



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Mariana de Souza Mello Ferreira

Assistência ao idoso na atenção básica: um estudo do programa academia da saúde, com evidências do PMAQ-AB 2012 e 2014.

Rio de Janeiro

2018

Mariana de Souza Mello Ferreira

Assistência ao idoso na atenção básica: um estudo do programa academia da saúde, com evidências do PMAQ-AB 2012 e 2014.

Dissertação apresentada(o) ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas e Saúde.

Orientador(a) Prof.^a Dra Mônica Rodrigues Campos.

Rio de Janeiro

2018

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

F383a Ferreira, Mariana de Souza Mello.
Assistência ao idoso na atenção básica: um estudo do programa
academia da saúde, com evidências do PMAQ-AB 2012 e 2014 /
Mariana de Souza Mello Ferreira. -- 2018.
101 f. ; il. color. ; tab.

Orientadora: Mônica Rodrigues Campos.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz,
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de
Janeiro, 2018.

1. Envelhecimento. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Exercício.
4. Promoção da Saúde. 5. Políticas Públicas. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.6

Mariana de Souza Mello Ferreira

Assistência ao idoso na atenção básica: um estudo do programa academia da saúde, com evidências do PMAQ-AB 2012 e 2014.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas e Saúde.

Aprovada em: 07/02/2018.

Banca Examinadora

Prof.^aDra. Claudia Reinoso de Araújo de Carvalho/ UFRJ
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^aDra. Vera Lucia Luzia/ENSP
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^aDra. Monica Rodrigues Campos/ENSP
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2018

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por me conceder saúde e força para superar as dificuldades. Aos meus pais, Fatima e Horley pelo apoio, paciência e amor incondicional e por entender meus momentos de ausência para me abdicar aos estudos. Vocês se esforçaram ao longo dos anos e eu só tenho a agradecer por todo o sacrifício, que hoje, tento no mínimo retribuir desta forma. Amo vocês e obrigada por existirem e serem essas pessoas tão compreensivas e amáveis.

A minha família pelo amor, apoio e incentivo, principalmente em todos os momentos que precisei.

Ao meu avô Alcy, que sempre me estimulou a estudar, pesquisar, ler e ter amor pela pesquisa. Obrigada por todos os livros, por todos os "boa sorte" e "boa prova", independente de onde você estiver saiba que todo meu esforço e minha dedicação perante os estudos não teriam sido os mesmos sem os seus conselhos.

Aos meus colegas do mestrado, em especial, não deixaria de agradecer à minha amiga Ana, por todo apoio e paciência durante esses dois anos. Obrigada por surtar comigo em estatística, pelos conselhos, pelo companheirismo e pelo incentivo. Não vou esquecer do apoio que me proporcionou durante esses anos.

Ao meu namorado Danilo, pelo carinho que me proporcionou durante os anos que nos conhecemos.

A minha orientadora Mônica Campos, pelo auxílio e paciência. Como eu já havia falado, fazer uma pessoa como eu, respirar qui-quadrado, p_valor é uma tarefa bem difícil, e eu realmente só tenho a agradecer por esclarecer e repetir essas questões que até então foram novas para mim. Você é uma grande professora, obrigada pelo estímulo e tornar as orientações momentos tão leves e engraçados, apesar do desespero da mestranda.

A professora Claudia Reinoso, pelo apoio, estímulo e empenho no decorrer desses seis anos que nos conhecemos. Obrigada por ter sido uma ótima professora, supervisora, orientadora, e atualmente banca. Só tenho a agradecer por me incentivar a fazer o mestrado, pela ajuda na organização do meu pré-projeto, por todos os conselhos e pelo estímulo que sempre me proporcionou.

Aos professores da Escola Nacional de Saúde Pública pelo empenho e dedicação.

Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.

Cora Coralina

RESUMO

Observa-se um processo de transição demográfica e epidemiológica relevante e acelerado no mundo. No Brasil, se verifica uma prevalência elevada de doenças crônicas não transmissíveis, principalmente na população idosa. No país vem sendo implementadas, ao longo das últimas décadas, políticas e programas que incentivam uma reorientação das práticas em saúde, estimulando hábitos de vida mais saudáveis. Por meio de um estudo analítico transversal, este trabalho, objetiva realizar uma análise da assistência prestada ao idoso, na atenção básica à saúde (AB), frente à implantação do Programa Academia da Saúde (PAS), com base no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), em 2012 e 2014. Observou-se uma melhora no padrão de assistência aos usuários, com 2014 apresentando resultados melhores que 2012, em quase todas as dimensões de avaliação para AB, exceto para alguns aspectos da dimensão “Assistência ao usuário com Diabetes e Hipertensão Arterial Sistêmica”, que piorou em 2014. Apesar de não se verificar associação entre o município ter polos do PAS e a melhora na condição de saúde, é notório o aumento da implantação desses polos no país, no período investigado.

Palavras-chave: Envelhecimento, Atenção Primária à saúde, Atividade Física, Promoção da saúde.

ABSTRACT

There is a relevant and accelerated demographic and epidemiological transition in the world. In Brazil, there is a high prevalence of chronic non-communicable diseases, especially in the elderly population. Over the last few decades, policies and programs that encourage a reorientation of health practices have been implemented in the country, stimulating healthier living habits. Through a cross - sectional analytical study, this study aims to perform an analysis of the care provided to the elderly, in basic health care (AB), in front of the implementation of the Health Academy Program (PAS), based on the National Program for Improvement of And Quality of Primary Care (PMAQ-AB), in 2012 and 2014. There was an improvement in the standard of assistance to users, with 2014 presenting better results than 2012, in almost all dimensions of evaluation for AB, except for some aspects of the dimension "User Assistance with Diabetes and Systemic Arterial Hypertension", which worsened in 2014. Although there was no association between the municipality having PAS poles and the improvement in health status, it is notorious the implantation of these poles in the country, during the investigation period.

Key-words: Aging, Primary Health Care, Exercise, Health Promotion.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Pirâmide etária em 2015	13
Figura 2 - Pirâmide etária em 1990	13
Figura 3 - Linha do tempo das políticas norteadoras sobre saúde do idoso, bem como políticas que incentivam a prática de hábitos saudáveis no país.....	13
Figura 4 - Ilustração correspondente a projeto arquitetônico da modalidade básica do PAS ..	30
Figura 5- Ilustração correspondente a projeto arquitetônico da modalidade intermediária do PAS.....	42
Figura 6 - Ilustração correspondente a projeto arquitetônico da modalidade ampliada do PAS	42
Figura 7- Diagrama explicativo acerca do desenvolvimento do PMAQ-AB	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização dos municípios frente à implantação do Programa Academia da Saúde (PAS), bem como dos entrevistados que responderam ao PMAQ-AB nos anos 2012 e 2014 no Brasil.Caracterização dos municípios frente à implantação do Programa Academia da Saúde (PAS), bem como dos entrevistados que responderam ao PMAQ-AB nos anos 2012 e 2014 no Brasil.....	51
Tabela 2 - Caracterização dos municípios frente à implantação do Programa Academia da Saúde (PAS) segundo porte populacional dos municípios dos entrevistados que responderam ao PMAQ-AB nos anos 2012 e 2014 no Brasil.....	52
Tabela 3 - Caracterização dos usuários que responderam ao PMAQ-AB em 2012 e 2014 segundo a situação do município da unidade de saúde ter ou não o Programa academia da saúde no Brasil.	53
Tabela 4 - Caracterização dos usuários que responderam ao PMAQ-AB em 2012 e 2014,quanto à dimensão Satisfação, segundo a situação do município da unidade de saúde ter ou não o Programa academia da saúde no Brasil.	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção básica
DNCT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	<i>Diabetes Mellitus</i>
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
ESF	Estratégia de Saúde da família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
PAS	Programa Academia da Saúde
PCATool	Primary Care Assessment Tool
PMAQ-AB	Programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNI	Política Nacional do Idoso
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção de Saúde
PNSI	Política Nacional da Saúde do Idoso
PNSP	Política Nacional da Saúde da pessoa Idosa
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
US	Unidades de Saúde

SUMÁRIO

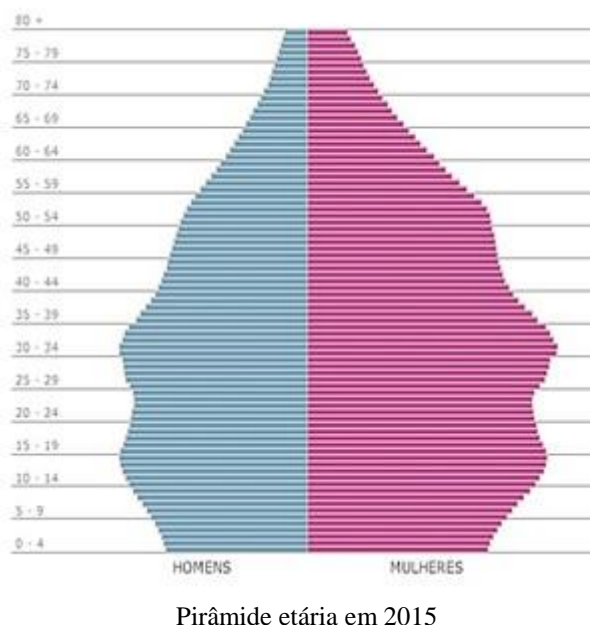
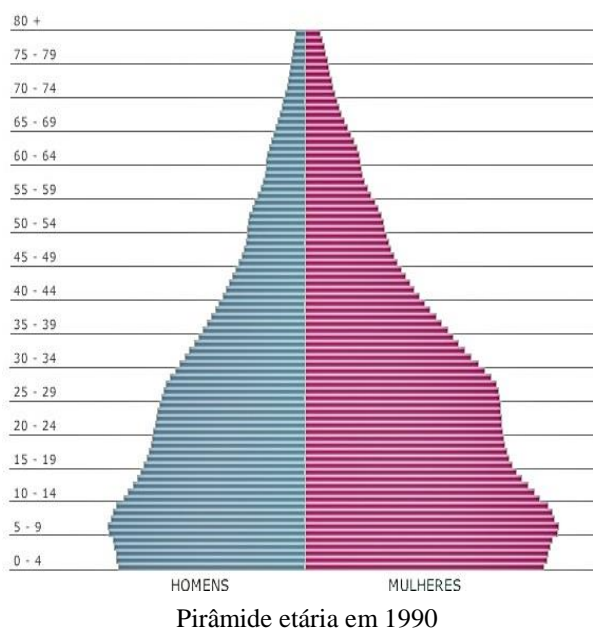
1. INTRODUÇÃO	13
2. JUSTIFICATIVA	17
3. OBJETIVO	18
3.1 GERAL.....	18
3.2 ESPECÍFICOS	18
4. REFERENCIAL TEÓRICO	19
4.1 PANORAMA MUNDIAL ACERCA DA PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS.....	19
4.1.2 A IMPORTÂNCIA DA PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS PARA O ENVELHECIMENTO	22
4.2 RELAÇÃO ENTRE POLÍTICAS PÚBLICAS E ENVELHECIMENTO POPULACIONAL	25
4.3 ATENÇÃO BÁSICA E SUA INFLUÊNCIA NA ASSISTÊNCIA PRESTADA AO IDOSO NO SUS.....	31
4.3.1 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	34
4.4PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE.....	37
4.4.1 ADESÃO E MODALIDADES DO PROGRAMA.....	41
5. METODOLOGIA	45
5.1 FONTE DE DADOS	45
5.2 ASPECTOS OPERACIONAIS	45
5.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS	47
5.4 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	47
5.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	49
6. RESULTADOS	50
APÊNDICE 1	55
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS	82
APÊNDICE 2	91

1. INTRODUÇÃO

A partir da segunda metade do século XX, observou-se um processo de transição demográfica e epidemiológica relevante e acelerado nos países em desenvolvimento (LEITE et al., 2015). Em comparação a esse rápido crescimento, enquanto a França demorou 150 anos para que a sua população acima de 60 anos passasse de 10% para 20% do total, Brasil, China e Índia deverão ter apenas vinte anos para atingir esse patamar (REIS, BARBOSA, PIMENTEL, 2016).

O crescimento da população idosa é um fenômeno global, pessoas com 60 anos ou mais constituíram, em 2016, 12,3% da população mundial. Em 2050, estima-se que esse número irá aumentar para quase 22% (UNFPA, 2016). Tal característica é decorrente do aumento da expectativa de vida que, especificamente no Brasil, na década de 1990, era de 66,9 e, em 2015, passou para 75,5 anos (IBGE, 2015) (Figura 1). Concomitante a esse crescimento, verificou-se, no país, um índice particularmente elevado de doenças crônicas não transmissíveis – DCNT - nesse grupo populacional.

Figura 1: Pirâmide Etária da população no Brasil, em 1990 (Esquerda) e 2015 (Direita).



Fonte: (IBGE, 2017).

Por DCNT definem-se “doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração” (OMS, 2010). Essas doenças podem ser resultado de diversos fatores, como as próprias condições de saúde do indivíduo, hábitos de vida irregulares ou fatores genéticos, atingindo todas as camadas socioeconômicas, de forma mais incisiva àqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda (MALTA, NETO, JUNIOR, 2011).

Em 2015, houve aproximadamente quarenta milhões de mortes devido às DCNT. A maioria dessas mortes foi causada pelas quatro DCNT de maior impacto mundial, que são as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas (WHO, 2017), que possuem quatro fatores de risco principais: consumo abusivo de álcool, fumo, inatividade física e alimentação inadequada (BRASIL, 2011).

Conforme a população envelhece, é comum o aparecimento das DCNT. Assim, as políticas públicas instituídas no país atuam articulando esse crescimento das DCNT com a concepção ampliada de saúde ainda vigente, proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1946), onde “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Com o desenvolvimento de políticas públicas e a criação de programas que visam estimular a qualidade de vida na população, pressupõe-se que as ações desenvolvidas minimizem os efeitos advindos das DCNT. Além disso, acredita-se que o incentivo à criação desses programas, em ambientes favoráveis que suscitem hábitos de vida mais saudáveis em todas as idades, incorpore na população a importância da prevenção dessas doenças, principalmente nas idades mais avançadas.

Quando a sociedade imputa uma visão negativa, atribuindo sintomas das doenças crônicas ao processo de envelhecimento, ela dispõe de pouca oferta de serviços de prevenção e ações eficazes para reverter essa situação (BRASIL, 2005). Contrapondo a esse cenário, destaca-se o exemplo do Sistema Único de Saúde – SUS – no Brasil, por sua característica universal, ampla, e longitudinal de cuidado contínuo, que demandou sua reorientação para abarcar o novo cenário referente à presença das DCNT. Essa reorientação demonstra a tentativa do sistema em articular essas demandas emergentes, apesar das barreiras existentes, visando garantir a promoção de saúde.

Desse modo, o crescimento da população idosa não pode ser tratado especificamente apenas de forma medicamentosa, uma vez que, ao ser tratado assim, a percepção adquirida pelos idosos será vista de forma negativa, como incapacidade, assim como os serviços/programas direcionados a eles. Quando se formulam políticas públicas

capazes de modificar essa visão, ampliando e fornecendo condições de influenciar a qualidade de vida dessa população, a sua perspectiva e percepção acerca do envelhecimento, e atualmente sobre o aumento da expectativa de vida, pode ser modificada.

Entende-se por qualidade de vida “a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, dentro do contexto de cultura e sistema de valores nos quais vive, e em relação as suas metas, expectativas e padrões sociais” (OMS, 1995).

Ao ampliar a visão sobre políticas direcionadas aos idosos, principalmente no que diz respeito ao envelhecimento ativo, o indivíduo sai de um receptor passivo de cuidado para um ativo, em busca de melhores condições tanto de saúde quanto de vida, dada a possibilidade de acesso a serviços/programas (MCINTYRE, 2012).

Nessa perspectiva, a atenção básica – AB – vem contribuindo de forma eficaz, através de sua lógica de coordenação e orientação do cuidado, demonstrando que os serviços/programas pautados em problemas pontuais não são capazes de oferecer resolutividade ao sistema, assim como não proporcionam a melhora na qualidade de vida da população, mas constituem-se como incompletos e insuficientes (STARFIELD, 2002).

Visando aperfeiçoar e organizar a AB no país, foi criado em 2011 o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Esse programa destina-se a melhorar o padrão de qualidade dos serviços prestados à população das unidades básicas de saúde (DAB, 2016) e conta com ciclos de avaliação: o primeiro foi realizado em 2012 e o segundo em 2014.

Políticas e programas que incentivam essa reorientação das práticas em saúde estão sendo desenvolvidos em todo o país. No que diz respeito às políticas, é possível destacar: o Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde, de 2005, uma orientação da OMS; a Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS -, de 2006; a Política Nacional de Saúde da pessoa Idosa – PNSPI -, também de 2006; o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, de 2011; e a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB -, também de 2011.

Por meio do desenvolvimento de ações de promoção de saúde no país, e pela relevância delas para a melhoria na qualidade de vida da população idosa, este trabalho destaca a implantação do Programa Academia da Saúde - PAS.

Esse programa foi implementado pelo Ministério da Saúde – MS– em 2011 e tem por objetivo desenvolver ações de promoção de saúde em espaços públicos, por meio de práticas corporais e de atividades físicas e da educação em saúde, além de proporcionar

ações que visem ao incentivo à alimentação saudável, com profissionais qualificados em nível nacional. Dessa forma, o objetivo deste trabalho é realizar uma análise de abrangência nacional da assistência prestada ao idoso na AB, frente à implantação do PAS, com base no PMAQ-AB, em 2012 e 2014.

2. JUSTIFICATIVA

Devido ao aumento da expectativa de vida do brasileiro, considera-se importante estudar a relação entre a criação do Programa Academia da Saúde e as possíveis mudanças nas condições de saúde dos idosos, uma vez que, ao observar o crescimento da população idosa no país, é comum constatar o aumento das DCNT. Essas doenças correspondem a quase 70% das causas de mortes precoces no país (BRASIL, 2011), constituindo-se como uma relevante questão de saúde pública.

Apesar da importância das DCNT no país, são escassas as análises de trabalhos referentes a programas que visam contribuir para uma mudança na condição de saúde da população, como a criação das academias em praças públicas no país para a prática de atividade física.

Pela recente implantação do programa, há poucos estudos sobre o mesmo, tornando significativa a investigação sobre o tema. Observou-se que entre os estudos que abordam o tema Academia da Saúde, poucos avaliam o impacto de suas diversas atividades na população assistida pelo programa. E, quando o fazem, é dada ênfase a uma dimensão específica do programa, que contempla diversas ações de forma integrada, a exemplo de aspectos referentes à atividade física ou à melhora nutricional. Vê-se, então, importante lacuna quanto à avaliação da assistência à saúde do idoso, refletindo o cenário após a implantação do programa.

No que diz respeito à avaliação do contexto que situa a pesquisa, não há estudos comparativos que avaliem a assistência na AB, nos anos 2012 e 2014, com base em ambos os ciclos de realização do PMAQ-AB, de igual período. Os poucos estudos publicados que abordam a implantação ou o impacto do programa referem-se a municípios específicos e não apresentam uma perspectiva de abrangência nacional.

3. OBJETIVO

3.1 GERAL

Realizar uma análise de abrangência nacional da assistência prestada ao idoso na AB, frente à implantação do PAS, com base no PMAQ-AB, em 2012 e 2014.

3.2 ESPECÍFICOS

- Analisar o perfil da assistência prestada ao idoso na atenção básica no Brasil, a partir dos usuários que responderam ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica–PMAQ-AB, nos seguintes componentes: acesso, vínculo, referência/contrarreferência, assistência à *Diabetes Mellitus*– DM - e Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS; e a satisfação do usuário (Componente 1 a Componente 6), no ano de 2012 e 2014, bem como a análise desse perfil comparativamente entre esses anos.
- Compatibilização das variáveis referentes aos componentes contidos nos dois ciclos do PMAQ-AB, nos anos de 2012 e 2014.
- Analisar a associação entre aspectos da assistência prestada ao idoso na atenção básica e a implantação do PAS e a evolução nas duas aplicações do PMAQ-AB.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 PANORAMA MUNDIAL ACERCA DA PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS

Apesar de a pesquisa não ser prioritariamente sobre a prática de atividades físicas, mas sim sobre hábitos de vida saudáveis na população, é importante discorrer sobre o tema, na medida em que a inatividade física foi identificada, em 2009, como o quarto fator de risco principal para doenças não transmissíveis (WHO, 2009).

A proposta de estimular a população a ter hábitos de vida mais saudáveis iniciou-se com o projeto Cidades Saudáveis, surgido em 1978, em Toronto. Esse projeto foi criado por um comitê de planejamento que publicou um documento delineando ações políticas de desenvolvimento comunitário e local, segundo a situação de saúde da época, no Canadá. As ações propostas no documento estavam constituídas por quatro elementos: biologia humana, meio ambiente, hábitos de vida e organização dos serviços de saúde, que moldavam a nova concepção de saúde. O reconhecimento desses quatro aspectos foi relevante para a OMS que, juntamente com a Associação Canadense de Saúde Pública, organizou a I Conferência Internacional pela Promoção da Saúde, em 1986, resultando na elaboração da Carta de Ottawa, que determinou ações relativas à promoção de saúde em diversos países, inclusive nos da América Latina (ADRIANO et al., 2000).

Os primeiros programas a incentivarem a prática de atividades físicas para a população datam da década de 70, como o *North Karelia*, na Finlândia, e o *Active for Life*, na Inglaterra. Posteriormente, outros foram sendo criados, como o *Active Living*, no Canadá, o *Active Australian*, na Austrália, e o Programa Envelhecimento Ativo - OMS, todos na década de 90; e o *Health People*, nos Estados Unidos, em 2000 (BENEDETTI, GONÇALVES, MOTA, 2007).

Diante do contexto abordado neste trabalho, é necessária a discussão da implementação de políticas públicas pautadas no estímulo à promoção de saúde, visando a um envelhecimento saudável. Partindo desse pressuposto, o *Active Living for Older Adults*, no Canadá, e o No Porto a Vida é Longa, em Portugal, criados na década de 90, e o Projeto Bem-Estar, na Itália (BENEDETTI et al., 2008) são exemplos exitosos de programas que incentivaram hábitos de vida mais saudáveis na população idosa.

No Brasil, foi o Serviço Social do Comércio - SESC, em 1977, que iniciou o estímulo à prática de atividades físicas para os idosos, em São Paulo. Essa iniciativa serviu de modelo para diversas universidades federais implantarem ações relativas à prática de

atividades físicas, sendo a Universidade Federal de Santa Maria – UFSM - a pioneira nesse processo. Posteriormente, diversos programas foram implementados com esse mesmo propósito, em diversas regiões do país (BENEDETTI, GONÇALVES, MOTA, 2007).

Segundo pesquisa realizada em 2012, por Pedro Hallal¹ e colaboradores, acerca dos níveis de atividade física em 122 países, observou-se que a inatividade física aumenta com a idade, é mais elevada nas mulheres do que nos homens e sua incidência é maior nos países de alta renda (HALLAL et al., 2012). Esta pesquisa conseguiu proporcionar um bom panorama sobre a situação desses níveis em diversos países do mundo, principalmente por esse conjunto de países representar 88,9% da população mundial. Todavia, existem lacunas de dados referentes a alguns locais, como na África e nas regiões mais pobres da América Latina e da Ásia Central (HALLAL et al., 2012).

Apesar da relevância da prática de atividades físicas, a inatividade física causa mais de cinco milhões de mortes, variando de 1% a 19% de todas as mortes em diferentes partes do mundo, constituindo-se em uma epidemia (KOHL et al., 2012).

Tendo em vista esses dados e a relevância desse tema, não somente para área da saúde, reconhece-se que há poucas iniciativas refletidas em ações eficazes ao incentivo à prática de atividades físicas no mundo (RAMIREZ, MARTINS, HALLAL, 2015). Dessa forma, foi criado um observatório global de atividade física em 2012, com o objetivo de transformar as informações referentes a esse tema em ações práticas. Uma das inovações referente a esse projeto chama-se *countrycards*, que são cartões que resumem o status de cada país em relação à vigilância e política na área de atividade física (RAMIREZ, MARTINS, HALLAL, 2015). Esses cartões estão disponibilizados de forma online e podem ser baixados gratuitamente.

No citado observatório, viu-se que em 2013 foram publicados artigos sobre atividade física de 105 países. No entanto, quase 50% provêm de apenas seis deles: Estados Unidos, Austrália, Canadá, Holanda, Espanha e Reino Unido. Para demonstrar um panorama mais completo, no presente estudo utilizaram-se os *countrycards* desses países que mais publicaram sobre atividade física, a fim de contextualizar os dados sobre a temática.

De acordo com os dados publicados nos cartões, os Estados Unidos ocuparam a primeira posição no ranking de números de artigos publicados referentes à atividade física no mundo, ao contrário dos países que compõem o Reino Unido, que, individualmente, são

¹Pesquisador de referência no Brasil sobre estudos acerca dessa temática e membro de referência no comitê do observatório global de atividade física.

responsáveis pelos menores índices de publicações - 16,9%, quando comparados aos demais países citados. Esses dados levam à conclusão de que 10,8% das mortes nos EUA se devem à inatividade física. O país que teve a menor incidência de mortes devidas à inatividade física foi a Holanda, com 4,9%.

No que diz respeito ao Brasil, essa mesma publicação aponta que 13,2% das mortes são devidas à inatividade física; e que, em 2013, ocupamos a sétima posição no ranking de números de artigos publicados referentes à atividade física no mundo. O Brasil e a China foram os únicos países de baixa e média renda no “*top 20*” para publicações de pesquisa sobre atividade física e saúde no mundo (OBSERVATORY FOR PHYSICAL ACTIVITY, 2016).

Até 2014, verificou-se uma importante participação do Brasil em publicações no cenário internacional sobre o tema, totalizando 2,6% dos estudos publicados (SILVA et al., 2014). Em se tratando de publicações, no Brasil, especificamente, observa-se uma grande diferença entre as regiões do país que publicam sobre o tema atividade física, com maior concentração de publicações nas regiões sul/sudeste (RAMIRES et al., 2014; SILVA et al 2014).

No que tange à vigilância em saúde e a políticas públicas, todos os países listados especificam planos nacionais para a promoção das atividades físicas, bem como realizam pesquisas nacionais baseadas no tema, exceto a Austrália, que não possui um plano nacional específico, todavia realiza pesquisa nacional. Dessas pesquisas, depreende-se que a inatividade física é mais elevada nas mulheres do que nos homens e que os idosos correspondem ao segmento populacional mais inativo, em detrimento aos outros grupos, considerando-se os países investigados no observatório (OBSERVATORY FOR PHYSICAL ACTIVITY, 2016).

Por outro lado, em 2015, foram disponibilizados cartões para 127 países, correspondendo a 81% da população mundial. Essa iniciativa inovadora pode nortear políticas e programas acerca do tema, estimular novas pesquisas, bem como a própria prática de atividades físicas em si, visando à diminuição das DCNT e conseqüentemente priorizando a qualidade de vida na população.

O nível de sedentarismo no país e no mundo é crescente, sendo que seus índices mais elevados dizem respeito aos países desenvolvidos. Devido ao cotidiano acelerado no ambiente urbano, indivíduos fazem uso das tecnologias de modo a otimizar ao máximo seu tempo disponível, bem como reduzir a carga de esforço físico, viabilizando e facilitando sua rotina (HALLAL, 2007). Porém, o tempo ganho a partir dessas práticas não se reverte

em hábitos saudáveis. Por exemplo, a expansão da realização de compras *online* e a alimentação e compras *delivery* geram considerável ganho de tempo, todavia, em geral, ele é dispendido em práticas sedentárias, como o uso de videogames, aparelhos de televisão, computadores e *smartphones*.

Apesar de notar-se mais o sedentarismo em países desenvolvidos, destaca-se que o nível de atividade física nesses países é observado no lazer, porém nos países em desenvolvimento, como o Brasil, sua forma mais frequente advém do trabalho e dos serviços domésticos (HALLAL, 2007), e se for direcionado a um segmento populacional específico, como os idosos, o nível de atividade física é ainda mais baixo. Segundo a OMS, o tempo necessário de atividade física que os idosos devem realizar por semana configura-se de pelo menos 150 minutos de atividade física moderada ou 75 minutos de intensidade intensa (OMS, 2017).

4.1.2 A IMPORTÂNCIA DA PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS PARA O ENVELHECIMENTO

No país, aproximadamente 12% dos cidadãos entram na idade adulta obesos (FLOR, 2015), logo, são necessárias e relevantes iniciativas que induzam uma mudança nos hábitos dos brasileiros, pensando em uma velhice saudável. Como há uma associação bem estabelecida na literatura entre DCNT e sedentarismo, ao se implementar programas que visem influenciar hábitos de vida mais saudáveis, objetiva-se impactar diretamente na redução de possíveis comorbidades.

Segundo Salin et al (2014), estudos publicados relatam diversos motivos para o ingresso de idosos em atividades físicas regulares, como: benefício para a saúde, estímulo à socialização, indicação médica, presença de profissional qualificado e proximidade residencial.

Apesar desses benefícios, quase 70% dos idosos possui algum problema de saúde. Diante desse quantitativo, é possível constatar, por meio de pesquisas, que mesmo em indivíduos com patologias instaladas, a prática de exercícios físicos pode controlar a doença, evitando sua progressão (MANZINI et al., 2011).

No Brasil, a prática de atividades físicas são geralmente realizadas na locomoção para o trabalho ou em atividades domésticas, e sua ausência ou insuficiência, como fator de risco, é chamada de “sedentarismo global”.

Um estudo realizado por Ceci e Simões mostrou que 76% dos idosos norte-

americanos aderiram a programas que estimulavam a prática de atividade física para manter-se saudável. Em contraste, a maioria dos participantes brasileiros, 58%, relatou ter iniciado o programa por recomendações médicas (SALIN, 2014).

O estímulo à prática de atividades físicas não auxilia somente na melhoria da saúde dos indivíduos que dela participam, mas estimula também a socialização, apoiando e incentivando o crescimento de sua rede de suporte social. No que diz respeito aos idosos, essa rede corresponde a um conjunto de pessoas que são ligadas a ele e que estabelecem relações de trocas sociais. As redes podem ser formais ou informais, sendo as formais constituídas por profissionais de instituições públicas ou privadas. As redes informais abrangem familiares, amigos ou vizinhos (NERI, 2005 apud TORRES et al., 2012) e são entendidas como fator de proteção para a manutenção da saúde.

Refletindo sobre a rede de suporte social, o homem participa de grupos no decorrer de sua vida, porém, quando envelhece, tende a perder esses vínculos. O afastamento do trabalho devido à aposentadoria, o falecimento de amigos e a distância de alguns familiares, principalmente os filhos, são alguns exemplos que influenciam e impactam nessa rede.

Por outro lado, Argimon (2011, p. 85) sugere que a aposentadoria pode propiciar que os idosos realizem novas atividades, considerando-se a disponibilidade de tempo decorrente da mesma e possibilitando um estímulo à socialização, portanto "...modificando socialmente a ideia de que o envelhecimento está ligado à reclusão, passividade e descanso".

Além disso, em geral, a aposentadoria dos idosos colabora em grande parte na renda familiar, e maiores rendas familiares propiciam um estímulo à socialização entre idosos (LIMA et al., 2016). No entanto, faz-se necessário atentar que parte desse segmento populacional não dispõe da aposentadoria para usufruir de atividades de lazer, ao contrário, auxiliam a compor a renda familiar. Diante disso, é importante valorizar as iniciativas de políticas públicas para viabilizar a participação da camada da população de baixa e média renda em atividades que auxiliam a melhoria na capacidade funcional e na interação social.

Assim, ressalta-se a importância da manutenção e aquisição da rede de suporte social em idosos. Estudos demonstram que idosos que possuem uma rede sólida podem aumentar em até 22% a longevidade. Em homens, a rede funciona como um fator protetor a possíveis problemas cardiovasculares e, em mulheres, a uma menor incidência de problemas cognitivos, se comparadas a idosos com redes sociais precárias (DE SOUZA, 2016).

Logo, é notório o impacto da prática de atividades físicas com a melhora na socialização e interação social. A depressão em idosos é um dado alarmante, dado que 15% deles apresentam algum sintoma depressivo (LIMA, 2016).

Em um estudo realizado no Brasil, em 2010, nas principais capitais do país - Rio de Janeiro e São Paulo constatou-se que participar de atividades físicas em grupo melhora a percepção dos usuários acerca de sua qualidade de vida. Além disso, pôde-se concluir com essa pesquisa, que atividades em grupo podem ter um efeito protetor no desenvolvimento de transtornos mentais, como ansiedade ou depressão (PORTUGAL, 2016).

Em mais um estudo de revisão, a depressão foi associada à fragilidade, compreendendo que idosos que são solitários e depressivos são mais frágeis. Uma vez que comorbidade e fragilidade estão relacionadas, esses aspectos devem ser priorizados no que diz respeito à atenção à saúde do idoso (SILVA, 2016).

Consequentemente, participar de programas que estimulem a prática de atividades físicas, retoma vínculos perdidos, mobiliza a criação de novas interações sociais (ASSIS, PACHECO & MENEZES, 2002, apud BITTAR, LIMA, 2012), bem como influencia na melhora da capacidade funcional.

O indivíduo que pratica atividades físicas e possui uma alimentação adequada reduz em 40% o risco de morte por doenças cardiovasculares, as principais causas de mortes por DCNT no país. Diversos benefícios decorrentes da prática de atividades físicas podem ser listados, como: diminuição do índice de massa corporal - IMC, melhora da função cognitiva e melhora do controle postural, que influencia na diminuição do risco de quedas (FREITAS, MEEREIS, GONÇALVES, 2014).

As quedas constituem-se em um grave problema de saúde pública entre os idosos, cerca de 30% deles caem a cada ano (SOARES, 2014). Essa taxa aumenta para 40% entre os idosos com mais de oitenta anos. Em 2010, ocorreram 10.425 mortes provocadas por quedas no país, das quais 65,2% aconteceram com idosos (RODRIGUES, FRAGA, BARROS, 2014).

Santos e Andrade (2005) apontam em estudo que os idosos com déficit cognitivo possuem cinco vezes mais chance de queda, pois o controle postural e a manutenção do equilíbrio sofrem influência da função cognitiva. Portanto, ressalta-se a importância da prática de atividades físicas, não somente pela manutenção do componente físico, mas também pela sua influência e melhora no componente cognitivo (GOMES NETO, CASTRO, 2012).

Em mais uma pesquisa desenvolvida que teve por objetivo abordar a experiência de

um programa de atividades físicas em UBS, em São Paulo, constatou-se que no período do programa houve melhoras na aptidão funcional, no metabolismo e no ânimo dos indivíduos participantes (FILHO et al., 2011). Tais aspectos costumam ser perdidos ou reduzidos durante o processo de envelhecimento, logo, são notórios os benefícios que as atividades físicas podem proporcionar aos indivíduos que as praticam. Observou-se, ainda nesta pesquisa, que a combinação de perda de peso, exaustão, baixo nível de atividade física, diminuição da força muscular e lentidão da marcha conseguiram explicar 99,4% da fragilidade em idosos (SILVA, 2016). Logo, com a melhora física e cognitiva, consequentemente há melhora na qualidade de vida.

Por outro lado, focando-se na população idosa com diabetes diagnosticada, outro estudo propôs avaliar os fatores associados à sua qualidade de vida, tendo sido observado que homens com diabetes possuem melhor percepção acerca de sua qualidade de vida. Em relação às mulheres, essa percepção está atrelada à idade, renda, escolaridade, ao fato de não possuir outra morbidade e de não ser sedentária. Quanto ao sedentarismo, verificou-se que a chance de obter melhor qualidade de vida é quatro vezes maior em indivíduos não sedentários, em comparação aos sedentários (SANTOS, 2017).

Os ganhos e benefícios advindos da prática de atividades produzem impactos no cotidiano do idoso, principalmente no que se refere à locomoção, independência e manutenção das atividades de vida diária – AVD– e atividades instrumentais da vida diária - AIVD.

4.2 RELAÇÃO ENTRE POLÍTICAS PÚBLICAS E ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

A primeira iniciativa que colocou em pauta o tema envelhecimento nas políticas públicas ocorreu na I Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, em Viena, no ano de 1982, tornando-se o marco inicial para a discussão desse tema na agenda internacional. O resultado dessa assembleia resultou no Plano Internacional de Viena sobre o Envelhecimento (ONU, 2003), que produziu "62 recomendações para os estados membros referentes a sete áreas: saúde e nutrição, proteção ao consumidor idoso, moradia e meio ambiente, família, bem-estar social, previdência social, trabalho e educação" (CAMARANO, PASINATO, 2004, p. 255), auxiliando na formulação de políticas para a população idosa.

A partir dessa assembleia, alguns governos de países da América Latina, como

Venezuela (1999), Equador (1998), Bolívia (1994) e Peru (1993) modificaram suas Constituições, dando ênfase a políticas que visassem esse segmento populacional (CAMARANO, PASINATO, 2004). O Brasil acompanhou esse processo e, em sua Constituição, direcionou o capítulo VII à promoção e à garantia de direitos para os idosos no país.

É necessário salientar que, mesmo antes da Constituição e da conjuntura estabelecida pós-Constituição com a implantação do SUS, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Em 1986, essa conferência propôs a elaboração de uma política global de assistência à população idosa (FERNANDES, 2012).

Apesar de o Brasil ter iniciado suas pesquisas sobre atividade física de forma tardia, na década de 90 (HALLAL, 2007) o país avançou de forma acelerada na formulação de políticas públicas que visassem instituir a prática de hábitos saudáveis na população.

A partir da segunda metade do século XXI, pôde-se observar uma nova tendência: o crescimento dos estudos referentes à inserção da população idosa em programas de atividades físicas no país. É importante ressaltar que essa mudança foi decorrente do aumento da expectativa de vida do brasileiro e conseqüentemente do crescimento das DCNT.

O aumento da expectativa de vida da população provavelmente se dá como um reflexo das mudanças políticas instituídas no país sobre a atenção ao idoso. Em acordo com os direitos previstos na Constituição de 1988, em 1994 (Figura 2) foi promulgada a Política Nacional do Idoso, na Lei 8.842, regulamentada em 1996 pelo Decreto 1.948, sendo uma das primeiras iniciativas acerca da atenção à saúde do idoso (TORRES, 2016). Essa política objetivava assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 1994). É de grande relevância ressaltar que na primeira política relacionada à atenção ao idoso já se pautava a importância das atividades físicas, culturais e a participação do idoso em programas que estimulem a sua participação na comunidade, visando à melhoria de sua qualidade de vida.

Posteriormente, em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395 estabeleceu a Política Nacional de Saúde do Idoso - PNSI, na qual se determinava que os órgãos do Ministério da Saúde relacionados ao tema promovessem a elaboração ou a adequação de planos, projetos e ações, em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (BRASIL, 1999).

Dentre as diretrizes propostas na PNSI, destaca-se a promoção do envelhecimento

saudável instituída na portaria, onde é apontado o desenvolvimento de ações que visem orientar os idosos e os indivíduos em processo de envelhecimento quanto à importância da melhoria constante de suas habilidades funcionais. Esse comportamento deve se dar mediante a adoção precoce de hábitos saudáveis que podem compreender a prática de atividades físicas e a promoção de uma alimentação saudável, além de incentivar a eliminação de comportamentos nocivos à saúde (BRASIL, 1999).

Observa-se que apesar da ênfase ao envelhecimento saudável, a resposta a essas diretrizes era realizada de forma incipiente, por meio da distribuição de cartilhas e folhetos, desenvolvimento de campanhas em programas de rádio, veiculação de filmes ou de profissionais que pudessem estimular os idosos na adoção de hábitos saudáveis (BRASIL, 1999). Dessa forma, não se verificava, nesse período, uma política que ousasse ter um mecanismo mais prático, efetivo e que pudesse dar resolutividade às diretrizes da PNSI, mas uma política informacional que não contemplava as reais necessidades dessa população.

Em 2002, a Portaria 702 criou mecanismos de organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso - REASI, tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS (CAMACHO, COELHO, 2010). Essa composição das redes seria organizada por hospitais gerais e centros de referência em assistência à saúde do idoso, adequados a oferecer diversas modalidades assistenciais, como: internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital dia e assistência domiciliar, constituindo uma rede de referência para a assistência à saúde do idoso. Todavia, essa iniciativa não abordava, de forma direta, a lógica de promoção à saúde, mas sim de prevenção.

Uma segunda assembleia, no tema de envelhecimento, das Nações Unidas ocorreu naquele mesmo ano, em Madri, vinte anos após a primeira, aprovando dois documentos: uma Declaração Política e o Plano de Ação Internacional. A Declaração Política contém os principais compromissos assumidos pelos governos para executar o novo plano, pautado em três medidas prioritárias: participação ativa dos idosos, visando o desenvolvimento da sociedade; promoção de saúde e bem-estar na velhice, fomentando um envelhecimento saudável; e criação de ambientes favoráveis para a população idosa (ONU, 2002).

Contendo 239 recomendações direcionados aos governos, esse Plano de Ação Internacional enfatiza prioritariamente a necessidade e a importância de se realizar parcerias com os membros da sociedade civil e do setor privado para a viabilização das medidas propostas.

No ano posterior à implantação das REASI, foi criado o Estatuto do Idoso, através da Lei 10.741, que tem por finalidade regular e reconhecer os direitos das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. O Estatuto dispõe sobre os direitos do idoso à vida, à liberdade, ao respeito, à dignidade, aos alimentos, à saúde, à convivência familiar e comunitária, entre outros direitos fundamentais - individuais, sociais, difusos e coletivos, cabendo ao Estado, à comunidade, à sociedade e à família a responsabilidade pela assecuração desses direitos (BRASIL, 2003). Nesse documento, diversos temas são abordados e observa-se também um incentivo ao envelhecimento saudável, havendo um enfoque ao direito aos esportes, lazer e cultura, mas esses conteúdos não são discutidos de forma tão ampliada quanto os outros temas inclusos.

Com a perspectiva de ampliar o conceito de envelhecimento ativo, a OMS propôs o Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde, de 2005, projeto de política de saúde em que se busca fornecer informações para a discussão e formulação de planos de ação que promovam um envelhecimento saudável e ativo. Nesse contexto, envelhecimento ativo é entendido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, à medida que as pessoas ficam mais velhas (OMS, 2005 p. 13).

Em 2006, gestores do SUS, das três esferas do governo, se articularam para a construção de três pactos: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS, com o objetivo de priorizar as reais necessidades de saúde da população, visando à organização e planejamento da gestão. Dos três pactos estabelecidos, destaca-se aqui o Pacto pela Vida, no qual uma das prioridades criadas refere-se à saúde do idoso, visando implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI, que além de estabelecer a elaboração e implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase no desenvolvimento de hábitos saudáveis pela população, também incentiva a prática de atividade física, alimentação saudável e combate ao tabagismo. Outro compromisso instituído nessa política foi consolidar a atenção básica, qualificando a Estratégia da Saúde da Família – ESF - como centro das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2006).

Naquele mesmo ano, instituiu-se a PNSPI, por meio da Portaria MS/GM nº 2.528, de 20 de outubro, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para a população idosa, com a finalidade primordial de promover sua recuperação, autonomia e independência, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2006). Assim, ficam claras a necessidade e a relevância de ações para a promoção de saúde, com ênfase no envelhecimento ativo e saudável.

Ressalta-se que os princípios da PNSPI derivam da última Assembleia Mundial para o Envelhecimento, o Plano de Madri, cujo relatório final foi significativo para o estabelecimento das diretrizes propostas nessa política.

A PNSPI direciona de forma mais prática as medidas indicativas do envelhecimento saudável, onde se destaca, para fins de efetivação: “A articulação de ações e ampliação, visando à integração entre as secretarias municipais e estaduais de saúde, e os programas locais desenvolvidos para a difusão da atividade física e o combate ao sedentarismo” (BRASIL, 2006). Além disso, informa e estimula a prática de nutrição balanceada e os hábitos de vida saudáveis, bem como incentiva ações intersetoriais que visem à participação social.

A partir dessa perspectiva de estímulo a uma vida com hábitos mais saudáveis, foi criada a Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS, também em 2006, com o objetivo de promover a qualidade de vida e reduzir os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes. Ao implementar ações, principalmente na atenção básica, as atividades que visem potencializar a concepção ampliada de saúde são estimuladas (BRASIL, 2006), fomentando mudanças nos modos de promover qualidade de vida na população.

Com a implementação da PNPS, foram desenvolvidos seminários, materiais informativos, cursos presenciais ou a distância, debates, reuniões técnicas, capacitações com o objetivo de disseminar os conceitos da PNPS no SUS, além de qualificar gestores e profissionais (MALTA, 2014).

Destaca-se, ainda, que a PNSPI aborda, como principal meio de articulação, a promoção da saúde e um envelhecimento saudável pautados em programas que possam disseminar as características essenciais para a promoção de hábitos de vida saudáveis. A PNPS possui características que pautam o objeto de estudo deste trabalho, como pode ser observado em seus objetivos específicos:

"Estimular ações de promoção de saúde na atenção básica; incentivar alternativas inovadoras e socialmente inclusivas no âmbito das ações de promoção da saúde; valorizar e otimizar o uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde com o objetivo de prevenir fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde" (BRASIL, 2006, p. 19).

Com o crescimento das DCNT já evidenciado, o Ministério da Saúde implementou iniciativas que visam à promoção e prevenção da saúde por meio de ações de vigilância em

saúde. Por meio dessa vigilância, é possível monitorar e analisar o perfil das doenças e de seus fatores determinantes e condicionantes, bem como detectar mudanças nas suas tendências no tempo, no espaço geográfico e em grupos populacionais, contribuindo também para o planejamento de ações na área de saúde.

Desse modo, com o intuito de reduzir a prevalência dos principais fatores de risco e a morbimortalidade associada a essas doenças, foi criado o Vigitel- Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, em 2006. Esse sistema tem por objeto monitorar a frequência e a distribuição dos principais determinantes das DCNT, por meio de inquérito telefônico com a população adulta, auxiliando, conjuntamente com outros inquéritos, no conhecimento sobre as doenças crônicas (BRASIL, 2017).

Com esse novo olhar e face às ações de promoção de saúde no país e sua relevância para a melhoria da qualidade de vida da população idosa, destaca-se neste trabalho a criação e a implantação, no país, do Programa Academia da Saúde (PAS).

Das políticas mencionadas acima, as vigentes que correspondem especificamente a população idosa no país, são: Política Nacional do Idoso, Portaria 702 (REASI), Estatuto do Idoso, e Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, demonstradas na linha do tempo abaixo, entre outras.

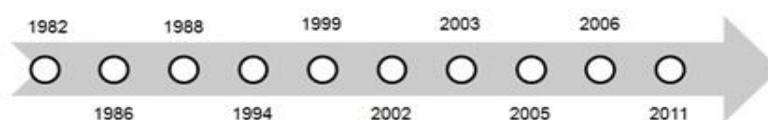


Figura 2- Linha do tempo das políticas norteadoras sobre saúde do idoso, bem como políticas que incentivam a prática de hábitos saudáveis no país.

Fonte: elaboração própria

- 1982 - Conferência de Viena;
- 1986 - 8ª Conferência Nacional de Saúde;
- 1988 - Constituição;
- 1994 - Política Nacional do Idoso;
- 1999 - Política Nacional de Saúde do Idoso;
- 2002 - Conferência de Madri;
- 2002 - Portaria 702;
- 2003 - Estatuto do Idoso;

- 2005 - “Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde”;
- 2006 - Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS);
- 2006 - Vigitel;
- 2006 - Pacto pela Vida;
- 2006 - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNPSI);
- 2011- Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis;
- 2011 - Política Nacional de Atenção Básica (PNAB);
- 2011 - Programa Academia da Saúde (PAS).

4.3 A ATENÇÃO BÁSICA E SUA INFLUÊNCIA NA ASSISTÊNCIA PRESTADA AO IDOSO NO SUS

Segundo Starfield, Shi e Macinko (2005), o termo Atenção Primária data do início do século XX, como lançamento do relatório Dawson². No decorrer desse século, diversos estudos foram feitos na Espanha, no Brasil, na Costa Rica, no Canadá, no México, na Bolívia e em Cuba para analisar o impacto da atenção básica nos serviços de saúde. De acordo com as pesquisas apontadas por esses autores, a implantação da AB influencia diversos fatores, principalmente a redução de mortalidade por DCNT e a busca pelo atendimento em emergência (STARFIELD, SHI, MACINKO, 2005).

No Brasil, os usuários que tiveram experiências de cuidados primários eram mais propensos a possuir uma percepção positiva em relação a sua saúde. Além dessas características citadas, foram listados seis benefícios da AB para a saúde:

(1) maior acesso aos serviços necessários, (2) melhor qualidade de atendimento, (3) maior enfoque na prevenção, (4) gestão precoce de problemas de saúde, (5) o efeito cumulativo das principais características de prestação de cuidados primários e (6) o papel da atenção básica na redução de cuidados desnecessários e potencialmente prejudiciais à saúde (STARFIELD, SHI, MACINKO, 2005, p. 474).

Compreendendo os benefícios listados, é notável que a AB possui relevância para o sistema de saúde, pois se configura como a principal porta de entrada, auxilia na execução de diversos programas, além de se constituir como o centro de comunicação com toda a rede de atenção à saúde.

A Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, instituída pela portaria nº 2.488,

²Relatório que apresentou a descrição sobre uma rede regionalizada em saúde e como esta proveria serviços de saúde de forma organizada para a população inglesa (KUSCHNIR, CHORNY, 2010).

de 21 de outubro de 2011, reafirma conceitos citados acima, mas, sobretudo, constitui-se como uma ação que visa à coordenação e à ordenação do cuidado das redes de atenção, proporcionando mais resolutividade às questões relativas ao sistema de saúde. Além de ampliar questões já instituídas no SUS, essa nova política articula a atenção básica com novas iniciativas, como a implantação de polos relativos ao programa Academia da Saúde (BRASIL, 2011).

Com a lógica da ESF, esse módulo reestruturado de saúde, que vai além do modelo centrado na doença, preconiza a educação em saúde, prevenção e promoção da saúde com o foco na comunidade, que assim compreende a realidade local e tenta moldar suas ações para melhor efetividade de suas iniciativas (SÁ, CURY, RIBEIRO, 2016).

Apesar de uma boa educação em saúde não estar associada à escolaridade, o baixo nível de formação pode influenciar na compreensão da educação em saúde, o que possivelmente acarreta a baixa adesão ao tratamento, pela dificuldade de compreender as informações e as prescrições, favorecendo o aumento de riscos à saúde (RODRIGUES, 2012). Dessa forma, como já foi citado que o baixo nível de escolaridade está associado às DCNT, como a diabetes, por exemplo, o incentivo à educação em saúde priorizada no Programa Academia da Saúde torna-se um aspecto relevante do programa

Devido às mudanças no perfil da população brasileira, as ações de cunho educativo são significativas, pois estimulam, no usuário dos serviços, a percepção e a conscientização de sua própria saúde, promovendo um envelhecimento ativo e saudável (VIANA, MARTINS, GONÇALVES, 2016). A educação em saúde visa influenciar o cotidiano dos usuários, transformando seus modos de vida, com a finalidade de modificar especialmente os hábitos não saudáveis presentes na rotina, promovendo a qualidade de vida, por meio dessa troca entre profissional e usuário (MALLMANN et al., 2015).

Estudo realizado por Mendes, Luiza e Campos (2014) demonstra que o vínculo precário entre paciente e profissional de saúde é associado à busca por emergência entre indivíduos com HA e DM. Esses usuários com vínculo estabelecido consultam-se regularmente, costumam cuidar melhor de sua saúde, realizam consumo racional de medicamentos, além de serem os usuários que mais recebem orientações sobre dieta.

Devido ao aconselhamento estar associado à prática da educação em saúde, e principalmente ao vínculo entre o profissional e o usuário, faz-se necessário que esses aspectos sejam aperfeiçoados e continuamente pesquisados, objetivando uma prática em saúde de qualidade e humanizada.

Anteriormente, a prática dos profissionais atuantes no serviço de saúde era moldada

somente pelo referencial biomédico que, por diversas vezes, se torna fragmentado diante das necessidades de saúde da atualidade. Essa formação dificulta a prática da integralidade, bem como a importância de um trabalho interdisciplinar no desenvolvimento das ações dos serviços de saúde.

Nos dias atuais, apesar de ainda existir a prática dessas ações, houve o fomento de uma outra lógica de cuidado, possibilitando um diálogo entre profissionais, bem como a participação dos usuários dos serviços nas ações propostas para que suas necessidades sejam alcançadas (SÁ, CURY, RIBEIRO, 2016).

Dada essa reestruturação no sistema de saúde com o foco na promoção de saúde e controle das DCNT, a OMS ressalta que a taxa de mortalidade por essas doenças está diminuindo 1,8% ao ano no Brasil. Esse dado pode ser atribuído ao empenho do governo nas propostas implementadas que visam à ampliação da atenção básica à saúde (WHO, 2014).

A AB se configura como uma estratégia relevante para minimizar a fragmentação do cuidado presente em muitos casos, contribuindo para aumentar e fortalecer a rede de cuidado. Além disso, é resolutiva – sua característica principal, atendendo às necessidades de saúde da população por meio de ações de sua competência e proporcionando aos usuários um serviço de saúde de qualidade (AMORIM et al., 2017).

No entanto, quando a AB não consegue ser resolutiva, ocorrem falhas no sistema, produzindo mais demandas para os serviços de maior complexidade. Essa característica é chamada de condições sensíveis à atenção primária e se constitui como diversos problemas de saúde que seriam evitados com uma AB eficaz (ALFRADIQUE et al., 2009).

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS - nº 221, especificou as condições sensíveis à atenção primária no Brasil, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças - CID-10 (BRASIL, 2008) que consiste em mais um instrumento para avaliar a capacidade de resolução de ações da AB.

Algumas DCNT estão incluídas nesse conjunto de condições, como HAS e *Diabetes Mellitus*. É necessário destacar que se observou em determinado estudo uma associação entre usuários com essas DCNT que se consultam regularmente na AB e um menor risco de internação por condições sensíveis à atenção primária (FREITAS et al., 2016).

Segundo o Núcleo de Educação em Saúde Coletiva-NESCON (2012), houve uma diminuição de 17,64% na proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção

Primária - ICSAP - no Brasil, como também uma redução de 22,3% das ICSAP em idosos de 60 a 69 anos e 14,9% entre os de 70 a 79 anos, mas somente 2,9% na faixa de 80 anos ou mais.

Apesar desses dados evidenciarem a melhora nas ações da AB, há uma notória diferença na faixa que compreende os idosos com mais de 80 anos.

Esse indicador, associado a novos mecanismos de avaliação da atenção básica, como o PMAQ-AB, objetiva descobrir possíveis falhas no sistema e, por meio das pesquisas, visa proporcionar maior eficiência e resolutividade nas ações de saúde propostas, propiciando um serviço de saúde organizado, que possa atender às necessidades da população brasileira.

Estima-se que 70% a 80% dos idosos dependem exclusivamente do SUS (FERNANDES, SOARES, 2012). Logo, é primordial que o sistema esteja preparado para atender essa demanda, principalmente a AB.

4.3.1 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Em 1994, o Ministério da Saúde introduziu o Programa Saúde da Família - PSF, concebido por meio da reforma instituída na saúde, com a finalidade de incorporar uma mudança no modelo de atenção à saúde predominante. Dentre suas estratégias de ação elencadas, estão: a definição de território de abrangência para a ação do serviço, a ênfase em estratégias de promoção da saúde, a atuação intersetorial e a integralidade, entre outros. Sua prática é pautada em ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação, na busca pela manutenção dos níveis de saúde da população (Brasil, 2011e). A ESF, como é denominada atualmente, objetiva melhorar o acesso à atenção AB e a sua qualidade em todo o território.

Em 2016, havia 40.044 unidades básicas em funcionamento, e a população coberta pela atenção básica no país equivalia a 113.181.649, o que corresponde a 55,35% do total (DAB, 2016).

Devido à ascensão da AB no país, conjugada com a compreensão de sua relevância, uma vez que ela visa melhorar e organizar os serviços de saúde no Brasil, torna-se necessária a utilização de mecanismos contínuos de avaliação e monitoramento, em virtude de ser, em sua grande maioria, a porta de entrada para o sistema e o centro norteador de cuidado.

Por este trabalho se tratar de uma avaliação do perfil de assistência na AB, optou-se

por utilizar a versão brasileira do PCATool- *Primary Care Assessment Tool*³, denominada: Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde(SUS) em nível local, que define oito dimensões essenciais incorporadas em seu modelo, de modo a potencializar a relevância da AB, proposta por Starfield. Do elenco de dimensões do PCATool, foram selecionadas apenas aquelas que corroboram as dimensões de interesse deste trabalho, contempladas no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica- PMAQ-AB.

O PMAQ-AB foi criado em 2011, através da Portaria N° 1.654, e tem como objetivos induzir a ampliação do acesso, incentivar os gestores e equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território, além de proporcionar transparência em relação às ações do governo no que se referem aos incentivos para a atenção básica, uma vez que o programa eleva o repasse de recursos do incentivo federal para os municípios participantes que atingirem a melhora no padrão de qualidade no atendimento (BRASIL, 2011).

Dessa forma, visando aperfeiçoar a infraestrutura e o desempenho da atenção básica, houve um aumento no investimento federal, saindo de R\$ 770 milhões, em 2011, período referente ao primeiro ciclo do PMAQ, para R\$ 4,2 bilhões, em 2014, seu segundo ciclo (MACINKO, HARRIS, ROCHA, 2017).

Esse programa era composto por quatro fases: adesão e contratualização; desenvolvimento; avaliação externa; e recontratualização (BRASIL, 2012).

A primeira fase corresponde à adesão ao programa e ao estabelecimento de compromissos que serão firmados entre as equipes e os gestores com o Ministério da Saúde. A segunda consiste no desenvolvimento das ações pelas equipes, gestores e Ministério da saúde e está organizada em quatro dimensões - autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional - que deverão ser estruturadas de forma contínua e sistemática. A terceira fase, realizada pelas instituições de ensino e pesquisa, representa a avaliação externa, quando se realizam ações para verificar as condições de acesso e da qualidade de atendimento que estão sendo propostas nos municípios pelas equipes participantes. Por fim, a quarta fase é constituída por um processo de repactuação dos compromissos entre equipes de atenção básica e gestores (BRASIL, 2014).

³ Instrumento de avaliação da atenção primária proposto por Starfield e colaboradores, que permite mensurar os atributos essenciais que visam à efetividade da AB (NORMAN, 2013).

Para viabilizar a transparência referente ao programa para os cidadãos brasileiros, informações das equipes das US, como pontuação e seu desempenho, são disponibilizadas de forma *online* no site do Ministério da Saúde. Logo, isso permite que os usuários comparem as pontuações das equipes e consigam visualizar sua organização em âmbito municipal, estadual e nacional (MACINKO, HARRIS, ROCHA, 2017).

No presente estudo, a ênfase é dada ao terceiro módulo - entrevista com o usuário, visto que as informações obtidas nesse módulo têm por objetivo aprimorar a PNAB, uma das políticas que subsidiam o Programa Academia da Saúde.

4.4 PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE

O programa Academia da Saúde foi lançado pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM nº 719, de 7 de abril de 2011, como estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado para os municípios brasileiros, através do desenvolvimento de práticas corporais, atividade física e educação em saúde, além de proporcionar ações que visem o incentivo a uma alimentação saudável, entre outros, estimulando que a população usufrua de práticas saudáveis a partir da implantação de polos (Figura 3) com infraestrutura e profissionais qualificados (BRASIL, 2011).

Segundo a Portaria 24, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), os profissionais que podem se inserir nos polos do programa são: educador físico, assistente social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo clínico, sanitarista, educador social, musicoterapeuta, arteterapeuta, nutricionista, artistas da dança - exceto dança tradicional e popular - e dançarinos tradicionais e populares.

Monitoramento realizado em maio de 2015, acerca dos vínculos empregatícios dos profissionais que atuam no PAS, revelou que aproximadamente 71% deles são admitidos por meio de contratos temporários. Esse tipo de vínculo precário influencia na sustentabilidade do Programa (BRASIL, 2015), impactando diretamente na relação entre o profissional e o usuário, assim como na continuidade de ações propostas e desenvolvidas por esses profissionais.

Apesar de o PAS prever a realização de suas ações por meio de profissionais qualificados, várias iniciativas em diversos locais do país implementaram academias em espaços públicos sem supervisão. A falta de profissionais nesses ambientes pode influenciar negativamente na saúde dos usuários, uma vez que o excesso ou a prática de atividade física realizada de forma inadequada pode ser nociva à saúde (SALIN, 2013).

O programa inspirou-se em iniciativas pontuais que estavam sendo desenvolvidas em Recife, Curitiba, Vitória, Aracaju e Belo Horizonte, que proporcionavam a prática da atividade física e outras práticas corporais com a supervisão de profissionais qualificados, utilizando espaços públicos para a sua execução.

Iniciativas como essas são custeadas e mantidas pelo poder público, a fim de estimular a promoção da saúde e conseqüentemente minimizar os impactos advindos das doenças crônicas não transmissíveis.

No Brasil, 70% das mortes são causadas pelas DCNT. Em resposta a esse cenário vigente, o Ministério da Saúde implementou o: Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022,

com o objetivo de preparar o país para enfrentar e deter, nos próximos dez anos, essas doenças (BRASIL, 2011). Dentre as diversas políticas públicas de enfrentamento, como Organização da Vigilância de DCNT ou a PNPS, o documento apresenta a importância do Programa Academia da Saúde como uma ação potencializadora no enfrentamento das DCNT.

As diretrizes e os princípios do Programa Academia da Saúde são:

- Configurar-se como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde, complementar e potencializador das ações de cuidados individuais e coletivos na Atenção Básica;
- Referenciar-se como um Programa de promoção da saúde, prevenção e atenção das doenças crônicas não transmissíveis;
- Estabelecer-se como espaço de produção, ressignificação e vivência de conhecimentos favoráveis à construção coletiva de modos de vida saudáveis;
- Participação popular e construção coletiva de saberes e práticas em promoção da saúde;
- Intersetorialidade na construção e desenvolvimento das ações;
- Interdisciplinaridade na produção do conhecimento e do cuidado;
- Integralidade do cuidado;
- Intergeracionalidade, promovendo o diálogo e troca entre gerações;
- Territorialidade, reconhecendo o espaço como local de produção da saúde (BRASIL, 2013).

Com a mudança no perfil de saúde, é necessária uma organização e adequação do sistema a essas prioridades atuais, assim, há necessidade de fomentar ações de prevenção e controle das DCNT, apontando a atividade física e as práticas corporais como as principais ações de prevenção sobre os fatores de risco dessas doenças.

Devido à falta de boa infraestrutura nos ambientes públicos, muitos idosos, nas áreas urbanas, são sedentários (LEUNG et al., 2014). Ao implementar e incentivar a criação desses polos em espaços públicos propicia-se à população urbana a oportunidade de praticar atividades físicas.

Segundo o monitoramento já citado do PAS, em 2015 quase 100% dos polos informaram desenvolver atividades com adultos e idosos (BRASIL, 2015).

Por se tratar de espaços públicos, esses ambientes favorecem a inserção de pessoas com baixa renda, visto que grande parte do grupo, em geral, realiza apenas esforço físico na locomoção para o trabalho, no trabalho ou no próprio domicílio. Possibilitar que indivíduos que não possuem um alto poder aquisitivo venham a participar dessas atividades, corrobora os princípios instituídos no SUS.

No que diz respeito ao idoso, essa questão prevalece, visto que, por diversas vezes,

ele se torna o provedor da família e, dessa forma, não dispõe de recursos financeiros para custear atividades físicas em instituições privadas, por exemplo. Segundo o IBGE (2010), cerca de 20% dos idosos são responsáveis pelo provimento da renda familiar.

Outro aspecto relevante a ser destacado é que a aquisição de medicamentos pode ser alta nessa etapa da vida, fazendo com que haja mais gastos de recursos financeiros, dificultando a inserção de idosos em atividades que possam ser onerosas.

A grande dificuldade para se potencializar as políticas públicas e transformá-las em práticas igualitárias a todos os brasileiros consiste na escassez de recursos, nos desvios de verbas e, principalmente, na enorme desigualdade social estabelecida no Brasil, fazendo com que idosos de diferentes classes sociais vivenciem a velhice de forma diferenciada (BEZERRA, ALMEIDA, THERRIEN-NÓBREGA, 2012).

Um dos limites mais frequentes à inserção de idosos em programas, além da falta de recursos financeiros, é a dificuldade na acessibilidade do transporte (MCNAMARA et al., 2016). Dessa forma, a implementação de polos do PAS próximos a unidades de saúde configura-se como um facilitador do cuidado contínuo. Segundo informado no monitoramento do PAS do ano de 2015, 89% dos polos em funcionamento foram construídos próximos às UBS (BRASIL, 2015). No entanto, para que essa proximidade seja eficaz, é fundamental que as ações do PAS sejam articuladas às UBS, de forma a complementar suas ações.

Somente no ano de 2012, as DCNT foram responsáveis por 228.323 internações no SUS, ao custo de aproximadamente 114 milhões de reais, todavia tais dados não abarcam as internações em hospitais privados e outros atendimentos realizados em serviços de emergência (BRASIL, 2013).

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)⁴, constatou-se que pessoas com DCNT usam duas vezes mais os serviços de saúde, comparadas com os adultos sem DCNT. Esses indivíduos acometidos relataram mais casos de internação e de consultas médicas, além da ausência das atividades, devido à sua condição de saúde, impactando no seu cotidiano (MALTA, 2017).

Estima-se que serão gastos em torno de US\$ 7 trilhões no período entre 2011-2025 com as DCNT em países de baixa e média renda (MALTA et al., 2017). Com base nesses dados, observa-se a grande relevância das propostas advindas do Programa Academia da

⁴A PNS é uma pesquisa de âmbito nacional e base domiciliar que objetiva apresentar uma descrição sobre aspectos relacionados às condições de saúde da população brasileira.

Saúde, visando não somente à redução dos gastos associados a esses agravos, mas ao impacto que o programa poderia determinar nas condições de saúde da população e ao aumento na expectativa e qualidade de vida.

O Programa Academia da Saúde adota uma concepção ampliada de saúde. A partir dessa perspectiva, é possível identificar como as ações de saúde não estão restritas a uma concepção hospitalocêntrica ou medicalizante. Um aspecto relevante do programa é o fato de fazer parte da estrutura organizacional das Redes de Atenção à Saúde - RAS, como componente da Atenção Básica, e, por isso, funcionar também como porta de entrada no SUS.

Dessa forma, o PAS é mais um ponto articulador na rede de cuidado do SUS, promovendo ações intra-setoriais com outros pontos de atenção da RAS. Além disso, há, também, a possibilidade do desenvolvimento de ações intersetoriais, em articulação com outras esferas fora da área da saúde. Destaca-se que esse tipo de articulação é um dos princípios da Promoção da Saúde, bem como eixo operacional da PNPS (BRASIL, 2017). Outra prioridade no programa é a geração de vínculos com a comunidade por meio do controle social, com o objetivo de fomentar a participação dos usuários nas propostas a serem desenvolvidas. É fundamental ressaltar que as ações do programa associadas com os demais serviços incentivam maior integralidade e possibilitam vínculos entre a comunidade e os demais serviços instituídos (SÁ et al., 2016).

Estudo realizado nas UBS de Belo Horizonte, entre os anos de 2009 e 2010, com o objetivo de investigar fatores associados ao recebimento de aconselhamento sobre alimentação e atividade física, constatou que essas orientações ocorriam mais frequentemente entre os usuários que possuem morbidades, como hipertensão e diabetes, que usavam medicação e que eram usuários do PAS, sendo insuficiente aos demais (LOPES et al., 2014). O achado desse estudo aponta a importância e o impacto do PAS na rede de cuidado do SUS, além de uma fragilidade de cuidado entre os serviços de uma mesma rede articulada.

Em 2013, o objetivo do programa foi redefinido e ampliado pela Portaria nº 2.681, quando a ênfase dada às práticas corporais e atividades físicas se ampliaram para uma concepção de promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população em espaços voltados para o desenvolvimento de atividades que estimulam a autonomia, a equidade, a intergeracionalidade e a participação social, entre outros (BRASIL, 2013).

É importante ressaltar que desde o final da década de 70 foram implantados

projetos de atividades físicas para idosos no país, como as Academias da Terceira Idade (BENEDETTI, GONÇALVES, MOTA, 2007), que direcionam suas ações especificamente para a prática de atividade física para os idosos. Contudo, o PAS tem como um de seus princípios a intergeracionalidade, que busca promover a integração, o diálogo e a troca de saberes entre as gerações, estimulando a interação entre diferentes idades, o que proporciona uma vivência diferente em relação aos outros programas existentes no país.

O Ministério da Saúde publica um monitoramento anual sobre a implantação e implementação do PAS, realizado desde 2013, que se encontra disponível de forma *online*. Dessa forma, o Ministério facilita a transparência das suas ações para a população, como também norteia gestores e profissionais quanto aos problemas do programa, além da possibilidade de auxiliar futuras ações do PAS em cada região do país (BRASIL, 2016).

Além dessas publicações, o Ministério realiza outro tipo de estratégia com a finalidade de melhorar a implantação do PAS em âmbito nacional, como as capacitações na esfera do PAS. A última edição do EaD oferecido pelo Ministério da Saúde foi realizada entre outubro de 2015 e abril de 2016, restrita a profissionais e gestores do PAS. Nessa 5ª edição foi realizado um Curso de Aperfeiçoamento para Implementação da PNPS com ênfase no Programa Academia da Saúde, onde foram disponibilizadas seiscentas vagas (BRASIL, 2017).

Desse modo, o Programa Academia da Saúde constitui um modelo de intervenção nacional em promoção da saúde, visando contribuir para a equidade no acesso a ações voltadas à produção do cuidado e modos de vida saudáveis em espaços qualificados, constituindo-se um espaço potencializador na atenção básica (MALTA, 2014).

4.4.1 ADESÃO E MODALIDADES DO PROGRAMA

Após identificar a sua situação de saúde, caso o município opte pela adesão ao programa, há duas possibilidades: via recursos do programa ou emendas parlamentares. Em ambos os casos, é necessário observar quando o Sistema de Monitoramento de Obras – SISMOB - estará aberto para novas inscrições. O programa auxilia tanto no custeio da construção dos polos quanto na sua manutenção.

Os recursos para a implantação dos polos são repassados em três parcelas: a primeira, após a publicação da portaria específica de habilitação, recebendo 20% do valor total; a segunda, posteriormente à comprovação do início das obras, equivalente a 60% do valor total. Nesta fase, deverá ser apresentado no SISMOB a ordem de início do serviço,

fotos correspondentes às etapas de execução da obra; e a terceira parcela, equivalente a 20% do valor total aprovado, a ser repassada após conclusão da obra.

. Os recursos são oriundos do piso da atenção básica - PABVariável - e são repassados de forma regular, fundo a fundo, junto às Secretarias Municipais de Saúde. Tal repasse se configura como um incentivo, devendo o Programa ter auxílio do cofinanciamento dos estados e municípios.

Os polos possuem três modalidades distintas: básica, intermediária e ampliada, no qual se diferenciam pelo valor a ser transferido e pela sua dimensão estimada. O valor do custeio para a modalidade básica corresponde a R\$ 80.000,00 para 250 m² (Figura 3). Por sua estrutura ser reduzida, os polos dessa modalidade deverão ser construídos em um raio de até cem metros do estabelecimento de saúde de referência (BRASIL, 2016). Na modalidade intermediária, o valor é de R\$ 100.000,00, para 263,20 m²; e na modalidade ampliada, R\$ 180.000,00 para 451,20 m² (BRASIL, 2016).

Modalidade Básica



Figura 3 Ilustração correspondente a projeto arquitetônico da modalidade básica do PAS (BRASIL, 2014)

Modalidade Intermediária



Figura 4 Ilustração correspondente a projeto arquitetônico da modalidade intermediária do PAS (BRASIL, 2014).

Modalidade Ampliada



Figura 5 Ilustração correspondente a projeto arquitetônico da modalidade ampliada do PAS (BRASIL, 2014).

Em relação ao valor para subsidiar o funcionamento dos polos, havia duas formas de organização: nos municípios com núcleos de apoio à saúde da família- NASF, o repasse é de três mil reais mensais por polo vinculado ao NASF, sendo que apenas três polos poderiam ser vinculados a um mesmo NASF, independentemente das modalidades. Nos municípios sem NASF, esse valor a ser repassado seria por município (BRASIL, 2013).

No ano de 2016, foi publicada a portaria 1.707 que altera algumas regras referentes ao Programa Academia da Saúde, e, no que diz respeito ao custeio, a regra mudou integralmente, não havendo mais distinção entre o município com ou sem NASF, já que o incentivo de custeio passa a ser por polo, sem limite da quantidade de polos instalados no município. Pela notória relevância do NASF como mais um ponto articulador na rede de assistência à saúde, o gestor de saúde deverá estimular que as equipes do NASF, quando houver, desenvolvam ações no polo de forma compartilhada com o(s) profissional(is) do Programa Academia da Saúde com o objetivo de constituir um vínculo entre esses pontos, implementando ações mútuas de qualidade (BRASIL, 2016).

Como o programa foi lançado em 2011 e diversas iniciativas anteriores já estavam sendo propostas e implementadas, os municípios que desenvolviam iniciativas similares ao Programa Academia da Saúde também poderiam receber recursos advindos dele, segundo as especificações propostas pela portaria 2.684, que reconheceu ações prévias (BRASIL, 2013). Esses municípios deveriam solicitar o custeio por meio da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, através do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde - SAIPS.

Todavia, é necessário reconhecer que o valor a ser repassado é ínfimo para custear as ações, principalmente pela carga horária instituída, 40 horas semanais em cada polo, com garantia de funcionamento do polo em, pelo menos, dois turnos diários. Logo, esse valor também poderá influenciar na possível adesão ou não dos municípios que já possuíam iniciativas similares ao Programa Academia da Saúde.

Apesar desse valor instituído a ser repassado para os polos, a manutenção das atividades não é especificamente do Ministério da Saúde, devendo a responsabilidade ser compartilhada entre os três níveis de gestão, em conformidade com a lógica de gastos do SUS. Para isso, é essencial que haja um planejamento municipal que possa assegurar a permanência do programa. Em 2016, 83% dos municípios informaram ter incluído o Programa no Plano Municipal de Saúde (BRASIL, 2017).

A PNAB, uma das políticas que subsidiam o Programa Academia da Saúde, reestruturou o desenho do financiamento federal para a atenção básica, associando equidade e qualidade. No que diz respeito à equidade, o PAB fixo diferencia o seu valor per capita por município, beneficiando os menores municípios e com populações mais vulneráveis. Em relação à qualidade, essa política induz mudanças através da estratégia de saúde da família que, além de criar um componente de qualidade de vida, avalia e valoriza os municípios que se comprometem a melhorar seus padrões de acesso e qualidade (BRASIL, 2011).

No que tange aos aspectos de melhoria do acesso e da qualidade, este trabalho baseia-se e está em consonância com o PMAQ. Ao se discutir sobre o aumento da expectativa de vida no país e os novos meios e modos de cuidado na APS, é fundamental abordar políticas e programas que norteiem essa organização vigente, bem como sua importância para a reorientação das políticas.

5. METODOLOGIA

5.1 FONTE DE DADOS: PMAQ-AB

Nesta pesquisa realizou-se um estudo analítico com dois cortes transversais, em dois períodos separadamente, a saber os anos 2012 e 2014, que corresponde aos dois ciclos do PMAQ-AB e teve como fonte de informação a base de dados proveniente da fase avaliação externa. Destaca-se que os entrevistados nesses períodos, não necessariamente são os mesmo, configurando-se assim dois cortes transversais isolados.

O instrumento era dividido em quatro módulos (Figura 4) em que o primeiro se relaciona a uma avaliação referente à infraestrutura das US; o segundo consiste na realização de entrevistas com profissionais sobre o processo de trabalho e verificação de documentos da unidade; o terceiro módulo representa as entrevistas com os usuários das unidades básicas; e o quarto módulo representa um conjunto de informações complementares dos módulos anteriores (PMAQ, 2013).

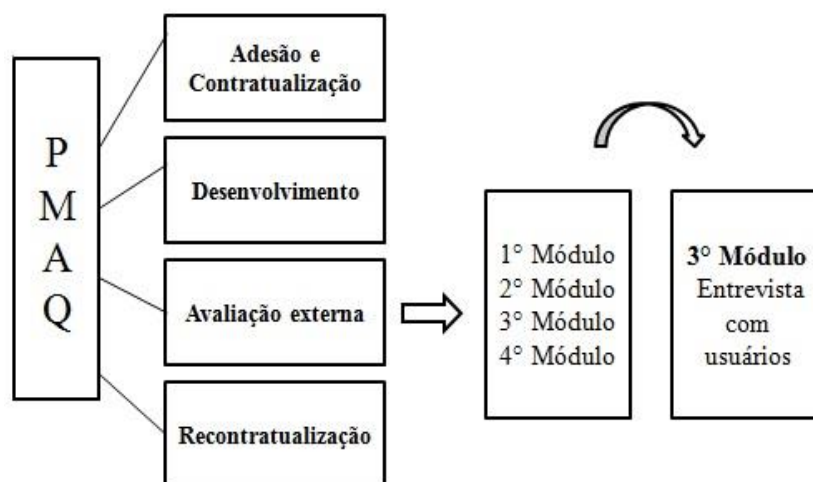


Figura 6 Diagrama explicativo acerca do desenvolvimento do PMAQ-AB

Considerou-se como fonte de informação o segmento populacional de usuários que responderam ao PMAQ, com 60 anos ou mais, das unidades de saúde que aderiram ao programa, discriminados por município de residência. Dessa forma, o módulo do PMAQ utilizado neste estudo corresponde ao terceiro, que contém os dados referentes às entrevistas com os usuários sobre satisfação, condições de acesso e utilização dos serviços de saúde.

No que tange à seleção dos indicadores para a caracterização do perfil da assistência prestada aos idosos, estes foram agrupados segundo os componentes - dimensões de avaliação - presentes no instrumento PMAQ-AB: acesso, vínculo, referência/contrarreferência, assistência à DM e HAS, bem como a satisfação do usuário. Cada uma das dimensões teve seus componentes - questões do instrumento - discriminados nas tabelas A1 a A6 do apêndice 1. E, quanto ao desfecho a ser analisado acerca da implementação do PAS frente à assistência prestada ao idoso, tem-se o indicador a proporção de entrevistados em município com e sem implantação do PAS.

Em ambos os ciclos do PMAQ, o questionário do módulo III foi aplicado para quatro usuários presentes na unidade no dia da avaliação externa. Somente os usuários que não passaram por consulta com médico, enfermeiro ou dentista poderiam ser entrevistados. Este módulo é composto pela identificação e por mais 21 aspectos a serem respondidos pelos usuários, segundo sua percepção acerca dos serviços.

Questões a respeito do acesso foram aplicadas, compreendendo aspectos como: distância até a UBS; horário de funcionamento e presença dos profissionais; e marcação de consulta, através de perguntas sobre como são feitas as marcações na unidade, a forma de agendamento e o tempo de espera para conseguir agendar.

No que diz respeito ao acolhimento, questionou-se como a equipe consegue/tenta resolver os problemas do usuário e se transmite orientações para ele. Com relação à coordenação de cuidados, os quesitos pautados relacionavam-se à necessidade e facilidade de o usuário obter opiniões de especialistas e de discutir o caso com o profissional da UBS.

Duas doenças crônicas receberam destaque no PMAQ: DM e HAS. Por esse motivo, as questões desse bloco são direcionadas somente aos usuários portadores delas. Assim, foram realizadas perguntas sobre a consulta e possíveis agendamentos futuros, sobre medicação e o manejo do usuário com a doença (BRASIL, 2012).

Quanto aos critérios de exclusão da entrevista, considerou-se não continuá-la, apenas, se aquela fosse a primeira vez do usuário na unidade ou se ele não a frequentasse há mais de doze meses.

Dos atributos essenciais para a presente avaliação, segundo Almeida e Macincko (2006), destacam-se: “acesso, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque familiar, orientação para a comunidade e formação profissional”(ALMEIDA, MACINCKO, 2006).

Para este trabalho, do elenco de dimensões citadas serão selecionadas apenas aquelas que corroboram as dimensões de interesse contempladas no PMAQ, como: acesso,

vínculo, referência e contrarreferência, atenção à diabetes e hipertensão. Porém, no que tange à assistência específica da DM e HAS, optou-se por incluir todas as perguntas existentes no instrumento, por serem as DCNT que mais atingem os brasileiros idosos, objeto deste trabalho, compondo um cenário completo do protocolo de cuidado.

5.2 ASPECTOS OPERACIONAIS DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE

De modo a caracterizar os PAS nos municípios, tanto em 2012 quanto em 2014, foi necessária sua identificação com a efetiva implantação a partir do recebimento de recursos.

Em 2012, esse levantamento foi realizado a partir da portaria Nº 1.935, de 10 de setembro de 2012; e, em relação à identificação dos municípios no ano de 2014, os dados foram obtidos por meio da sala de apoio à gestão estratégica (BRASIL, 2016).

As análises deste estudo tiveram como unidades de observação os usuários, porém agregados por municípios que tinham ou não o PAS implantado.

5.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

No que tange à análise estatística dos dados, realizou-se a comparação entre os resultados dos anos de 2012 e 2014, bem como foi verificada a associação entre municípios com o Programa Academia da Saúde em cada ano separadamente e o conjunto de indicadores das quatro dimensões de avaliação da AB - acesso, vínculo, referência e contrarreferência, atenção à diabetes e hipertensão -, utilizando-se o teste Qui-quadrado de Pearson (χ^2), ao nível de significância de 5% e seus respectivos p-valores.

No caso das variáveis binárias, foi testada a razão de chance - OR, com o respectivo intervalo de confiança - IC - de 95%. Utilizou-se para o tratamento dos dados o programa *Statistical Package for the Social Sciences- SPSS* – Versão 17.

5.4 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como importante limitação inerente ao uso comparativos do PMAQ nos seus diferentes ciclos 1 e 2, variáveis de grande relevância como: Na última vez que o(a) Senhor(a) teve algum problema de saúde que considerou como urgência, o(a) senhor(a) procurou atendimento?; Onde o(a) Senhor(a) procurou atendimento?; e Onde o(a) Senhor(a) consegue o remédio?, para categorias de diabetes e hipertensão, inseridas no

primeiro ciclo (2012), foram excluídas no segundo ciclo - 2014. A partir dessas variáveis não inclusas, haveria a possibilidade de observar se a implantação dos polos reduz a procura por unidades de emergência, partindo do pressuposto de que a prática de atividades físicas, a boa alimentação e uma rotina de hábitos saudáveis minimizam os efeitos das DCNT citadas, proporcionando a melhoria na qualidade de vida.

Por outro lado, tal aspecto já se caracteriza como um relevante resultado de avaliação do processo de continuidade/longitudinalidade, aplicabilidade e compatibilidade das versões dos ciclos do PMAQ, com prejuízo deste, devido à exclusão das questões em análise.

Perguntas referentes à prática dos profissionais nas US, que poderiam influenciar no entendimento acerca da assistência prestada, eram formuladas e direcionadas para vários profissionais no primeiro ciclo, e somente a profissionais específicos (saúde bucal), no segundo ciclo, não sendo, então, possível observar tais aspectos acerca da prática dos profissionais de modo geral, na comparação entre os ciclos. Essas questões foram discriminadas nas Tabelas A1 a A6, no Apêndice 1, como não disponíveis no ciclo 2.

Apesar de o segmento populacional a ser analisado compor-se de usuários com 60 anos ou mais, não há um bloco específico referente ao idoso contido no PMAQ, a despeito de a saúde do idoso ser um tema de grande relevância nas políticas instituídas no país.

Da mesma maneira, não há disponibilização dos dados dos usuários que frequentam os polos do Programa Academia da Saúde, sendo esses dados utilizados na pesquisa referente aos municípios que implementaram ou não o programa, provocando uma lacuna quanto à caracterização do perfil dos usuários que frequentam os polos.

Outro ponto a ser destacado é que, apesar de haver um monitoramento nacional acerca da implementação do PAS, não há um relatório do ano inicial, sendo disponibilizado de forma *online* apenas os monitoramentos partir de 2015 (BRASIL, 2016).

Por fim, pelo PMAQ-AB, somente entrevistar quatro usuários presentes na unidade no dia da avaliação externa não é suficiente para que se tenha uma ampla percepção dos usuários frente aos serviços prestados. O fato de não possuir caráter obrigatório também não permite que se tenha uma ampla compreensão acerca da assistência em todas as US do país, apesar da boa adesão referente ao programa, com 70% dos municípios brasileiros aderidos no primeiro ciclo, em 2012, 91%, no segundo ciclo, em 2014, e 95,6%, em 2016, no terceiro ciclo (DAB, 2016).

5.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Quanto às considerações éticas, a pesquisa PMAQ-AB foi submetida ao comitê de ética em pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP, por meio do processo CEP: N° 32/012 em 06/06/2012. Ambos os ciclos PMAQ 2012-2014 se configuram como uma base secundária de domínio público.

6. RESULTADOS

Esta dissertação está apresentada em formato de artigo. Nela, outro artigo, elaborado anteriormente, a ser submetido à revista Ciências & Saúde Coletiva, após a defesa, encontra-se no apêndice 1, compondo a sessão de resultados da dissertação. Além disso, será exposto na presente sessão um tópico relativo aos resultados complementares - incluindo tabelas extras - não inclusos no referido artigo.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DO PAS REFERENTE À SUA DISTRIBUIÇÃO NO PAÍS - RESULTADOS COMPLEMENTARES.

Na pesquisa que baseou este trabalho foram entrevistados 65.391 indivíduos, no 1º ciclo do PMAQ-AB, que ocorreu entre os meses de junho e setembro de 2012. No 2º ciclo, foram 114.615 entrevistados, entre os meses de fevereiro a abril de 2013.

Durante esse período, os usuários relataram suas experiências ao acessar e utilizar os serviços na atenção básica (Tabela 1). Assim, observa-se, em 2014, que houve um aumento em relação à adesão do PMAQ-AB pelos municípios, totalizando 5.078 dos 5.570 (91%) existentes e, em termos de portes populacionais, é possível observar uma importante diferença entre os anos (Tabela 1).

Ainda com base na tabela 1, também se verifica que houve uma ampliação na adesão ao PMAQ-AB em 2014, concluindo-se que o PMAQ-AB conseguiu acompanhar a expansão do Programa Academia da Saúde nos municípios, em diferentes portes populacionais no país, ou seja, o percentual de municípios com o programa PAS no PMAQ-AB do total de municípios com o programa no país correspondeu a 59,4% em 2012 e 92,3% em 2014.

Além disso, o percentual de municípios com PAS do total de municípios do país equivale a 12,0% em 2012 e 50,1% em 2014 e o percentual de municípios com PAS do total de municípios que aderiram ao PMAQ-AB corresponde a 10,1% em 2012 e 50,9% em 2014. Logo, esses dados sugerem que o PMAQ-AB se constitui como uma base adequada para avaliar a representatividade dos municípios que implantaram o programa no Brasil naqueles anos (Tabela 1).

Realizando um panorama acerca da implementação do PMAQ-AB, em seu primeiro ciclo, ocorrido em 2012, observa-se que 70% dos municípios brasileiros aderiram ao programa, enquanto que, no segundo ciclo, em 2014, foram 91% e, em 2016, que

corresponde ao terceiro ciclo, houve a adesão de 95,6% (DAB, 2016).

No que se refere aos municípios que implantaram o Programa Academia da Saúde, nos dois períodos, como se pode ver na tabela 2, os dados evidenciam que a implantação do programa PAS ocorreu de forma mais incisiva nos municípios com mais de 500.000 habitantes, uma vez que, em 2012, nos municípios até 50 mil habitantes, o percentual de implantação oscilava em torno de 8% dos municípios, passando a 22%, 31% e 40% nos municípios de grande porte: 50-100mil habitantes, 100-500mil, 500 mil ou mais habitantes, respectivamente.

Da mesma forma, em 2014, vê-se também implantação mais significativa nos municípios de grande porte, chegando a 81% dos municípios de 500mil habitantes ou mais. Além disso, ressalta-se a significativa expansão do PAS em todos os estratos de porte populacional, em 2014, passando de uma cobertura de 10% em 2012, para 51% em 2014.

Tabela 1. Caracterização dos municípios frente à implantação do Programa Academia da Saúde (PAS), bem como dos entrevistados que responderam ao PMAQ-AB nos anos 2012 e 2014 no Brasil.

Caracterização	2012	2014
Total de municípios no país	5564	5570
Total de municípios com o PAS	668	2788
Usuários entrevistados no PMAQ-AB	65.391	114.615
Usuários entrevistados em municípios com o PAS no PMAQ-AB	11.646	74.869
% Municípios pesquisados no PMAQ-AB dentre os municípios existentes no país	70,4%	91,2%
% Municípios com PAS do total de municípios existentes no país	12,0%	50,1%
% Municípios com PAS no PMAQ-AB do total de municípios no PMAQ-AB	10,1%	50,9%
% Municípios com PAS no PMAQ-AB do total de municípios com PAS	59,4%	92,3%
% Usuários em municípios com PAS do total de usuários PMAQ-AB	17,8%	65,3%

* PMAQ-AB: Programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica.

Tabela 2 Caracterização dos municípios frente à implantação do Programa Academia da Saúde (PAS) segundo porte populacional dos municípios dos entrevistados que responderam ao PMAQ-AB nos anos 2012 e 2014 no Brasil.

Caracterização	Porte populacional dos municípios do PMAQ-AB*						Total
	Até 10.000 hab	10.000 - 20.000 hab	20.001 - 50.000 hab	50.001 - 100.000 hab	100.001 - 500.000 hab	500.001 hab ou mais	
2012							
Total de municípios	1678	964	778	258	208	33	3919
Municípios com PAS	110	83	71	56	64	13	397
% Municípios com PAS no total de municípios	6,6%	8,6%	9,1%	21,7%	30,8%	39,4%	10,1%
2014							
Total de municípios	2180	1262	1001	332	256	47	5078
Municípios com PAS	974	624	538	236	183	38	2572
% Municípios com PAS no total de municípios	44,7%	49,4%	53,7%	71,1%	71,5%	80,9%	50,9%

* PMAQ-AB: Programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica.

6.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA E SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DO PMAQ-AB - RESULTADOS COMPLEMENTARES.

Tabela 3. Caracterização dos usuários que responderam ao PMAQ-AB em 2012 e 2014, segundo a situação do município da unidade de saúde ter ou não o Programa Academia da Saúde no Brasil.

Características demográficas		Pesquisa - PMAQ (&)				P_valor Chi-quadrado		
		PMAQ1 (2012)		PMAQ 2 (2014)		2012	2014	
		Entrevistados em municípios com academia da saúde (*)		Entrevistados em município com academia da saúde (*)		Sim x Não	Sim x Não	2012 x 2014
		Sim (a)	Total	Sim (c)	Total			
		%	%	%	%			
1. Sexo	Masculino	22,4%	22,3%	20,2%	20,4%	0,887	0,004	0,000
	Feminino	77,6%	77,7%	79,8%	79,6%			
2. Idoso	Sim	24,0%	24,0%	23,8%	23,3%	0,847	0,000	0,001
3. Sabe ler e escrever?								
	Sim	86,0%	84,8%	92,5%	92,3%	0,000	0,001	0,000
4. O senhor é beneficiário do Bolsa Família?								
	Sim	37,8%	39,0%	31,1%	31,5%	0,005	0,000	0,000
Total (n)		11646	65391	74869	114615			

(*) P_valor do teste qui-quadrado < 5% para todas as variáveis investigadas, exceto sexo e idosos em 2012.

(&) P_valor do teste qui-quadrado < 5% para todas as variáveis investigadas entre os anos 2012 e 2014.

Ao que se refere às características demográficas do estudo (Tabela 3), observa-se que a maioria dos participantes era formada por mulheres, correspondendo a quase 80% da amostra.

Com relação à escolaridade, a maioria dos entrevistados sabe ler e escrever, totalizando 84,8% em 2012. Aqueles que não sabem ler e escrever têm uma chance 2,2 (IC do OR: 2,09 a 2,23; p_valor < 5%) vezes maior de participarem no ano de 2012, que em 2014.

Observaram-se frequências diferentes entre os anos, principalmente no que se refere ao indivíduo ser beneficiário do bolsa família. No ano de 2014, constata-se uma diminuição na quantidade dos usuários aderidos ao programa, saindo de 39% em 2012, para 31%.

O p_valor do teste qui-quadrado é < 5% para todas as variáveis investigadas, exceto sexo e idoso, em 2012. Nesse sentido, há diferença dessas variáveis nos municípios que possuíam ou não o programa naquele ano.

Tabela 4. Caracterização dos usuários idosos (60 anos ou mais) que responderam ao PMAQ-AB em 2012 e 2014, quanto à dimensão Satisfação, segundo a situação do município da unidade de saúde ter ou não o Programa Academia da Saúde no Brasil.

Satisfação	Pesquisa- PMAQ				P_valor Chi-quadrado		
	PMAQ1 (2012)		PMAQ2 (2014)		2012	2014	2012
	Entrevistados em Municípios com Academia da saúde		Entrevistados em Municípios com Academia da saúde		Sim	Sim	x
	Sim	Total	Sim	Total	x	x	2014
	%	%	%	%	Não	Não	
28. Quando o profissional receita remédio, ele está disponível na US?							
Sempre	32,4%	3,6%	25,6%	25,0%			
Na maioria das vezes	49,1%	48,6%	38,2%	38,3%	0,274	0,00	0,00
US não dispensa	12,6%	11,8%	11,9%	12,8%			
Nunca/Quase nunca	5,8%	5,9%	24,3%	23,8%			
29. Na sua opinião, o cuidado que o(a) senhor(a) recebe da equipe é:							
Muito bom	25,6%	26,4%	26,2%	26,2%	0,494	0,063	0,000
Bom	58,6%	58,6%	60,3%	60,7%			
Regular	14,6%	13,9%	12,3%	12,0%			
Ruim	,9%	,8%	,9%	,9%			
Muitorruim	,3%	,4%	,3%	,3%			
Total (n)	2792	15722	17812	26746			

(*) P_valor do teste qui-quadrado > 5% para todas as variáveis investigadas, exceto 28 em 2014.

(&) P_valor do teste qui-quadrado <5% para todas as variáveis investigadas.

A maioria dos usuários possui uma boa percepção acerca do cuidado que recebe na US e no que se refere à disponibilidade de medicamentos (Tabela 4). Em 2012, havia maior possibilidade de o medicamento estar disponível na US, decrescendo em 2014.

O p_valor do teste qui-quadrado foi >5% para todas as variáveis investigadas, em 2012, exceto 28 em 2014, demonstrando que há diferença se o medicamento estiver disponível na US, entre municípios que possuem ou não o programa Academia da Saúde. Esse fato se repete ao realizar a comparação entre os anos.

APÊNDICE 1

Artigo: Assistência ao Idoso na Atenção Básica: um estudo do Programa Academia da Saúde, com evidências do PMAQ-AB.

Autores

Mariana de Souza Mello Ferreira

Mônica Rodrigues Campos

Instituições

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz

Resumo

Observa-se um processo de transição demográfica e epidemiológica relevante e acelerado no mundo. Por meio de um estudo analítico de dois cortes transversais, este artigo objetiva realizar uma análise da assistência prestada ao idoso, na atenção básica à saúde - AB, frente à implantação do Programa Academia da Saúde - PAS, com base no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB, em 2012 e 2014. Observou-se uma melhora no padrão de assistência aos usuários, com 2014 apresentando resultados melhores que 2012 em quase todas as dimensões de avaliação para AB, exceto para alguns aspectos da dimensão Assistência ao usuário com Diabetes e Hipertensão Arterial Sistêmica, que piorou em 2014. Apesar de não se verificar associação entre o município ter polos do PAS e a melhora na condição de saúde, é notório o aumento da implantação desses polos no país, principalmente nos municípios de grande porte no período investigado.

Palavras-chave: Envelhecimento, Atenção primária à saúde, Atividade Física, Promoção da saúde.

Abstract

There is a relevant and accelerated demographic and epidemiological transition in the world. In Brazil, there is a high prevalence of chronic non-communicable diseases, especially in the elderly population. Over the last few decades, policies and programs that encourage a reorientation of health practices have been implemented in the country, stimulating healthier living habits. Through a cross-sectional analytical study, this article aims to perform an analysis of the care provided to the elderly, in basic health care (AB), in front of the implementation of the Health Academy Program (PAS), based on the National Program for Improvement of And Quality of Primary Care (PMAQ-AB), in 2012 and

2014. There was an improvement in the standard of assistance to users, with 2014 presenting better results than 2012, in almost all dimensions of evaluation for AB, except for some aspects of the dimension "User Assistance with Diabetes and Systemic Arterial Hypertension", which worsened in 2014. Although there was no association between the municipality having PAS poles and the improvement in health status, it is notorious the implantation of these poles in the country, during the investigation period.

Key-words: Aging, Primary Health Care, Exercise, Health Promotion.

INTRODUÇÃO

A partir da segunda metade do século XX, observa-se um processo de transição demográfica e epidemiológica relevante nos países em desenvolvimento(1), com predominância de doenças crônicas não transmissíveis - DCNT, principalmente no que diz respeito aos idosos. Referindo-se a esse segmento da população, pode-se afirmar que o seu crescimento é um fenômeno global, na medida em que pessoas com 60 anos ou mais constituíram, em 2016, 12,3% da população mundial. Em 2050, estima-se que esse número aumente para quase 22%(2).

Por DCNT definem-se as “doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração” (OMS, 2010). Essas doenças podem ser resultado de diversos fatores, como as próprias condições de saúde do indivíduo, hábitos de vida irregulares ou fatores genéticos, atingindo indivíduos de todas as camadas socioeconômicas, mas de forma incisiva àqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda(3).

As quatro DCNT de maior impacto mundial são as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas(1), que carregam em si quatro fatores de risco principais: consumo abusivo de álcool, fumo, inatividade física e alimentação inadequada(4).

Conforme a população envelhece, é natural e esperado o aparecimento das DCNT. Assim, as políticas públicas instituídas no país atuam articulando esse crescimento das DCNT à atual concepção ampliada de saúde proposta pela Organização Mundial de Saúde(5), onde “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, criando programas que visam à reorientação das práticas em saúde e estimulam a qualidade de vida da população.

Com o desenvolvimento de novas políticas, pressupõe-se a minimização dos efeitos advindos das DCNT. Nesse contexto, o presente trabalho destaca a importância da implementação do Programa Academia da Saúde - PAS.

O PAS foi lançado em 2011, mediante a Portaria GM nº 719, como estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado para os municípios brasileiros. Seu objetivo é desenvolver ações de promoção de saúde por meio de práticas corporais, atividade física e educação em saúde, além de proporcionar ações que visem ao incentivo à alimentação saudável. Esse programa estimula que a população usufrua de práticas saudáveis, a partir da implantação de polos com infraestrutura específica, contendo equipamento de

atividades físicas em espaços públicos, com profissionais qualificados(6).

Apesar desse incentivo, o sedentarismo vem crescendo no país e no mundo, sendo que em países desenvolvidos seus níveis são mais elevados. Devido ao cotidiano acelerado no ambiente urbano, indivíduos fazem uso das tecnologias de modo a otimizar ao máximo o tempo disponível, bem como a reduzir a carga de esforço físico, viabilizando e facilitando a rotina(7). Porém, o tempo ganho a partir dessas práticas não se reverte em hábitos saudáveis.

Da mesma forma que o sedentarismo ocorre mais em países desenvolvidos, neles também se pode observar que a atividade física está associada ao lazer, enquanto que, nos países em desenvolvimento, como o Brasil, sua forma mais frequente advém do trabalho e dos serviços domésticos(7).

Nessa perspectiva, a atenção básica – AB – no Brasil vem contribuindo de forma eficaz, com sua lógica de coordenação e orientação do cuidado, incentivando a promoção de saúde na população. Diante da expansão e da importância da AB na saúde dos brasileiros, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB - foi criado em 2011(8), visando monitorar, aperfeiçoar e organizar a atenção primária no país, de forma a melhorar o padrão de qualidade dos serviços prestados à população das unidades básicas de saúde.

Assim, com o desenvolvimento das ações de promoção de saúde no país, como o PAS, instituídas no âmbito da AB, e dada a relevância delas para a melhoria na qualidade de vida para a população idosa, o objetivo deste trabalho é realizar uma análise de abrangência nacional da assistência prestada ao idoso na AB, frente à implantação do PAS, com base no PMAQ-AB, em 2012 e 2014.

METODOLOGIA

Esta pesquisa realizou um estudo analítico com dois cortes transversais, em dois períodos separadamente, a saber os anos 2012 e 2014, que corresponde aos dois ciclos do PMAQ-AB e teve como fonte de informação a base de dados proveniente da fase avaliação externa. Destaca-se que os entrevistados nesses períodos, não necessariamente são os mesmo, configurando-se assim dois cortes transversais isolados.

O instrumento era dividido em quatro módulos, em que o primeiro se relaciona a uma avaliação referente à infraestrutura das US; o segundo consiste na realização de entrevistas com profissionais sobre o processo de trabalho e verificação de documentos da unidade; o terceiro representa as entrevistas com os usuários das US sobre satisfação, condições de acesso e utilização dos serviços de saúde - módulo utilizado neste estudo; e o quarto representa um conjunto de informações complementares dos módulos anteriores (BRASIL, 2012).

De modo a caracterizar a implantação do PAS nos municípios, tanto em 2012 quanto em 2014, foi necessária a identificação deles com a efetiva implantação do PAS, a partir do recebimento de recursos. Em 2012, esse levantamento foi realizado via portaria Nº 1.935, de 10/09/2012, e, para o ano de 2014, os dados foram obtidos por meio da sala de apoio à gestão estratégica (BRASIL, 2016).

Assim, uma vez definidos os municípios com PAS, de modo a atingir os objetivos específicos deste estudo, considerou-se como fonte de informação o segmento populacional de usuários que responderam ao PMAQ-AB, com 60 anos ou mais, das US que aderiram, discriminados por município de residência. As análises deste estudo tiveram como unidades de observação os usuários, porém agregados por municípios que tinham ou não o PAS implantado.

No que tange à seleção dos indicadores para a caracterização do perfil da assistência prestada aos idosos, estes foram agrupados segundo os componentes - dimensões de avaliação - presentes no instrumento PMAQ-AB: acesso, vínculo, referência/contrarreferência, assistência à DM e HAS, bem como a satisfação do usuário(11). E, quanto ao desfecho a ser analisado acerca da implementação do PAS frente à assistência prestada ao idoso, tem-se o indicador a proporção de entrevistados em município com e sem implantação do PAS.

Em ambos os ciclos do PMAQ-AB, o questionário do módulo III foi aplicado para quatro usuários presentes na unidade no dia da avaliação externa. Esse módulo é composto

pela identificação e por mais 21 aspectos a serem respondidos pelos usuários, segundo sua percepção acerca dos serviços (BRASIL, 2012).

Questões a respeito do acesso foram aplicadas, compreendendo aspectos como: distância até a UBS; horário de funcionamento e presença dos profissionais; e marcação de consulta, através de perguntas sobre como são feitas as marcações na unidade, a forma de agendamento, e o tempo de espera para conseguir agendar.

No que diz respeito ao vínculo questionou-se como a equipe consegue/tenta resolver os problemas do usuário e se transmite orientações para ele. Com relação à coordenação de cuidados, os quesitos pautados relacionavam-se à necessidade e facilidade de o usuário obter opiniões de especialistas e de discutir o caso com o profissional da UBS.

Com relação à dimensão referência/contrarreferência foram questionados aspectos relacionados a resolução de problemas dos usuários, se os profissionais conseguem atender as necessidades dos mesmos, e se os profissionais estão atentos à sua saúde, orientando-os.

Duas doenças crônicas receberam destaque no PMAQ: DM e HAS. Por esse motivo, as perguntas desse bloco são direcionadas somente aos usuários portadores delas. Assim, foram realizadas perguntas sobre a consulta e possíveis agendamentos futuros, sobre medicação e o manejo do usuário com a doença (BRASIL, 2012).

Quanto aos critérios de exclusão da entrevista, considerou-se não continuá-la, apenas, se aquela fosse a primeira vez do usuário na unidade ou se ele não a frequentasse há mais de doze meses.

Dos atributos essenciais para a presente avaliação, segundo Almeida e Macincko (2006), destacam-se: “acesso, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque familiar, orientação para a comunidade e formação profissional”(ALMEIDA, MACINCKO, 2006).

Para este trabalho, do elenco de dimensões citadas serão selecionadas apenas aquelas que corroboram as dimensões de interesse, contempladas no PMAQ, como: acesso, vínculo, referência e contrarreferência, atenção a diabetes e hipertensão. Porém, no que tange à assistência específica da DM e HAS, optou-se por incluir todas as perguntas existentes no instrumento, por serem as DCNT que mais atingem os brasileiros idosos, compondo um cenário completo do protocolo de cuidado.

No que tange à análise estatística dos dados, realizou-se a comparação entre os resultados dos anos de 2012 e 2014, bem como foi verificada a associação entre ter ou não PAS nos municípios, em cada ano separadamente, e o conjunto de indicadores das quatro dimensões de avaliação da AB - acesso, vínculo, referência e contrarreferência, atenção a

diabetes e hipertensão -,utilizando-se o teste Qui-quadrado de Pearson (χ^2), ao nível de significância de 5% e seus respectivos p-valores.

No caso das variáveis binárias, foi testada a razão de chance - OR, com o respectivo intervalo de confiança - IC - de 95%. Utilizou-se para o tratamento dos dados o programa *Statistical Package for the Social Sciences*- SPSS – Versão 17.

Quanto às considerações éticas, a pesquisa PMAQ foi submetida ao comitê de ética em pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), através do processo CEP: N° 32/012 em 06/06/2012; e o PMAQ 2014 já se encontra como uma base de dados secundária de domínio público.

RESULTADOS

No PMAQ-AB foram entrevistados 65.391 indivíduos no primeiro ciclo, que ocorreu entre os meses de junho e setembro de 2012. No segundo ciclo, foram 114.615 entrevistados, entre os meses de fevereiro e abril de 2013. Assim, observa-se um aumento na implementação do PMAQ, pois, em seu primeiro ciclo, 70% dos municípios brasileiros aderiram, enquanto que no segundo foram 91%.

Quanto à **caracterização do PAS relativa à sua distribuição no país**, vale destacar que o PMAQ-AB conseguiu acompanhar a expansão do PAS nos municípios em diferentes portes populacionais, pois o percentual de municípios com o PAS no PMAQ-AB, do total de municípios com PAS no país - 668 em 2012 e 2788 em 2014 - correspondeu a 59,4% em 2012 e 92,3% em 2014. Dessa forma, ratifica-se que o PMAQ se constitui como uma base adequada para avaliar a representatividade dos municípios que implantaram o PAS naqueles anos, pois o percentual de municípios com PAS, do total de municípios do país, equivaleu a 12% em 2012 e 50,1% em 2014, bem como o percentual de municípios com PAS, do total de municípios que aderiram ao PMAQ-AB, correspondeu a 10,1% em 2012 e 50,9% em 2014.

A implantação do PAS ocorreu de forma mais incisiva nos municípios com mais de 500.000 habitantes, uma vez que, em 2012, nos municípios até 50 mil habitantes o percentual de implantação oscilava em torno de 9% dos municípios, passando a 22%, 31% e 40% nos municípios de grande porte: 50-100mil habitantes, 100-500mil, 500 mil ou mais habitantes, respectivamente. Da mesma forma, em 2014, nos municípios de até 50 mil, vê-se 54% e 70% nos dois seguintes estratos e uma implantação mais significativa nos municípios de grande porte, chegando a 81% dos municípios de 500mil ou mais habitantes.

Ao que se refere às **características demográficas** investigadas no estudo, observa-se que a maioria dos participantes era mulher - 80% da amostra. Com relação à escolaridade, a maioria dos entrevistados sabe ler e escrever, totalizando 84,8% em 2012, com aumento para 92,3% em 2014. Aqueles que não sabem ler e escrever têm uma chance 2,2 vezes maior - p -valor do OR < 5% - de figurarem no ano de 2012, do que em 2014 - IC de 95% do OR: 2,09 a 2,23. Quanto ao indivíduo ser ou não beneficiário do Programa Bolsa Família - PBF, no ano de 2014 constata-se uma queda dos usuários aderidos, saindo de 39% em 2012, para 31%.

Quanto à análise da dimensão **Acesso**, na avaliação da AB, aproximadamente 95% dos entrevistados afirmaram que a US funciona cinco dias na semana e 80% relataram que

seu acesso é favorável (Tabela 1). A maioria dos usuários precisa ir à unidade para marcar a consulta, aumentando de 33,5% em 2012 para 68% em 2014; ou seja, eles têm uma chance 4,2 vezes maior no ano de 2014 do que em 2012 - IC-95% do OR: 4,36 a 4,01. Em contrapartida, houve um aumento do auxílio do agente comunitário nesse processo de marcação, saindo de 13% em 2012, para 21% em 2014.

Vale destacar que o percentual de usuários que, ao ir à US, afirma conseguir marcar consulta para o mesmo dia é cerca de 45% em ambos os períodos.

As variáveis 5.0, 5.1 e 5.3.6, para o ano de 2012, bem como as variáveis 5.2, 5.3.5 e 5.3.6, para 2014, presentes na tabela 1, refletem que não há diferença significativa sobre o acesso nos municípios que possuem ou não o PAS. Porém, ao realizar a comparação dessas variáveis entre 2012 e 2014, verifica-se diferença significativa entre os anos - $p_valor < 5\%$ -, com melhoria do acesso em 2014.

Em relação à dimensão **Vínculo**, na avaliação da AB, conforme apresentado na tabela 2, é possível constatar que a maioria dos entrevistados já precisou ir à unidade sem hora marcada, com perfil diferenciado significativamente entre os períodos: em 2012, 80% dos usuários, e em 2014 cerca de 50% -OR=4,2; IC do OR: 4,073 a 4,462.

Os entrevistados reconhecem que os profissionais que mais atendem sem hora marcada são os médicos e enfermeiros. Por exemplo, quanto ao profissional que escuta os usuários, a chance é 4,9 vezes maior de ser atendido por um enfermeiro no ano de 2012 do que em 2014, - IC do OR: 4,712 a 5,272 (Tabela 2).

Para ambos os períodos investigados, observa-se que: 1) no que se refere às orientações devido a sua atual condição de saúde, cerca de 70% dos entrevistados afirmam recebê-las; 2) em relação à atenção que os profissionais fornecem para além da condição atual do usuário, 50% afirmam que os profissionais estão atentos à sua saúde; 3) cerca de 25% dos usuários responderam que nunca foram questionados sobre a prática de exercício físico, rotina de alimentação e lazer (Tabela 2). De maneira geral, em relação à dimensão Vínculo, vê-se que não houve diferença no atendimento entre os municípios que implantaram ou não o PAS - $p_valor > 5\%$.

Quanto à dimensão **Referência/Contrarreferência**, na avaliação da AB (Tabela 3), de modo geral, aproximadamente 90% dos usuários que foram às US para resolver algum problema conseguiram solucioná-lo, em ambos os períodos. Ademais, cerca de 60% dos profissionais estão atentos ao estado de saúde dos usuários e sugerem soluções possíveis de serem realizadas. Para todas as variáveis investigadas dessa dimensão de análise (Tabela 3), com exceção das variáveis 11, 14 e 15, em 2012, verificou-se que não há diferença

entre os municípios que aderiram ou não ao PAS - $P_valor > 5\%$.

Em relação à dimensão **Assistência à Diabetes e Hipertensão**, na avaliação da AB (Tabelas 4 e 5), vê-se que 70% dos entrevistados afirmaram que o médico lhes disse que têm HAS, enquanto que em torno de 30% afirmaram ter diabetes. Além disso, mais de 90% dos entrevistados usa medicação para controlar tanto a HAS quanto a DM, em ambos os períodos.

Um importante aspecto advindo deste estudo diz respeito à significativa diminuição do percentual de usuários que afirmaram ter tido consulta nos últimos seis meses, tanto para DM quanto HAS, onde se observou uma queda de cerca de sete pontos percentuais de 2014 em relação a 2012. Ou seja, em 2012, 87% tiveram consulta de DM e em 2014 apenas 80%. Além disso, é possível que tal cenário se agrave, uma vez que se vê a mesma tendência de queda no percentual de usuários que já saem da consulta com a próxima marcada, 33% em 2012 e 28% em 2014 (Tabelas 4 e 5).

Destaca-se, ainda, quanto à assistência à DM e à HAS (Tabelas 4 e 5), que o percentual de realização de exames laboratoriais deu-se de maneira distinta entre as patologias.

Logo, tem-se um aumento do quantitativo de solicitações de exames para HAS, de aproximadamente 45% em 2012, para 60% em 2014 - $p_valor < 5\%$. Porém, para DM, esse percentual manteve-se em 90% para glicemia e 32% para exames dos pés, nos dois períodos - $p_valor > 5\%$. Quanto à diferença no perfil da assistência de HAS e DM, relativa à presença ou não do PAS, para todas as variáveis investigadas, verificou-se um $p_valor > 5\%$, exceto para creatinina, em 2012.

DISCUSSÃO

Observou-se uma melhora no padrão de assistência aos usuários, com 2014 apresentando resultados mais satisfatórios do que em 2012 em quase todas as dimensões de avaliação da AB, exceto para a dimensão que compreende a Assistência ao usuário com DM e HAS, que piorou em 2014. Especificamente nessa dimensão, verifica-se melhora somente na proporção de realização de exames. Ressalta-se significativa diminuição do percentual de usuários que afirmaram ter tido consulta nos últimos seis meses, tanto para DM quanto HAS, de 2012 para 2014, com possível agravamento, uma vez que se vê a mesma tendência de queda no percentual de usuários que já saem da consulta com a próxima marcada.

Além disso, a despeito de uma significativa ampliação no número de polos do PAS, no ano de 2014, principalmente nos municípios de grande porte, frente a 2012, não se verificou diferença no perfil agregado da assistência - $p_valor > 5\%$.

Quanto à caracterização demográfica do estudo, há uma maior implementação do PAS em municípios de grande porte, em 2012. Em um estudo que avaliou a implementação do PAS em dois municípios, um grande e outro de pequeno porte, constatou-se que os municípios de grande porte recebem mais incentivo à implantação de polos(13), corroborando os achados desta pesquisa. Dado os critérios de seleção utilizados pelos gestores, estes não realizam um processo de pactuação ou discussão na esfera tripartite.

A alta prevalência de mulheres - 80% - ratifica pesquisas que expressam que elas utilizam mais os serviços de saúde do que os homens. É necessário analisar a ênfase na existência de políticas de saúde voltadas para um grupo específico, bem como compreender como políticas mais direcionadas aos homens poderiam influencia-los na maior procura pelos serviços de saúde(14).

Com relação à escolaridade, a quantidade de entrevistados que sabem ler e escrever aumentou em 2014. A taxa de analfabetismo das pessoas com 15 anos de idade ou mais passou de 8,7% em 2012 para 8,3% em 2014(15).

A seguir, serão discutidos à luz da literatura científica os achados acerca das dimensões da avaliação da AB.

Quanto à análise da dimensão **Acesso**, a maioria dos entrevistados possui uma percepção positiva no que diz respeito ao funcionamento e à facilidade de chegar à unidade. Segundo informado no monitoramento do PAS do ano de 2015, 89% dos polos

em funcionamento foram construídos próximos às US (16), o que contribui para um possível acesso e para a permanência do usuário em um polo.

Esses dados acerca do acesso aos serviços de saúde podem ser reflexo da expansão da oferta de US. Em 2012 havia 32.835 unidades em funcionamento e em 2014 aumentou para 35.182 (17). Outra informação que possivelmente poderia influenciar o acesso, no que tange ao funcionamento do serviço, seria a formulação e a ampliação de políticas que visam melhorar a qualidade dos serviços de saúde, como o PMAQ-AB.

Em relação à dimensão **Vínculo**, observou-se um perfil diferenciado entre os períodos. A questão de precisar ir à unidade sem hora marcada apresentou melhora em 2014 e a maioria dos entrevistados avaliou de forma positiva o atendimento que recebeu sem hora marcada, em cada ano separadamente. Como no segundo ciclo do PMAQ-AB ocorreu a exclusão da variável relacionada ao uso da emergência, pode-se admitir este indicador como um *proxy* de gravidade a suprir a ausência do primeiro não incluso.

A proporção de “ser atendido por um enfermeiro” é maior em 2012 e “por médico” em 2014. Esses profissionais são os que mais atendem sem hora marcada. Todavia, cabe salientar que houve uma modificação nesta pergunta no PMAQ-AB 2014, pois no ano de 2012 a ênfase da pergunta era ao profissional que “escuta o usuário” e em 2014 a quem “atende o usuário”. Essa modificação possivelmente elucida o fato de que a maior incidência do atendimento pelo enfermeiro ocorreu em 2012 e pelo médico, em 2014.

Outro importante aspecto que emergiu do estudo diz respeito a relevantes elementos que influenciam na condição de saúde, tais como a prática de exercício físico e rotina de alimentação e lazer - aferido em apenas 25% das entrevistas no PMAQ-AB -, indicando uma fragilidade no vínculo com os usuários das US. Esse aspecto é ratificado por um estudo que relata que o vínculo precário entre paciente e profissional de saúde está associado à busca por emergência entre indivíduos com HA e DM, bem como que esses usuários que se consultam regularmente na AB costumam cuidar melhor de sua saúde, consumindo racionalmente os medicamentos, além de serem os usuários que mais recebem orientações sobre dieta e exercício físico(18).

Segundo o presente estudo não priorizar somente a prática de atividades físicas, diante do contexto da pesquisa é necessário destacar a importância desse hábito. Segundo pesquisa realizada em 2012 acerca dos níveis de atividade física em 122 países, foi observado que a inatividade física aumenta com a idade, é mais elevada entre as mulheres e sua incidência é maior nos países de alta renda(19). A relevância de discussão deste tema

se dá na medida em que a inatividade física causa mais de cinco milhões de mortes, variando de 1% a 19% de todas as mortes em diferentes partes do mundo, constituindo-se como uma epidemia (20). Pesquisa com amostra representativa de pessoas com 20 anos e mais, no Brasil, afirma que os sedentários apresentam duas vezes menos chance de melhor qualidade de vida (21). No país, aproximadamente 12% dos cidadãos entram na idade adulta obesos(22). Logo, é necessária e relevante a implantação de iniciativas que estimulem uma mudança nos hábitos dos brasileiros, pensando em uma velhice saudável.

Quanto à dimensão **Referência/Contrarreferência**, a maioria dos usuários - cerca de 90% - que foi às US para resolver algum problema conseguiu solucioná-lo, em ambos os períodos, demonstrando que os profissionais buscam atender às suas necessidades, evidenciando-se, então, que a AB no Brasil possivelmente consiga ser resolutiva, diante dos dados, uma vez que uma AB eficaz deve ser capaz de realizar três papéis essenciais: ser resolutiva; ter a capacidade de orientar fluxos de pessoas, informações e produtos entre diferentes pontos da rede; e ter a capacidade de acolher e se responsabilizar de forma sanitária e econômica pelos seus usuários (23).

Por fim, ao analisar a dimensão **Assistência à DM e HAS**, observa-se um perfil orientado ao protocolo clínico, quanto à realização de exames como glicemia - 90% - e aferição da pressão arterial - 98%. Porém, configurando-se um cenário adverso têm-se importante queda no percentual de usuários com consultas realizadas nos últimos seis meses; no percentual de usuário que já sai com a próxima consulta marcada; e com a realização de exames dos pés entre os diabéticos. Primar por um perfil orientado a protocolos na AB é de extrema relevância, pois, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde, dos usuários com HAS e DM, aproximadamente 50% relataram que seu último atendimento foi por meio de uma US ou por profissional de uma ESF(24).

Especificamente quanto ao problema da baixa execução do exame dos pés, faz-se necessário apontar que lesões nos pés diabéticos são as complicações mais recorrentes, embora também sejam as que melhor podem ser prevenidas por ações de promoção de saúde(25).

Optou-se por evidenciar a assistência à HAS e DM na AB, dentre todas as DCNT, devido à sua relevante prevalência, cerca de 8% no Brasil em 2013(26) e também por serem condições de perfil sensíveis à AB. Calcula-se que em 2035 a prevalência global de DM aumentará para quase 600 milhões. Destes, 80% das pessoas vivem em países em desenvolvimento, sendo o Brasil o quarto país do mundo em número de casos, totalizando 14,3 milhões de pessoas(27).

Já com relação à hipertensão, segundo a Sociedade Internacional de Hipertensão - ISH, calcula-se que ela seja responsável por 9,4 milhões de mortes no mundo, e que dois terços das pessoas com hipertensão vivam em países em desenvolvimento(28). Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão - SBH estima-se que 25% a 30% da população adulta brasileira seja hipertensa, afetando mais de 50% da população idosa(29).

Assim, tendo em vista a rápida transição demográfica e epidemiológica no mundo e a importância de hábitos saudáveis para a população, é relevante que os países visem adequar suas políticas públicas de modo a acompanhar essas mudanças. A primeira iniciativa que colocou em pauta o tema envelhecimento nas políticas públicas ocorreu na I Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, em Viena, no ano de 1982(30). A partir dessa assembleia, alguns governos da América Latina modificaram suas Constituições, dando ênfase a políticas que visassem esse segmento populacional(31). O Brasil acompanhou esse processo, e em sua Constituição direcionou o Capítulo VII à promoção e à garantia de direitos para os idosos.

Salienta-se que mesmo antes da Constituição e da conjuntura que foi estabelecida pós-Constituição, com a implantação do SUS, o país propôs a elaboração de uma política global de assistência à população idosa na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986 (32). E, no decorrer da década de 90, foram implementadas a Política Nacional do Idoso, em 1994, e a Política Nacional de Saúde do Idoso - PNSI -, em 1999, que destaca a promoção do envelhecimento saudável e a importância da melhoria constante das habilidades funcionais(33).

Na década seguinte, em 2002, ocorreu a Conferência de Madri, evento que aprovou uma declaração política incluindo três medidas prioritárias a serem assumidas pelos governos: desenvolver a promoção de saúde; a participação ativa dos idosos; e a criação de ambientes favoráveis para a população idosa(30). Naquele período foi criado o Estatuto do Idoso, em 2003; o projeto Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde, em 2005; a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI -, em 2006; e a Política Nacional de Promoção de Saúde, também em 2006, todas realizando o fomento à discussão e à formulação de planos que promovam um envelhecimento saudável e ativo, tendo como plano de fundo a AB para a execução dessas políticas.

A implantação da AB influencia diversos fatores, mas, principalmente, a redução de taxa de mortalidade por DCNT(34), de 1,8% ao ano(35), e a busca pelo atendimento em emergência. Dessarte, a AB possui relevância para o sistema de saúde, pois se configura como a principal porta de entrada, onde 70% a 80% dos idosos são atendidos (32),

auxiliando na execução de diversos programas, além de se constituir como o centro de comunicação com toda a rede de atenção à saúde.

Devido à compreensão da relevância da AB, torna-se necessária a utilização de mecanismos contínuos para sua avaliação e monitoramento. Assim, criou-se o PMAQ-AB, em 2011(9). Posteriormente, visando aperfeiçoar a infraestrutura e o desempenho da AB, aumentou-se o investimento federal, saindo de R\$ 770 milhões de reais, em 2012, para R\$ 4,2 bilhões, em 2014 (36).

A Política Nacional de Atenção Básica - PNAB - se constitui como uma ação que visa à coordenação e ordenação do cuidado das redes de atenção, proporcionando mais resolutividade às questões relativas ao sistema de saúde. Além de ampliar questões já instituídas no SUS, essa política articula a AB com novas iniciativas, como a implantação de polos relativos ao PAS(37). Em específico, dada a notória relevância do NASF como mais um ponto articulador na rede de assistência à saúde, o gestor de saúde deveria estimular que as equipes do mesmo desenvolvam ações no polo do PAS, de forma compartilhada com o(s) profissional(is) do programa, com o objetivo de constituir um vínculo entre esses pontos, implementando ações mútuas de qualidade.

O PAS auxilia tanto no custeio da construção dos polos quanto na sua manutenção e possui três modalidades distintas: básica, média e ampliada, que se diferenciam pelo valor a ser transferido, como também pela sua dimensão. Os recursos são oriundos do piso da atenção básica - PAB Variável - e são repassados de forma regular, fundo a fundo, junto às secretarias municipais de saúde.

No Brasil, 70% das mortes são causadas pelas DCNT. Em resposta a esse cenário vigente, o MS implementou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011-2022 (4) que, entre outras ações, apresenta a importância do PAS no enfrentamento das DCNT, uma vez que a efetivação desses polos do PAS em espaços públicos incentivam hábitos de vida mais saudáveis na população, que, em geral, devido à falta de boa infraestrutura em ambientes públicos urbanos, se torna sedentária (38). Por tratarem-se de espaços públicos, esses ambientes favorecem a inserção de pessoas com baixa renda.

Ambientes desfavorecidos socialmente podem oferecer menos estímulo a comportamentos saudáveis, dada a forte associação entre ambiente e desigualdade na saúde. Portanto, incentivam-se intervenções, como a criação dos polos, em âmbito nacional, para minimizar as desigualdades em saúde(39). Contudo, estima-se que serão gastos em torno de US\$ 7 trilhões, no período entre 2011-2025, com as DCNT, em países

de baixa e média renda (40). Assim, observa-se a relevância das propostas advindas do PAS, visando não somente a redução dos gastos, mas o impacto nas condições de saúde, com aumento na expectativa e qualidade de vida.

Por fim, quanto às forças e limitações do presente estudo, destaca-se como uma limitação inerente ao uso comparativo do PMAQ-AB, nos seus diferentes ciclos 1 e 2, que variáveis de grande relevância como: Na última vez que o(a) Senhor(a) teve algum problema de saúde que considerou como urgência, o(a) senhor(a) procurou atendimento? e Onde o(a) Senhor(a) consegue o remédio?, para categorias de DM E HAS, inseridas no primeiro ciclo, foram excluídas no segundo. A partir dessas variáveis não inclusas, haveria a possibilidade de observar se a implantação dos polos reduz a procura por unidades de emergência, partindo do pressuposto de que a prática de hábitos saudáveis minimize os efeitos das DCNT citadas. Contudo, tal aspecto metodológico já se caracteriza como um relevante resultado de avaliação do processo de continuidade, aplicabilidade e compatibilidade das versões dos ciclos do PMAQ-AB.

Ainda sobre limitações na execução dos ciclos do PMAQ-AB, viu-se que perguntas referentes à prática dos profissionais nas US eram direcionadas a vários profissionais no 1º ciclo, porém, no 2º ciclo, se restringiram a profissionais específicos, impossibilitando comparações.

Apesar de o segmento populacional a ser analisado compor-se de usuários com 60 anos ou mais, não há um bloco específico, referente ao idoso, contido no PMAQ-AB. Da mesma maneira, não há disponibilização de informações sobre os usuários que frequentam o PAS, sendo os dados utilizados na pesquisa referentes aos municípios que implementaram ou não o programa, provocando uma lacuna quanto à caracterização do perfil dos usuários que frequentam os polos. E, pelo PMAQ-AB não possuir caráter obrigatório, não se tem uma ampla percepção da assistência em todas as US do país, apesar da boa adesão ao programa.

Por outro lado, como um aspecto relevante deste estudo, no que tange ao preenchimento de uma lacuna de investigação, não há estudos comparativos que avaliem a assistência na AB nos anos 2012 e 2014, considerando os ciclos de realização do PMAQ-AB. Mais especificamente quanto ao PAS, dada sua recente implantação, há poucas pesquisas e relatos sobre ele, tornando significativa sua investigação, principalmente em âmbito nacional, uma vez que, em geral, os estudos publicados acerca da implantação/impacto do PAS referem-se a municípios específicos.

Apesar de haver um monitoramento nacional acerca da implementação do PAS, não

há relatórios dos anos iniciais, sendo disponibilizados de forma *online* apenas os monitoramentos a partir de 2015. Por fim, sendo este trabalho relativo aos anos de 2012 e de 2014, constatou-se que a implantação do PAS naqueles anos ocorreu mais fortemente em municípios de grande porte. Para trabalhos futuros acerca da implantação do PAS, torna-se necessária uma investigação por porte populacional, visando compreender se houve uma modificação nesse aspecto.

Assim, iniciativas como o PAS devem ser priorizadas, na medida em que incentivam, desde a infância à idade adulta, estratégias de promoção de saúde, o que resulta em ganho significativo no processo de reorientação de práticas em saúde no país e, principalmente, na constatação da importância da AB nesse processo.

REFERÊNCIAS

1. Leite I da C, Valente JG, Schramm JM de A, Daumas RP, Rodrigues R do N, Santos M de F, et al. Carga de doença no Brasil e suas regiões, 2008. *Cad Saúde Pública*. 2015 Jul;31(7):1551–64.
2. UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas [Internet]. [cited 2016 Jul 18]. Available from: <http://www.unfpa.org/ageing>
3. Malta DC, Morais Neto OL de, Silva Junior JB da. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol E Serviços Saúde*. 2011 Dec;20(4):425–38.
4. Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. [Internet]. 2011.
5. Organização Mundial de Saúde (OMS). [Internet]. 1946. Available from: <http://www.onuportugal.pt/oms.doc>
6. Brasil M da S. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União, Brasília*. [Internet]. 719 de outubro de, 2017.
7. Hallal PC, Dumith S de C, Bastos JP, Reichert FF, Siqueira FV, Azevedo MR. Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física no Brasil: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(3):453–460.
8. Ministério da Saúde D. DAB. Departamento de Atenção Básica [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 14]. Available from: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/dab>
9. Brasil M da S. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) : Documento síntese para avaliação externa – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
10. Brasil M da S. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Informática do SUS - DATASUS. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. [Internet]. 2016 [cited 2016 Nov 12]. Available from: <http://sage.saude.gov.br>
11. Ferreira M. Assistência ao idoso na atenção básica: um estudo do programa academia da saúde, com evidências do PMAQ-AB 2012 e 2014. [Dissertação]. [Rio de Janeiro]: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.
12. Almeida CM de, Macinko JA, Pan American Health Organization, Brazil, editors. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS): Ministério da Saúde, Brasil; 2006. 215 p. (Série Técnica (Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde)).
13. Mota PH dos S, Viana AL d'Ávila, Bousquat A. Relações federativas no Programa Academia da Saúde: estudo de dois municípios paulistas. *Saúde Em Debate*. 2016 Mar;40(108):64–73.
14. Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. s.l.: SciELO Books - Editora FIOCRUZ; 2009.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://brasilemsintese.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 10 mar. 2016. IBGE.pdf.
16. Brasil M da S. Panorama nacional de implementação do Programa Academia da Saúde: monitoramento nacional do Programa Academia da Saúde: ciclo 2015 [recurso eletrônico] Brasília: 2015.
17. Brasil C. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. 2016.
18. Mendes LVP, Luiza VL, Campos MR. Uso racional de medicamentos entre indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão arterial no município do Rio de Janeiro,

- Brasil. CiêncSaúdeColetiva. 2014 Jun;19(6):1673–84.
19. Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U, et al. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *The lancet*. 2012;380(9838):247–257.
 20. Kohl HW, Craig CL, Lambert EV, Inoue S, Alkandari JR, Leetongin G, et al. The pandemic of physical inactivity: global action for public health. *The Lancet*. 2012;380(9838):294–305.
 21. Ranailla Lima Bandeira Santos, CAMPOS MR, FLOR LS. Fatores associados à qualidade de vida de brasileiros e de diabéticos: evidências de um inquérito de base populacional.
 22. Flor LS, Campos MR, Oliveira AF de, Schramm JM de A. Diabetes burden in Brazil: fraction attributable to overweight, obesity, and excess weight. *Rev Saúde Pública* [Internet].
 23. Mota PH dos S. A configuração do programa academia da saúde como estratégia para a promoção à saúde. Universidade de São Paulo; 2015.
 24. Szwarcwald CL, Souza Júnior PRB de, Damacena GN, Almeida W da S de, Malta DC, Stopa SR, et al. Recomendações e práticas dos comportamentos saudáveis entre indivíduos com diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2015 Dec;18(suppl 2):132–45.
 25. Calsolari MR. Análise Retrospectiva dos Pés de Pacientes Diabéticos do Ambulatório de Diabetes da Santa Casa de Belo Horizonte, MG. 2002 Abril;45:173–6.
 26. IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde [Internet]. 2013. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/>
 27. International Diabetes Federation. *IDF diabetes atlas*. Brussels: International Diabetes Federation; 2015.
 28. Ministério da Saúde. HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos [Internet]. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/> >.
 29. SBH. Sociedade Brasileira de Hipertensão [Internet]. [cited 2016 Nov 9]. Available from: <http://www.sbh.org.br/>
 30. Organização Das Nações Unidas. Plano de ação internacional contra o envelhecimento, 2002/ ; tradução de Arlene Santos. — Brasília : Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. — 49 p. : 21 cm. – (Série Institucional em Direitos Humanos; v. 1). ONU.pdf.
 31. Camarano AA, Pasinato MT. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. *Os Novos Idosos Bras Muito Além Dos*. 2004;60(1):253–292.
 32. Fernandes MT de O, Soares SM. The development of public policies for elderly care in Brazil. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(6):1494–1502.
 33. Brasil. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Portaria nº 1395/GM 1999.
 34. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank quarterly*. 2005;83:457–502.
 35. WHO. World Health Organization. *Global status report on noncommunicable diseases 2014*. [Internet]. 2014.
 36. Macinko J, Harris MJ, Rocha MG. Brazil’s National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): Fulfilling the Potential of the World’s Largest Payment for Performance System in Primary Care. *J Ambulatory Care Manage*. 2017;40:S4–11.
 37. Brasil M da S. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) eo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Portaria N° 2.488

2011.

38. Leung AYM, Cheung MKT, Tse M, Shum WC, Lancaster J, Lam CLK. Walking in the high-rise city: a Health Enhancement and Pedometer-determined Ambulatory (HEPA) program in Hong Kong. *ClinInterv Aging*. 2014 Aug;1343.

39. Lakerveld J, Verstrate L, Bot SD, Kroon A, Baan CA, Brug J, et al. Environmental interventions in low-SES neighbourhoods to promote healthy behaviour: enhancing and impeding factors. *Eur J Public Health*. 2014 Jun;24(3):390–5.

40. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC de, Silva MMA da, Freitas MI de F, et al. Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 13];5.

Tabela 1. Caracterização dos usuários idosos (60 anos ou mais) que responderam ao PMAQ em 2012 e 2014, quanto à dimensão do acesso, segundo a situação do município da unidade de saúde ter ou não o Programa Academia da Saúde no Brasil.

Acesso	Pesquisa - PMAQ (&)				P_valor Chi-quadrado			
	PMAQ1 (2012)		PMAQ2 (2014)		2012	2014	2012	
	Entrevistados em Municípios com Academia da saúde (*)		Entrevistados em Municípios com Academia da saúde (*)		Sim	Sim	x	
	Sim	Total	Sim	Total	x	x	2014	
	%	%	%	%	Não	Não		
5. Chegar até essa unidade de saúde é:								
Perto	68,7%	69,0%	79,8%	79,5%	0,941	0,142	0,000	
Razoável	19,8%	19,6%	11,7%	11,8%				
Longe	11,5%	11,4%	8,5%	8,8%				
5.1 A US funciona cinco dias por semana?								
Sim	94,1%	93,7%	95,7%	95,3%	0,391	0,00	0,00	
5.2O horário de funcionamento desta US atende às suas necessidades?								
Sim	88,6%	89,9%	90,7%	90,9%	0,013	0,414	0,002	
5.3 Geralmente, como é marcada a consulta na US?								
5.3. 1 Por telefone.	Sim	1,8%	2,5%	5,4%	6,1%	0,004	0,00	0,00
5.3.2Vai à unidade e marca o atendimento.								
Sim	31,5%	33,5%	68,8%	67,9%	0,013	0,00	0,00	
5.3.3Vai à unidade, mas tem que pegar ficha sem ficar na fila.								
Sim	19,7%	22,9%	20,6%	21,0%	0,00	0,026	0,00	
5.3.4 Vai à unidade e fica na fila para pegar ficha.								
Sim	25,4%	23,7%	19,2%	19,8%	0,018	0,001	0,00	
5.3.5 O agente comunitário de saúde marca a consulta.								
Sim	17,8%	12,8%	20,6%	20,7%	0,00	0,618	0,00	
5.3.6 Outro(s)	Sim	2,9%	3,4%	1,3%	1,3%	0,095	0,969	0,00
5.4 Quando o(a) senhor(a) consegue marcar consulta, normalmente é para o mesmo dia?								
Sim	41,4%	47,7%	39,9%	43,6%	0,00	0,00	0,00	
Total (n)	2792	15722	17812	26746				

(*) P_valor do teste qui-quadrado < 5% para todas as variáveis investigadas, exceto 5.0, 5.1 e 5.3.6em 2012 e 5, 5.2, 5.3.5 e 5.3.6 em 2014.

(&)P_valor do teste qui-quadrado <5% para todas as variáveis investigadas entre os anos 2012 e 2014.

Tabela 2. Caracterização dos usuários idosos (60 anos ou mais) que responderam ao PMAQ em 2012 e 2014, quanto à dimensão do vínculo, segundo a situação do município da unidade de saúde ter ou não o Programa Academia da Saúde no Brasil.

Vínculo	Pesquisa - PMAQ (&)				P_valor Chi-quadrado			
	PMAQ1 (2012)		PMAQ 2 (2014)		2012	2014	2012	
	Entrevistados em Municípios com Academia da saúde (*)	Entrevistados em Municípios com Academia da saúde(*)	Sim	Total	Sim	Total		
	Sim	Total	Sim	Total	X	x	2014	
	%	%	%	%	Não	Não		
6. O senhor já precisou ir na unidade de saúde sem hora marcada?								
Sim	81,4%	79,7%	47,4%	47,9%	0,012	0,026	0,000	
7. Geralmente, quando vem sem ter hora marcada, é escutado por:								
7.1 Médico	Sim	40,9%	40,9%	55,6%	56,8%	0,973	0,000	0,000
7.2 Enfermeiro	Sim	63,9%	65,6%	28,9%	27,6%	0,09	0,00	0,000
7.3 Técnico/auxiliar de enfermagem ou de saúde bucal	Sim	25,0%	27,8%	7,2%	7,3%	0,003	0,371	0,000
7.4 Outros profissionais	Sim	39,4%	36,4%	3,6%	3,5%	0,00	0,251	0,00
8. Quando o senhor(a) vem a US sem hora marcada como o senhor(a) foi recebido(a)?								
Muito bem		22,0%	21,6%	38,7%	39,2%	0,738	0,00	0,00
Bem		70,7%	71,3%	40,0%	50,6%			
Regular		6,7%	6,4%	6,8%	6,4%			
Ruim		,5%	,5%	2,2%	2,2%			
Muito ruim		,1%	,1%	1,9%	1,6%			
9. Para ajudar na sua recuperação, os profissionais lhe orientam o quanto necessidade de repouso, alimentação adequada e como tomar os remédios?								
Sempre		69,0%	70,5%	71,1%	71,6%	0,054	0,065	0,00
Geralmente		21,8%	20,3%	16,6%	16,3%			
Quase nunca		6,2%	5,8%	4,8%	4,7%			
Nunca		3,0%	3,4%	7,5%	7,4%			
10. Além da sua queixa, os profissionais de saúde perguntam sobre outras questões da sua vida (exemplos: alimentação, lazer, exercício físico, problemas com álcool, drogas, violência)?								
Sempre		50,2%	50,9%	50,0%	50,0%	0,468	0,313	0,00
Geralmente		19,4%	19,5%	18,2%	18,0%			
Quase nunca		7,2%	7,4%	7,8%	7,7%			
Nunca		23,2%	22,1%	24,1%	24,3%			
Total (n)		2792	15722	17812	26746			

(*) P_valor do teste qui-quadrado < 5% para todas as variáveis investigadas, exceto 7,1, 7.2, 8.09.0 e 10 em 2012 e 7.3, 7.4, 9 em 2014.

(&)P_valor do teste qui-quadrado <5% para todas as variáveis investigadas entre os anos 2012 e 2014.

Tabela 3. Caracterização dos usuários idosos (60 anos ou mais) que responderam ao PMAQ em 2012 e 2014, quanto à dimensão Referência e Contrarreferência, segundo a situação do município da unidade de saúde ter ou não o Programa Academia da Saúde no Brasil.

Referência e Contra-referência	Pesquisa - PMAQ(&)				P_valor Chi-quadrado			
	PMAQ1 (2012)		PMAQ 2 (2014)		2012	2014	2012	
	Entrevistados em Municípios com Academia da saúde(*)		Entrevistados em Municípios com Academia da saúde(*)		Sim	Sim	x	
	Sim	Total	Sim	Total	x	x	2014	
	%	%	%	%	Não	Não		
11. No momento em que o senhor foi recebido foi realizado algo para resolver o seu problema?								
Sim	83,6%	85,9%	89,3%	89,8%	0,014	0,011	0,000	
12. Porque não conta com esta US para atendimento de emergência?								
12.1 Precisa chegar cedo.	Sim	,5%	,6%	4,8%	5,1%	0,745	0,447	0,000
12.2 Precisa pegar ficha.	Sim	,8%	1,1%	4,3%	5,1%	0,491	0,046	0,000
12.3 Não atende sem consulta marcada.	Sim	2,4%	3,1%	9,6%	8,0%	0,258	0,002	0,000
12.4 Não tem profissional na unidade.	Sim	7,6%	7,9%	13,1%	14,0%	0,77	0,188	0,00
12.5 Não atende à urgência.	Sim	35,4%	32,5%	15,9%	15,5%	0,0806	0,59	0,00
12.6 A US estava fechada no momento da urgência.	Sim	35,1%	35,6%	10,9%	11,7%	0,767	0,235	0,00
12.7 Outro(s)	Sim	18,2%	19,3%	58,7%	58,9%	0,462	0,825	0,00
13. No atendimento, a US busca atender às necessidades?								
Sempre		75,9%	76,1%	57,9%	57,8%	0,88	0,28	0,00
Geralmente		18,7%	19,2%	33,7%	34,1%			
Nunca/Quase nunca		5,4%	4,7%	8,4%	8,1%			
14. Os profissionais de saúde orientam o senhor(a) sobre o que fazer quando os seus sintomas estão piorando?								
Sempre		61,8%	65,3%	64,8%	65,3%	0,00	0,029	0,00
Geralmente		26,4%	23,6%	18,4%	18,3%			
Quase nunca		8,2%	6,7%	5,4%	5,3%			
Nunca		3,5%	4,4%	11,4%	11,1%			
15. Durante as consultas, os profissionais desta equipe sugerem soluções possíveis de serem realizadas?								
Sempre		46,6%	49,5%	64,3%	64,2%	0,011	0,003	0,00
Geralmente		24,5%	23,1%	26,4%	26,8%			
Quase nunca		7,6%	23,1%	5,2%	5,0%			
Nunca		21,3%	20,2%	4,1%	4,0%			
Total (n)		2792	15722	17812	26746			

(*) P_valor do teste qui-quadrado > 5% para todas as variáveis investigadas, exceto 11, 14 e 15 em 2012 e 11, 12.2, 12.3, 14 e 15 em 2014.

(&)P_valor do teste qui-quadrado <5% para todas as variáveis investigadas entre os anos 2012 e 2014.

Tabela 4. Caracterização dos usuários idosos (60 anos ou mais) que responderam ao PMAQ em 2012 e 2014, quanto à dimensão da Atenção à hipertensão, segundo a situação do município da unidade de saúde ter ou não o Programa Academia da Saúde no Brasil.

Atenção à Hipertensão	Pesquisa - PMAQ(&)				P_valor Chi-quadrado			
	PMAQ1 (2012)		PMAQ2 (2014)		2012	2014	2012	
	Entrevistados em Municípios com Academia da saúde(*)		Entrevistados em Municípios com Academia da saúde(*)		Sim	Sim	x	
	Sim	Total	Sim	Total	X	x	2014	
	%	%	%	%	Não	Não		
16. Algum médico lhe disse que o(a) senhor(a) tem/teve hipertensão?								
Sim	69,2%	69,6%	72,5%	72,4%	0,602	0,404	0,000	
17. O(a) senhor(a) consultou com médico(a) ou enfermeiro(a) por causa da hipertensão nos últimos seis meses?								
Sim	87,3%	87,3%	81,0%	80,3%	0,984	0,001	0,000	
18. Na(s) consulta(as), o(os) profissional(ais) da equipe de saúde verificam sua pressão?								
Sim	97,7%	98,1%	97,5%	97,6%	0,159	0,023	0,005	
19. O(a) senhor(a) fez os seguintes exames para acompanhar hipertensão nos últimos seis meses?								
19.1 Creatinina	Sim	48,7%	46,3%	55,5%	55,7%	0,021	0,394	0,000
19.2 Perfil lipídico	Sim	48,2%	46,7%	58,8%	59,3%	0,149	0,037	0,00
19.3 Eletrocardiograma	Sim	53,4%	52,9%	59,2%	58,6%	0,608	0,019	0,00
20. Já sai da consulta de HAS com a próxima marcada?								
Sempre	34,0%	33,0%	29,0%	28,8%	0,595	0,611	0,00	
Geralmente	11,0%	11,4%	12,1%	12,2%				
Nunca/Quase nunca	55,0%	55,5%	58,8%	59,0%				
Total (n)	2792	15722	17812	26746				

(*) P_valor do teste qui-quadrado > 5% para todas as variáveis investigadas, exceto 19.1 em 2012 e 17, 18, 19.2, 19.3 e 22 em 2014.

(&)P_valor do teste qui-quadrado <5% para todas as variáveis investigadas, exceto 24, 25 e 27.

Tabela 5. Caracterização dos usuários idosos (60 anos ou mais) que responderam ao PMAQ em 2012 e 2014, quanto à dimensão da Atenção a Diabetes, segundo a situação do município da unidade de saúde ter ou não o Programa Academia da Saúde no Brasil.

Atenção a Diabetes	Pesquisa - PMAQ(&)				P_valor Chi-quadrado		
	PMAQ1 (2012)		PMAQ 2 (2014)		2012	2014	2012
	Entrevistados em Municípios com Academia da saúde(*)		Entrevistados em Municípios com Academia da saúde(*)		Sim	Sim	x
	Sim	Total	Sim	Total	x	x	2014
	%	%	%	%	Não	Não	
22. Algum médico lhe disse que o(a) senhor(a) tem diabetes?							
Sim	26,2%	27,2%	30,6%	30,1%	0,19	0,028	0,00
23. O(a) senhor(a) consultou com médico(a) ou enfermeiro(a) por causa da diabetes nos últimos seis meses?							
Sim	89,6%	89,2%	83,9%	83,7%	0,728	0,641	0,00
24. Fez exame de sangue em jejum para medir o açúcar nos últimos seis meses?							
Sim	89,1%	90,1%	89,1%	89,0%	0,32	0,472	0,062
25. Algum profissional da ESF examinou os pés do(a) senhor(a) nos últimos seis meses?							
Sim	31,5%	31,9%	32,5%	31,8%	0,801	0,046	0,965
26. Já sai da consulta de DM com a próxima marcada?							
Sempre	35,3%	34,5%	29,3%	28,7%			
Geralmente	10,8%	11,7%	10,8%	10,6%	0,691	0,132	0,00
Nunca/Quase nunca	53,9%	53,8%	60,0%	60,7%			
Total (n)	2792	15722	17812	26746			

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecer não pode ser entendido como um processo de perdas, desse modo a implementação de programas como o PAS visam possibilitar um envelhecer ativo, propiciando a criação de vínculos e uma nova forma de lazer, além de melhorar a qualidade de vida dos seus usuários.

Iniciativas como o PAS devem ser priorizadas por proporcionar à população um estímulo à melhoria de sua qualidade de vida. Possuir um programa como este na rede, incentivando estratégias de promoção de saúde, desde a infância até a idade adulta, demonstra um ganho significativo no processo de reorientação de práticas em saúde no país e, principalmente, a importância da AB nesse processo.

Instituir um programa que visa beneficiar a população, e, principalmente, os usuários que frequentam as unidades básicas de saúde, é proporcionar que os princípios que regem o SUS sejam postos em prática, propiciando que indivíduos que possuem dificuldades na renda familiar possam usufruir desses ambientes, bem como fazer uso de seus direitos como cidadãos.

Observou-se uma melhora no padrão de assistência aos usuários, com 2014 apresentando resultados melhores que 2012 em quase todas as dimensões de avaliação da AB, exceto para a dimensão que compreende Assistência ao usuário com DM e HAS, que piorou em 2014. Especificamente nessa dimensão, verificou-se melhora somente na proporção de realização de exames. Ressalta-se significativa diminuição do percentual de usuários que afirmaram ter tido consulta nos últimos seis meses, tanto para DM quanto HAS, de 2012 para 2014, com possível agravamento, uma vez que se vê a mesma tendência de queda no percentual de usuários que já saem da consulta com a próxima marcada.

No que diz respeito às outras dimensões, destacam-se alguns aspectos relevantes relacionados à dimensão Vínculo. Para ambos os ciclos investigados, constatou-se que a maioria dos entrevistados afirma receber orientações e que os profissionais estão atentos à sua saúde, orientando-os sobre um estímulo a hábitos de vida mais saudáveis, como possuir boa alimentação, praticar exercício físico e ter uma rotina que inclua o lazer. Logo, constata-se que os profissionais da AB, em sua prática, consideram esses hábitos importantes, sobretudo por minimizarem os efeitos das DCNT, contribuindo para uma reorientação das práticas em saúde no país.

Assim, ao implementar programas como o PMAQ-AB, a tendência é facilitar o

desenvolvimento de ações que visem ao fortalecimento do que vem sendo proposto, com o intuito de melhorar os serviços de atenção básica no país.

Este estudo, por utilizar os dados do módulo III, contribui significativamente para apreender a percepção dos usuários acerca dos serviços prestados. A compreensão acerca da opinião dos entrevistados é relevante, visto que essa concepção tem a possibilidade de nortear a organização dos serviços, com o intuito de melhorá-lo.

O estudo apresentou maior prevalência de mulheres nas unidades básicas de saúde, assim como diversos outros estudos também apontam a predominância de mulheres na prática de atividades físicas. Logo, é necessário refletir sobre como modificar esse cenário, fomentando a conscientização dos homens acerca de sua saúde, incentivando a procura pelos serviços de saúde e a realização da prática de atividades físicas.

Devido a implementação do PAS ter ocorrido em 2011 e esta pesquisa analisar os anos de 2012 e 2014, torna-se ímprobo discutir sobre a influência do programa em um curto período de análise. Portanto, mesmo que não se tenha observado associação entre o município ter polos do PAS e a melhora no serviço de saúde, o notório aumento dessas iniciativas visa, a longo prazo, impactar na saúde da população, estimulando hábitos de vida mais saudáveis e melhor compreensão do usuário acerca de sua saúde.

Por outro lado, tendo este trabalho analisado os anos de 2012 e 2014, foi possível constatar que a implantação do PAS naqueles anos ocorreu mais fortemente em municípios de grande porte. Para trabalhos futuros acerca da implantação do PAS, torna-se necessária uma investigação por porte populacional, visando compreender se esse cenário observado se modificou. Além disso, com o objetivo de melhor contextualização dos dados, para os próximos trabalhos uma associação com os dados do Vigitel será de grande importância.

Sendo assim, o PAS representa um modelo de intervenção nacional que pretende estimular hábitos de vida mais saudáveis na população, em espaços públicos, tornando-se um elemento potencializador na atenção básica, principalmente no combate às DCNT.

REFERÊNCIAS

ADRIANO, Jaime Rabelo et al . A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 53-62, 2000.

ALFRADIQUE, Maria Elmira et al . Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 6, p. 1337-1349, June 2009.

ALMEIDA C, MACINKO J. Validação de uma Metodologia de Avaliação Rápida das Características Organizacionais e do Desempenho dos Serviços de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em Nível Local. Brasília: OPAS/OMS/MS; 2006.

AMORIM, Diane Nogueira Paranhos et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária de idosos no Brasil, 2003 a 2012. **Revista de enfermagem UFPE online-ISSN: 1981-8963**, v. 11, n. 2, p. 576-583, 2017.

ARGIMON, Irani Iracema de Lima et al. Velhice e identidade: significações de mulheres idosas. **Rev. Kairós**, v. 14, n. 3, p. 79-99, 2011.

BENEDETTI, Tânia Rosane Bertoldo; GONCALVES, Lúcia Hisako Takase; MOTA, Jorge Augusto Pinto da Silva. Uma proposta de política pública de atividade física para idosos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 16, n. 3, p. 387-398, Sept. 2007.

BENEDETTI, Tânia R Bertoldo et al .Physical activity and mental health status among elderly people. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 42, n. 2, p. 302-307, Apr. 2008 .

BEZERRA, Fernanda Carvalho; ALMEIDA, Maria Irismar de; THERRIEN-NÓBREGA, Sílvia Maria. Estudos sobre envelhecimento no Brasil: revisão bibliográfica. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, v. 15, n. 1, p. 155-167, 2012.

BITTAR, Cléria; DE LIMA, Lara Carvalho Vilela. O impacto das atividades em grupo como estratégia de promoção da saúde na senescência. **Kairós Gerontologia. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde. ISSN 2176-901X**, v. 14, n. 3, p. 101-118, 2012.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário oficial da União**, 1994.

BRASIL. Portaria nº 1395/GM de 9 de dezembro de 1999: Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 1999.

BRASIL. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 3 out. 2003.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006: Divulga o Pacto pela Saúde 2006-Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, 2006.

BRASIL. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006.

BRASIL. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário oficial da União**, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº221 de 17 de abril de 2008. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010. 44 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 719 de 7 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (8 abr. 2011).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) eo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 2011.

BRASIL. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Diário Oficial da União 2011; 19 jul.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) :manual instrutivo / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Cartilha para parlamentares /Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Portaria nº 2681, de 7 de novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2013; 8 nov.

BRASIL MS. Portaria nº 2.684, de 08 de Novembro de 2013. Redefine as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para construção de polos e de custeio no âmbito do Programa Academia da Saúde e os critérios de similaridade entre Programas em Desenvolvimento no Distrito Federal ou no Município e o Programa

Academia da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Infraestrutura dos polos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Portaria nº 24, de 14 de janeiro de 2014. Redefine o cadastramento do Programa Academia da Saúde no Sistema de Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde (SCNES). *Diário Oficial da União*, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Panorama nacional de implementação do Programa Academia da Saúde : monitoramento nacional do Programa Academia da Saúde : ciclo 2015 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Brasília, [2015].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Cartilha para apresentação de propostas ao Ministério da Saúde – 2016 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica- DAB. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_academia_saude.php>. Acesso em: 02 mar. 2016.

BRASIL. Portaria nº 1.707, de 23 de setembro de 2016. Redefine as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para construção de polos; unifica o repasse do incentivo financeiro de custeio por meio do Piso Variável da Atenção Básica (PAB Variável); e redefine os critérios de similaridade entre Programas em desenvolvimento no Distrito Federal e nos Municípios e o Programa Academia da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) : manual instrutivo / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Informática do SUS - DATASUS. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica**. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/>>. Acesso em: 10 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2015 Saúde Suplementar : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Panorama nacional de implementação do Programa Academia da Saúde : monitoramento nacional da

gestão do Programa Academia da Saúde : ciclo 2016 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos**, v. 60, n. 1, p. 253-292, 2004.

CONCEIÇÃO, Alessandra Conceição Leite F. Alessandra; UNCHAL CAMACHOI, Leite Funchal Camacho; COELHO, Maria José. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática.

DE SOUZA, Marilza Amaral Henrique et al. Perfil do estilo de vida de longevos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 5, p. 819-826, 2016.

DE FREITAS, Caroline Silva; MEEREIS, Estele Caroline Welter; GONÇALVES, Marisa Pereira. Qualidade de vida de idosos ativos e insuficientemente ativos do município de Santa Maria (RS). **Kairós Gerontologia. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde. ISSN 2176-901X**, v. 17, n. 1, p. 57-68, 2014.

DE SÁ, Rodrigues et al. O Programa academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vida saudáveis: cenário nacional de implementação. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, 2016.

FERNANDES, Maria Teresinha de Oliveira; SOARES, Sônia Maria. The development of public policies for elderly care in Brazil. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 46, n. 6, p. 1494-1502, Dec. 2012 .

FILHO, José Claudio Jambassi et al. Treinamento com pesos, modelo de Programa Sistematizado para a Terceira Idade. 2011.

FLOR, Luísa Sorio et al . Carga de diabetes no Brasil: fração atribuível ao sobrepeso, obesidade e excesso de peso. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 49, 29, 2015.

FREITAS, Paula Silva, VILLARINHO, LPM, Lucia Luiza, Vera, Campos, M.R., Matta, Samara Ramalho. Uso de serviços de saúde e de medicamentos por portadores de Hipertensão e Diabetes no Município do Rio de Janeiro. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, 2016.

GOMES NETO, Mansueto; CASTRO, Marcelle Fernandes de. Estudo comparativo da independência funcional e qualidade de vida entre idosos ativos e sedentários. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 18, n. 4, p. 234-237, 2012.

HALLAL, Pedro Curi et al . Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física no Brasil: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 41, n. 3, p. 453-460, June 2007.

HALLAL, Pedro C. et al. Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. **Cadernos de saúde pública**, v. 26, n. 1, p. 70-78, 2010.

HALLAL, Pedro C. et al. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. **The lancet**, v. 380, n. 9838, p. 247-257, 2012.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). Censo Demográfico: Família e Domicílio. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/familias_e_dom>. Acesso em: 28 de agos de 2017.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [Internet]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/piramide/piramide.shtm>. Acesso em: 29Jul 2017.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [Internet]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/>>. Acesso em: 03 Jul 2017

KOHL, Harold W. et al. The pandemic of physical inactivity: global action for public health. **The Lancet**, v. 380, n. 9838, p. 294-305, 2012.

KRABBE, Simone; VARGAS, Alessandra Cardoso. Qualidade de vida percebida por mulheres em diferentes tipos de exercício físico. **Kairós Gerontologia. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde. ISSN 2176-901X**, v. 17, n. 2, p. 193-204, 2014.

KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo Horácio. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2307-16, 2010.

LEITE, Iuri da Costa et al. Carga de doença no Brasil e suas regiões, 2008. **Cad. saúde pública**, v. 31, n. 7, p. 1551-1564, 2015.

LEUNG, Angela YM et al. Walking in the high-rise city: a Health Enhancement and Pedometer-determined Ambulatory (HEPA) program in Hong Kong. **Clinicalinterventions in aging**, v. 9, p. 1343, 2014.

LIMA, Idilaineet al. Fatores associados à independência funcional de mulheres idosas nomunicípio de Cuiabá/MT. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 5, p. 827-837, 2016.

LIMA, Ana Maraysa Peixoto et al. Depressão em idosos: uma revisão sistemática da literatura. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 6, n. 2, 2016.

LOPES, Aline Cristine Souza et al. Condições de saúde e aconselhamento sobre alimentação e atividade física na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte-MG. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 3, p. 305-316, 2014.

MACINKO, James; HARRIS, Matthew J.; ROCHA, Marcia Gomes. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): Fulfilling the Potential of the World's Largest Payment for Performance System in Primary Care. **The Journal of ambulatory care management**, v. 40, n. 2 Suppl, p. S4, 2017.

MALLMANN, DanielliGavião et al .Educação em saúde como principal alternativa para

promover a saúde do idoso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 6, p. 1763-1772, June 2015.

MALTA, Deborah Carvalho; MORAIS NETO, Otaliba Libânio de; SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 20, n. 4, p. 425-438, 2011.

MALTA DC, Silva MMA, ALBUQUERQUE GM, LIMA CM, CAVALCANTE T, Jaime PC, et al. The implementation of the priorities of the National Health Promotion Policy, an assessment, 2006-2014. **CiêncSaúdeColetiva** 2014; 19(11): 4301-12.

MALTA, Deborah Carvalho et al. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. **Ciêncsaúdecoletiva**, v. 19, n. 11, p. 4301-11, 2014.

MCINTYRE, Anne; ATNAL, Anita. Terapia Ocupacional na terceira idade. **Santos [sn]**, 2007.

MCNAMARA, Beverley et al. Evaluation of a healthy ageing intervention for frail older people living in the community. **Australasianjournalonageing**, v. 35, n. 1, p. 30-35, 2016.

MENDES, Luiz Vilarinho pereira; LUIZA, Vera Lucia; CAMPOS, Mônica Rodrigues. Uso racional de medicamentos entre indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão arterial no município do rio de janeiro, brasil. **Ciênc. Saúde coletiva**, rio de janeiro, v. 19, n. 6, p. 1673-1684, june 2014.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acessado em 26 Set. 2016.] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf

Ministério da Saúde. HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos [Internet]. 2013. Disponível em<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=040304>>. Acesso em: 17 Jul 2016.

Ministério da Saúde. DAB. Departamento de Atenção Básica. [Internet]. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/dab>>. Acesso em: 17 Jan 2017.

MOTA, Paulo Henrique dos Santos. **A configuração do programa academia da saúde como estratégia para a promoção à saúde**. [Tese de Doutorado]. Universidade de São Paulo, 2015.

Núcleo de Educação em Saúde Coletiva-NESCON. Avaliação do impacto das ações do programa de saúde da família na redução das internações hospitalares por condições sensíveis à atenção básica em adultos e idosos. Belo Horizonte; 2012.

Observatory for physical activity.[Internet]. Disponível em:

<<http://www.globalphysicalactivityobservatory.com/>>. Acesso em: 12 Dez 2016.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde; 2005.

OMS (Organização Mundial de Saúde) 1946. *Constituição*. Disponível em <[http://www.onuportugal.pt/"oms.doc](http://www.onuportugal.pt/)>.

OMS (Organização Mundial de Saúde). 2017. Disponível em <http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/en/>.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Plano de ação internacional para o envelhecimento. 2002.

PETROSKII, Edio Luiz; GONÇALVESII, Lúcia HisakoTakase. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 302-7, 2008.

PICOLLO, G. M. Os caminhos dialéticos do envelhecimento e sua relação com a educação física contemporânea. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v. 14, n. 1, p. 169-77, 2011.

PORTUGAL, Flávia Batista et al. Social support network, mental health and quality of life: a cross-sectional study in primary care. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 32, n. 12, e00165115, 2016.

RAMIRES, Virgílio et al. Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física e comportamento sedentário no Brasil: atualização de uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 19, n. 5, p. 529, 2014.

RAMIREZ, Andrea; MARTINS, Rafaela; HALLAL, Pedro. Observatório global de atividade física: monitoramento de uma pandemia do século 21. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 20, n. 4, p. 327, 2015.

REIS, Carla; BARBOSA, Larissa Maria de Lima Horta; PIMENTEL, Vitor Paiva. O desafio do envelhecimento populacional na perspectiva sistêmica da saúde. BNDES Setorial, Rio de Janeiro, n. 44 , p. [87]-124, set. 2016.

RODRIGUES, Flávia Fernanda Luchettietal .Relationship between knowledge, attitude, education and duration of disease in individuals with diabetes mellitus. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 25, n. 2, p. 284-290, 2012.

RODRIGUES, Iara Guimarães; FRAGA, Gustavo Pereira; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Quedas em idosos: fatores associados em estudo de base populacional. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 17, n. 3, p. 705-718, Sept. 2014 .

SA, Paulo Henrique Vilela Oliveira de; CURY, Geraldo Cunha; RIBEIRO, Liliane da Consolação Campos. ATIVIDADE FÍSICA DE IDOSOS E A PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS UNIDADES BÁSICAS. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 2, p. 545-558, Aug. 2016.

SANTOS, Ranailla Lima; CAMPOS, Mônica Rodrigues; FLOR, Luísa Sório. Fatores

associados à qualidade de vida de brasileiros e de diabéticos: evidências de um inquérito de base populacional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 783-796, Mar. 2017.

SALIN, Mauren da Silva et al. Espaços públicos para a prática de atividade física: O caso das academias da melhor idade. [tese de doutorado]. Joinville-SC: Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano do Centro de Ciências da Saúde e do Esporte, da Universidade do Estado de Santa Catarina, 2013.

SALIN, Mauren da Silva et al. Golden Age Gym: reasons for entry, permanence and satisfaction among participating older adults. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v. 16, n. 2, p. 152-160, 2014.

SILVA, Bruna et al. A contribuição do Brasil para a pesquisa em atividade física e saúde no cenário internacional. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 19, n. 5, p. 618, 2014.

SILVA, Silvia Lanzotti Azevedo da et al. Fenótipo de fragilidade: influência de cada item na determinação da fragilidade em idosos comunitários – Rede Fibra. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 3483-3492, nov. 2016.

SOARES, Wuber Jefferson de Souza et al. Fatores associados a quedas e quedas recorrentes em idosos: estudo de base populacional. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 49-60, Mar. 2014.

STARFIELD, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, Barbara; SHI, Leiyu; MACINKO, James. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank quarterly**, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.

TORRES, Maria Juliana et al. Características de rede de suporte social masculina e feminina no quadrante família do Mapa Mínimo de Relações Sociais do Idoso-MMRI, de estudantes frequentadores de Universidade Aberta à Terceira Idade. **Kairós Gerontologia. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde. ISSN 2176-901X**, v. 15, p. 53-70, 2012.

TORRES, K.R.B.O. Educação à distância como estratégia para apoio à implementação de políticas públicas: a experiência do curso de Aperfeiçoamento em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (EAD/Ensp/Fiocruz). [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2016.

UNFPA. FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. [Internet]. Disponível em: <<http://www.unfpa.org/ageing>>. Acesso em: 18 Jul 2016.

VIANA, Dayane aparecida; MARTINS, Luiz Cláudio; GONÇALVES, Alda Martins. Educação em saúde como estratégia para promoção do envelhecimento saudável – revisão integrativa da literatura. **Jornal de ciências biomédicas e saúde**, v. 1, n. 3, p. 2, 2016.

VIEIRA, Melissa de Carvalho Souza; CARDOSO, Allana Alexandre; GUIMARAES,

Adriana Coutinho de Azevedo. Male aging symptoms: the positive influence of moderate and total physical activity. **Rev. bras. cineantropom. desempenho hum.**, Florianópolis , v. 18, n. 4, p. 460-470, Aug. 2016.

OMS (Organização Mundial de Saúde) 1946. *Constituição*. Disponível em <[http://www.onuportugal.pt/"oms.doc](http://www.onuportugal.pt/)>.

OMS - Organização Mundial da Saúde. The World Health Organization quality of life assessment. Geneva, 1995.

WHO. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization, 2009.

WHO 2010. **Global recommendations on physical activity for health**. Geneva: World Health Organization, 2010.

World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: WHO; 2014. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Statistics 2017: Monitoring Health for the SDGs Sustainable Development Goals**. World Health Organization, 2017.

APÊNDICE 2

Tabela A1. Compatibilização das variáveis referente ao componente identificação do primeiro ciclo (2012) e segundo ciclo (2014) do PMAQ-AB.

Pergunta 2012	Código 2012	Resposta 2012	Pergunta 2014	Código 2014	Resposta 2014
Porte Populacional	Estrato_pop	(2012)	Porte Populacional	Estrato_pop	(2014)
Usuário de município com academia da saúde	MUN_AS	S/N	Usuário de município com academia da saúde	MUN_AS	S/N
Sexo	4.6	a) Masculino b) Feminino	Sexo	3.1	1. Masculino 2. Feminino
Qual é a Idade do (a) Senhor (a)?	4.7	a) _____Anos b) Não sabe / não respondeu	Qual é a Idade do(a) senhor(a)?	3.2	
Idoso (60 anos e +)	Idoso	S/N	Idoso (60 anos e +)	Idoso	S/N
O (a) Senhor (a) vive / mora com algum companheiro (a)?	4.9	S/N	Esta pergunta não foi inserida no segundo ciclo.	-	-
O(a) senhor(a) sabe ler e escrever?	4.11	a) S/N/Só assina	Até quando o(a) senhor(a) estudou?	3.4 (Recriada (s/n))	1. Não é alfabetizado (não sabe ler e escrever) 2. É alfabetizado (sabe ler e escrever) 3. Ensino fundamental incompleto 4. Ensino fundamental completo 5. Ensino médioincompleto 6. Ensino médio completo 7. Ensino superior incompleto 8. Ensino superior completo 9. Pós-graduação 10. 999
O (a) Senhor (a) é aposentado (a)?	4.13	S/N	O senhor trabalha?	3.5.0	S/N
A sua família é cadastrada no Programa Bolsa Família?	4.16	S/N	O senhor é beneficiário do Bolsa Família?	4.1	S/N

Tabela A2. Compatibilização das variáveis referente ao componente Acesso do primeiro ciclo (2012) e segundo ciclo (2014) do PMAQ-AB.

Pergunta 2012	Código 2012	Resposta 2012	Pergunta 2014	Código 2014	Resposta 2014
O que o (a) Senhor (a) acha da distância da sua casa até esta Unidade de Saúde?	5.2	a) Perto b) Razoável c) Longe d) Não sabe/não respondeu	Chegar até essa unidade de saúde é:	5.2 (Recriada)	1. Muito fácil 2. Fácil 3. Razoável 4. Difícil 5. Muito difícil
A Unidade de Saúde funciona 5 dias na semana?	5.4	a) S/N b) NSA	A unidade de saúde funciona em quais dias na semana? _ Segunda III_5_3_2A unidade de saúde funciona em quais dias na semana? _ Terça III_5_3_3 A unidade de saúde funciona em quais dias na semana? _ Quarta III_5_3_4A unidade de saúde funciona em quais dias na semana? _ Quinta III_5_3_5 A unidade de saúde funciona em quais dias na semana? _ Sexta III_5_3_6 A unidade de saúde funciona em quais dias na semana? _ Sábado (exceto em campanha de vacinação) III_5_3_7 A unidade de saúde funciona em quais dias na semana? _ Domingo (exceto em campanha de vacinação)	5.3 (Recriada)	1. Sim 2. Não
O horário de funcionamento desta Unidade atende às suas necessidades?	5.7	a) S/N b) NSA	O horário de funcionamento desta unidade atende às suas necessidades?	5.7	1. Sim 2. Não 999. Não Sabe/ Não respondeu
Para facilitar o seu atendimento, o senhor (a) gostaria que a Unidade de Saúde atendesse:	5.8	a) mais cedo pela manhã b) à tarde até às 18 horas c) à noite d) aos sábados e) no horário de almoço f) Outros g) Nenhuma das anteriores	Para facilitar o seu atendimento, o(a) senhor(a) gostaria que atendimento clínico odontológico atendesse: Poderá marcar mais de uma opção de resposta. III_25_5_ _ Mais cedo pela manhã 1. à tarde até às 18 horas 2. à noite 3. aos sábados 4. no horário de almoço 5. Outros (Não incluído na Análise)	25.4	1. Sim 2. Não 998. Não se aplica

O médico está presente na Unidade de Saúde ou em atividades no bairro durante todos horários de funcionamento da unidade de saúde?	5.9	<ul style="list-style-type: none"> a) Sim b) Não c) Não sabe/não informou 	Esta pergunta não foi inserida no segundo ciclo.	-	-
Na maioria das vezes, como (o) a Senhor (a) faz para marcar consulta na Unidade de Saúde? (Preferencial)	6.1	<ul style="list-style-type: none"> a) Marca por telefone b) Vai à Unidade e marca o atendimento a qualquer hora c) Vai à Unidade, mas tem que pegar ficha d) Vai à unidade, e para pegar ficha é necessário fazer fila antes da Unidade de Saúde e) Agente Comunitário de Saúde marca a consulta f) Não faz marcação nesta unidade g) Outros 	Na maioria das vezes, como é marcada consulta na unidade de saúde?		<ul style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não 998. Não se aplica (S/N para cada item)
Quando (o) a Senhor (a) consegue marcar consulta, normalmente é para quanto tempo depois?	6.3	<ul style="list-style-type: none"> a) Mesmo dia b) ___Dias 	Quando o(a) senhor(a) consegue marcar consulta, normalmente é para o mesmo dia?	6.3	<ul style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não 999. Não sabe/Não respondeu/Não lembrou

Tabela A3. Compatibilização das variáveis referente ao componente Vínculo do primeiro ciclo (2012) e segundo ciclo (2014) do PMAQ-AB.

Vínculo					
Pergunta	Código 2012	Resposta 2012	Pergunta 2014	Código 2014	Resposta 2014
Na maioria das vezes que o (a) Senhor (a) vem à Unidade de Saúde sem ter hora marcada para resolver qualquer problema, o(a) senhor(a) consegue ser escutado?	7.1	a) Sim b) Não c) Nunca precisou ir a unidade sem hora marcada d) Não sabe/não respondeu	O senhor já precisou ir na unidade de saúde sem hora marcada?	7.1	1. Sim 2. Não
Qual é o profissional que lhe escuta?	7.2	a) Médico b) Enfermeiro c) Cirurgião dentista d) Técnico/ auxiliar de enfermagem ou de saúde bucal e) A gente comunitário de saúde f) Vigilante g) Recepcionista h) Outro	Qual o profissional que atendeu o(a) senhor(a) na última vez quando veio sem hora marcada?	7.5	1. Médico 2. Enfermeiro 3. Auxiliar/técnico de enfermagem 4. Não sabe/não respondeu 5. Outro(s) 6. Não se aplica
Desde a sua chegada à Unidade de Saúde, quanto tempo o (a) Senhor(a) espera para conversar sobre seu problema com algum profissional de saúde?	7.3	__ _Minutos	Esta pergunta não foi inserida no segundo ciclo.	-	-
O que o (a) Senhor (a) acha sobre a forma como é acolhido/recebido ao procurar o serviço?	7.4	a) Muito bom b) Bom c) Razoável d) Ruim e) Muito ruim f) Não sabe/não respondeu	Quando o senhor(a) vem a unidade sem hora marcada como o senhor(a) foi recebido(a)?	7.2	1. Muito bem 2. Bem 3. Regular 4. Ruim 5. Muito Ruim 998. Não se Aplica 999. Não sabe/Não respondeu/Não lembra

As orientações que os profissionais dão para o (a) Senhor (a) na unidade atendem às suas necessidades?	7.5	<ul style="list-style-type: none"> a) Sim, sempre b) Sim, algumas vezes c) Não d) Não sabe/não respondeu 	Esta pergunta não foi inserida no segundo ciclo.	-	-
Na última vez que o (a) Senhor (a) teve algum problema de saúde que considerou como urgência, o senhor procurou atendimento?	7.7	<ul style="list-style-type: none"> a) Sim b) Não c) Não teve problema de urgência d) Não sabe/não respondeu/não lembra 	Esta pergunta não foi inserida no segundo ciclo.	-	
Onde o (a) Senhor (a) procurou atendimento?	7.8	<ul style="list-style-type: none"> a) Nesta Unidade de saúde b) Em outra Unidade de Saúde c) Hospital público d) Hospital particular e) Clínica particular f) Pronto atendimento 24 horas g) Pronto socorro 24 horas h) Policlínica i) Consultório particular j) Outros 	Esta pergunta não foi inserida no segundo ciclo.	-	

Tabela A4. Compatibilização das variáveis referente ao componente Referência/Contrarreferência do primeiro ciclo (2012) e segundo ciclo (2014) do PMAQ-AB.

Pergunta 2012	Código 2012	Resposta 2012	Pergunta 2014	Código 2014	Resposta 2014
O (a) Senhor (a) conseguiu ser atendido nesta unidade de saúde na mesma hora, sem consulta marcada?	7.9	a) S/N	No momento em que o senhor foi recebido (sem hora marcada) foi realizado algo para resolver o seu problema?	7.3	1. Sim 2. Não
Quanto tempo esperou para ser atendido?	7.10	a) --- Minutos	O(a) senhor(a) sabe quanto tempo se espera para ser atendido por um profissional de saúde, na maioria das vezes?	7.4 (Recriada)	1 = 10 min / 2 = 20 min /... 999 = Não sabe/ Não respondeu/ Não lembra
Qual o profissional que atendeu o senhor (a)?	7.11	1. Médico 2. Enfermeiro 3. Auxiliar/técnico de enfermagem 4. Outro 5. Não sabe/não respondeu	Qual o profissional que atendeu o(a) senhor(a) na última vez quando veio sem hora marcada?	7.5	1. Médico 2. Enfermeiro 3. Auxiliar/técnico de enfermagem 4. Outro Não sabe/não respondeu
Por que não procurou esta unidade de saúde para este atendimento?	7.12	a) Porque precisa chegar cedo b) Porque precisa pegar ficha c) Porque não atende sem consulta marcada d) Porque não tem profissional na unidade e) Porque não atende urgência f) Porque a unidade estava fechada no momento da urgência g) Outros	Por que não conta com esta unidade de saúde para o atendimento de urgência?	7.8	1. Porque precisa chegar cedo 2. Porque precisa pegar ficha 3. Porque não atende sem consulta marcada 4. Porque não tem profissional na unidade 5. Porque não atende urgência 6. Porque a unidade estava fechada no momento da urgência 7. Outros 8. (S/N para cada uma delas)
Quando é atendido nesta Unidade de Saúde, o (a) Senhor (a) acha que a equipe busca resolver suas necessidades/problemas na própria Unidade de Saúde?	8.1	a) Sim b) Sim, algumas vezes c) Não d) Não sabe/não respondeu	Quando é atendido(a) nesta unidade, o(a) senhor(a) acha que a equipe busca resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde?	8.1 (Recriada)	1. Sempre 2. Na maioria das vezes 3. Quase nunca 4. Nunca 999. Não sabe/Não respondeu/Não lembrou

Nas consultas, com qual frequência o (a) Senhor (a) é orientado pelos profissionais desta equipe sobre os cuidados que deve tomar para se recuperar, tais como: a necessidade de repouso, alimentação adequada e outros?	8.4	a) Sempre b) Na maioria das vezes c) Quase nunca d) Nunca e) Não sabe/não respondeu	Para ajudar na sua recuperação, os profissionais orientam o senhor(a) em relação a necessidade de repouso, alimentação adequada e como tomar os remédios?	8.4	a) Sempre b) Na maioria das vezes c) Quase nunca d) Nunca 999. Não sabe/não respondeu
Nas consultas, o (a) Senhor (a) é orientado pelos profissionais desta equipe sobre os sinais que indicam que o (a) Senhor (a) está melhorando ou piorando?	8.5	a) Sempre b) Na maioria das vezes c) Quase nunca d) Nunca e) Não sabe/não respondeu	Os profissionais de saúde orientam o senhor(a) sobre o que fazer quando os seus sintomas estão piorando?	8.5	a) Sempre b) Na maioria das vezes c) Quase nunca d) Nunca 999. Não sabe/não respondeu/não lembra
Na (s) consulta (s) o (s) profissional (ais) faz (em) anotações no prontuário ou ficha do (a) Senhor (a)?	8.6	a) S/N b) NSA	Nas consultas, o(s) profissional (is) fazem anotações no prontuário ou ficha do (a) senhor(a)? (Não incluído na Análise)	28.3	1. Sim, sempre 2. Sim, algumas vezes 3. Não 999. Não sabe/ Não respondeu/Não lembra
Os profissionais de saúde fazem perguntas sobre outras necessidades de saúde que o (a) Senhor (a) tem ou possa ter além daquelas relacionadas com o motivo da consulta?	8.7	a) Sempre b) Na maioria das vezes c) Quase nunca d) Nunca e) Não sabe/não respondeu	Além da sua queixa os profissionais de saúde perguntam sobre outras questões da sua vida (exemplos: alimentação, lazer, exercício físico, problemas com álcool, drogas, violência)?	8.6	a) Sempre b) Na maioria das vezes c) Quase nunca d) Nunca 999. Não sabe/não respondeu
Na opinião do (a) Senhor (a), durante as consultas, os profissionais desta equipe sugerem soluções adequadas a sua realidade, exemplo: condições financeiras para garantir que o tratamento seja feito?	8.8	a) Sempre b) Na maioria das vezes c) Quase nunca d) Nunca e) Não sabe/não respondeu	Na opinião do(a) senhor(a), durante as consultas, os profissionais desta equipe sugerem soluções possíveis de serem realizadas?	8.9	a) Sempre b) Na maioria das vezes c) Quase nunca d) Nunca 999. Não sabe/não respondeu

Tabela A5. Compatibilização das variáveis referente ao componente Atenção a Diabetes e Hipertensão do primeiro ciclo (2012) e segundo ciclo (2014) do PMAQ-AB.

Pergunta 2012	Código 2012	Resposta 2012	Pergunta 2014	Código 2014	Resposta 2014
Algum médico lhe disse que o (a) Senhor (a) tem pressão alta (hipertensão)?	15.1	a) S/N b) NSA	Algum médico lhe disse que o(a) senhor(a) tem/teve pressão alta (hipertensão)?	20.1	1. Sim 2. Não 999. Não sabe/ Não respondeu/Não lembrou
O (a) Senhor (a) consultou com médico por causa da pressão alta (hipertensão) nos últimos seis meses?	15.2	a) S/N b) NSA	O(a) senhor(a) consultou com médico(a) ou enfermeiro(a) por causa da pressão alta (hipertensão) nos últimos seis meses?	20.2	1. Sim 2. Não 999. Não sabe/Não respondeu/Não lembrou
Onde o (a) Senhor (a) fez a maioria das consultas por causa da pressão alta (hipertensão) nos últimos seis meses?	15.3	a) Nesta Unidade de Saúde b) Em outra Unidade de Saúde c) Hospital público d) Hospital particular e) Clínica particular f) Consultório particular g) Outro	Esta pergunta não foi inserida no segundo ciclo.	-	-
Na (s) consulta (as), o (os) profissional (ais) da equipe de saúde mede (m) (verifica) sua pressão?	15.4	a) S/N b) NSA	Na(s) consulta(as), o(os) profissional(ais) da equipe de saúde medem (verificam) sua pressão?	20.3	1. Sim 2. Não 999. Não sabe/Não respondeu/Não lembrou
Nesta unidade de saúde, qual (ais) o (s) profissional (ais) que mede(m) a pressão do (a) Senhor (a)?	15.5	a) Médico b) Enfermeiro c) Técnico/auxiliar de enfermagem d) Outro e) Nenhuma das opções	Esta pergunta não foi inserida no segundo ciclo.	-	-
O (a) Senhor (a) fez os seguintes exames para acompanhar pressão alta (hipertensão) nos últimos 6 meses?	15.6	a) Creatinina b) Perfil lipídico c) Eletrocardiograma d) Nenhuma das opções	O(a) senhor(a) fez os seguintes exames para acompanhar pressão alta (hipertensão) nos últimos seis meses? _Creatinina _ Perfil lipídico _Eletrocardiograma	III_20_4_1 III_20_4_2 III_20_4_3	1. Sim 2. Não 998. Não se Aplica 999. Não sabe/Não respondeu

O (a) Senhor (a) já sai das consultas com a próxima consulta marcada?	15.7	a) Sim b) Às vezes c) Não	O(a) senhor(a) já sai das consultas com a próxima consulta marcada?	20.5 (Recriada)	1. Sempre 2. Na maioria das vezes 3. Quase Nunca 4. Nunca 5. Não Sabe/Não respondeu/Não lembrou
O (a) Senhor (a) usa remédio para pressão alta (hipertensão)?	15.8	a) S/N b) NSA	O(a) senhor(a) usa remédio para pressão alta (hipertensão)?	20.6	1. Sim 2. Não 999. Não sabe/Não respondeu/ Não lembra
Onde o (a) Senhor (a) consegue o remédio para pressão alta (hipertensão)?	15.9	a) Nesta Unidade básica de saúde b) Em outra Unidade de Saúde c) No hospital d) Farmácia Popular subsidiado (sem pagar pelo remédio) e) Farmácia comum pago pelo usuário f) Outro	Quando o profissional receita um remédio, a medicação está disponível nesta unidade de saúde? (Não incluída na análise)	23.1	1. Sempre 2. Na maioria das vezes 3. Quase Nunca 4. Nunca 5. Está unidade não entrega medicamento 999. Não sabe/Não respondeu/Não lembra
Algum médico lhe disse que o (a) Senhor (a) tem diabetes (açúcar alto no sangue)?	16.1	a) S/N b) NSA	Algum médico lhe disse que o(a) senhor(a) tem diabetes (açúcar alto no sangue)? Se NÃO, passar para o bloco III.22.	21.1	1. Sim 2. Não 999. Não sabe/Não respondeu/Não lembra
O (a) Senhor (a) consultou com médico por causa da diabetes (açúcar alto no sangue) nos últimos seis meses?	16.2	a) S/N b) NSA	O (a) senhor(a) consultou com médico(a) ou enfermeiro(a) por causa da diabetes (açúcar alto no sangue) nos últimos seis meses?	21.2	1. Sim 2. Não 999. Não sabe/Não respondeu/Não lembra
Onde o (a) Senhor (a) fez a maioria das consultas por causa da diabetes nos últimos seis meses	16.3	a) Nesta Unidade de Saúde b) Em outra Unidade de Saúde c) Hospital público d) Hospital particular e) Clínica particular f) Consultório particular g) Outro	Esta pergunta não foi inserida no segundo ciclo.	-	-
O (a) Senhor (a) fez exame de sangue em	16.4	a) S/N b) NSA	O(a) senhor(a) fez exame de sangue em	21.3	1. Sim 2. Não

jejum para medir o açúcar nos últimos seis meses?			jejum para medir o açúcar nos últimos seis meses?		999. Não sabe/Não respondeu/Não lembra
Algum profissional da equipe de saúde examinou os pés do (a) Senhor (a) nos últimos seis meses?	16.5	a) S/N b) NSA	Algum profissional da equipe de saúde examinou os pés do(a) senhor(a) nos últimos seis meses?	21.4	1. Sim 2. Não 999. Não sabe/Não respondeu/Não lembra
Algum profissional da equipe de saúde orientou sobre o cuidado com os pés do (a) Senhor (a) nos últimos seis meses?	16.6	a) S/N b) NSA	Esta pergunta não foi inserida no segundo ciclo.		
O (a) Senhor (a) já sai da consulta com a próxima consulta marcada?	16.7	a) Sim b) Às vezes c) Não	O(a) senhor(a) já sai das consultas com a próxima consulta marcada?	20.5 (Recriada)	1. Sempre 2. Na maioria das vezes 3. Quase Nunca 4. Nunca 999. Não sabe/Não respondeu/Não lembra
O (a) Senhor (a) usa remédio por causa da diabetes?	16.8	a) S/N b) NSA	O(a) senhor(a) usa remédio por causa da diabetes?	21.6	1. Sim 2. Não 999. Não sabe/Não respondeu/Não lembrou
Onde o (a) Senhor (a) consegue o remédio para diabetes?	16.9	a) Nesta Unidade de Saúde b) Em outra Unidade de Saúde c) No hospital d) Farmácia Popular subsidiado (sem pagar pelo remédio) e) Farmácia comum pago pelo usuário f) Outro	Esta pergunta não foi inserida no segundo ciclo.		

Tabela A6. Compatibilização das variáveis referente ao componente Satisfação do primeiro ciclo (2012) e segundo ciclo (2014) do PMAQ-AB.

Pergunta 2012	Código 2012	Resposta 2012	Pergunta 2014	Código 2014	Resposta 2014
Quando o (a) senhor (a) procura atendimento nesta unidade, a falta de material ou equipamento costuma prejudicar seu atendimento ?	18.1	a) Sim, sempre b) Sim, algumas vezes c) Nunca d) Não sabe/não respondeu	Esta pergunta não foi inserida no segundo ciclo.	-	-
Quando o profissional receita um remédio, a medicação está disponível nesta Unidade de Saúde?	18.2	a) Sim, sempre b) Sim, algumas vezes c) Esta unidade não entrega medicamento d) Nunca e) Não sabe/não respondeu	Quando o profissional receita um remédio, a medicação está disponível nesta unidade de saúde?	23.1 (Recriada)	1. Sempre 2. Na maioria das vezes 3. Quase nunca 4. Nunca 5. Esta unidade não entrega medicamento 6. 999. Não sabe/não respondeu/não lembra
Na sua opinião o cuidado que o (a) Senhor (a) recebe da equipe de saúde é:	18.4	a) Muito bom b) Bom c) Regular d) Ruim e) Muito ruim f) Não respondeu	Na sua opinião, o cuidado que o(a) senhor(a) recebe da equipe de saúde é:	23.5	1. Muito bom 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim 6. 999. Não sabe/Não respondeu/Não lembra
De zero a dez, qual nota o(a) senhor (a) atribui para a sua satisfação com cuidado recebido na unidade?	18.9	a) __ __ , __ b) Não sabe / não respondeu	De zero a dez, qual nota o (a) senhor (a) atribui para a sua satisfação com cuidado recebido com Médico/ Enfermeiro/ACS	23.7 a 23.12 (Recriada)	