467-473, 2 out. 2018. DOI: 10.7326/M18-0850.

TORRES, Kellem Raquel B. de Oliveira; CAMPOS, Mônica Rodrigues; LUIZA, Vera Lucia; CALDAS, Célia Pereira Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no contexto do Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, e300113, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/XqzFgPPbgmsKyJxFPBWgB3K/?lang=pt>. Acesso em: 18 jul. 2024.

TRINTINAGLIA, Vanessa; BONAMIGO, Andrea Wander; AZAMBUJA, Marcelo Schenk de. Políticas Públicas de saúde para o envelhecimento saudável na América Latina: uma revisão integrativa. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 35, e-11762, 2022. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/11762>. Acesso em: 18 jul. 2024.

TUFTE, Edward R. **The Visual Display of Quantitative Information**. 2. ed. [S. l.]: Graphics Pr, 2001.

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

UGÁ, Maria Alicia D.; PORTO, Silvia Marta; PIOLA, Sérgio Francisco. Financiamento e Alocação de Recursos em Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 395-425. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/56084>. Acesso em: 18 jul. 2024.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, jun. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/pmygXKSrLST6QgvKyVwF4cM/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 19 jul. 2024.

VIACAVA, F. *et al.* Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/i/2004.v9n3/>. Acesso em: 18 jul. 2024.

VICTORA, C. G. *et al.* Monitoring inequalities in health: Data disaggregation and methodological approaches. **The Lancet Global Health**. [S. l.], 2019.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe Saúde da Família. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 133-141, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/i/2013.v17n1/>. Acesso em: 19 jul. 2024.

VIEGAS, Anna Paula Bise; CARMO, Rose Ferraz; LUZ, Zélia Maria Profeta da. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, n.1, p. 100-112, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/J9LSP5w9SXvH5K8W6YFTLfC/#>. Acesso em: 19 jul. 2024.

VUORI, Hannu V. Health for all through research. **Arhiv za higijenu rada i toksikologiju**, [S. l.], v. 42, n. 1, 1991. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/46874>. Acesso em: 19 jul. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Tradução [de] Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em: 19 jul. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Everybody's business-strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action**. Geneva: WHO, 2007. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43918>. Acesso em: 8 set. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global strategy and action plan on ageing and health**. Geneva: WHO, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Quality of care in older people: what is quality of care and how can it be measured? who report. **WHO**. [S. l.], 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-of-care>. Acesso em: 16 jul. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Regional office for Europe: the legal and regulatory framework for community pharmacies in the WHO European Region**. Geneva: World Health Organization, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World report on ageing and health**. Geneva: World Health Organization, 2015. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240027053>. Acesso em: 10 jan. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Health Statistics 2023: Monitoring health for the SDGs. **WHO Press**. [S. l.], 2023.

ZAGANELLI, Juliana Costa; BUSSINGUER, Elda Coelho de Azevedo. Universalidade e privatização: uma análise comparativa dos sistemas públicos de saúde brasileiro e francês. **Revista de Direito Brasileira**, São Paulo, v. 13, n. 6, p. 61 -73, jan./abr. 2016. Disponível em: <https://www.indexlaw.org/index.php/rdb/article/view/2958>. Acesso em: 20 jul. 2024.