

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

**Valéria Feijó Martins**

**PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS IDOSOS SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE NAS  
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE A PARTIR DO PMAQ**

Porto Alegre, 2017

Valéria Feijó Martins

PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS IDOSOS SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE  
NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE A PARTIR DO PMAQ

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**Orientadora:** Prof. Dra. Andréa Kruger Gonçalves

**Área de concentração:** Saúde, Educação e Sociedade

Porto Alegre, 2017

Valéria Feijó Martins

PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS IDOSOS SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE  
NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE A PARTIR DO PMAQ

Aprovada em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Anelise Reis Gaya - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Profa. Dra. Camila Mello dos Santos - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Profa. Dra. Giovana Zarpellon Mazo - Universidade do Estado de Santa Catarina

Porto Alegre, 2017

## CIP - Catalogação na Publicação

Feijó Martins, Valeria  
PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS IDOSOS SOBRE OS SERVIÇOS  
DE SAÚDE NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE A PARTIR DO  
PMAQ / Valeria Feijó Martins. -- 2017.  
67 f.

Orientadora: Andréa Kruger Gonçalves.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,  
2017.

1. Idoso. 2. Atenção primária à saúde. 3. Avaliação  
em saúde. 4. Programa Nacional de Melhoria do Acesso  
e da Qualidade da Atenção Básica. I. Kruger  
Gonçalves, Andréa, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os  
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

## DEDICATÓRIA

*A todos os idosos brasileiros...*

---

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço ao projeto CELARI, por proporcionar experiências e descobertas que contribuíram para minha formação e crescimento pessoal.

À professora Andrea, pela oportunidade de trabalhar ao seu lado, pela amizade, confiança, dedicação e seus ensinamentos.  
*“Sabes que te admiro, pela tua competência intelectual, tua generosidade e, claro, tua paciência e vontade de ensinar.”*

Aos professores e todos os envolvidos na Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, por terem criado as condições necessárias para a produção deste trabalho.

Obrigada!

## RESUMO

Com o crescente número de idosos na população mundial surgem preocupações referentes a políticas que acomodem as particularidades desta população. Foi a partir desse crescimento populacional que surgiram novas políticas de saúde para a população idosa. Atualmente, revela-se uma necessidade de avaliar estas políticas. As informações são limitadas nos sistemas de informação de saúde e estão disponíveis somente dados de notificações obrigatórias. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) pode representar o início de um ciclo, instituindo a avaliação da atenção básica no país, para realizar um planejamento com melhores ações e condições de ampliação do serviço. Essa pesquisa busca analisar a percepção dos usuários idosos sobre os serviços de saúde prestados nas Unidades Básicas de Saúde a partir da avaliação do PMAQ-AB. Como objetivos específicos a) descrever as características sociodemográficas e presença de doenças de usuários idosos que utilizam os serviços de saúde nas Unidades Básicas de Saúde no Brasil e suas regiões; b) verificar a percepção de usuários idosos quanto aos serviços de saúde prestados nas Unidades Básicas de Saúde no Brasil. Para isso, foi realizado um estudo descritivo transversal. Como amostra utilizou as entrevistas do módulo de avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ respondidas por usuários com 60 anos ou mais, totalizando 26.746 usuários idosos. Os serviços de saúde foram avaliados como acessíveis pelos usuários idosos, sendo utilizados conforme suas demandas de saúde. Os idosos estão em maior concentração nas regiões sudeste e nordeste do país; como maioria são mulheres brancas e pardas com escolaridade de ensino fundamental que não trabalham. A hipertensão e a diabetes são acometimentos presentes. O acesso as unidade de saúde é facilitado pela proximidade dos domicílios e o horário de atendimento é suficiente. Uma das formas de atendimento é a marcação das consultas, porém nem sempre possível para o mesmo dia, mas a equipe busca resolver os problemas apresentados pelos usuários. As equipes estão organizadas, realizando os encaminhamentos necessários. Praticamente todos os usuários recebem a visita dos agentes comunitários e levam o tratamento até a sua conclusão. Os cuidados ofertados pelo sistema de saúde estão de acordo com as políticas contemporâneas de saúde, que indicam buscar a recuperação da saúde, estabilização e prevenção das doenças. Isso mostra que os serviços estão atendendo as necessidades de saúde da população idosa.

**Palavras chave:** Idoso; Atenção primária à saúde; Avaliação em saúde; Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

## ABSTRACT

With the increasing number of elderly people in the world population arise concerns about policies that accommodate the particularities of this population. From this population growth that new health policies emerged for the elderly population. Currently needs to evaluate these policies. The National Program for the Improvement of Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB) can represent the beginning of a cycle, instituting the evaluation of basic care in the country, to carry out a plan with better actions and conditions for expansion of the service. This research seeks to analyze the perception of the elderly users about the health services provided in the Basic Health Units from the evaluation of the PMAQ-AB. As specific objectives a) to describe the sociodemographic characteristics and presence of diseases of elderly users who use the health services in the Basic Health Units in Brazil and its regions; b) to verify the perception of elderly users regarding the health services provided in the Basic Health Units in Brazil. For this, a cross-sectional descriptive study was carried out. The sample was the interviews of the external evaluation module of the second cycle of the PMAQ answered by users aged 60 years or more, totaling 26,746 elderly users. The health services were evaluated as accessible by the elderly users, being used according to their health demands. The elderly are more concentrated in the southeastern and northeastern regions of the country; The majority of whom are white and grizzly women with elementary school education who do not work. Hypertension and diabetes are present complications. Access to the health unit is facilitated by the proximity of the homes and the hours of care are sufficient. One of the forms of service is the marking of appointments, but not always possible for the same day, but the team seeks to solve the problems presented by users. The teams are organized, making the necessary referrals. Practically all users are visited by community agents and take the treatment to completion. The care offered by the health system is in accordance with the contemporary health policies, which indicate the recovery of health, stabilization and prevention of diseases. This shows that services are meeting the health needs of the elderly population.

**Keywords:** Elderly; primary health care; Health evaluation; National Improvement Program Access and Primary Care Quality.



## LISTAS DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b>	Variáveis, perguntas e categorias do estudo.	35
<b>Tabela 2:</b>	Distribuição de frequência e percentual da amostra conforme o item 'Descrição' apresentado por Região e Brasil.	39
<b>Tabela 3:</b>	Distribuição de frequência e percentual da amostra segundo as questões do PMAQ, conforme os serviços prestados pela Unidade de Saúde.	42
<b>Tabela 4:</b>	Distribuição de frequência e percentual da amostra segundo as questões do PMAQ, conforme os serviços prestados pela Unidade de Saúde.	45

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	11
1.1 Objetivo.....	15
1.2 Objetivos específicos.....	15
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	16
2.1 Percurso do Envelhecer: das mudanças relacionadas ao processo às questões de legislação.....	16
2.2 Atenção à saúde: sistema, avaliação e PMAQ-AB.....	23
2.2.1. O PMAQ-AB e sua estrutura.....	25
2.2.2. Produção de conhecimento a partir do PMAQ-AB.....	27
<b>3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA E O PMAQ-AB: BASE DE DADOS</b> .....	34
3.1 Tipo de estudo.....	34
3.2 Amostra.....	34
3.3 Instrumento.....	35
3.4 Análise dos dados.....	37
3.5 Limitações do estudo .....	38
<b>4. RESULTADOS: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO</b> .....	39
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	51
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	54
<b>ANEXO</b> .....	63

## 1. INTRODUÇÃO

O aumento da população idosa já é considerado um fenômeno populacional. Pesquisadores da década de 80 como Kalache, Veras e Ramos, já demonstravam uma preocupação com esse crescimento, salientavam que envelhecer não era experiência somente dos países desenvolvidos, mas de uma considerável parcela da população que se encontrava em países de terceiro mundo. Um dos principais fatores para este evento foi a melhora substancial dos parâmetros de saúde dessas populações (VERAS, 2009). As mudanças sociais, percebidas a partir da metade do século XX, contribuíram para uma busca por explicações e a formação de uma consciência da existência de uma população que segue com um crescimento acentuado, trazendo à tona problemas sociais, econômicos, médicos e psicossociais, que precisam ser abordados e conhecidos de forma integral pelos estudiosos da área (NETTO, 2013).

Em nível mundial, a proporção de pessoas com mais de 60 anos cresce rapidamente, o que não acontece com outras faixas etárias. É esperado um crescimento de 223% no número de pessoas mais velhas no período de 1970 a 2025. A expectativa de vida, no período de 2010 a 2015, foi de 78 anos (países desenvolvidos) e 68 anos (países em desenvolvimento). Estima-se que, entre 2045 e 2050, os recém-nascidos terão a expectativa de vida de 83 anos (países desenvolvidos) e 74 anos (países em desenvolvimento). Dados mundiais mostram que 46% da população idosa apresentam incapacitações e 250 milhões indicam incapacitação moderada a grave (UNFPA, 2012). O aumento dessa população é resultante das transformações demográficas ocorridas nas décadas pregressas, na maioria dos países, apresentando-se como um processo inexorável, além de estar associado com modificações no perfil epidemiológico e nas características sociais e econômicas das populações (CHAIMOWICZ, 2009). Com isso, percebe-se um ritmo de envelhecimento populacional mais intenso que no passado, por exemplo, na República Islâmica do Irã em 2015 em cada 10 habitantes havia 1 com mais de 60 anos, mas essa proporção será de 1 a cada 3 em apenas 35 anos (OMS, 2015).

Na população idosa brasileira, percebe-se que houve um crescimento de forma rápida, radical e de forma ascendente (REDE, 2008). O Brasil está caminhando para um desenho demográfico mais envelhecido, tendo como consequências necessidades nas políticas sociais, nas áreas da saúde, previdência e assistência social. (BRASIL, 2010a). Um país é considerado 'jovem' quando sua população idosa não ultrapassar 7%, mas quando ultrapassar 14% passa a ser considerado 'envelhecido'. Utilizando estas informações, é possível afirmar que o Brasil deixará de ser um país 'jovem' e passará a ser um país 'envelhecido', dentro de uma única

geração, ou seja, em menos de 20 anos (CHAIMOWICZ, 2009). Em forma de números, o envelhecer, ao longo das décadas, retrata várias formas e comportamentos; o número de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, em 2012, no Brasil era de 10,76% da população brasileira. Projeções estatísticas mostram que esse número chegará em 2030 há 18,62% da população. A taxa de fecundidade total das mulheres brasileiras sofreu uma redução de 70% em 50 anos, passou de 6,28 filhos em 1960 para 1,90 filhos em 2010. Em comportamento inverso, a expectativa de vida ao nascer foi de 73,4 anos, em 2010, podendo chegar a 78,33 anos em 2030 (IBGE, 2011; BRASIL, 2016). Dados que também chamam a atenção são os referentes à Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012a), indicando que 39,7% das pessoas de 75 anos ou mais de idade consideraram sua saúde como boa ou muito boa. A prática de atividade física no tempo livre mostrou-se baixa, sendo que 62,7% dos idosos são inativos. Quanto ao relato de diagnóstico de doença entre os idosos foi encontrado: 55,0% hipertensão, 19,9% diabetes, 25,9% colesterol alto, 13,7% doenças do coração, 28,9% problema crônico de coluna, 11,1% depressão e 5,7% câncer. Esses números mostram que cada vez mais o idoso se apresenta como um grupo heterogêneo e capaz de ter comportamentos distintos entre si. As principais causas de óbito na população idosa são os agravos decorrentes das doenças crônicas não transmissíveis, o que vem ocorrendo em abrangência mundial.

No Brasil, dados sobre mortalidade mostram que as principais causas são as doenças do aparelho circulatório (266.415 óbitos – 34,67%) e as neoplasias (132.520 óbitos – 17,24%) (BRASIL, 2016). Em revisão de literatura, desenvolvida por Perez (2008), percebeu-se que 80% dos idosos brasileiros possui pelo menos uma doença crônica e 33% apresentam três ou mais agravos crônico-degenerativos de longa duração, apresentando grande demanda para os serviços de saúde. O alto índice de hipertensão arterial e o não tratamento são possíveis motivos desses números (BRASIL, 2010a). Esse tipo de informação oferece uma boa visão do impacto dos problemas de saúde mais graves dessa faixa etária. No entanto, há outras limitações e doenças mais comuns nos idosos que não levam a morte, diretamente, mas acabam comprometendo a independência do idoso. Dentre estas estão: demências, quedas, osteoartrose, depressão, incontinência urinária, dislipidemia e osteoporose (CHAIMOWICZ, 2009).

O Brasil passou de um cenário onde a mortalidade era própria de uma população jovem para um cenário totalmente inverso, onde perduram enfermidades complexas, com doenças fixadas por anos, exigindo constantes cuidados e exames periódicos, resultando num maior uso dos serviços de saúde. Estes fatores mostram que os modelos de atenção à saúde são

ineficientes e de alto custo. O envelhecimento saudável deve ser valorizado nas políticas contemporâneas de saúde, salientando a recuperação da saúde, a estabilização das doenças, a manutenção, a melhora ou a reabilitação da capacidade funcional e, principalmente, a prevenção das doenças (VERAS, 2011). É necessária uma transição entre a lógica da estrutura do cuidado para um atendimento das novas necessidades de saúde da população. Quando se trata de política de saúde da população idosa é prioridade falar de promoção da saúde e manutenção da capacidade funcional. Estes conceitos podem ser visto como um conceito de saúde adequado para a instrumentalização e operacionalização de uma política contemporânea de atenção à saúde do idoso (ANS, 2016).

As particularidades da população idosa brasileira não estão contempladas de modo efetivo em sistemas de informação de saúde, existindo somente dados de mortalidade, hospitalizações no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), doenças de notificação obrigatória e outras informações produzidas pelos programas e serviços de saúde, as quais têm servido como referência para informações sobre condições de saúde e uso de serviços pelos idosos. Além de ter esforços pontuais e desarticulados, não visualizam a prevenção como forma efetiva para alterar os quadros de doenças crônicas. Deste modo, qualquer política que tenha os idosos como referência deve considerar a capacidade funcional, a autonomia, a participação na sociedade e a autossatisfação. A elaboração de novos significados para se viver com uma idade mais avançada, deve incentivar a prevenção, o cuidado e a atenção integral à saúde (VERAS, 2009).

O sistema brasileiro de saúde está passando por um momento de reorganização, onde a principal aposta é a Estratégia de Saúde da Família. Constituindo um eixo de inovação no sistema, pois desprende o centro do cuidado para onde as pessoas estão, onde elas vivem. Propõe então, um conhecimento maior no quesito de avaliação e monitoramento do serviço, para com isso, desenvolver o trabalho descentralizado. A inclusão de uma cultura de avaliação está sendo implantada na atenção básica (AB), destacando que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) busca manter a avaliação e um acompanhamento contínuo dos resultados obtidos, entendido como uma etapa do processo de planejamento e organização das ações. Um dos atuais desafios para a investigação da eficiência do sistema é a construção e inserção de uma proposta de monitoramento e avaliação (SANTOS et al., 2016). Com esta conjuntura, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) mostra o início de um ciclo na evolução, instituindo a avaliação da atenção básica no país, diferenciando-se por ter um caráter universal e rotineiro (CAVALCANTI; OLIVEIRA NETO; SOUZA, 2016).

Os programas de avaliação estão mostrando que, além de estarem em expansão, apresentam uma diversificação conceitual e metodológica, acompanhado de um crescente apelo para uma significação como instrumentos de apoio às decisões fundamentais das dinâmicas dos sistemas e serviços de saúde, como também para a implementação de futuras políticas que se relacionem com a saúde da população (CURVO, 2010). Os programas possibilitarão o conhecimento das condições de saúde de uma população, possibilitando informações para delinear uma situação. O mesmo é utilizado para a análise dos serviços prestados, por exemplo, na atenção básica. Com o acesso a estas informações pode-se realizar um planejamento com melhores ações e condições de ampliação do serviço, relacionando programas que buscam analisar estas condições.

Este estudo vem cooperar com a proposta do Ministério de Saúde de avaliar os serviços de AB. A utilização do PMAQ-AB como objeto/instrumento de pesquisa mostra que o Ministério está preocupado com a situação que se encontra a AB, buscando, através dos resultados do PMAQ-AB, melhorias no acesso e na qualidade desse atendimento. Entretanto, não se pode somente avaliar, mas é preciso explorar os resultados. A análise do pesquisador deverá auxiliar na contribuição sobre o assunto. O uso de uma base de dados é o exemplo evidente desta situação, onde o pesquisador busca resultados de uma população-alvo, de seu interesse, num montante representativo ou total de uma população, neste caso, a população de usuários da AB no Brasil que responderam ao PMAQ-AB.

O interesse pela temática envelhecimento acompanha a pesquisadora desde os anos iniciais da graduação do curso de Educação Física, quando passou a fazer parte de projetos de extensão direcionados ao público idoso. O projeto de extensão Centro de Estudos de Lazer e Atividade Física do Idoso – CELARI, situado na ESEFID (Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança) da UFRGS (Universidade Federal do Rio Grande do Sul), tem por objetivo buscar a promoção e manutenção da qualidade de vida e do bem-estar (físico e mental), por meio de atividades físicas e sociais. A atuação com os idosos ocorreu nas mais variadas atividades propostas pelo projeto. Após algum tempo, surgiu à necessidade de um novo projeto direcionado aos idosos que não buscavam a UFRGS, deste modo articulou-se uma proposta que atendia o idoso no seu território. Este segundo projeto chamado “Vidas em Movimento: atividades físicas e socioeducativas de lazer com idosos” é financiado pelo edital nacional de Extensão Universitária PROEXT. O objetivo é incentivar a participação das pessoas idosas em atividades que possam contribuir para o seu desenvolvimento pessoal e social, através de um programa de aconselhamento de atividades físicas regulares. As ações são realizadas em unidades de saúde do Distrito de Saúde Glória/Cruzeiro/Cristal do

município de Porto Alegre. Estas duas experiências suscitaram o interesse em pesquisar os idosos na área da saúde pública, além da oportunidade de aproximação com o programa PMAQ-AB, definindo-se os usuários idosos da AB como campo de estudo.

Perante o exposto, o anseio deste estudo é oportunizar um olhar mais cauteloso para a população idosa, onde se possam disponibilizar informações que traduzam a situação desta população atendida na AB. Além de trazer uma representatividade da população idosa brasileira, este estudo vem contribuir como base para questões de comunidade e de população, perante o contexto dos programas de avaliação da saúde. É necessário pensar em estratégias e intervenções que subsidiem um planejamento que, além de oportunizar uma melhor experiência com os serviços ofertados para a população usuária da AB, também consiga ser uma ferramenta de análise que forneça subsídios à pesquisa.

### **1.1 Objetivo**

Analisar a percepção dos usuários idosos sobre os serviços de saúde prestados nas Unidades Básicas de Saúde a partir da avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

### **1.2 Objetivos específicos**

Descrever as características sociodemográficas e presença de doenças de usuários idosos que utilizam os serviços de saúde nas Unidades Básicas de Saúde no Brasil e suas regiões;

Verificar a percepção de usuários idosos quanto aos serviços de saúde prestados nas Unidades Básicas de Saúde no Brasil.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Percurso do Envelhecer: das mudanças relacionadas ao processo às questões de legislação**

O envelhecimento populacional pode ser definido como a mudança na estrutura etária da população em geral, a qual produz um processo caracterizado pelo aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice (BRASIL, 2010a). O envelhecimento da população é um dos grandes desafios e um dos maiores triunfos da humanidade, ou seja, a longevidade da população e os desafios giram em torno do envelhecimento saudável, qualidade de vida e desenvolvimento das sociedades. A partir do século XXI, o envelhecimento global causará um aumento das demandas sociais e econômicas em todo o mundo, necessitando de medidas para ajudar pessoas mais velhas a se manterem ativas e saudáveis (OMS, 2005).

A transição demográfica é conhecida como o conjunto de modificações no tamanho e estrutura etária de uma população, o qual frequentemente acompanha a evolução socioeconômica dos países, caracterizada por uma sequência de eventos que podem resultar em baixas taxas de mortalidade e fecundidade, além de uma elevada proporção de idosos. Logo após a Revolução Industrial, os países desenvolvidos tiveram uma queda na mortalidade determinada por diversos fatores, dentre eles: progresso das estratégias de produção e distribuição de alimentos, melhoria das condições sanitárias/habitação, programas de saúde pública e de erradicação de doenças. Contudo, para os países em desenvolvimento, a mortalidade só começou a declinar após o desenvolvimento dos antibióticos e imunizações na segunda metade do século XX, com a administração de substâncias como: estreptomicina, penicilina, além de imunizações e a terapia de reidratação oral (KALACHE et al., 1987; CHAIMOWICZ, 2009; OMS, 2015).

O envelhecimento deve ser visto como um processo natural que acarreta em mudanças inevitáveis e graduais, relacionadas com a idade, sucedendo-se apesar do indivíduo desfrutar de boa saúde e estilo de vida saudável. Para isso, necessita-se de uma ligação entre a capacidade de adaptação do indivíduo com os rigores e agressões do meio ambiente. Tendo como resultado um envelhecimento individual, ou seja, cada sujeito envelhecerá do seu modo, sofrendo influência de variáveis como sexo, origem, nutrição e experiências de vida (CIOSAK et al., 2011). Pensar em um envelhecimento saudável é assumir uma visão mais ampla do que



a ausência de doença, é considerar uma adaptação para as mudanças que venham a ocorrer ao longo da vida (VALER et al., 2015).

Partindo da compreensão do desenvolvimento humano em ciclos, a velhice é o período em que o indivíduo deve ter capacidade para estabelecer uma regulação e uma compensação das perdas ao longo da vida. Assim, dar ênfase para redescobrir o “mundo interior”, deixando de lado questões referentes a papeis profissionais e o trabalho, aceitando o corpo envelhecido e suas mudanças (UFC, 2016). Goldman; Faleiros (2008) propõem que o envelhecimento seja visto como uma relação biopsicossocial, onde envolva as trajetórias individuais, familiares, sociais e culturais ao longo da vida, em um entrecruzamento entre o ter e não ter, como por exemplo, a aposentadoria, onde se tem um trabalho e a partir de um momento não se tem um trabalho.

Culturalmente o envelhecimento é associado com doença crônico-degenerativa, incapacidades e maior utilização dos serviços de saúde, mas essa associação pode ser desfeita (ROSSET, et al., 2011) através da ampliação de algumas ações para que os anos adicionais sejam vividos com qualidade. Sabe-se do aumento do contingente de idosos, que estão vivendo por períodos mais longos e a prevalência de doenças crônicas é uma das suas especificidades. Motivar ações relacionadas com a promoção e educação em saúde, prevenção e retardamento das doenças, além da manutenção e da autonomia, são necessárias para qualificar estes anos (VERAS; CALDAS; CORDEIRO, 2013). A negação da sociedade quanto ao envelhecimento, à precariedade de investimentos públicos, a desinformação e o desrespeito, influenciam o não atendimento das necessidades específicas da população idosa, além da dificuldade de se pensar políticas públicas para esta população (VERAS, 2009; BRASIL, 2010a).

O declínio biológico é um pilar dos estigmas negativos que são associados ao processo de envelhecimento, frequentemente, acompanhado de dificuldades funcionais ou algumas doenças. As representações sociais construídas na velhice estão fortemente associadas à doença e à dependência, o que são aceitas como características normais e inevitáveis desta fase (BRASIL, 2010a). O idoso é frequentador assíduo dos serviços de saúde e, naturalmente, apresenta diversas doenças. Com isso, é necessário oferecer um cuidado em instâncias mais leves, sempre que possível, como caráter preventivo, para evitar o ambiente hospitalar. É possível envelhecer sem doenças crônicas, mas com alguma perda funcional que pode ser desde a diminuição de vigor até uma deficiência metabólica (ANS, 2016).

A fragilização é um processo versátil, que não atinge a totalidade dos idosos, sendo que de 10 a 25% da população idosa é considerada frágil, sendo imprescindível sua identificação e tratamento. Existe um senso comum para a caracterização do idoso frágil, mas o conceito de

fragilidade e de idoso frágil ainda está em construção. Sabe-se que é um estado de vulnerabilidade relacionada à idade, onde acontece uma baixa reserva homeostática e uma capacidade de resposta reduzida a diferentes tipos de estresses, em decorrência aumenta o risco de eventos adversos para o idoso (PEREZ, 2008). Uma revisão de literatura, (CERTO et al., 2016) defende que a fragilidade tem relação com a idade, mas não é resultado exclusivo do processo de envelhecimento. A fragilidade vai estar relacionada com a presença de comorbidades, ou seja, as doenças crônicas que surgem nas fases mais avançadas da vida tendem a ser menos letais e a se acumularem durante o processo de envelhecimento. Considerada uma síndrome, é vista como decorrente da interação de fatores biológicos, psicológicos, cognitivos e sociais, que se relacionam ao longo da vida, tendo grande possibilidade para a prevenção, identificação e tratamento dos sintomas (ANS, 2016). Nos últimos anos os estudos de Fried e colaboradores estão ganhando destaque, como pode ser visto no Tratado de Geriatria e Gerontologia:

Fried et al., definiram a fragilidade como uma síndrome de declínio espiral de energia, embasada por um tripé de alterações relacionadas com o envelhecimento, composto por sarcopenia, desregulação neuroendócrina e disfunção imunológica. Os idosos portadores desta tríade estariam propensos à redução acentuada da massa muscular e a um estado inflamatório crônico que, se associado a fatores extrínsecos como a incidência de doenças agudas ou crônicas, a imobilidade, a redução da ingestão alimentar e outros, levariam a um ciclo vicioso de redução da energia e aumento da dependência e suscetibilidade a agressores (FERRIOLI; MORIGUTI; FORMIGHIERI, 2011, p.1014).

Percebe-se que este modelo passou de uma abordagem puramente funcional para a premissa de um mecanismo fisiopatológico comum aos estados de fragilidade (FERRIOLI; MORIGUTI; FORMIGHIERI, 2011). Portanto, a fragilidade pode ser vista como um novo paradigma para embasar a atenção à saúde da população idosa (ANS, 2016).

A saúde da pessoa idosa abrange diversos fatores ambientais, socioeconômicos, culturais e políticos que vão além do simples fato de ter ou não ter saúde (BRASIL, 2010a). Alguns termos remetem diretamente ao conceito de envelhecimento, dentre eles, senescência e senilidade. O primeiro pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, o qual, normalmente, não causa grandes dificuldades. Já o segundo, quando em condições de sobrecarga (doenças, acidentes, estresse emocional) pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência. Tem de se ter atenção para não considerar todas as alterações que venham a ocorrer com a velhice, como sendo decorrentes de um envelhecimento natural, impedindo a descoberta precoce e o tratamento de certas doenças (BRASIL, 2007). O documento Envelhecimento e Saúde da

pessoa idosa, do Ministério da Saúde, defende que o conceito de “doença única” (problema único para explicar todos os sinais e sintomas) não é aplicável aos idosos. Estes costumam apresentar uma somatória de sinais e sintomas, sendo resultado de várias doenças concomitantes, podendo provocar a insuficiência dos sistemas (efeito cascata). Não somente as condições crônicas podem descrever uma população em envelhecimento, porém as suas escolhas quanto ao estilo de vida (tabagismo, dieta inadequada, inatividade física) e a própria predisposição genética traz reflexos na saúde dos idosos desta sociedade. A necessidade de cuidados em longo prazo, equipe multidisciplinar e medicamentos específicos, são necessários para a cronicidade dos problemas de saúde das pessoas mais velhas, porém o que se percebe é que os cuidados e os serviços de saúde estão estruturados em prol dos episódios agudos (ANS, 2016). Como também, deve-se ter cuidado para não tratar envelhecimento e doença como fatores dependentes, mas que ocasionam uma maior vulnerabilidade à doença (CIOSAK et al., 2011).

Países desenvolvidos socioeconomicamente estão vivendo um fenômeno relacionado com maior expectativa de vida e menos anos de vida com incapacidades. Portanto, se associado o grau de desenvolvimento de uma população com políticas de prevenção em saúde é possível retardar o desenvolvimento de incapacidades e de doenças, até nas fases mais avançadas. Diminuindo a utilização dos serviços públicos e estimulando a promoção da saúde (ROSSET et al., 2011).

Para que o envelhecimento seja visto como uma experiência positiva, uma vida mais longa deve ser acompanhada de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança. Para significar esta visão, a Organização Mundial da Saúde utiliza o termo “envelhecimento ativo” definido 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), estimulando as pessoas a perceberem seu potencial de participarem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades. Além de propiciar proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários (OMS, 2005). Uma das respostas da sociedade ao envelhecimento populacional deve ser manter as pessoas, independentemente da idade, com “boa saúde”, assim, será possível proporcionar aos idosos uma vida mais saudável, com menos custos e melhores oportunidades (UNFPA, 2012). Estudiosos defendem que um modelo contemporâneo de saúde do idoso deve agregar uma série de ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação de agravos. Assim, uma linha de cuidado ao idoso

precisa calcular uma rede articulada, baseada e com um modelo de informação previsto em sintonia com essa lógica (ANS, 2016).

A capacidade funcional e a autonomia do idoso estão diretamente relacionadas com a qualidade de vida, podendo ser vistas como mais relevantes do que as questões de morbidade (CHAIMOWICZ, 1997). Advém, como um novo paradigma de saúde, onde a manutenção da independência e a autonomia devem ser metas da atenção à saúde da pessoa idosa, pois esta ideia é uma proposta da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006). A capacidade funcional busca avaliar o potencial que o idoso tem para realizar uma atividade, ou seja, pode demonstrar ser mais significativa nas intervenções terapêuticas do que apenas a presença ou ausência de doenças (BRASIL, 2007). Pode-se deixar ir mais além, como algo além das doenças, que considera todos os aspectos funcionais do indivíduo que envelhece, desde a saúde física e mental até as condições socioeconômicas e a capacidade de autocuidado (UFMA, 2014). Por isso, é necessário buscar as políticas, programas e metas que busquem um envelhecimento que considere algo além do que o simples fato de não ter doenças, um envelhecimento que considere o total da capacidade do indivíduo na sociedade.

A ausência de programas sociais e assistenciais além de políticas públicas para a pessoa idosa são assuntos que surgem nas discussões das organizações de saúde, onde nasceram as primeiras tentativas para a aproximação das políticas com as demandas crescentes. O Brasil tem buscado atender estas demandas com a criação de Políticas, Leis, Decretos e a própria Constituição que vão ao encontro destas questões que tratam do envelhecimento (FERNANDES; SOARES, 2012). Porém, muita coisa ainda está no papel, não fazendo parte do sistema estruturado para o atendimento desta demanda. Sabe-se que os idosos acabam somando mais gastos ao sistema público quando comparados com outras faixas etárias, por isso a importância de colocar em vigor essas políticas que buscam ofertar a prevenção como resolubilidade das questões apresentadas como desafios (CRUZ; MURAI, 2009).

Diante do atual perfil da população brasileira foi necessário elaborar a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994), regulamentada somente em 1996, a qual busca assegurar os direitos sociais à pessoa idosa, além de condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Por consequência desse movimento, em 1999 foi estabelecida a Política Nacional de Saúde do Idoso, tornando o Ministério da Saúde um dos responsáveis pela promoção e elaboração de planos, projetos e ações que venham a estar em conformidade com as diretrizes e responsabilidades estabelecidas naquele período. Em 2003 foi definido o Estatuto de Idoso (BRASIL, 2003), o qual tem sido utilizado como um guia para

que as políticas públicas possam ser adequadas ao processo de ressignificação da velhice, sendo a saúde um dos impactos na qualidade de vida. Como continuidade dessas conquistas, em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006), na qual foi considerada que existem pessoas idosas independentes, porém também há uma parcela da população mais frágil, sendo que as ações devem ser pautadas de acordo com estas especificidades, como também promover o Envelhecimento Ativo e Saudável. O Pacto pela Saúde (criado em 2006) tem seis prioridades pactuadas: saúde do idoso; controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde; fortalecimento da atenção básica (BRASIL, 2006). O Pacto pela Saúde é constituído por dimensões, sendo uma delas o Pacto pela Vida, a qual possui uma área técnica denominada como “Saúde do Idoso”, ou seja, pela primeira vez na história das políticas públicas de saúde, a preocupação com a saúde da população idosa brasileira está alicerçada (BRASIL, 2010a).

As ações estratégicas da área técnica ‘Saúde do Idoso’ estão baseadas nas diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e nas metas propostas no Pacto pela Vida de 2006, tendo como objetivos, a) a promoção do envelhecimento ativo e saudável, b) realização de ações de atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa, c) de ações intersetoriais de fortalecimento da participação popular e de educação permanente. Para o êxito destes, foram definidas as seguintes ações: Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; Caderno de Atenção Básica - Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa; Curso de Aperfeiçoamento em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa; Curso de Gestão em Envelhecimento; Oficinas Estaduais de Prevenção de Osteoporose, Quedas e Fraturas em Pessoas Idosas; Ações desenvolvidas ou em desenvolvimento em parceria com outras áreas.

O campo de atuação da saúde é um conjunto intersetorial e interdisciplinar de ações, em prol da qualidade de vida das pessoas da comunidade. Para a efetivação deste conceito é preciso empenho para a disseminação de informações, as quais busquem hábitos saudáveis de vida, e investimento para à implementação de sistemas de saúde que sejam condizentes com as expectativas e necessidades dos usuários, bem como eficazes no desempenho de suas funções. Os serviços de saúde foram impactados pelas mudanças sociais vividas nas últimas décadas (transição demográfica, epidemiológica, longevidade, queda de fecundidade), pois tinha um viés de tratamento de situações agudas e episódicas de doenças, precisando ser modificados para atender doenças crônicas, redução de deficiências e mortalidade prematura. Para isso, ocorreu a necessidade de buscar práticas assistenciais interdisciplinares, as quais conseguissem

dar conta desta nova demanda (MESQUITA; COSTA; CARVALHO, 2013). Quanto à pessoa idosa, seu cuidado vem de diferentes atores e serviços, incluindo o próprio idoso, a família, o cuidador (quando existente), a comunidade e as equipes de atenção à saúde. Deve ser desenvolvido um trabalho de forma inter-relacionada no desempenho de atividades de atenção às demandas identificadas. É preciso estabelecer uma comunicação em que todos os envolvidos tenham voz ativa, permitindo assim a identificação das demandas e dos serviços necessários, o planejamento de utilização dos serviços e o desenvolvimento de um cuidado integrado (BRASIL, 2007).

Com isso, é possível perceber uma evolução das políticas voltadas à pessoa idosa, já que antes praticamente não existia, até porque não era uma demanda da população. O processo atual tem sido a tentativa da efetivação dessas políticas através de ações, as quais ainda são limitadas e insuficientes frente ao contingente de idosos na população atual. A análise do processo de envelhecer da população ao longo do tempo, especialmente a partir do início do século passado, revela que é preciso uma nova organização social para oportunizar um atendimento de melhor qualidade a população idosa.

## 2.2 Atenção à saúde: sistema, avaliação e PMAQ-AB

O direito universal e integral à saúde é uma conquista da sociedade desde a Constituição de 1988. Segundo o Ministério da Saúde, as políticas públicas de saúde têm como objetivo:

assegurar atenção a toda população, por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos (BRASIL, 2010a, p.20).

Buscando também o auxílio necessário, para que, cada vez mais sua população alcance idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. O SUS é uma ideia de política pública que teve sua construção e institucionalização através do vasto debate na sociedade brasileira, motivado pelo movimento sanitário e acolhido na Constituição Federal de 1988. Visto como um experimento social que segue avançando e alcançando os objetivos, mas também esta enfrentando enormes desafios (MENDES, 2011). A organização do SUS é alicerçada em três pilares: rede (forma de integração dos serviços), regionalização (estruturação em regiões de saúde); hierarquização (segmentação dos níveis de complexidade dos serviços); sendo este o modelo que sustenta a atenção à saúde, segundo a art. 198 da Constituição Federal (SANTOS, 2011).

Mendes (2011) ao falar sobre os sistemas de atenção e a situação de saúde brasileira, defende que:

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde dos cidadãos e, como tal, devem operar em total coerência com a situação de saúde das pessoas usuárias. Ocorre que a situação de saúde brasileira vem mudando e, hoje, marca-se por uma transição demográfica acelerada e expressa-se por uma situação de tripla carga de doenças: uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, uma carga importante de causas externas e uma presença hegemônica forte de condições crônicas. Essa situação de saúde não poderá ser respondida, adequadamente, por um sistema de atenção à saúde totalmente fragmentado, reativo, episódico e voltado, prioritariamente, para o enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas. Isso não deu certo em outros países, isso não está dando certo aqui. Por isso, há que se restabelecer a coerência entre a situação de saúde e o SUS, o que envolverá a implantação das redes de atenção à saúde (RASs), uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira (MENDES, 2011, p.20).

Iniciativas devem ser tomadas como forma alternativa para conquistar aquelas parcelas da população que não se encontraram acolhida em nenhuma instância. Por isso, vários

documentos e pesquisadores defendem que a porta de entrada preferencial do sistema deve ser a atenção básica, mas não exclusiva. O sistema precisa ser organizado em função das necessidades de saúde (individuais e coletivas) da população em um modelo que tenha várias instâncias de cuidado (PINTO, 2014; ANS, 2016).

Quanto à atenção à saúde no Brasil, é preciso indicar que é denominada como atenção básica, sendo desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e próxima da vida das pessoas. Indica-se que seja o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde, ou seja, deve ser a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a rede de atenção à saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Para organizar a atenção básica foi criada a Estratégia Saúde da Família:

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conass e Conasems, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012a, p.54).

O Programa Saúde da Família (PSF) então é criado e implantado através da Portaria nº692 de 25 de março de 1994. É vista como a possibilidade de expansão, qualificação e consolidação do modelo de atenção à saúde, proporcionando a reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundamento dos princípios, diretrizes e fundamentos, ampliação da resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades (BRASIL, 2012a). Além de articular todos os níveis de complexidade de atenção com a AB, podendo assim, integralizar as ações e substituindo os modelos tradicionais existentes (BRASIL, 2010b; GARUZI et al., 2014).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) instituída a partir da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 é o documento que regula os princípios e diretrizes da AB, estabelecendo que:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão,



democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2012a, p.19-20).

O conceito de saúde que considera diferentes determinantes e condicionantes do processo de saúde/doença cresceu com o avanço do SUS, essa começa a ser vista como um produto social, dando destaque a AB. Vista como a entrada no sistema, a AB, oferece atenção sobre a pessoa e integraliza a necessidade no nível que é necessário, além de manter o vínculo e responsabilidade pelas necessidades de saúde das pessoas, das famílias e da comunidade (MARIN; MARCHIOLI; MORACVICK, 2013). Assim, a AB deve desenvolver ações de saúde que contemplem a promoção, prevenção, diagnóstico e reabilitação.

O monitoramento e avaliação da saúde vêm expandindo e tendo investimento através de iniciativas que buscam analisar suas ações, seu serviço e sua gestão. Este monitoramento pode ser realizado em diversas opções, tais como: gestão, questões organizacionais, processos, produtos e resultados. Pode ser evidenciado o resgate/construção de uma cultura de planejamento e organização do SUS, facilitando formulações e implantações de políticas e ações necessárias para o crescimento e melhoras no atendimento à população (BRASIL, 2010c). Percebe-se que o espaço da avaliação, gradativamente, aparece em destaque das demais subáreas da saúde no país, caracterizado como um universo particular com certa autonomia, quanto comparado com os outros, podendo ser visto, a partir de agora como um campo de conhecimento e produção através dos diferentes programas (FURTADO; SILVA, 2016).

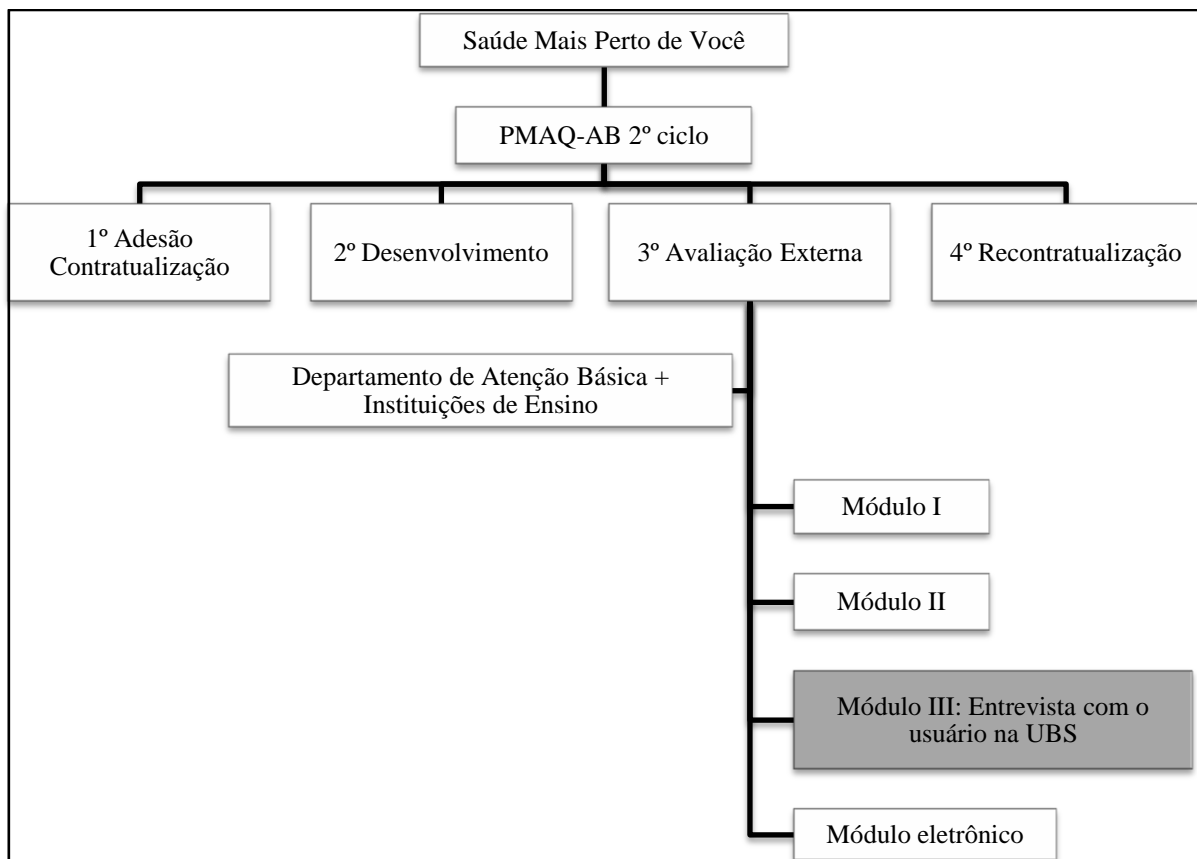
### **2.2.1. O PMAQ-AB e sua estrutura**

O PMAQ-AB está vinculado à política ‘Saúde Mais Perto de Você’ lançado pelo Ministério da Saúde, em 2011, através da Portaria GM/MS nº 1.654, de 19 de julho de 2011. O

PMAQ-AB é fruto do interesse do crescimento de cobertura e de ampliação do acesso, juntamente com as questões de melhorias na qualidade dos serviços, do processo de trabalho, da gestão e das ações ofertadas aos usuários. Mostra-se inserido em um contexto, no qual, o Governo Federal se compromete a desenvolver ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade no SUS (BRASIL, 2011). O objetivo do programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (artigo 2º da portaria GM/MS nº 1.654, de 19 de julho de 2011).

O segundo ciclo do PMAQ-AB foi organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica, sendo elas: primeira fase - Adesão e Contratualização; segunda fase - Desenvolvimento; terceira fase - Avaliação Externa; quarta fase - Recontratualização.

**Figura 1: Estrutura do PMAQ-AB**



Fonte: Autora, adaptado (BRASIL, 2011).

A avaliação externa (terceira fase do PMAQ-AB) foi realizada pelo Departamento de Atenção Básica em conjunto com Instituições de Ensino e/ou Pesquisa (IEP) de todo o país. Para esta coleta de dados recrutou-se um grupo de avaliadores selecionados e capacitados pelas IEP, ao quais aplicaram instrumentos para verificar os padrões de acesso e de qualidade alcançados pelas equipes e pela gestão. Além da realização de observações da infraestrutura e das condições de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, foram realizadas entrevistas com profissionais das equipes participantes, entrevistas com usuários e averiguação de documentos e informações que foram inseridas previamente no módulo eletrônico (BRASIL, 2013). Foi formulado um conjunto de ações para avaliar as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios, além das equipes da atenção básica participantes do programa. Aspectos importantes das prioridades da Política Nacional de Atenção Básica foram contemplados no instrumento, tais como: saúde da mulher, saúde da criança, saúde bucal, saúde mental, atenção às doenças crônicas (hipertensão arterial e Diabetes mellitus), Programa Saúde na Escola, atenção domiciliar, práticas integrativas e complementares e atenção às doenças negligenciadas (tuberculose e hanseníase) (BRASIL, 2012b).

O PMAQ-AB teve como população as Equipes de Atenção Básica em uma abrangência nacional. As equipes foram indicadas pelos gestores municipais na fase de adesão do programa (total de equipes que o gestor municipal avalia que poderão participar do programa). A participação das equipes foi voluntária. Nestas equipes foram selecionados quatro usuários do SUS para a entrevista que estavam presente na unidade no dia da visita do avaliador. Os critérios de inclusão foram: o usuário não poderá ter passado por consulta com médico, enfermeiro ou dentista no dia da entrevista, os blocos específicos (mulher, pré-natal, criança, hipertensão, diabetes) foram aplicados de acordo com o perfil do usuário, os blocos de saúde bucal e práticas interativas serão aplicados conforme o escopo de serviços ofertados da UBS. Já os critérios de exclusão foram: primeira vez que o usuário vem até a unidade de saúde, o usuário não pode ser frequentador a mais de doze meses da unidade de saúde (BRASIL, 2012b).

### **2.2.2. Produção de conhecimento a partir do PMAQ-AB**

O PMAQ-AB tem sido utilizado como base de dados para a realização de pesquisas. E muito já foi feito, mas não se tem uma ideia geral de quais dados foram utilizados para a produção científica. Para permitir essa visualização foi realizado um levantamento da produção científica relacionado ao instrumento. Buscou-se então uma base de dados segura de

dissertações e teses e outra de artigos científicos. Então foram selecionadas como fonte a Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e a plataforma *Scielo*<sup>®</sup> sem restrição de período, com o uso dos termos: ‘Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade’ e ‘PMAQ’. Foram encontrados na BDTD 89 estudos, mas somente 10 foram selecionados; já na plataforma *Scielo*<sup>®</sup> foram encontrados 24 artigos e todos foram selecionados. Os estudos e artigos serão apresentados no quadro abaixo:

**Quadro 1:** Síntese dos estudos selecionados na busca realizada nas plataformas digitais de bases de dados.

<b>Primeiro autor; Revista; Ano; Tipo</b>	<b>Objetivos e principais resultados</b>	<b>Eixo</b>
Medrado (Saúde Debate; 2015)	Analisar a organização do processo de trabalho das Equipes de AB no Rio de Janeiro. Observou-se que o processo de Avaliação Externa estimulou o planejamento das ações das equipes, possuem entraves tanto para a gestão quanto para as equipes sobre o aproveitamento das informações em saúde, a precariedade de recursos humanos e a institucionalização da avaliação.	Gestão e processo do trabalho das equipes
Machado (Saúde Debate; 2015)	Analisa as ações de Educação Permanente em Saúde na AB em Mato Grosso do Sul. Entre as ações, os cursos presenciais foram mais prevalentes, seguidos por troca de experiência, teleducção, ensino à distância e tutoria/preceptoria. As ações de apoio da gestão estavam diretamente relacionadas com o planejamento e a organização do processo de trabalho.	Gestão e processo do trabalho das equipes
Ney (Saúde Debate; 2015)	Estudo de caso realizado em Portugal sobre sistemas de avaliação profissional para atenção primária. Os resultados indicam uma estrutura de coordenação, com descentralização dos serviços, que requer maior autonomia dos gestores de saúde e regulamentação do processo avaliativo, contribuindo para a obtenção de melhores resultados.	Sistema de avaliação e produção de informações
Mendes Júnior (Saúde Debate; 2015)	Analisa a percepção dos profissionais à pertinência dos indicadores de saúde bucal do PMAQ, Fortaleza. Desmotivação, descontinuidade no fornecimento de insumos odontológicos, insegurança no manejo clínico da prótese dentária, atendimento à urgência odontológica, diagnóstico de alteração da mucosa oral foram problemas identificados na operacionalização desses indicadores e mencionados como interferência para o cumprimento de suas metas.	Rede de atenção e saúde bucal
Lorena Sobrinho (Saúde Debate; 2015)	Avaliou-se o acesso e a qualidade das ações e serviços das Equipes de Saúde Bucal do PMAQ, Pernambuco. Constatada disponibilidade de equipamentos e insumos garantindo a realização dos procedimentos, com exceção dos referentes à prótese dentária. Dificuldades para marcação de consulta ainda são relatadas pelos usuários e há indefinição dos fluxos de referência e contrarreferência.	Rede de atenção e saúde bucal
Albuquerque (Saúde Debate; 2014)	Analisa-se a acessibilidade aos serviços de saúde de AB em Pernambuco. Observou-se a expansão da AB. As unidades apresentam dificuldades com a acessibilidade sócio-organizacional; reorganização das ações programadas; centrais de regulação são insuficientes para garantir o acesso; incipiente resolutividade no apoio diagnóstico e nos procedimentos/cirurgias.	Práticas de promoção da saúde
Seidl (Saúde Debate; 2014)	Analisa a gestão do trabalho na AB a partir das entrevistas dos profissionais do PMAQ. Revela-se a importância da continuidade de esforços visando à desprecarização dos vínculos de trabalho, implementação de planos de carreira, formação e qualificação profissional e fortalecimento da educação permanente.	Gestão e processo do trabalho das equipes
Pinto (Saúde Debate; 2014)	Contextualiza a formulação do PMAQ-AB, analisa diferentes papéis do programa na PNAB. Percebe-se um incremento nos recursos destinados à AB e um percurso inovador no que se refere ao conteúdo da política, à mobilização local e à produção de uma cultura de monitoramento e avaliação embasada na utilização de autoavaliação e de Avaliação Externa.	Formulação do programa

### Continuação Quadro 1

<b>Primeiro autor; Revista; Ano; Tipo</b>	<b>Objetivos e principais resultados</b>	<b>Eixo</b>
Teixeira; Saúde Debate; 2014	Análise das frequências de variáveis nos eixos do PMAQ. A abordagem territorial restringe-se aos aspectos geográficos; vulnerabilidade de beneficiários do Bolsa Família; predomínio das ações clínicas na escola; as práticas são fragmentadas e focalizadas; urge integrar cuidado clínico, prevenção e promoção da saúde.	Práticas de promoção da saúde
Fonseca Sobrinho; Saúde Debate;2014	Apresentar a distribuição do apoio matricial (AM), identificar relações entre as atividades de AM e a certificação do PMAQ-AB. As atividades de AM são significativas, mas desiguais. Existe associação positiva entre o grau de apoio e o resultado obtido na certificação. O AM tem ajudado a melhorar a qualidade da AB.	Sistema de avaliação e produção de informações
Medina; Saúde Debate; 2014	Descrever as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas realizadas pelas equipes do PMAQ. Percebeu-se a incipiência da realização das ações, (idosos e detecção de problemas entre escolares), pouca comprovação das ações realizadas; baixa institucionalização dessas ações no âmbito da ESF.	Práticas de promoção da saúde
Rizzotto; Saúde Debate; 2014	A composição e gestão da força de trabalho na AB no Paraná. Predominância de trabalhadores com formação básica. Entre os com nível superior, 76% atuam há cinco anos ou menos; é quase nulo o ensino a distância; necessidade de ações para o fortalecimento de políticas de gestão do trabalho e da educação em saúde.	Gestão e processo do trabalho das equipes
Mendes; Saúde Debate; 2014	Caracterização da disponibilidade de medicamentos nas UBS. Disponibilidade média de 58,5%; baixa em todos os estratos populacionais. A baixa disponibilidade de medicamentos, mostrando-se inversamente associada com a organização geral da UBS em geral e da assistência farmacêutica.	Rede de atenção e saúde bucal
Cruz; Saúde Debate; 2014	Caracterizar o uso do planejamento e autoavaliação para melhoria do processo de trabalho das equipes. As equipes planejam e autoavaliam suas ações com apoio e acesso a dados produzidos. Essas se mostram pouco integradas devendo ser aprimoradas para melhor orientar os ajustes no processo de trabalho das equipes.	Gestão e processo do trabalho das equipes
Casotti; Saúde Debate; 2014	Identificar as características dos serviços de odontologia e analisar a organização da saúde bucal nas equipes do PMAQ. 45,1% dos usuários marcam consulta com o dentista; a garantia de continuidade de tratamento é menor no Norte e Nordeste. O acesso e o tempo de espera ainda se constituem em problema da rede de atenção.	Rede de atenção e saúde bucal
Rodrigues; Saúde Debate; 2014	Relato de experiência sobre o processo de implementação do PMAQ, no Acre. Uso do planejamento como ferramenta norteadora e flexível de articulação institucional como mediador e redutor de conflitos. Importante reconhecer a necessidade de realizar avaliação e planejamento periódicos.	Formulação do programa
Fausto; Saúde Debate; 2014	Analisa a posição da ESF na rede de atenção à saúde do PMAQ. Os resultados indicam que as equipes atuam cada vez mais como porta de entrada preferencial, atendendo a demandas diversas e exercendo a função de filtro para a atenção especializada.	Rede de atenção e saúde bucal
Protásio; Saúde Debate; 2014	Caracterizar a organização, a articulação e a assistência da rede de atenção à saúde na Paraíba. Existem fragilidades na integração da rede de atenção à saúde em relação ao ordenamento e definição do fluxo, fato que pode comprometer a integralidade e o papel da AB de coordenar o cuidado e ordenar as redes.	Rede de atenção e saúde bucal
Neves; Saúde Debate; 2014	Descrever condições de produção e registro das informações geradas nas UBS. Análise de indicadores do PMAQ: condições de infraestrutura e informática, educação permanente e processo de trabalho. Aponta-se um sistema carente de recursos tecnológicos para elaboração de políticas de saúde mais equânimes.	Sistema de avaliação e produção de informações
Moraes; Saúde Debate; 2013	Descreve a avaliação do desempenho do trabalhador, por meio da análise de conteúdo do PMAQ. O PMAQ constitui instrumento de gestão afeito às novas políticas de recursos humanos, sendo forma peculiar de prescrição do trabalho em saúde.	Gestão e processo do trabalho das equipes
Galavote; Esc Anna Nery; 2016	Descrever a organização do trabalho do enfermeiro na APS nas regiões brasileiras. A inserção do enfermeiro em equipes tem suscitado novas modelagens na produção do cuidado com um novo padrão de produção de cuidados, que alteram o modo de organização do processo produtivo, mas inverte o núcleo tecnológico do cuidado.	Gestão e processo do trabalho das equipes

### Continuação Quadro 1

<b>Primeiro autor; Revista; Ano; Tipo</b>	<b>Objetivos e principais resultados</b>	<b>Eixo</b>
Tomasi; S Matern Infant; 2015	Descrever e analisar a adequação da estrutura e processo das equipes do PMAQ na prevenção do câncer de colo de útero na AB. A estrutura e o processo de trabalho para o rastreamento do câncer necessitam ser aprimoradas. As equipes de saúde carecem de maior qualificação das ações relacionadas a esta ação programática.	Gestão e processo do trabalho das equipes
Giovannella; Ciênc Saúde Coletiva; 2016	Analisar a inserção de médicos do PMM segundo qualidade da estrutura das UBS. A ampliação do acesso, componente provisão emergencial, melhoria da infraestrutura e qualificação do processo de trabalho conflui para enfrentar a rotatividade e garantir a permanência de médicos na APS.	Formulação do programa
Barreto; Ciênc Saúde Coletiva; 2015	Revisão de literatura sobre a efetividade do Pagamento por Desempenho (PD). O PD pode promover o alcance de objetivos em sistemas de saúde, no curto prazo e ações pontuais que exijam menos esforço dos provedores de serviços de saúde, utilização com cautela e planejamento, considerando efeitos indesejáveis ou adversos.	Gestão e processo do trabalho das equipes
Giordani; Tese; 2015	Avaliar o acolhimento na AB à saúde, na perspectiva das equipes de saúde. a evidência das diferenças entre as regiões foi complementada pelo significado atribuído às experiências das equipes sobre acolhimento e discutida/comparada com as políticas de saúde.	Gestão e processo do trabalho das equipes
Cavalcante; Dissertação; 2014	Analisar a estrutura das UBS do Maranhão de acordo com a adesão ao PMAQ. A estrutura das UBS está inadequada, exceto no componente organizacional. As que aderiram ao PMAQ têm melhor estrutura que as demais; demonstra a interferência nos processos de trabalho e na qualidade da AB.	Gestão e processo do trabalho das equipes
Cavalcanti; Dissertação; 2014	Identificar alguns desafios da AB e analisar iniciativas implantadas pelo MS 2011-2014, com vistas à sua qualificação. Observou-se que têm se investido em ações de monitoramento e avaliação como dispositivo para melhorar às práticas da gestão e das equipes de saúde, e financiado obras para qualificação dos serviços de AB.	Sistema de avaliação e produção de informações
Pinto; Dissertação; 2014	Analisar o PMAQ nas dimensões relacionadas à formulação, implementação e avaliação inicial, estudar elementos da PNAB. O PMAQ foi considerado uma política com importante sucesso na adesão de municípios, gestores e equipes.	Formulação do programa
Goldbaum; Dissertação; 2014	Avaliar o potencial de contribuição do PMAQ para o fortalecimento da PNSB. Evidencia-se as dificuldades de implementação da saúde bucal antes da PNSB; a participação das equipes de saúde bucal no PMAQ parece fortalecer a saúde bucal.	Formulação do programa
Protasio; Dissertação; 2014	Analisar os fatores que influenciam na satisfação dos usuários dos serviços de saúde no Brasil e regiões. A equipe e gestores devem empenhar esforços para melhorar a qualificação do acesso, a organização e dinâmica do processo de trabalho, atender as necessidades do usuário, fortalecer o vínculo e as visitas domiciliares.	Práticas de promoção da saúde
Linhares; Dissertação; 2013	Avaliar o processo de implantação do PMAQ no Ceará. O processo ocorreu de forma verticalizada, com fragilidades. Convergência das opiniões na readequação dos recursos humanos, tecnológicos e financeiros. Discursos divergentes (atuação do município, financiamento, envolvimento dos profissionais e participação popular).	Formulação do programa
Lopes; Dissertação; 2013	Analisar em que medida o PMAQ contribui para gerar mudanças nos processos de trabalho das equipes, de modo a potencializar a melhoria da qualidade dos serviços prestados na APS. A adesão ao PMAQ potencializa, parcialmente, mudanças no processo de trabalho das equipes da Atenção Básica à Saúde.	Gestão e processo do trabalho das equipes
Klitzke; Dissertação; 2013	Analisar o resultado da avaliação das equipes da ESF do PMAQ. Confirma-se a capacidade do programa de induzir a prática do apoio institucional; necessidade de aprimorar a coleta das informações, estabelecer as diferenças entre a gestão tradicional e aquela que opta pela metodologia do apoio institucional.	Sistema de avaliação e produção de informações
Pellense; Dissertação; 2013	Avaliar a satisfação dos usuários em relação a qualidade da APS no RN. Pode ser uma ferramenta para subsidiar o processo de decisão compartilhada, repensar práticas profissionais, reorganizar o processo de trabalho, realocar recursos, readequar ações e redefinir objetivos que estejam coerentes com o projeto de saúde.	Práticas de promoção da saúde

Fonte: Autora

Para melhor visualizar o PMAQ na produção científica foram criados eixos conforme a temática dos estudos, apresentados no quadro acima, surgindo cinco: a) formulação do programa; b) gestão e processo do trabalho das equipes; c) rede de atenção e saúde bucal; d) sistema de avaliação e produção de informações; e) práticas de promoção da saúde.

A 'formulação do programa' abrange trabalhos que abordaram aspectos importantes para a criação do programa nas suas regiões, o potencial de fortalecimento das políticas envolvidas e o trabalho conjunto entre PMAQ e Programa Mais Médicos (GIOVANELLA et al., 2016; LINHARES, 2013; GOLDBAUM, 2014; PINTO, 2014; RODRIGUES et al., 2014; PINTO et al., 2014). Destes, três são dissertações e uma delas está publicada em forma de artigo (PINTO et al., 2014) os outros dois artigos não são frutos de dissertações ou teses.

O eixo que teve maior quantidade de trabalhos incluídos foi 'gestão e processo do trabalho' das equipes, pois é onde o PMAQ mais contribui com seus dados, tornando-o uma excelente e, principalmente, confiável fonte de dados. Os estudos trazem diferentes temáticas envolvendo a equipe, sendo elas: análise do trabalho das equipes e dos profissionais, educação permanente, força de trabalho e retribuição, estrutura das UBS e planejamento e autoavaliação (LOPES, 2013; CAVALCANTE, 2014; GIORDANI, 2015; BARRETO et al., 2015; TOMASI et al., 2015; GALAVOTE et al., 2016; MORAES et al., 2013; CRUZ et al., 2014; RIZZOTO et al., 2014; SEIDL et al., 2014; MACHADO et al., 2015; MEDRADO et al., 2015). Assim como no primeiro eixo, algumas dissertações foram publicadas com essa temática, sendo somente duas e a única tese de doutorado que utilizou o PMAQ foi o de Giordani no ano de 2015. Os outros nove estudos são artigos científicos.

Outro eixo que teve uma quantidade significativa de estudos foi 'rede de atenção e saúde bucal', neste estão incluídos os trabalhos que abordaram questões referentes à: percepção dos profissionais e ações envolvidas com a saúde bucal, disponibilidade de medicamentos, organização da saúde bucal e análise da rede e da Estratégia Saúde da Família (PROTASIO et al., 2014; FAUSTO et al., 2014; CASOTTI et al., 2014; MENDES et al., 2014; LORENA SOBRINHO et al., 2015; MENDES JUNIOR et al., 2015). Este eixo mostra como característica não ter nenhuma dissertação ou tese, somente artigos estão nesse eixo.

O eixo 'sistema de avaliação e produção de informações' agrupou os estudos que trabalharam com os sistemas de avaliação, apoio matricial, produção e registro de informações, além dos desafios e iniciativas na AB (KLITZK, 2013; CAVALCANTI, 2014; NEVES et al., 2014; FONSECA SOBRINHO et al., 2014; NEY et al., 2015). Este eixo se mostrou mais distribuído quanto às dissertações e artigos, foram duas dissertações e três artigos.

Referente às 'práticas de promoção da saúde' estão os trabalhos que falam sobre a acessibilidade, abordagem territorial do PMAQ, ações de promoção de saúde e doenças crônicas e satisfação dos usuários dos serviços de saúde (PROTASIO, 2014; PELLEENSE, 2013; MEDINA et al., 2014; TEIXEIRA et al., 2014; ALBUQUERQUE et al., 2014). Este eixo é o que mais se aproxima da temática do estudo proposto, quando faz menção a satisfação do usuário, com o estudo de Protasio (2014) que investe na linha de satisfação do usuário, quanto aos cuidados ofertados na AB, e o estudo de Pellense (2013) que trabalha na linha da satisfação do usuário em relação à qualidade da atenção primária à saúde. Este eixo tem como formato de publicação duas dissertações e três artigos.

A partir desse levantamento, pode ser salientada a importância de olhar para o PMAQ como um potencial multiplicador de informações referente ao atendimento da AB. Um fato a ser destacado é que somente uma dissertação foi publicada em forma de artigo (que, aliás, o artigo faz parte da dissertação): O que faz os pesquisadores não publicarem em forma de artigos seus achados? Será que não há espaço para este tipo de temática nas revistas científicas? Ou o acesso a elas esta cada vez mais difícil? Os estudos são muito recentes e se encontram em fase de produção de artigos? Como podemos, como área, mudar essa situação? Estas são perguntas que surgem ao longo da leitura de todos estes números, que mostram que são poucas as revistas interessas por esta temática, sendo que a maioria dos artigos esta publicada em um número temático de uma das revistas citadas acima.

Este tema parece não ter despertado a curiosidade científica. Os pesquisadores de outras áreas ainda não descobriram a grandeza do programa, por exemplo, não foi encontrado nenhum estudo com a temática que o presente estudo defende, tornando a pesquisa uma enorme fonte de dados atualizada sobre o usuário idoso da AB e a necessidade de alavancar a produção da área. Em reportagem<sup>1</sup> que retratou a utilização dos serviços de saúde, percebeu-se que existe um aumento da procura por serviços em função da idade (23% dos usuários tinham idade acima dos 60 anos). Através disto, existe um crescente impacto nos serviços de saúde, onde é necessário e já se está fazendo a reformulação do atendimento para atender a demanda que esta em crescimento.

É necessária uma defesa perante a geração de conhecimento, de métodos e tecnologias que venham para dar suporte ao desenvolvimento do SUS. Estudos como os citados anteriormente e o proposto, devem ser incentivados e publicados das mais diversas formas

---

<sup>1</sup> Reportagem divulgada por Determinantes Sociais da Saúde e escrita por Gabriela Ruiz em 2012; disponível em: <http://dssbr.org/site/2012/04/quem-usa-o-sistema-unico-de-saude-2/> acesso: 12 de março, 2017.



para serem utilizados como orientação das discussões para possíveis desenhos de novas políticas de saúde ou reformulação das existentes. Outras estratégias que também podem ser utilizadas como fomento de informações para novas práticas de intervenção de saúde é a identificação do perfil do usuário e a satisfação do cuidado recebido através das equipes. Estas são de suma importância para o Ministério, podendo ser utilizadas para prevenir acometimentos da saúde e promover a saúde da população com total assistência da demanda.

Com isso, se defende pesquisar o envelhecimento populacional nas mais diferentes vertentes, pois este é visto como um fenômeno que abrange as populações a nível mundial, acarretando enormes desafios à saúde pública. Mais cedo ou mais tarde vai ser necessário adequar o serviço, encontrar os meios para esta nova demanda, sendo necessárias mudanças nos conceitos, na estrutura física, na formação e atualização dos profissionais, na melhora da utilização das tecnologias, procurando alcançar uma forma justa de distribuição dos serviços e facilidades no atendimento.

### 3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA E O PMAQ-AB: BASE DE DADOS

#### 3.1 Tipo de estudo

Esta pesquisa é de natureza quantitativa, caracterizada como um estudo descritivo transversal. A pesquisa quantitativa revela os resultados em forma de números, ou seja, podem ser quantificados, podendo ser tomados como um retrato que mostra um fato observado da população pesquisada (MINAYO; SANCHES, 1993). A pesquisa descritiva retrata e registra um fenômeno da maneira que ele ocorre, se estuda, registra, interpreta, mas não possibilita a interferência por parte do pesquisador. Tendo por finalidade observar e analisar fenômenos que podem ser populacionais ou retratar casos específicos (BARROS; LEHFELD, 2007, Hymann apud DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2008).

#### 3.2 Amostra

A pesquisa utilizou a base de dados secundários provenientes da avaliação externa das equipes de atenção básica que participaram do PMAQ-AB oriundos do Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica. A partir da utilização de dados secundários do Ministério da Saúde, fica dispensado de aprovação pelo Comitê de Ética. Dados secundários são vistos como de livre acesso ou que foram disponibilizados em boletins, relatórios, livros, estatísticas obtidas por órgãos públicos (MARCONI; LOKATOS, 2003). Os dados estão disponíveis nas plataformas digitais do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde<sup>2</sup>.

A entrevista, do módulo de avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ-AB, foi realizada com 114.615 usuários com idade mínima de 18 anos em equipes de saúde da AB espalhadas pelas cinco regiões do Brasil. Tendo por objetivo, verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização (BRASIL, 2012b). Para esta pesquisa foi realizada uma seleção a partir da idade dos entrevistados, optou-se por selecionar somente usuários com 60 anos ou mais, ou seja, usuários idosos. Sendo assim, chegou-se ao total de 26.746 usuários idosos participantes do PMAQ-AB, este total representa 23,3% das entrevistas realizadas.

---

<sup>2</sup> Banco de dados do PMAQ-AB 2º ciclo está disponível no link: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_pmaq.php?conteudo=2\\_ciclo](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php?conteudo=2_ciclo)

### 3.3 Instrumento

O módulo III (Entrevista com o usuário da Unidade Básica de Saúde) possui perguntas fechadas com 19 eixos, sendo eles: Identificação geral, Identificação da equipe, Identificação do usuário, Acesso aos serviços de saúde, Marcação de consulta(s) na unidade de saúde, Acolhimento à demanda espontânea, Atenção integral à saúde, Vínculo-responsabilização e coordenação do cuidado, Saúde da mulher, Gravidez e pré-natal, Acolhimento específico à gestante, Informações sobre o pós-parto, Saúde da criança, Hipertensão arterial sistêmica, Diabetes mellitus, Saúde bucal, Satisfação do usuário, Mecanismos de participação e interação dos usuários. Para este estudo foram selecionados alguns eixos:

- identificação do usuário;
- acesso aos serviços de saúde;
- marcação de consulta(s) na unidade de saúde;
- atenção integral à saúde;
- vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado;
- coordenação do cuidado
- visita domiciliar
- hipertensão arterial sistêmica;
- diabetes mellitus;
- satisfação com o cuidado
- mecanismos de participação e interação dos usuários

As perguntas estão especificadas dentro de cada eixo, mas para este estudo foi necessário fazer uma seleção das perguntas que eram pertinentes à temática do estudo. As perguntas estão descritas no quadro abaixo:

**Tabela 1:** Variáveis, perguntas e categorias do estudo.

Variável	Pergunta	Categorias
<b>Descrição</b>	Sexo.	Sexo
	Qual é a Idade do(a) senhor(a)?	Grupo de idade
	Entre as opções que vou ler, qual a sua cor ou raça?	Cor ou raça
	Até quando o(a) senhor(a) estudou?	Escolaridade
	O senhor trabalha?	Trabalho
	O senhor sabe quanto recebeu de salário ou pagamento do seu trabalho no mês passado?	Remuneração do trabalho
	Qual o valor?	Valor da remuneração
<b>Hipertensão Arterial Sistêmica</b>	Algum médico lhe disse que o(a) senhor(a) tem pressão alta (hipertensão)?	Diagnóstico
	O(a) senhor(a) consultou por causa da pressão alta (hipertensão) nos últimos seis meses?	Consulta por causa da hipertensão nos últimos 6 meses
	O(a) senhor(a) usa remédio para pressão alta (hipertensão)?	Uso de medicação

**Continuação tabela 01:**

<b>Diabetes mellitus</b>	Algun médico lhe disse que o(a) senhor(a) tem diabetes (açúcar alto no sangue)? O(a) senhor(a) consultou por causa da diabetes (açúcar alto no sangue) nos últimos seis meses? O(a) senhor(a) usa remédio por causa da diabetes?	Diagnóstico Consulta por causa da diabetes nos últimos 6 meses Uso de medicação
<b>Satisfação com o cuidado</b>	Na sua opinião, o cuidado que o(a) senhor(a) recebe da equipe de saúde é: Na sua opinião, o cuidado que seus familiares recebem da equipe de saúde é:	Cuidado prestado pela equipe de saúde Cuidado prestado pela equipe de saúde para seus familiares
<b>Satisfação com o cuidado (equipe de saúde)</b>	De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com cuidado recebido pelo(a) médico(a)? De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com cuidado recebido pelo(a) enfermeiro(a)? De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com cuidado recebido pelo(s) técnico/auxiliar(es) de enfermagem? De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com cuidado recebido pelo(s) agentes comunitários de saúde (ACS)? De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com o atendimento recebido pela equipe de recepção da Unidade de Saúde? De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com o atendimento recebido pelo(a) gerente da unidade de saúde?	Médico Enfermeiro Técnico/auxiliar de enfermagem Gerente da unidade de saúde Equipe de recepção da Unidade de Saúde Agentes comunitários de saúde (ACS)
<b>Mecanismos de participação dos usuários</b>	Quando o(a) senhor(a) quer fazer uma reclamação ou sugestão na unidade de saúde, o(a) senhor(a) consegue?	Reclamação ou sugestão na unidade de saúde
<b>Acesso aos serviços de saúde</b>	Quanto tempo o(a) senhor(a) leva da sua casa até esta unidade de saúde? Chegar até essa unidade de saúde é: O horário de funcionamento desta unidade atende às suas necessidades?	Tempo para chegar até a unidade Percurso até a unidade de saúde Horário de funcionamento atende às necessidades
<b>Marcação de consulta(s) na unidade de saúde</b> <b>Atenção integral à saúde</b>	Essa unidade de saúde faz marcação de consulta? Quando o(a) senhor(a) consegue marcar consulta, normalmente é para o mesmo dia? Quando é atendido(a) nesta unidade, o(a) senhor(a) acha que a equipe busca resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde? Na opinião do(a) senhor(a), durante as consultas, os profissionais desta equipe sugerem soluções possíveis de serem realizadas?	Marcação de consulta Consulta para o mesmo dia Resolução de necessidades/problemas na própria unidade de saúde Sugestão de soluções pelos profissionais de saúde
<b>Vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado</b>	Quando o(a) senhor(a) precisa tirar dúvidas após as consultas, tem facilidade para falar com os profissionais que lhe atenderam? Quando o(a) senhor(a) interrompe o tratamento por algum motivo ou não vem à consulta nesta unidade de saúde, os profissionais procuram o(a) senhor(a) para saber o que aconteceu e retomar o atendimento?	Dúvidas após as consultas Retomada do atendimento (desistência do paciente)
<b>Coordenação do Cuidado</b>	O senhor já precisou ser encaminhado para outro profissional em outro serviço de saúde?	Encaminhamento para outros profissionais
<b>Visita Domiciliar</b>	O agente comunitário de saúde (ACS) visita o(a) senhor(a) na sua casa?	Visita do agente comunitário de saúde (ACS)

\*eixos de discussão foram renomeados para variável, facilitando a abordagem das temáticas;

\*\*\*O instrumento está apresentado com as perguntas utilizadas e suas alternativas como apêndice.

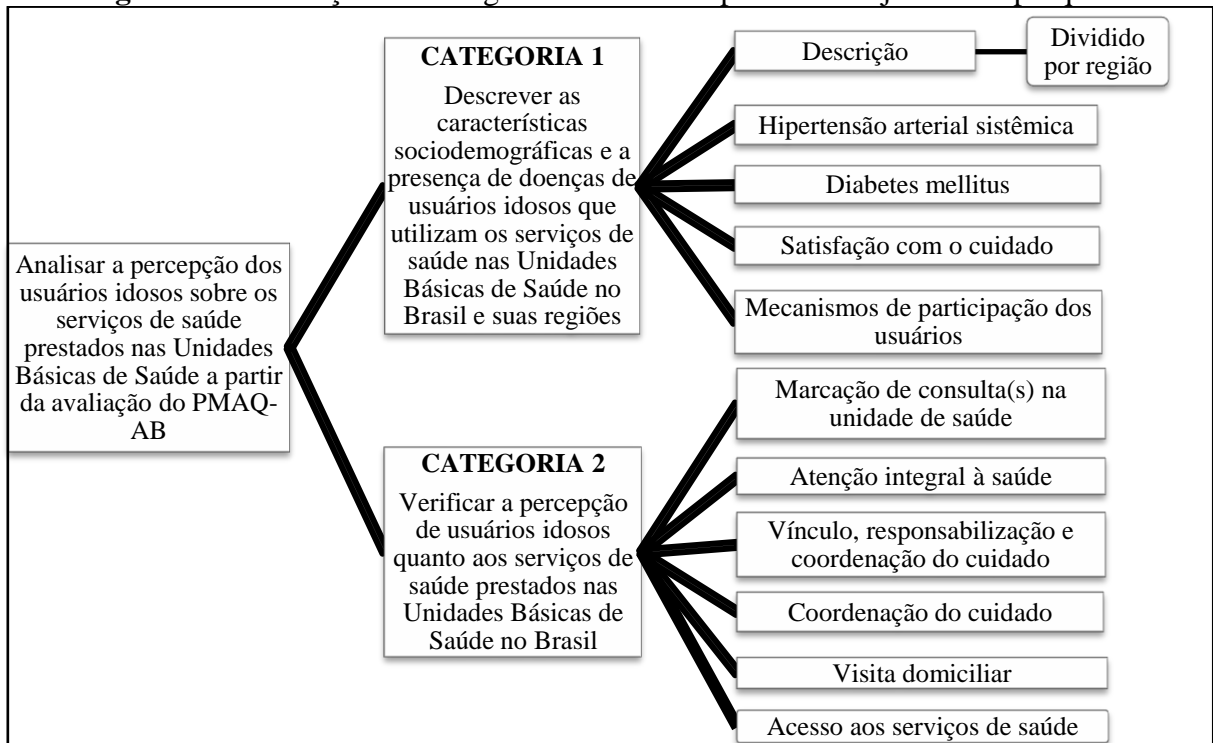
### 3.4 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada nos seguintes passos:

1. Separação dos dados do conjunto total do PMAQ-AB e criação do banco de dados do estudo, estruturado no programa Microsoft Office Excel 2007 para Windows®;
2. Separação das variáveis escolhidas e suas respectivas respostas;
3. Importação dos dados para o Programa Estatístico SPSS versão 22.0;
4. Recodificação das questões que se julgaram necessárias para ajustar à análise;
5. Aplicação de testes estatísticos.

Os dados foram analisados a partir da frequência (“n” ou valor absoluto) e percentual de ocorrência (%) em relação ao total. Para fins de responder os objetivos, as variáveis foram distribuídas conforme se vinculavam aos itens. Esta distribuição está apresentada na figura abaixo:

**Figura 2:** distribuição das categorias temáticas a partir dos objetivos da pesquisa.



Fonte: Autora

### **3.5 Limitações do estudo**

A principal limitação do estudo é referente à utilização de dados secundários, pois este tipo de informação não possibilita o controle quanto ao processo de aplicação dos questionários, assim como a seleção da amostra. Também é preciso indicar aspectos inerentes à aplicação dos instrumentos, tais como a sinceridade e veracidade das respostas do entrevistado, a motivação no momento da coleta, a disponibilidade da equipe em proporcionar o local para a entrevista. Um aspecto limitador pode ser as influências culturais presentes nas diferentes regiões (já que o estudo é de base nacional), as quais podem refletir na compreensão das perguntas e nas respostas dadas.

#### 4. RESULTADOS: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO

Os resultados são apresentados a partir da análise descritiva das variáveis do estudo, envolvendo frequências e percentuais. A discussão é realizada junto com a apresentação.

**Tabela 2:** Distribuição de frequência e percentual da amostra conforme o item ‘Descrição’ apresentado por Região e Brasil.

Variável		S	SE	CO	N	NE	BR
		f (n)	f (n)	f (n)	f (n)	f (n)	f (n)
	Região	16,6(4451)	44,1(11803)	9,7(2594)	4,8(1286)	24,7(6612)	100,0(26746)
Sexo	Masculino	40,4(1796)	35,8(4229)	40,2(1043)	40,0(515)	32,2(2126)	36,3(9709)
	Feminino	<b>59,6(2655)</b>	<b>64,2(7574)</b>	<b>59,8(1551)</b>	<b>60,0(771)</b>	<b>67,8(4486)</b>	<b>63,7(17037)</b>
Grupo de idade	60-69	<b>63,8(2841)</b>	<b>61,7(7282)</b>	<b>63,0(1633)</b>	<b>65,6(843)</b>	<b>66,1(4368)</b>	<b>63,4(16967)</b>
	70-79	30,7(1366)	31,3(3697)	31,1(807)	27,6(355)	28,8(1903)	30,4(8128)
	80+	5,5(244)	7,0(824)	5,9(154)	6,8(88)	5,2(341)	6,2(1651)
Cor ou raça	Branca	<b>74,6(3320)</b>	<b>45,4(5359)</b>	39,1(1013)	21,7(279)	25,4(1678)	<b>43,6(11649)</b>
	Preta	6,3(280)	14,4(1705)	11,5(299)	13,4(172)	14,9 (982)	12,9(3438)
	Amarela	1,6(73)	2,4(281)	4,6(119)	4,0(51)	3,1(208)	2,7(732)
	Parda/mestiça	14,0 (625)	35,3(4162)	<b>40,9(1061)</b>	<b>57,5(739)</b>	<b>51,8(3426)</b>	37,4(10013)
	Indígena	0,6(25)	0,6(76)	0,6(15)	1,4(18)	0,9(58)	0,7(192)
	Não sabe/	2,9(128)	1,9(220)	3,3(87)	2,1(27)	3,9(260)	2,7(722)
	Não respondeu						
Escolaridade	Não é alfabetizado	8,7(388)	15,2(1792)	19,9(515)	21,8(280)	<b>33,2(2198)</b>	19,3(5173)
	É alfabetizado	10,7(478)	18,2(2147)	22,7(590)	19,4(249)	19,3(1274)	17,7(4738)
	Ensino fundamental	<b>68,1(3029)</b>	<b>52,9(6248)</b>	<b>45,3(1175)</b>	<b>46,7(600)</b>	<b>36,2(2395)</b>	<b>50,3(13447)</b>
	Ensino médio	9,9(442)	10,6(1253)	9,4(245)	10,5(135)	9,1(600)	10,0 (2675)
	Ensino superior	2,3(101)	2,9(340)	2,1(55)	1,6(20)	1,8(118)	2,4(634)
	Não sabe/	0,3(13)	0,2(23)	0,5(14)	0,2(2)	0,4(27)	0,3(79)
Não respondeu							
Trabalho	Sim	14,4 (643)	9,8 (1160)	14,0 (363)	17,4 (224)	11,9 (789)	11,9 (3179)
	Não	<b>85,6(3808)</b>	<b>90,2(10643)</b>	<b>86,0(2231)</b>	<b>82,6(1062)</b>	<b>88,1(5823)</b>	<b>88,1(23567)</b>
Remuneração do trabalho	Sim	<b>12,0(535)</b>	<b>8,1(951)</b>	<b>11,4(296)</b>	<b>13,5(174)</b>	<b>8,6(569)</b>	<b>9,4(2525)</b>
	Não	2,4(108)	1,8(209)	2,6(67)	3,9(50)	3,3(220)	2,4(654)
Valor da remuneração	Menos 1 SM	2,8(124)	2,0(232)	3,0(77)	4,9(63)	3,6(240)	2,8(736)
	De 1 a 3 SM	<b>8,6(385)</b>	<b>5,7(669)</b>	<b>7,9(204)</b>	<b>8,2(106)</b>	<b>4,9(323)</b>	<b>6,3(1687)</b>
	De 4 a 6 SM	0,4(20)	0,3(41)	0,5(12)	0,3(4)	0,1(6)	0,3(83)
	De 7 a 9 SM	0,1(5)	0,0(2)	0,1(2)	0,1(1)	-	0,0(10)
	Mais 10 SM	0,0(1)	0,1(7)	0,0(1)	-	-	0,0(9)

Legenda: **f (n)**: frequência e número de indivíduos; SM: salário mínimo; **S**: Região Sul; **SE**: Região Sudeste; **CO**: Região Centro-Oeste; **N**: Região Norte; **NE**: Região Nordeste; **BR**: Brasil.

O PMAQ é um programa nacional que teve como amostra as equipes de Atenção Básica indicadas pelos gestores municipais na primeira fase do PMAQ. A partir dos resultados divididos por regiões, nota-se que não há uma distribuição proporcional dos usuários nas regiões. Isso pode ser explicado por dois fatos; que o estudo utiliza somente as respostas dos usuários idosos e que estes estão concentrados nestas regiões; ou que não tenha tido um cuidado perante a distribuição/seleção das equipes, deixando uma maior concentração de respostas nas regiões sudeste e nordeste.

Observa-se na tabela 02 as questões sociodemográficas, a nível nacional, onde as mulheres são a grande maioria, o grau de escolaridade com maior percentual foi 50,3% ensino

fundamental, a raça/cor teve uma distribuição entre branca e parda/mestiça, 88,1% responderam que não trabalham e a renda predominante, dos que trabalham, foi de 1 a 3 salários mínimos. As questões sociodemográficas divididas por regiões mostraram um resultado similar com o nível nacional, porém percebe-se que as porcentagens tem distribuição diferente, por exemplo, na questão sobre raça/cor onde nas regiões sul e sudeste a predominância foi branca e nas regiões centro-oeste, norte e nordeste foi parda/mestiça. Outra questão que merece atenção é a questão de renda, as regiões tem o mesmo comportamento que o nacional. Contudo, os salários mais altos não se manifestam da mesma forma nas regiões norte e nordeste, indicando que a média salarial nessas regiões é menor que no restante do país. Outro aspecto relevante é o grau de escolaridade da região nordeste, onde 33% dizem-se não ser alfabetizado e 36% apontam ensino fundamental.

Esses resultados, referentes às questões sociodemográficas, já estão presentes em estudos nacionais que buscaram investigar idosos na população em geral, contudo poucos são os estudos que referem ao público idoso de unidade de saúde. Esses idosos, a maioria da amostra é composta por mulheres, brancas ou pardas e com grau de escolaridade de ensino fundamental, além de salientar que as mulheres acabam buscando mais os serviços de saúde (BALDANI et al., 2010; LIMA COSTA et al., 2011; CRUZ, 2014; SANTOS et al., 2016). Albuquerque et al., (2014) utilizaram os dados do PMAQ em Pernambuco e os resultados mostram a realidade da região, ou seja, a desigualdade das condições de vida dos atendidos nas UBS (41% com renda de até 1 salário mínimo) e a grande maioria de mulheres atendidas (86%) e a baixa procura e atendimentos por parte dos idosos, onde somente 17% do total da amostra estava na faixa etária de 60 anos ou mais. Visto isso, deve-se reforçar que a baixa escolaridade pode influenciar a acessibilidade aos serviços de saúde e no entendimento sobre o autocuidado, tornando o trabalho da equipe mais valorizado e reconhecido (SANTOS et al., 2011; OLIVEIRA SANTOS et al., 2016).

A forte presença feminina e a baixa escolaridade se apresentam espelhadas em praticamente todas as regiões. Ao se pensar na história dos idosos atuais, destaca-se que nasceram nas décadas de 40 e 50 onde predominava uma população rural, que estava voltada ao trabalho do campo e uma vida simples, com quase nenhuma tecnologia à disposição. Foi a partir do governo de Getúlio Vargas e de Juscelino Kubitschek, que o país teve uma expansão na área industrial, seja ela partir da construção de infraestrutura, pela abertura ao capital externo para investimento ou a chegada das tecnologias. Isso mostra que até décadas passadas as realidades eram diferentes para a população, dependendo do grupo ou da região de inserção. O Brasil tinha (e continua tendo) diferenças socioculturais e, principalmente, econômicas que



impactam na realidade social de todos os grupos etários, inclusive dos idosos. A feminização da velhice é um fenômeno onde há uma proporção maior de mulheres do que de homens nesse grupo populacional. Essas idosas vivem, cerca de, sete anos a mais que os homens e apresentam uma maior proporção de viúvas. Além de as mulheres, terem uma expectativa de vida melhor que a dos homens e, conseqüentemente, vivem mais, começaram a dominar funções que antes eram conduzidas pelos homens, pois após ficarem viúvas, muitas, não casam novamente (SALGADO, 2002; IBGE, 2011). Outra questão discutida pela autora é referente ao aumento da longevidade

O aumento da longevidade ocorrido na população em nível mundial implica a existência de mais de uma geração de velhos(as) em uma mesma família, e as projeções demográficas indicam que no, futuro, essas gerações estarão compostas, principalmente, por mulheres velhas que, possivelmente, estejam cuidando de suas velhas mães ou avós (SALGADO, 2002 p.3).

Essas questões mostram que, cada vez mais, as idosas vão enfrentar desafios gerados por influências dos ambientes ou questões familiares, que podem levar a uma desigualdade na saúde, pois a mulher passará a cuidar dos seus entes mais velhos e assumir maiores responsabilidades perante a família. Isso mostra que as idosas estão cada vez mais desempenhando outras funções, que as proporciona mais segurança em idades mais avançadas (OMS, 2015). A feminização da velhice pode ser vista no próprio PMAQ-AB, onde existe uma parte específica do questionário referente a saúde da mulher, não tendo essa preocupação com a saúde do homem.

Um dos fatos associados com a maior expectativa de vida das mulheres está associado ao cuidado com saúde porque procuram mais os serviços médicos e fazem tratamentos preventivos com maior frequência. Talvez por isso que o número de idosas atendidas seja maior, independentemente do tamanho da população feminina. Outro aspecto é o apoio social, visto que as mulheres possuem, quase sempre, envolvimento com pessoas da família, da vizinhança e amigos, diferentemente dos homens (SALGADO, 2002). A questão da escolaridade mostra a falta de oportunidade que esses idosos tiveram quando jovens, onde os meninos já tinham que ajudar nos trabalhos desde cedo e as meninas nos cuidados domésticos (SANTOS PIRES; SILVA, 2001; GUEDES, 2012). Podemos relacionar com as questões de renda, onde os idosos com uma renda mais alta possuem maior escolaridade. Esses idosos podem não estar buscando os serviços públicos de atenção a saúde por utilizarem os planos privados.

Já é consenso que os idosos são grandes consumidores dos serviços de saúde e cada vez mais procuram o atendimento desse serviço. O acesso aos serviços estará diretamente relacionado com o processo saúde-doença, moldando os serviços e sua cobertura. Esta procura

sofre influências de diferentes características, podendo ser demográficas, geográficas, econômicas, sociais e as diferentes necessidades de saúde. Colocando sobre o sistema um grande desafio de conseguir abranger todos essas características para um atendimento digno e de qualidade para os idosos e a população em geral, onde o usuário possa gozar de uma boa saúde e poder prevenir doenças que possam gerar uma incapacidade funcional.

**Tabela 3:** Distribuição de frequência e percentual da amostra segundo as questões do PMAQ, conforme os serviços prestados pela Unidade de Saúde.

<b>Variável</b>		<b>Alternativas</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Hipertensão Arterial Sistêmica</b>	Diagnóstico	Sim	19296	<b>72,1</b>
		Não	7450	27,8
	Consulta por causa da hipertensão nos últimos 6 meses	Sim	15379	<b>57,5</b>
		Não	3777	14,1
	Uso de medicação	Sim	18829	<b>70,4</b>
Não		453	1,7	
<b>Diabetes mellitus</b>	Diagnóstico	Sim	7976	29,8
		Não	18770	<b>70,1</b>
	Consulta por causa da diabetes nos últimos 6 meses	Sim	6640	24,8
		Não	1291	4,8
	Uso de medicação	Sim	7422	27,7
Não		543	2,0	
<b>Satisfação com o cuidado</b>	Cuidado prestado pela equipe de saúde	Bom	23179	<b>86,7</b>
		Regular	3196	11,9
		Ruim	299	1,1
		Não sabe/não respondeu	72	0,3
	Cuidado prestado pela equipe de saúde para seus familiares	Bom	21539	<b>80,5</b>
		Regular	2971	11,1
<b>Satisfação com o cuidado (equipe de saúde)</b>	Médico	Ruim	505	1,9
		Regular	1729	6,5
		Bom	23203	<b>86,8</b>
		Não se aplica	1309	4,9
	Enfermeiro	Ruim	352	1,3
		Regular	1548	5,8
		Bom	22940	<b>85,8</b>
		Não se aplica	1906	7,1
	Técnico/auxiliar de enfermagem	Ruim	407	1,5
		Regular	1877	7,0
		Bom	22344	<b>83,5</b>
		Não se aplica	2118	7,9
	Gerente da unidade de saúde	Ruim	408	1,5
		Regular	860	3,2
		Bom	10302	38,5
		Não se aplica	15176	<b>56,7</b>
	Equipe de recepção da Unidade de Saúde	Ruim	614	2,3
		Regular	2322	8,7
		Bom	22704	<b>84,9</b>
		Não se aplica	1106	4,1
	Agentes comunitários de saúde (ACS)	Ruim	1119	4,2
		Regular	1962	7,3
		Bom	21718	<b>81,2</b>
		Não se aplica	1947	7,3
<b>Mecanismos de participação dos usuários</b>	Reclamação ou sugestão na unidade de saúde	Sim	3552	13,3
		Não	1940	7,3
		Nunca precisou	21254	<b>79,5</b>

A hipertensão está presente em grande parte da amostra, 70,4% utilizam medicamento, mas somente 57,5% procurou assistência médica para falar da hipertensão. Uma parte da amostra afirma ter diabetes, sendo que 27,7% usam medicamento, mas um percentual menor (24,8%) afirma ter consultado por causa dessa doença. Na Pesquisa Nacional de Saúde (2013) as doenças crônicas (hipertensão e diabetes) foram investigadas na população em geral. Os dados referentes às pessoas idosas mostram que a partir de 65 anos a hipertensão esta presente em 52% da população e a diabetes em torno de 20%, salientando que quanto maior a idade, maior é o numero de diabéticos. Confirmando esses achados, um estudo com idosos de Fortaleza (CE) mostrou a hipertensão em 70% e a diabetes em 20% da amostra (FONSECA VICTOR et al., 2009). As doenças crônicas que acometem os idosos merecem uma maior atenção, pois podem levar a complicações cardiovasculares e condições clínicas que incapacitem o indivíduo (CLARES et al., 2011).

Uma análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios nos anos de 1998, 2003, 2008 (LIMA COSTA et al., 2011) mostrou que a prevalência de hipertensão e diabetes teve um aumento entre os anos, independentemente da faixa de idade e do sexo. Os autores explicam que este aumento gradual pode ter ocorrido pelo uso dos serviços de saúde, sendo assim ocorreram mais diagnósticos em função do aumento no número de consultas. A atenção às doenças crônicas pode ser verificada no estudo de Medina et al., (2014), onde constatou-se que 75% das equipes de AB trabalham com prevenção da hipertensão e 90% com prevenção da diabetes. Esse resultado permite relacionar com a satisfação do cuidado recebido, pois quando a equipe faz a prevenção/tratamento da doença crônica do usuário, provavelmente, o mesmo avalia de forma positiva o cuidado recebido. Contudo, os mesmos autores salientam que há uma escassez de ações específicas dirigidas aos idosos, destacando que esse grupo possui vulnerabilidade biológica que não deve se resumir a hipertensão e diabetes.

A satisfação com o cuidado mostrou que os usuários estão satisfeitos com o atendimento das equipes. Já a participação do usuário se mostrou pequena, pois aproximadamente 80% não precisaram fazer uma reclamação ou sugestão. A avaliação do usuário reflete a vontade/inspiração da equipe, onde a existência de integração e cooperação entre os membros da equipe, socialização das informações, tomada de decisões em conjuntos nas reuniões de equipe, plano de trabalho comum e, acima de tudo, respeito com os colegas e usuários vão proporcionar um atendimento de melhor qualidade ao usuário e, conseqüentemente, uma melhor avaliação do serviço prestado (SOUZA; GRIEP, 2013). Além da equipe unida pela mesma causa, é necessária uma infraestrutura apropriada para o desenvolvimento do trabalho em equipe e de suas ações. Juntamente com uma postura de

respeito e acolhimento, ou seja, facilitar a comunicação oferecendo orientações claras, objetivas e olhando nos olhos, possibilitando uma identificação e reconhecimento por parte do idoso com a unidade/equipe (OLIVEIRA SANTOS et al., 2016).

O PMAQ pode ser utilizado como comunicação do usuário com o sistema, a partir disso, poderá ser criado vínculos e novos rumos aos serviços e uma possibilidade de horizontalidade do cuidado, deixando reflexos na equipe para uma possível coordenação do cuidado daquela região. Estas questões já eram discutidas na década de 80, onde era valorizada a efetiva participação do usuário para se obter um produto final (PELLENSE, 2014). A participação do usuário deve estar presente de forma democrática para a tomada de decisões de interesse da comunidade envolvida. O estudo de Teixeira et al., (2014) verificou, dentre outros itens, a ‘comunicação, participação e controle social’ através dos dados do PMAQ em nível nacional. Os autores verificaram que 80% das equipes consideram a opinião dos usuários na organização do processo de trabalho, a grande maioria das equipes dispõe de canais de comunicação com os usuários e 75% das equipes realizaram encaminhamentos das demandas dos usuários para os gestores. Estes dados complementam o item ‘mecanismos de participação e interação dos usuários’ deste estudo, onde grande parte da amostra nunca precisou fazer uma reclamação ou sugestão, mas quando foi preciso foi atendido sem nenhuma dificuldade.

O significado de acolhimento foi estudado por FALK et al., (2010) na visão do usuário e do profissional de saúde. Os autores identificaram uma concepção diferente entre os entrevistados; os usuários percebem o acolhimento como um momento de atenção e os profissionais como um momento de resolver as questões individuais (seja encaminhando a outro profissional ou praticando a escuta). Quando se busca compreender a perspectiva de cada indivíduo que esta na rede de atendimento, se percebe o tamanho da cobertura do sistema e que o acolhimento é a porta de entrada do serviço, tendo como resultado o encaminhamento da demanda ou a resolução da mesma.

As doenças crônicas estão presentes na grande maioria da população idosa, sendo a porção da população mais afetada por esta situação e necessitando de um cuidado permanente (BRASIL, 2010a; VERAS, 2011). As unidades de saúde oferecem o acompanhamento necessário para o controle do estado de saúde do usuário, contribuindo na minimização do agravamento. Essa situação provoca uma mudança no estilo de vida da maioria dos indivíduos acometidos pelas doenças crônicas. Estas, muitas vezes, podem ser o elo faltante da relação serviço-usuário, aproximando os atores envolvidos. O fato de ter um acometimento da saúde aproxima o usuário do serviço, fazendo com que o serviço se adapte as necessidades do usuário. Desse modo, a avaliação do usuário é satisfatória, pois atende aos seus interesses e

necessidades, influenciando na participação e interação do usuário nas decisões que estão ao seu alcance.

Este tipo de investigação proporciona aos profissionais de saúde e seus governantes a identificação de um dos maiores entraves produzidos pelo sistema de saúde (atendimento de doenças crônicas), sinalizando que a prevenção seria a solução mais eficaz. Saber quem é a população atendida, quais as suas características principais, fazer com que o usuário procure o sistema antes que esteja acometido por alguma doença crônica, deve ser a maior missão dos envolvidos com os cuidados de saúde da população, perseguindo sempre a qualidade de vida e a independência. A conscientização do usuário sobre o processo saúde/doença é essencial, assumindo uma posição de pró-atividade. Não significa ignorar a culpabilização da vítima, porém avançar numa perspectiva que possibilite, de fato, melhorar a realidade da população idosa, envolvendo vários atores: usuário, equipe de saúde, família, comunidade, estado.

**Tabela 4:** Distribuição de frequência e percentual da amostra segundo as questões do PMAQ, conforme os serviços prestados pela Unidade de Saúde.

Variável		Alternativas	f	%
<b>Acesso aos serviços de saúde</b>	Tempo para chegar até a unidade	10 minutos	16614	<b>62,1</b>
		20 minutos	6092	22,8
		30 minutos	2247	8,4
		Mais de 30 minutos	1793	6,8
	Percurso até a unidade de saúde	Fácil	21253	<b>79,5</b>
		Regular	3150	11,8
		Difícil	2343	8,8
Horário de funcionamento atende às necessidades	Sim	23844	<b>89,1</b>	
	Não	2902	10,9	
<b>Marcação de consulta na unidade de saúde</b>	Marcação de consulta	Sim	25675	<b>96,0</b>
		Não	1071	4,0
	Consulta para o mesmo dia	Sim	11469	42,9
		Não	15227	<b>57,1</b>
<b>Atenção integral à saúde</b>	Resolução de necessidades/problemas na própria unidade de saúde	Sempre	15145	<b>56,6</b>
		Na maioria das vezes	8951	33,5
		Nunca	2650	10,0
	Sugestão de soluções pelos profissionais de saúde	Sempre	16415	<b>61,4</b>
		Na maioria das vezes	6862	25,7
Nunca	3469	13,0		
<b>Vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado</b>	Dúvidas após as consultas	Sempre	11099	<b>41,5</b>
		Na maioria das vezes	3330	12,5
		Nunca	2382	8,9
		Não tinha dúvidas	9935	<b>37,1</b>
	Retomada do atendimento (desistência do paciente)	Sempre	3911	14,6
		Na maioria das vezes	1223	4,6
		Nunca	4200	15,7
Nunca interrompeu o tratamento	16830	<b>62,9</b>		
Não sabe/não respondeu	582	2,2		
<b>Coordenação do Cuidado</b>	Encaminhamento para outros profissionais	Sim	15844	<b>59,2</b>
		Não	10582	39,6
		Não sabe/não respondeu	320	1,2
<b>Visita Domiciliar</b>	Visita do agente comunitário de saúde (ACS)	Sim	22818	<b>85,3</b>
		Não	3390	12,7
		Não há ACS nesta unidade	368	1,4
		Não sabe/não respondeu	170	,6

O estudo de Oliveira Santos et al., (2016) que avaliou a acessibilidade desde a porta de entrada do serviço de saúde mostrou que a grande maioria dos idosos fazem consulta médica, 70% dos atendimentos são pré-agendados, aproximadamente um terço é no mesmo dia e a equipe passada orientações quanto ao local que precisavam se dirigir. Porém, a marcação de consultas pode ser vista como obstáculo à utilização do serviço, ou seja, a necessidade de passar pelo acolhimento ou o ACS fazer a solicitação pode dificultar/restringir o atendimento (CUNHA; SILVA, 2010). Em rastreo as condições de atendimento das equipes, pode-se observar melhorias no primeiro acesso na unidade; resistência dos usuários as modificações de organização do atendimento, como o agendamento de grupos prioritários e a triagem para a consulta médica; diluição da fila do primeiro acesso, mas concentração da espera pelas novas demandas; e formação de um usuário mais exigente e participativo. Para Souza et al., (2008), o acolhimento é um processo que está em construção e sofre uma variação de inserção e reorganização cotidiana.

Protasio et al., (2014) utilizou os dados do PMAQ, a partir da visão dos profissionais, e verificou que 47% das unidades marcam a consulta e informam posteriormente para o paciente, enquanto 42% das consultas são marcadas pelo próprio paciente junto à central de marcação de consultas especializadas. Estes dados confirmam as afirmações dos usuários quanto à marcação de consultas e encaminhamento, mostrando que o PMAQ buscou a opinião de diferentes atores e que estes acabam mostraram informações condizentes com a realidade.

A equipe, sempre ou na maioria das vezes, buscou resolver os problemas dos usuários, como também sugeriu soluções para resolver as questões dos usuários e teve suas dúvidas sanadas. O agente comunitário visita quase a totalidade dos usuários e estes se mostram exemplares, pois não interrompem o tratamento. Além de serem encaminhados, na sua maioria, para outros procedimentos ou profissionais de saúde. No estudo de Oliveira Santos et al., (2016) a maioria dos idosos tiveram suas dúvidas esclarecidas ao chegarem a unidade e estão satisfeitos com o atendimento, classificaram o atendimento recebido como bom. Os idosos também relataram ser acolhidos e estarem satisfeitos com o atendimento. Além de existir interação entre os trabalhadores e os idosos, sendo que o enfermeiro é o profissional mais procurado. O estudo de Baldani et al., (2010) mostrou que 90% das residências recebem a visita do ACS e que nos atendimentos o profissional demonstrou responsabilização com a atenção à saúde. Aparece em evidência, a atuação dos profissionais da saúde da família, principalmente enfermeiro e ACS, os quais precisam compreender a natureza dos principais problemas de saúde e seus fatores de risco, possibilitando o planejamento para controle e acompanhamento desses usuários. Esse deve estar relacionado com a promoção e educação em

saúde (CLARES et al., 2011). Tudo isso mostra que uma das principais perspectivas do acolhimento está sendo atendida, pois o estabelecimento de diálogo entre equipe e usuários só vêm á acrescentar; tornando o momento de escuta um instante de troca de informações para facilitar o tratamento e ter uma melhor adesão por parte do indivíduo.

Para a integralidade do cuidado, o acesso e o acolhimento são itens fundamentais e, se pensados em conjunto, produzirão práticas que atendam as necessidades daquela população. No entanto, são identificáveis diferentes dificuldades de acesso, sendo as mais problemáticas nas regiões metrópoles, onde a cobertura ainda não é total, tendo os usuários um deslocamento maior para receber uma atenção integral. Estas dificuldades estão relacionadas com os moldes tradicionais de atendimento, como a distribuição de fichas e filas, por exemplo. Ao mesmo tempo, é perceptível a reorganização de alguns locais como tentativa de reverter a situação do atendimento, centrando a atenção naquele que mais precisa, mas, acolhendo a todos (SOUZA et al., 2008). Essas mudanças foram identificadas por SOUZA et al., (2013), onde as unidades desenvolviam ações e intervenções nas grandes áreas de serviços clínicos, ou seja, na área de vigilância, da promoção da saúde e prevenção de doença, no acompanhamento clínico de doença crônica, nas visitas aos domicílios, e na interligação e colaboração em rede com outros serviços.

A unidade de saúde é o principal local de atuação das equipes de AB e o local para obter orientações e atendimentos para um tratamento integral. A atenção integral envolve promoção de hábitos saudáveis, orientações de saúde, prevenção de doenças e recuperação da saúde caso o usuário venha a ficar doente. O retorno positivo de uma avaliação de satisfação é o almejo de qualquer unidade de saúde, pois é essa resposta que transmite o cuidado que o usuário recebe. Através dos resultados, é possível perceber a avaliação positiva do usuário quanto às variáveis indicadas.

Savassi (2012) ao analisar estudos de satisfação do usuário, verificou que os usuários da ESF são os mais satisfeitos, e a satisfação é maior dentre aqueles que utilizam, do que aqueles que só acompanham as ações do SUS pelos telejornais. A satisfação dos usuários é um dos aspectos fundamentais de qualidade de um serviço. Segundo Savassi (2010) ela deve ser perseguida pelos profissionais dos serviços de saúde, pois é a partir deste que se constrói uma horizontalidade do cuidado, gerando reflexos na qualidade de vida dos usuários. Starfield (2002) defende que os sistemas de saúde possuem duas metas para a proteção e promoção da saúde da população; a primeira está relacionada com a otimização da saúde através do amplo conhecimento da equipe sobre as diferentes enfermidades; e a segunda, envolve minimizar as

disparidades do acesso aos serviços de saúde entre a população. Alcançando estas metas a equipe terá o reconhecimento do trabalho perante a população usuária do sistema de saúde.

Starfield (2002) defende que um sistema de saúde não pode ser subespecializado, ou seja, a atenção médica eficaz não pode ficar limitada no tratamento de uma enfermidade, é preciso considerar o contexto que a doença e o paciente estão. Salaria que as enfermidades, raramente, acontecem de forma isolada principalmente ao longo da vida, onde os usuários idosos vão apresentar uma interação de diferentes doenças e causas. A autora determina o conceito de saúde “por sua combinação genética, mas grandemente modificado pelo ambiente social e físico, por comportamentos que são cultural ou socialmente determinados e pela natureza da atenção à saúde oferecida” (STARFIELD, 2002; p.22). Assim o profissional que trabalha de forma integral deve buscar sempre a interação da atenção com a variedade de problemas de saúde daquela região ou daquela população que é apresentada ao longo do tempo. Tendo conhecimento dos diferentes diagnósticos, buscar a prevenção das doenças e ter o conhecimento do maior número de pacientes da comunidade.

A Portaria N° 1.820, de 13 de agosto de 2009 que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, mostra um conjunto de ações, sob-responsabilidade da equipe e do próprio usuário, que vão garantir uma atenção integral à saúde do usuário, pesando de forma igual essas responsabilidades (BRASIL, 2009). Em 1998, Emerson Elias Merhy publicou um artigo que discutia o modelo assistencial na produção da saúde. O autor trouxe, dentre outros, o ponto de vista do usuário do sistema, “que o conjunto dos serviços de saúde, públicos ou privados, com raras exceções, não é adequado para resolver os problemas de saúde, tanto no plano individual quanto coletivo” (MERHY, 2004; p.02). Complementa salientando a “falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços a sua pessoa e ao seu problema em particular. Os usuários sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados” (MERHY, 2004; p.03). Com estas informações e relacionando os resultados da pesquisa atual, percebe-se que o cuidado com o usuário conseguiu evoluir, que a atenção integral à saúde esta sendo buscada pelas equipes, através das reformas feitas pelo Ministério da Saúde ao longo dos anos 2000 até a atualidade. Podendo ser visível um cenário diferente daquele retratado por Merhy em 1998. Esse cenário só é possível através do planejamento, garantindo um serviço de qualidade e equidade com comprometimento de todos os atores/sujeitos envolvidos na criação de um cenário ideal do cuidado em saúde.

Para discutir a atenção integral à saúde Pellense (2014) criou a dimensão ‘interação usuário-serviço-equipe’ destacando como ponto positivo dos seus resultados. Visto que os usuários expressam satisfação com esta relação, lembrando-se do respeito recebido, da escuta,



da compreensão e a forma de acolhida por parte dos profissionais da equipe. Mas salienta que as questões que envolvem a atenção da unidade são mais bem avaliadas do que as que fazem referência ao comportamento e cultura dos serviços, sendo mais difícil regar mudanças a partir da avaliação do usuário. Por outro lado, essa dimensão não mostra bons resultados quanto ao vínculo de cuidado, onde um expressivo número de equipes não procura o usuário após o abandono do tratamento, mesmo tendo o AGS presente na equipe.

Outros instrumentos podem ser utilizados para verificar a satisfação com os cuidados de saúde recebidos, como o questionário “*European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care (EUROPEP)*” que teve sua validação no Brasil por Brandão et al., (2013) com usuários do Rio de Janeiro. Composto por cinco dimensões: relação e comunicação, cuidados médicos, informação e apoio, continuidade e cooperação, e organização dos serviços. Os autores perceberam que Relação e Comunicação entre profissional e usuário foram as dimensões que mais se destacaram e a Organização dos Serviços recebeu a pior avaliação. Além de verificarem que à escolaridade mostrou uma boa autopercepção de saúde e os mais idosos mostraram-se mais satisfeitos com o atendimento recebido. O mesmo instrumento foi utilizado na Turquia (DAGDEVIREN; AKTURK, 2004) e mostrou satisfação com Relação e comunicação, Continuidade e cooperação e organização dos serviços, mas insatisfação com cuidados médicos, informação e apoio. Já na Itália (MILANO et al., 2007) a satisfação foi boa ou excelente em 80% dos itens/dimensões, somente o tempo na sala de espera foi considerado problemático. Sugerindo também que quanto maior a idade melhor é a satisfação com o cuidado recebido. Estes estudos mostram que a preocupação com a cuidado é uma questão global, onde se busca diversas formas para analisar como esta a oferta de cuidados relacionados à saúde e como os usuários estão percebendo esta oferta. No geral, os usuários estão satisfeitos, divergem em alguns aspectos, mas avaliam como boa ou excelente os cuidados recebidos. E os usuários idosos são os que melhor avaliam o cuidado recebido mostrando que as equipes, independente de que região/país pertencem, estão preparadas para atender a demanda que só crescem de idosos.

Pode-se dizer que a atenção à saúde dos idosos estudados está evoluindo. Esta situação pode ser vista através das leis que foram criadas visando o público idoso, das ações que o Ministério da Saúde vem desenvolvendo na AB, pelo fato da população idosa se mostrar mais esclarecida e atenta com as questões que envolvem a sua saúde e pelo retorno positivo das avaliações da população sobre o atendimento da AB. Percebe-se que o Estado está se preocupando com a situação que os usuários se encontram, buscando um acolhimento das demandas e um melhor atendimento. Lembrando que o envelhecimento da população esta

vinculado com as doenças crônicas e maiores custos para os serviços de saúde, mas isto é percebido com os idosos mais velhos, que acabam apresentando mais incapacidades. Com isso, defende-se a importância de criar ações que busquem a promoção da saúde, qualidade de vida e prevenção das doenças crônicas.

Os idosos usuários mostraram que estão satisfeitos com o sistema de saúde e estão preocupados com a sua saúde. A fragilidade está relacionada com as doenças crônicas, talvez os idosos não tenham esta noção da complexidade que é ter uma hipertensão ou diabetes diagnosticadas, mas buscam os sistemas de saúde para tratar e amenizar seus sintomas. Este acompanhamento vai possibilitar uma vida mais longa, podendo ser vista como uma experiência positiva, com oportunidades contínuas de saúde, participação da sociedade, segurança e cuidados adequados.

Os cuidados ofertados pelo sistema de saúde estão de acordo com as políticas contemporâneas de saúde, que indicam buscar a recuperação da saúde, estabilização e prevenção das doenças. Isso mostra que os serviços estão atendendo as necessidades de saúde da população idosa. O PMAQ é um fértil sistema de monitoramento e avaliação que produz informações de saúde, sendo possível verificar vários pontos referentes aos usuários idosos. Os pontos principais do programa, para os idosos, são a satisfação e a investigação das doenças crônicas. Acredita-se que com estas informações será possível implementar novas políticas que fortaleçam os laços entre comunidade e sistema de saúde para contribuir com a saúde da população. A efetivação das ações do sistema de saúde mostrou empenho por parte da equipe, pois há uma disseminação de informações, que refletem um trabalho conjunto intersetorial e interdisciplinar.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise dos resultados foi possível verificar e identificar a percepção dos usuários idosos sobre acesso e utilização dos serviços de saúde nas Unidades Básicas de Saúde, a partir da avaliação do PMAQ-AB. Os serviços de saúde se mostraram acessíveis aos usuários idosos e os mesmos utilizam conforme suas demandas de saúde.

Os usuários idosos estão em maior concentração nas regiões Sudeste e Nordeste do país, a região Nordeste mostrou o maior índice de analfabetos e menor renda (juntamente com a região Norte) e a região Sul e Sudeste mostrou predominância de brancos. A maioria dos usuários idosos brasileiros são mulheres brancas e pardas com escolaridade de ensino fundamental que não trabalham. A hipertensão e a diabetes são acometimentos presentes na grande maioria da amostra, sendo a hipertensão mais presente que a diabetes. Não são todos os usuários que fazem uso de medicamento ou que consultam a partir das doenças crônicas. O atendimento realizado pela equipe é suficiente para satisfazer as necessidades dos usuários, que não necessitam fazer reclamações referentes ao cuidado recebido da equipe. O cuidado recebido pela equipe foi associado com a atenção aos casos de hipertensão e utilização da medicação, à diabetes, ao cuidado que os familiares recebem da equipe, a possibilidade de fazer uma reclamação ou sugestão e a avaliação dos profissionais da equipe foi positiva, sendo que quanto maior a nota maior é a satisfação com o cuidado recebido. A atenção disponibilizada pela equipe para a resolução dos problemas dos usuários foi associada com a atenção os casos de hipertensão e diabetes, com o cuidado que o usuário e seus familiares recebem da equipe, com o cuidado que recebem dos profissionais e a possibilidade de fazer uma reclamação ou sugestão.

O acesso as unidade de saúde é facilitado pela proximidade com os domicílios dos usuários, além do horário de atendimento ser suficiente para resolver as necessidades dos usuários. Uma das formas de atendimento é a marcação das consultas, não é sempre que se consegue para o mesmo dia, mas a equipe busca resolver os problemas dos usuários e quando não estão ao seu alcance sugere soluções para sua resolução. As equipes estão organizadas, realizando os encaminhamentos aos profissionais especializados ou aos procedimentos que não estão sob-responsabilidade da unidade. Além de, praticamente todos os usuários receberem a visita dos agentes comunitários e levarem o tratamento até a sua conclusão. A satisfação com o cuidado recebido da equipe e a atenção recebida para a resolução dos problemas foram associadas com a marcação de consulta, atenção integral à saúde, vínculo e responsabilização do cuidado, coordenação do cuidado e visita domiciliar.

Este estudo revelou que o PMAQ pode ser um indicador sobre as condições de saúde de uma determinada população e mostrou uma ampliação do acesso, melhoras no atendimento da AB, no processo de trabalho das equipes e disponibilização de ações aos usuários idosos. Programas com essa conjuntura são importantes para potencializar os serviços e aprimorar as ações da AB e mostram as reais condições dos serviços prestados pelas equipes de saúde. Além de ser utilizado como fonte de dados para o planejamento de ações que buscam a prevenção de doenças e promoção da saúde da população. O PMAQ mostrou grandes desafios para as equipes, as quais têm buscado a sua superação.

Esta pesquisa intencionou revelar a situação da saúde dos idosos usuários do sistema de saúde, bem como contribuir para a reflexão sobre a situação dos serviços de saúde ofertados a população em geral, especificamente a população idosa. É possível perceber que os idosos estão desfrutando de um melhor acesso aos serviços de saúde, além de melhor utilização das ações ofertadas pelas unidades de saúde de todo o Brasil. O programa mostrou a relação entre serviço e usuários, mostrando que pode-se avançar em novas estratégias de atendimento e de prestação de serviço.

Como visto ao longo do texto, a saúde da população deve ser o objetivo para um envelhecimento saudável. Uma das alternativas, para esta conquista, é a prática de atividade física ao longo do curso de vida. A atividade física é responsável por diversos benefícios comprovados por diferentes áreas de pesquisas, entre esses, os relacionados com aspectos biopsicossociais. A Política Nacional de Promoção da Saúde, criada em 2006 já prevê o profissional da Educação Física para atuar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) buscando uma perspectiva de prevenção, promoção e reabilitação da saúde e qualidade de vida. Devemos lembrar que, o Brasil é um país que possui uma ampla política voltada aos idosos, dentre elas a política do Envelhecimento Ativo e o Estatuto do Idoso, estas devem ser estimuladas e absorvidas nas dinâmicas sociais brasileiras.

Este formato de pesquisa, com utilização de dados secundários, possibilita que os dados sejam analisados de diferentes formas e com diferentes perspectivas. Assim, as diversas áreas da saúde podem fazer uso dos mesmos dados, mas com uma visão do todo distinta, contribuindo para melhorar o sistema brasileiro de saúde pública. Outra possibilidade é uma análise local da situação, por exemplo, verificar a satisfação do usuário de Porto Alegre ou do Rio Grande do Sul. Desta forma, é possível perceber as influências culturais e regionais de cada localidade, contribuindo para uma perspectiva da realidade.

Conclui-se este trabalho como passo inicial ao estudo dos dados do PMAQ-AB para verificar/contribuir com a população idosa brasileira, visto que está pesquisa mostra a

realidade do Sistema. Em vista disso, tornam-se necessárias outras pesquisas para dar continuidade à proposta iniciada por esta investigação, de forma a estimular o uso dos dados de programas de avaliação em abrangência nacional para uma melhor qualidade dos serviços prestados pela AB.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Maria do Socorro Veloso de et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde em Debate**, v. 38, n. esp. p. 182-194, 2014.

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Idoso na saúde suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e para a sustentabilidade do setor** / Martha Oliveira; et al. – Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2016. 4.8K.: il.

BALDANI, Márcia Helena et al. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 1, p. 150-162, 2010.

BRANDÃO, Ana Laura da Rocha Bastos et al. Evaluation of primary care from the perspective of users: adaptation of the EUROPEP instrument for major Brazilian urban centers. **Ciencia & saude coletiva**, v. 18, n. 1, p. 103-114, 2013.

BRASIL, Política nacional do idoso. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Lei Nº 8.842, de 4 de Janeiro de 1994**.

BRASIL, Senado Federal. **Estatuto do Idoso: Lei número 10.741, de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso**. Brasil. Senado Federal, 2003.

BRASIL. Portaria nº 2528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Portaria Nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 192 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 19).

BRASIL. **Portaria-1.820**, de 13 de agosto de 2009. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 14 de agosto de agosto de 2009. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820\\_13\\_08\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html) Acesso em 03 de junho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento** / Ministério da Saúde – Brasília, 2010a. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS : uma construção coletiva : monitoramento e avaliação : processo de formulação, conteúdo e uso dos instrumentos do PlanejaSUS /** Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

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, 2011. 44 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica /** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012a. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde)

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, 2012b. 140 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

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 para as equipes de atenção básica /** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 38 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.645**, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

BRASIL, Ministério da Saúde. DATASUS. **Informações de Saúde**. Disponível na Internet: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/cnv/pop>>. Acesso em: 04 jan. 2016.

BARRETO, Jorge Otávio Maia. Pagamento por desempenho em sistemas e serviços de saúde: uma revisão das melhores evidências disponíveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 5, 2015.

BARROS, Aidil Jesus Paes; LEHFELD, Neide Aparecida de Souza. **Fundamentos de metodologia científica**. 3. ed. Brasil: Makron, 2007. 176 p.

CASOTTI, Elisete et al. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 140-157, 2014.

CAVALCANTE, Vania Cristina Reis. **Programa de melhoria do acesso e da qualidade básica do SUS (PMAQ-AB): análise da estrutura das unidades básicas de saúde do Maranhão. 2014. 101f.** Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde da Família, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2014.

- CAVALCANTI, Pauline Cristine da Silva. **Atenção básica no Brasil: desafios e iniciativas para qualificação**. 2014. 133 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.
- CAVALCANTI, Pauline Cristine da Silva; OLIVEIRA NETO, Aristides Vitorino de; SOUSA, Maria Fátima de. Uma narrativa sobre o programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica. In: GOMES, Luciano Bezerra; BARBOSA, Mirceli Goulart; FERLA, Alcindo Antônio. **Atenção Básica: olhares a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB)**. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 17-48.
- CHAIMOWICZ, Flávio. Health of the Brazilian elderly population on the eve of the 21st century: current problems, forecasts and alternatives. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.
- CHAIMOWICZ, Flávio. **Saúde do idoso**/ Flávio Chaimowicz com colaboração de: Eulita Maria Barcelos, Maria Dolores S. Madureira e Marco Túlio de Freitas Ribeiro. – Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 172p.
- CERTO, Ana Catarina et al. A síndrome da fragilidade nos idosos: revisão da literatura. In: **Actas de Gerontologia: Congresso Português de Avaliação e Intervenção em Gerontologia Social**. 2016.
- CIOSAK, Suely Itsuko, et al. Senectud y senilidad: nuevo paradigma en la atención básica de salud. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 45, n. 2, p. 1763-1768, 2011.
- CLARES, Jorge Wilker Bezerra et al. Perfil de idosos cadastrados numa unidade básica de saúde da família de Fortaleza-CE. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 12, 2011.
- CRUZ, Maria Jusiana Gonçalves; MURAI, Hogla Cardozo. Acessibilidade dos idosos na Rede Básica de Saúde. **Rev Enferm UNISA**, v. 10, n.1, p. 48-52, 2009.
- CRUZ, Marly Marques da et al. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 124-139, 2014.
- CUNHA, Alcione Brasileiro Oliveira; SILVA, Ligia Maria Vieira da. **Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia**, Brasil, em gestão plena do sistema. 2010.
- CURVO, Patricia Abrahão. **Avaliação da atenção básica em saúde destacando satisfação e insatisfação na perspectiva dos usuários, com ênfase na integralidade da atenção**. 2010. 154 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.
- DAGDEVIREN, Nezih; AKTURK, Zekeriya. An evaluation of patient satisfaction in Turkey with the EUROPEP instrument. **Yonsei medical journal**, v. 45, n. 1, p. 23-28, 2004.



DALFOVO, Michael Samir; LANA, Rogério Adilson; SILVEIRA, Amélia. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v. 2, n. 4, p. 01- 13, 2008.

FALK, Maria Lúcia Rodrigues et al. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. **Revista de APS**, v. 13, n. 1, 2010.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde em debate**, v. 38, p. 13-33, 2014.

FERRIOLI, Eduardo; MORIGUTI, Julio Cesar; FORMIGHIERI, Paulo. O idoso frágil. In: FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. Cap. 89. p. 1014-1019.

FERNANDES, Maria Teresinha de Oliveira; SOARES, Sônia Maria. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 6, p. 1494-1502, 2012.

FONSECA SOBRINHO, Délcio da et al. Compreendendo o apoio matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher, diabetes/hipertensão e saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 83-93, 2014.

FONSECA VICTOR, Janaina et al. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 1, 2009.

FURTADO, Juarez Pereira; SILVA, Lígia Maria Vieira da. Entre os campos científicos e burocráticos - a trajetória da avaliação em saúde no Brasil. In: AKERMAN, Marco; Furtado, JUAREZ Pereira. **Práticas de avaliação em saúde no Brasil – diálogos**. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p.17-58.

GARUZI M, ACHITTI COM, SATO CA, ROCHA AS, SPAGNUOLO RS. Acolhimento na estratégia saúde da família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**, v. 34, n. 2, p. 144-9, 2014.

GALAVOTE, Heletícia Scabelo et al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 1, 2016.

GIORDANI, Jessye Melgarejo do Amaral. **Acolhimento na atenção básica à saúde: políticas, significados e evidências**. 2015. 95f. Tese (Doutorado) – Curso de Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015.

GIOVANELLA, Ligia et al. Family health: limits and possibilities for an integral primary care approach to health care in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

GOLDBAUM, Arnaldo. **O processo de avaliação do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB) para saúde bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2014. 77f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Ciências Odontológicas, Universidade de São Paulo, 2014.

GOLDMAN, Sara Nigri; FALEIROS, Vicente de Paula. Participação social e envelhecimento. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, p. 317-335, 2008.

GUEDES, Helisamara Mota et al. O olhar do idoso sobre o atendimento em unidades básicas de saúde de Coronel Fabriciano-MG. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 75-80, 2012.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sinopse do Censo demográfico**. Rio de Janeiro; 2011. Disponível em:  
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse.pdf> Acesso em: 05/04/2016

KALACHE, A. et al. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.21, p. 200-10, 1987.

KLITZKE, Dirceu Ditmar. **Apoio institucional na gestão da atenção básica no Brasil: um caminho possível?** 2013. 80 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda et al. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). **Ciência & saúde coletiva**, v. 16, n. 9, 2011.

LINHARES, Paulo Henrique Arruda. **Avaliação do processo de implantação do programa nacional de melhoria do acesso e qualidade (PMAQ) no estado do Ceará**. 2013. 189 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2013.

LOPES, Estela Auxiliadora Almeida. **O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica e seu potencial de gerar mudanças no trabalho dos profissionais**. 2013. 92 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

LORENA SOBRINHO, José Eudes et al. Acesso e qualidade: avaliação das Equipes de Saúde Bucal participantes do PMAQ-AB 2012 em Pernambuco. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 136-146, 2015.

MACHADO, Jacinta de Fátima Franco Pereira et al. Educação permanente no cotidiano da atenção básica no Mato Grosso do Sul. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 102-113, 2015.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARIN, Maria José Sanches; MARCHIOLI, Milton; MORACVICK, Maria Yvette Aguiar Dutra. Strengths and weaknesses of the care delivered in the traditional primary healthcare units and family healthcare strategy units in the perspective of users. **Texto & contexto enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 780-788, 2013.

MEDINA, Maria Guadalupe et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família?. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 69-82, 2014.

MEDRADO, Josiane Ribeiro Silva; CASANOVA, Angela Oliveira; OLIVEIRA, Cátia Cristina Martins de. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 107, 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, v. 549, 2011.

MENDES, Luiz Villarinho et al. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. **Saúde Em Debate**, v. 38, p. 109-123, 2014.

MENDES JÚNIOR, Francisco Ivan Rodrigues; BANDEIRA, Mary Anne Medeiros; TAJRA, Fábio Solon. Percepção dos profissionais quanto a pertinência dos indicadores de saúde bucal em uma metrópole do Nordeste brasileiro. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 147-158, 2015.

MERHY, Emerson Elias. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**, 1998.

MERHY, Emerson Elias et al. **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde**. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de gestão da Educação na Saúde. VER–SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, p. 108-137, 2004.

MESQUITA, Regina Angela Viana; COSTA, Neidil Espinola da Costa; CARVALHO, Helena Barros Campos. Políticas públicas de saúde para o envelhecimento e a velhice. In: FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. Cap. 148. p. 1614-1622.

MILANO, Maria et al. Validation of the Italian version of the EUROPEP instrument for patient evaluation of general practice care. **The European journal of general practice**, v. 13, n. 2, p. 92-94, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de S.; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: Oposição ou complementaridade? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, jul./set. 1993.

MORAES, Paulo Navarro de et al. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, 2013.

NEVES, Teresa Cristina de Carvalho Lima; MONTENEGRO, Luiz Albérico Araújo; BITTENCOURT, Sonia Duarte de Azevedo. Produção e registro de informações em saúde no Brasil: panorama descritivo através do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, p. 756-770, 2014.

NEY, Márcia Silveira; PIERANTONI, Celia Regina; LAPÃO, Luís Velez. Sistemas de avaliação profissional e contratualização da gestão na Atenção Primária à Saúde em Portugal. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 43-55, 2015.

NETTO, Matheus Papaleo. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. Cap. 1. p. 3-13.

OLIVEIRA SANTOS, Maria Izabel Penha et al. Acessibilidade e acolhimento: estratégias potenciais para qualificação da assistência à saúde do idoso. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 18, n. 2, p. 42-51, 2016.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília/DF: Organização Pan-americana da Saúde – Opas, 2005.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**, Suíça, 2015. 30p.

PELLENSE, Marcia Cunha da Silva. **Satisfação dos usuários e a qualidade da atenção primária à saúde do Rio Grande do Norte**. 2013. 54 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde da Família, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013.

PEREZ, Mariângela. A população idosa e o uso de serviços de saúde. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 7, n. 1, 2008.

PINTO, Heider Aurelio. **Múltiplos olhares sobre e a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade**. 2014. 231 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.

PINTO, Hêider Aurélio; SOUSA, Allan Nuno Alves de; FERLA, Alcindo Antônio. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde em debate**. Londrina. Vol. 38, n. esp.(out. 2014), p. 358-372, 2014.

PROTASIO, Ane Polline Lacerda. **Fatores associados à satisfação do usuário quanto aos cuidados ofertados na atenção básica em saúde: análise a partir do 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB**. 2014. 175 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Modelos de decisão e saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2014.

PROTASIO, Ane Polline Lacerda et al. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 209-220, 2014.

REDE Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações** / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.: il.

RODRIGUES, Valéria; DOS SANTOS, Cleber Ronald Inácio; PEREIRA, Mariana Uchoa. A experiência de planejar e operacionalizar o PMAQ-AB no estado do Acre. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 173-181, 2014.

- ROSSET, Idiane; et al. Tendencies of studies addressing the eldest individuals of aged population in the community: a (inter)national systematic review. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 264-71, 2011.
- RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon et al. Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 237-251, 2014.
- SALGADO, Carmen Delia Sánchez. Mulher idosa: a feminização da velhice. **Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento**, v. 4, 2002.
- SANTOS, Lenir. **O Modelo de Atenção à Saúde se Fundamenta em Três Pilares: Rede, Regionalização e Hierarquização**. 2011. Disponível em: <<http://blogs.bvsalud.org/ds/2011/09/15/o-modelo-de-atencao-a-saude-se-fundamenta-em-tres-pilares-rede-regionalizacao-e-hierarquizacao/>>. Acesso em: 08/05/2016
- SANTOS PIRES, Zenith Rose; SILVA, Maria Josefina. Autonomia e capacidade decisória dos idosos de baixa renda: uma problemática a ser considerada na saúde do idoso. **Revista Eletrônica de Enfermagem (online)**, Goiânia, v.3, n.2, jul-dez. 2001.
- SANTOS, Maria Izabel Penha de Oliveira; GRIEP, Rosane Harter. Capacidade funcional de idosos atendidos em um programa do SUS em Belém (PA). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, 2013.
- SANTOS, Thais Chiapinotto dos; et al. PMAQ-AB e os pactos do SUS: função dispositivo ou repetição? In: GOMES, Luciano Bezerra; BARBOSA, Mirceli Goulart; FERLA, Alcindo Antônio. **Atenção Básica: olhares a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB)**. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p.75-100.
- SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro. A satisfação do usuário e a autopercepção da saúde em atenção primária. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v. 5, n. 17, p. 3-5, 2010.
- SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 7, n. 23, p. 69-74, 2012.
- SEIDL, Helena et al. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 38, n. esp. p. 94-108, 2014.
- SOUZA, Elizabethe Cristina Fagundes de et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad Saude Publica**, p. s100-s110, 2008.
- SOUZA, Marize Barros de et al. Trabalho em equipe na atenção primária: a experiência de Portugal. **Rev Panam Salud Publica**, v. 33, n. 3, 2013.
- STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, Mirna Barros et al. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde em Debate**, v. 38, n. esp. p. 52-68, 2014.

TOMASI, Elaine et al. Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na atenção básica à saúde no Brasil: programa de melhoria do acesso e da qualidade–PMAQ. In: **Convención Salud 2015**. 2015.

UFC, Universidade Federal do Ceará. **Curso de Especialização em Saúde da Pessoa Idosa**. Disponível em:

<[https://ufc.unasus.gov.br/curso/spi/politica/unid\\_04/material\\_complementar/SPI\\_Unidade\\_01\\_EaD\\_Tema\\_02.pdf](https://ufc.unasus.gov.br/curso/spi/politica/unid_04/material_complementar/SPI_Unidade_01_EaD_Tema_02.pdf)>. Acesso em: 15 maio 2016.

UFMA – Universidade Federal do Maranhão, UNA-SUS/UFMA. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa: políticas, programas e rede de atenção à saúde do idoso**/Camila Carvalho Amorim; Fabrício Silva Pessoa (Org.). - São Luís, 2014. 42f.: il.

UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas. **Resumo Executivo Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio**. Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) - HelpAge International, Nova York/Londres, 2012.

VALER, Daiany Borghetti. et al. The significance of healthy aging for older persons who participated in health education groups. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 809-819, 2015.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

VERAS, Renato. Innovation: an alternative for the health sector. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.14, n. 3, p. 413-414, 2011.

VERAS, Renato Peixoto; CALDAS, Célia Pereira; CORDEIRO Hesio de Albuquerque. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, 1189-1213, 2013.

## ANEXO

Instrumento de avaliação externa do Saúde mais perto de você<sup>3</sup> – Acesso e Qualidade Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): Módulo III – Entrevista na Unidade de Saúde com Usuário, recorte das questões que serão utilizadas no estudo. Identificação das questões que foram recodificadas.

Questão	Alternativa	Situação da Recodificação
<b>3. Identificação do usuário</b>		
3.1 sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Idêntica
3.2 Qual a idade do(a) senhor(a)?	<input type="checkbox"/> Anos	<input type="checkbox"/> 60-69 <input type="checkbox"/> 70-79 <input type="checkbox"/> 80+
3.3 Entre as opções que vou ler, qual a sua cor ou raça?	<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda/mestiça <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Ignorada	<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda/mestiça <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Não sabe/Não respondeu
3.4 Até quando o(a) senhor(a) estudou?	<input type="checkbox"/> Não é alfabetizado (não sabe ler e escrever) <input type="checkbox"/> É alfabetizado (sabe ler e escrever) <input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> Ensino médio completo <input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto <input type="checkbox"/> Ensino superior completo <input type="checkbox"/> Pós-graduação <input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu	<input type="checkbox"/> Não é alfabetizado <input type="checkbox"/> É alfabetizado <input type="checkbox"/> Ensino fundamental <input type="checkbox"/> Ensino médio <input type="checkbox"/> Ensino superior <input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu
3.5.0 O senhor trabalha?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Idêntica
3.5 O senhor sabe quanto recebeu de salário ou pagamento do seu trabalho no mês passado?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica	Idêntica
3.6 Qual o valor?	<input type="checkbox"/> Menos de 1 salário mínimo <input type="checkbox"/> De 1 a 3 salários mínimos <input type="checkbox"/> De 4 a 6 salários mínimos <input type="checkbox"/> De 7 a 9 salários mínimos <input type="checkbox"/> Mais de 10 salários mínimos <input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> Menos 1 SM <input type="checkbox"/> De 1 a 3 SM <input type="checkbox"/> De 4 a 6 SM <input type="checkbox"/> De 7 a 9 SM <input type="checkbox"/> Mais 10 SM
<b>5. Acesso aos serviços de saúde</b>		
5.1 Quanto tempo o(a) senhor(a) leva da sua casa até	<input type="checkbox"/> 10 minutos <input type="checkbox"/> 20 minutos	<input type="checkbox"/> 10 minutos <input type="checkbox"/> 20 minutos

<sup>3</sup> Foi preservado o formato original do instrumento, somente excluídas as questões que não foram utilizadas; inclusão da aba de recodificação das alternativas das respostas.

esta unidade de saúde?	<input type="checkbox"/> 30 minutos <input type="checkbox"/> 40 minutos <input type="checkbox"/> 50 minutos <input type="checkbox"/> 60 minutos <input type="checkbox"/> 70 minutos <input type="checkbox"/> 80 minutos <input type="checkbox"/> 90 minutos <input type="checkbox"/> 100 minutos <input type="checkbox"/> 110 minutos <input type="checkbox"/> 120 minutos <input type="checkbox"/> 130 minutos <input type="checkbox"/> 140 minutos <input type="checkbox"/> 150 minutos <input type="checkbox"/> 160 minutos <input type="checkbox"/> 170 minutos <input type="checkbox"/> 180 minutos <input type="checkbox"/> 190 minutos <input type="checkbox"/> 200 minutos <input type="checkbox"/> 210 minutos <input type="checkbox"/> 220 minutos <input type="checkbox"/> 230 minutos <input type="checkbox"/> 240 minutos <input type="checkbox"/> Mais de 240 minutos <input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu/não lembra	<input type="checkbox"/> 30 minutos <input type="checkbox"/> Mais de 30 minutos
5.2 Chegar até essa unidade de saúde é:	<input type="checkbox"/> Muito fácil <input type="checkbox"/> Fácil <input type="checkbox"/> Razoável <input type="checkbox"/> Difícil <input type="checkbox"/> Muito difícil	<input type="checkbox"/> Fácil <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Difícil
5.7 O horário de funcionamento desta unidade atende às suas necessidades?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>6. Marcação de consulta(s) na unidade de saúde</b>		
6.0 Essa unidade de saúde faz marcação de consulta?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Idêntica
6.3 Quando o(a) senhor(a) consegue marcar a consulta, sua consulta é:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu	Idêntica
<b>8. Atenção integral à saúde</b>		
8.1 Quando é atendido(a) nesta unidade de saúde, o(a) senhor(a) acha que a equipe busca resolver suas necessidades/ problemas na própria unidade de saúde?	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Quase nunca <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu
8.9 Na opinião do(a) senhor(a), durante as consultas, os profissionais desta equipe sugerem soluções possíveis de serem realizadas?	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Quase nunca <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu
<b>9. Vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado</b>		
9.7 Quando o(a) senhor(a) precisa tirar dúvidas após as	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes



consultas, tem facilidade para falar com os profissionais que lhe atenderam?	<input type="checkbox"/> Quase nunca <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Não precisou tirar dúvidas <input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Não precisou tirar dúvidas <input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu
9.9 Quando o(a) senhor(a) interrompe o tratamento por algum motivo ou não vem à consulta nesta unidade de saúde, os profissionais procuram o(a) senhor(a) para saber o que aconteceu e retomar o atendimento?	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Quase nunca <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Nunca interrompeu o tratamento ou faltou consulta <input type="checkbox"/> Outro(s) <input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Na maioria das vezes <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Nunca interrompeu o tratamento ou faltou consulta <input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu
<b>10 - Coordenação do Cuidado</b>		
10.0 O senhor já precisou ser encaminhado para outro profissional em outro serviço de saúde?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu	Idêntica
<b>11 – Visita Domiciliar</b>		
11.1 O agente comunitário de saúde (ACS) visita o(a) senhor(a) na sua casa?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu	Idêntica
<b>20. Hipertensão arterial sistêmica</b>		
20.1 Algum médico lhe disse que o(a) senhor(a) tem pressão alta (hipertensão)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu	<b>Variável reescrita:</b> Diagnóstico <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
20.2 O(a) senhor(a) consultou com médico(a) ou enfermeiro(a) por causa da pressão alta (hipertensão) nos últimos seis meses?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu	<b>Variável reescrita:</b> Consulta por causa da hipertensão nos últimos 6 meses <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
20.6 O(a) senhor(a) usa remédio para pressão alta (hipertensão)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu	<b>Variável reescrita:</b> Uso de medicação <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>21. Diabetes mellitus</b>		
21.1 Algum médico lhe disse que o(a) senhor(a) tem diabetes (açúcar alto no sangue)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu	<b>Variável reescrita:</b> Diagnóstico <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
21.2 O(a) senhor(a) consultou com médico(a) ou enfermeiro(a) por causa da diabetes (açúcar alto no sangue) nos últimos seis meses?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu	<b>Variável reescrita:</b> Consulta por causa da diabetes nos últimos 6 meses <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
21.6 O(a) senhor(a) usa remédio por causa da diabetes?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu	<b>Variável reescrita:</b> Uso de medicação <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<b>23. Satisfação com o cuidado</b>		
23.5 Na sua opinião, o cuidado que o(a) senhor(a) recebe da equipe de saúde é:	<input type="checkbox"/> Muito bom <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular	<b>Variável reescrita:</b> Cuidado prestado pela equipe de saúde

	<input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Muito ruim <input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu	<input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim
23.6 Na sua opinião, o cuidado que seus familiares recebem da equipe de saúde é:	<input type="checkbox"/> Muito bom <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Muito ruim <input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu	<b>Variável reescrita:</b> Cuidado prestado pela equipe de saúde para seus familiares <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim
23.7 De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com cuidado recebido pelo(a) médico(a)?	____ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <input type="checkbox"/> Não se aplica	<b>Variável reescrita:</b> Satisfação com o cuidado (equipe de saúde): Médico <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Não se aplica
23.8 De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com cuidado recebido pelo(a) enfermeiro(a)?	____ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <input type="checkbox"/> Não se aplica	<b>Variável reescrita:</b> Satisfação com o cuidado (equipe de saúde): Enfermeiro <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Não se aplica
23.9 De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com cuidado recebido pelo(s) técnico/auxiliar(es) de enfermagem?	____ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <input type="checkbox"/> Não se aplica	<b>Variável reescrita:</b> Satisfação com o cuidado (equipe de saúde): Técnico/auxiliar de enfermagem <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Não se aplica
23.10 De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com cuidado recebido pelo(s) agentes comunitários de saúde (ACS)?	____ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <input type="checkbox"/> Não se aplica	<b>Variável reescrita:</b> Satisfação com o cuidado (equipe de saúde): agentes comunitários de saúde (ACS) <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Não se aplica
23.11 De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com o atendimento recebido pela equipe de recepção da Unidade de Saúde?	____ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <input type="checkbox"/> Não se aplica	<b>Variável reescrita:</b> Satisfação com o cuidado (equipe de saúde): equipe de recepção da Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> Ruim <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Não se aplica
23.12 De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com o atendimento recebido pelo(a) gerente da unidade de saúde?	____ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <input type="checkbox"/> Não se aplica	<b>Variável reescrita:</b> Satisfação com o cuidado (equipe de saúde): gerente da unidade de saúde <input type="checkbox"/> Ruim

		<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Não se aplica
<b>24. Mecanismos de participação e interação dos usuários</b>		
24.1 Quando o(a) senhor(a) quer fazer uma reclamação ou sugestão na unidade de saúde, o(a) senhor(a) consegue?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim, mas com dificuldade <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Nunca precisou <input type="checkbox"/> Não sabe/não respondeu	<b>Variável reescrita:</b> Reclamação ou sugestão na unidade de saúde <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Nunca precisou