

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL - UFMS
FACULDADE DE MEDICINA – FAMED
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO NA
REGIÃO CENTRO-OESTE

RODRIGO ARANDA SERRA

**A POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DE MATO GROSSO DO
SUL E A POPULAÇÃO IDOSA:
POTENCIALIDADES E DESAFIOS DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE**

CAMPO GRANDE/MS

2023

RODRIGO ARANDA SERRA

**A POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DE MATO GROSSO DO
SUL E A POPULAÇÃO IDOSA:
POTENCIALIDADES E DESAFIOS DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Faculdade de Medicina da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste.

Área de Concentração: Saúde e Sociedade e linha de Pesquisa em Avaliação de Tecnologias, políticas e ações em saúde.

Orientador: Prof. Dr. Adriano Menis Ferreira.

CAMPO GRANDE/MS

2023



Ata de Defesa de Tese
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste
Doutorado

Aos doze dias do mês de maio do ano de dois mil e vinte e três, às oito horas, na Videoconferência (à distância), da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, reuniu-se a Banca Examinadora composta pelos membros: Adriano Menis Ferreira (UFMS), Albert Schiaveto de Souza (UFMS), Altemir Luiz Dalpiaz (UFMS), Maura Cristiane e Silva Figueira (Unigran) e Vera Licia de Souza Baruki (UCDB), sob a presidência do primeiro, para julgar o trabalho do aluno: **RODRIGO ARANDA SERRA**, CPF 71803211172, Área de concentração em Saúde e Sociedade, do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, Curso de Doutorado, da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, apresentado sob o título "**A POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL E A POPULAÇÃO IDOSA: POTENCIALIDADES E DESAFIOS DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE**" e orientação de Adriano Menis Ferreira. O presidente da Banca Examinadora declarou abertos os trabalhos e agradeceu a presença de todos os Membros. A seguir, concedeu a palavra ao aluno que expôs sua Tese. Terminada a exposição, os senhores membros da Banca Examinadora iniciaram as arguições. Terminadas as arguições, o presidente da Banca Examinadora fez suas considerações. A seguir, a Banca Examinadora reuniu-se para avaliação, e após, emitiu parecer expresso conforme segue:

EXAMINADOR	ASSINATURA	AValiação
Dr. Adriano Menis Ferreira (Interno)		Aprovado
Dr. Albert Schiaveto de Souza (Interno)		Aprovado
Dr. Altemir Luiz Dalpiaz (Externo)		Aprovado
Dr. Joel Saraiva Ferreira (Externo) (Suplente)		
Dra. Maura Cristiane e Silva Figueira (Externo)		Aprovado
Dr. Rafael Aiello Bomfim (Externo) (Suplente)		
Dra. Vera Licia de Souza Baruki (Externo)		Aprovado

RESULTADO FINAL:

Aprovação Aprovação com revisão Reprovação

OBSERVAÇÕES:

Nada mais havendo a ser tratado, o Presidente declarou a sessão encerrada e agradeceu a todos pela presença.

Assinaturas:

Presidente da Banca Examinadora

Aluno

AGRADECIMENTOS

Gratidão a Deus pelo dom da vida, por tantas experiências felizes desde o início do doutoramento e por algumas pessoas que caminharam comigo nesta construção do trabalho final. Dentre elas, agradeço à minha mãe Alzira, por todo amor, carinho, zelo e cuidado nestes últimos 3 anos.

Ao meu pai José Ramão, aos meus irmãos e familiares, agradeço pelo carinho e paciência, principalmente nos dias de ausência.

Agradeço aos meus amigos de longe e de perto, pelas orações e incentivo, e em especial a Cristiane Queiroz, por toda contribuição na tabulação e organização após a coleta dos dados.

Agradeço ao meu orientador Dr. Adriano Menis Ferreira, por toda orientação, dedicação, suporte acadêmico, pelas longas conversas e aconselhamentos que me fizeram ainda mais persistente, meu carinho, respeito e gratidão. Pedirei sempre a Deus que o cuide com saúde e dias prósperos.

Agradeço à Banca examinadora desta tese, pelo aceite, disponibilidade e por todas as contribuições, minha admiração e carinho.

Agradeço à Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste, assim como todos os docentes e profissionais técnicos deste programa.

Agradeço de forma especial, por meio da Secretaria de Estado de Saúde à Gerência Estadual de Alimentação e Nutrição, a Gerente Maria Aparecida de Almeida Cruz e o Técnico de Sistemas de Informação Eduardo Malheiros Ferreira, pela disposição em colaborar com esta pesquisa, e pelas longas conversas de incentivo.

E aos que colaboraram indiretamente, minha gratidão.

“Que darei eu ao Senhor, por todos os benefícios que me tem feito?” (Salmos 116:12).

RESUMO

Desde que surgiu como importante estratégia em saúde pública, a Promoção da Saúde tem sido implementada em diferentes contextos para o enfrentamento dos problemas que afetam a saúde da população, e estão estritamente vinculados a sua vida cotidiana. Com isso, o Programa Academia da Saúde foi criado para ofertar serviços e iniciativas de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, além de práticas corporais capazes de compor novas dimensões do cuidado na Atenção Primária à Saúde. Desde então desenvolve um importante papel econômico e social na vida do indivíduo idoso, e oportuniza a população mudanças de estilo de vida, como atividade física regular, reeducação alimentar, perda de peso e a prática do autocuidado. Essas ações podem diminuir implicações para a saúde como a utilização excessiva dos serviços, internações hospitalares, cirurgias e gastos com medicamentos, e contribui na redução de morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, o que amplia as práticas cotidianas para a melhoria da qualidade de vida desse público. Objetivou-se com este estudo analisar as potencialidades e os desafios do Programa Academia da Saúde no Estado de Mato Grosso do Sul. Os materiais e métodos contaram em seu delineamento com um estudo ecológico e retrospectivo, tipo transversal, e análise documental, com abordagem quantitativa. Nos resultados, a comunicação breve trata do monitoramento das ações de implantação e implementação do Programa Academia da Saúde na esfera federal, o que indicou avanços das propostas de estruturação, adesão, participação social, divulgação, inclusão de diferentes categorias profissionais entre os anos de análise, de 2015 a 2019. O artigo 1 verificou o estado nutricional e o consumo alimentar dos idosos registrados no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional entre os anos 2015 a 2022, o que evidenciou sobrepeso e obesidade no público feminino, eutrofia e baixo peso no público masculino, e elevada ingestão de alimentos ultraprocessados. O artigo 2, traz a caracterização das atividades coletivas realizadas e registradas no Sistema de Informação e Saúde para a Atenção Básica, nos anos 2019 a 2022 com o público idoso, e obteve-se um resultado abaixo do esperado. Vale destacar a instabilidade das informações disponibilizadas nos sistemas de informação e plataformas do Ministério da Saúde, o que demonstra baixa inserção de dados sobre a o público idosos e das atividades de avaliação e procedimentos coletivos registrados. Diante disso, ficou evidente os desafios em relação ao monitoramento e implementação das ações nos polos, os processos de continuidade de adesão ao programa, o financiamento e a conclusão das obras. Das potencialidades, o programa contribui para garantir a sociedade um espaço seguro, com profissionais comprometidos no cuidar do indivíduo, bem como fortalecer os princípios do Sistema Único de Saúde, da universalização, da equidade e da integralidade, com possibilidades terapêuticas de qualidade e de forma interdisciplinar.

Descritores: Promoção da Saúde; Atenção Primária à Saúde; Envelhecimento Populacional; Doenças não Transmissíveis; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Since it emerged as an important public health strategy, Health Promotion has been implemented in different contexts to address the problems that affect the population's health, and are strictly linked to their daily lives. With this, the Health gym program was created to offer services and initiatives for health promotion and prevention of diseases and injuries, as well as bodily practices capable of composing new dimensions of care in Primary Health Care. Since then, it has played an important economic and social role in the life of the elderly, and provides the population with opportunities for lifestyle changes, such as regular physical activity, dietary reeducation, weight loss and the practice of self-care. These actions can reduce health implications, such as the excessive use of services, hospital admissions, surgeries and medication expenses, and contribute to the reduction of morbidity and mortality from non-communicable chronic diseases, which expands daily practices to improve the quality of life of these patients public. The objective of this study was to analyze the potential and challenges of the Health gym program in the State of Mato Grosso do Sul. The materials and methods included in its design an ecological and retrospective study, cross-sectional, and document analysis, with a quantitative-qualitative approach. In the results, the brief communication deals with the monitoring of the implementation and implementation actions of the Health gym program at the federal level, which indicated advances in the proposals for structuring, adherence, social participation, dissemination, inclusion of different professional categories between the years of analysis, from 2015 to 2019. Article 1 verified the nutritional status and food consumption of the elderly registered in the Food and Nutrition Surveillance System between the years 2015 to 2022, which showed overweight and obesity in the female audience, eutrophic and low weight in the public male, and high intake of ultra-processed foods. Article 2 brings the characterization of the collective activities carried out and recorded in the Information and Health System for Primary Care, in the years 2019 to 2022 with the elderly public, and a result was lower than expected. It is worth noting the instability of the information available in the health information systems of the Ministry of Health, which demonstrates the low adherence of the elderly and the evaluation activities and collective procedures recorded. Therefore, it was evident the challenges regarding the monitoring and implementation of actions in the poles, the processes of continuity of adherence to the program, financing, and completion of the works. From the potentialities, the program contributes to guarantee society a safe space, with professionals committed to caring for the individual, as well as to strengthen the principles of the Unified Health System, universalization, equity and integrality, with therapeutic possibilities of quality and in a interdisciplinary.

Descriptors: Health Promotion; Primary Health Care; Population-ageing; Non-Communicable Diseases; Quality of life.

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica
APS - Atenção Primária à Saúde
CBO - Código Brasileiro de Ocupação
CID/10 - Classificação Internacional de Doenças
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CMDSS - Comissão Mundial de Determinantes Sociais da Saúde
CNS - Conferência Nacional de Saúde
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
DCNT - Doenças Crônicas não Transmissíveis
DCV - Doenças Cardiovasculares
DGAS - Diretoria Geral de Atenção à Saúde
GEAN - Gerência Estadual de Alimentação e Nutrição
DM - Diabetes Mellitus
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS - Ministério da Saúde
OMS - Organização Mundial da Saúde
PAS - Programa Academia da Saúde
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNADC - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
PNI - Política Nacional do Idoso
PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde
RAS - Rede de Atenção à Saúde
RASPDC - Rede de Atenção à Saúde das pessoas com Doenças Crônicas
SAIPS - Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde
SES - Secretaria de Estado de Saúde
SIOP - Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento
SISAB - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SISMOB - Sistema de Monitoramento de Obras
SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS - Sistema Único de Saúde
UFMS - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

VAN - Vigilância Alimentar e Nutricional

VS - Vigilância em Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
2.1 Promoção da Saúde: Um Marco Histórico Global.....	17
2.1.1 Os Determinantes Sociais da Saúde: Conceitos e Modelos.....	18
2.1.2 A Política de Promoção da Saúde no Brasil.....	18
2.1.3 O Programa Academia da Saúde: Origem e Diretrizes.....	20
2.1.3.1 O programa academia da saúde no Estado de Mato Grosso do Sul	25
2.2 As Doenças Crônicas não Transmissíveis e o Envelhecimento.....	28
2.2.1 Envelhecimento Humano: Teorias e Repercussões.....	29
2.3 Percepção da Autoestima em Idosos e o Autocuidado.....	31
3 OBJETIVOS.....	33
3.1 Objetivo Geral.....	33
3.2 Objetivos Específicos.....	33
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	34
4.1 Delineamento da Pesquisa.....	34
4.2 Aspectos Éticos da Pesquisa.....	34
4.3 Amostra e Critérios de Participação.....	35
4.3.1 Critérios de Inclusão.....	35
4.3.2 Critérios de Exclusão.....	35
4.5 Procedimentos de Pesquisa e Coleta de Dados.....	35
4.6 Análise dos Dados.....	35
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	37
5.1 Comunicação e Análise Breve: Análise do monitoramento do Programa Academia da Saúde no Brasil: ciclos 2015-2019.....	39
5.2 Artigo 1: Estado Nutricional e o Consumo Alimentar de idosos de Mato Grosso do Sul registrados no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional:2015-2021.....	47
5.3 Artigo 2: Caracterização das Atividades Coletivas com a população idosa no Estado de Mato Grosso do Sul - ciclos 2019 a 2022.....	64
5.4 Boletim Informativo: Monitoramento das ações do Programa Academia da Saúde de 2020 e 2022.....	78
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE.....	92
7 CRONOGRAMA.....	94
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA TESE.....	95
APÊNDICES	
Apêndice I: Quadro das Propostas de Construção dos Polos da Academia da Saúde	
ANEXOS	
Anexo I: Termo de Compromisso para Utilização de Informações de Banco de Dados	
Anexo II: Termo de Anuência para a realização de pesquisa no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul	
Anexo III: Questionários aplicados pela Gerência Estadual de Alimentação e Nutrição – Secretaria de Estado de Saúde	

1 INTRODUÇÃO

Diante de um dos principais desafios epidemiológicos do mundo, em decorrência da pandemia da COVID-19, o estado de emergência de saúde pública no Brasil exigiu intervenções imediatas em todas as áreas nos últimos anos, para a segurança e a proteção da vida de todos os brasileiros.

Este agravamento dos casos de infecção causada pelo coronavírus SARS-CoV-2 em pessoas com excesso de peso e doenças cardiovasculares (DCV) impactou diretamente na taxa de letalidade hospitalar e dos anos de vida perdidos (BRASIL, 2020; CESENA, 2022), bem como no aumento da taxa de mortalidade por DCV após a pandemia (ARMSTRONG *et al.*, 2022).

A implantação de novas estratégias e tecnologias voltadas a saúde neste contexto, se faz necessária na tentativa de frear a alta prevalência de morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), somando-se a outros fatores de riscos, como o tabagismo, a alimentação inadequada e o sedentarismo (BRASIL, 2020a; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/IBGE, 2020).

Concomitante a isso, o envelhecimento populacional associado ao comportamento de saúde da população e a desigualdade social, ganharam destaque devido às intensas transformações políticas, econômicas, demográficas, de urbanização e de assistência à saúde (STOPA *et al.*, 2022). Desde 1960, no Brasil, o número de idosos que era de 3 milhões, passou para 7 milhões em 1975, e 20 milhões em 2008, um aumento de quase 700% em menos de 50 anos. Consequentemente, por questões sociais, políticas e econômicas, doenças próprias do envelhecimento passaram a ter maior expressão no campo da saúde pública (VERAS, 2009).

Esse público vivenciou uma assimetria relacional, que marcou percursos, trajetórias e identidades para o sujeito e suas relações, principalmente no meio em que vive (DANIEL *et al.*, 2018, p. 64). Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADC), sobre as características dos Moradores e Domicílios, “a população brasileira manteve a tendência de envelhecimento dos últimos anos e ganhou 4,8 milhões de idosos desde 2012, que eram de 25,4 milhões, o que supera em 2017 a marca de 30,2 milhões” (IBGE, 2017, s/p). “Esses 4,8 milhões de novos idosos em cinco anos correspondem a um crescimento de 18% desse grupo etário, que tem se tornado cada vez mais representativo no Brasil” (IBGE, 2017, s/p).

Muller *et al.* (2011) citam que o Brasil, antes denominado um país de jovens, pode ser considerado um país estruturalmente envelhecido, segundo padrões estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS). “Espera-se que nos próximos 50 anos ocorra um aumento da expectativa de vida de 7,3 anos no Brasil, indo de 73,9 anos em 2010 para 81,2 anos em 2060” (BOCCOLINI, 2016, p. 07).

As informações sobre as condições de saúde da população idosa e suas demandas por serviços médicos entre outros são fundamentais para o planejamento de ações voltadas para a promoção da saúde desses indivíduos. Veras (2009) cita que em paralelo às modificações observadas na pirâmide populacional, um dos resultados dessa dinâmica é a procura maior por serviços de saúde, o que pode aumentar com idosos acometidos pelas DCNT. Diante deste cenário, são grandes os desafios frente à escassez de recursos para uma demanda crescente, que requer urgentemente novas tecnologias disponíveis para assegurá-los de forma suficiente.

Não obstante, o Ministério da Saúde (MS) em 2017 estabeleceu a revisão da portaria de Nº 483, de 1º de abril de 2014 de Atenção à Saúde das Pessoas com DCNT no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e redefiniu a rede e uma importante linha de cuidado centrada no indivíduo, humanizada, e com acolhimento em todos os pontos de atenção (BRASIL, 2017). Para tanto, reforça ainda o MS, é fundamental a integração do trabalho da Atenção Básica (AB) e Vigilância em Saúde (VS), no que tange a responsabilidade de planejamento e medidas em saúde pública, para a proteção da população, bem como as ações de promoção da saúde, prevenção e o controle dos riscos e agravos.

Ressalta-se que em 2019, as doenças do aparelho circulatório e as doenças endócrinas ocuparam o primeiro lugar em número de óbitos, entre a faixa etária dos 50 a 69 anos, com um total de 140.434 óbitos, ranking das causas básicas segundo capítulos da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), e o número absoluto de óbitos por faixa etária no Brasil no respectivo ano (BRASIL, 2019). No entanto, quando comparado a outras faixas etárias, o idoso consome mais serviços de saúde com as internações hospitalares e são ainda mais frequentes com a incapacidade funcional, a falta de atividade física orientada e medicamentos adequados, sendo maior o tempo de ocupação do leito e agravos na internação.

Desta forma, algumas indagações do autor em sua trajetória acadêmica e profissional nortearam este estudo:

a) Considerando a alta prevalência de pessoas com DCNT, o envelhecimento populacional, o aumento do excesso de peso entre os brasileiros em todas as faixas etárias, a carência de implementações das políticas públicas em saúde, os desafios da contemporaneidade em relação a pandemia, de que forma as ações do Programa Academia da Saúde (PAS), este inserido nas políticas de promoção da saúde e políticas de alimentação e nutrição, centram-se nos princípios e diretrizes do SUS, como estratégia da Rede de Atenção à Saúde das pessoas com Doenças Crônicas (RASPDC) para a produção do cuidado e de modos de vida saudáveis?

b) Considerando o Monitoramento do PAS via questionários disponibilizados pelo MS aos Gestores Estaduais e Municipais de forma anual, são eficientes no preenchimento das informações fundamentais e relacionadas às ações em saúde do Estado de Mato Grosso do Sul, na tentativa de planejar e organizar ações futuras e a fim de diminuir comorbidades nos casos de DCNT em idosos?

c) Considerando as ações de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) e de promoção de saúde, são eficientes as ferramentas (sistemas de informação do SUS) de monitoramento da situação alimentar e nutricional da população atendida nos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), principalmente o público idoso, no Estado?

d) Considerando os determinantes socioculturais e econômicos que podem influenciar para a ocorrência de agravos em saúde, há impacto registrado pelos gestores na saúde física e mental dos idosos que aderem às práticas coletivas e integrativas na APS, e se existem implicações identificadas na qualidade de vida (QV) da população adscrita?

Justifica-se assim investigar os contextos de saúde em que a população idosa está inserida atualmente, assistida ou não pela APS, com a finalidade de detectar os principais desafios e os fatores de riscos mais prevalentes relacionados às DCNT, bem como analisar as políticas de promoção da saúde do Estado por meio do PAS e verificar o perfil econômico e determinantes que condicionam esse público. Este estudo torna-se viável em seus aspectos sociais e permite um novo olhar para iniciativas e investimentos frente aos principais desafios da saúde pública, com o objetivo de diminuir a falta de resolutividade e ampliar o acesso aos serviços com qualidade e equidade.

Tavares *et al.* (2018, p. 175) citam que “as ações em saúde pública devem ser adequadas às condições econômicas dos idosos, com busca pelo tratamento efetivo

e com qualidade”. Nesta perspectiva, os seus aspectos interdisciplinares atingem seu principal viés na garantia e na expansão das práticas e saberes, trazendo uma reflexão significativa e abrangente para a atuação entre os profissionais e áreas, de todos os que estão diretamente envolvidos na avaliação e na efetividade das políticas públicas.

Ressalta-se, que a saúde pública é pautada em grupos sociais ou populações, partindo sempre do princípio multidisciplinar de investigação e entendendo que a educação e atuação dos profissionais deve ser estratégica e propícia para que as resoluções aconteçam. Scherer *et al.* (2013, s/p) descrevem que “a interdisciplinaridade requer uso integrado de conhecimentos na prática multiprofissional, invasão das fronteiras disciplinares, desenvolvimento de competências para lidar com os desafios do meio”.

Partindo do pressuposto do aumento das DCNT e as perdas inerentes ao envelhecimento, o corpo sofre com a própria insatisfação relacionada à diminuição das capacidades físicas, funcionais, sociais e a perda de QV. Assim, a inatividade física age como acelerador desse processo e pode interferir no conceito de saúde e autoestima do idoso, sendo justificável a realização desta pesquisa.

No entanto, a Atualização Brasileira sobre Diabetes diz que entre as DCNT, o Diabetes se destaca como importante causa de morbidade e mortalidade, especialmente entre os idosos. Diversos fatores, como o sedentarismo, hábitos alimentares inadequados, estresse, demais mudanças de comportamentos podem influenciar nos níveis de incidência desta patologia (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

O MS revelou por meio de uma pesquisa feita por Inquérito Telefônico (VIGITEL), que a taxa de obesidade aumentou significativamente no Brasil, passando de 11,8% para 19,8% da população, entre os anos de 2006 e 2018 (BRASIL, 2019). Desta forma supracitada, a QV é um fator que tem sido evidenciado por vários autores, na busca de novas ações e incentivo ao poder público e a sociedade de forma geral.

As possibilidades de se prevenir e minimizar os efeitos das DCNT são inúmeras e vantajosas, mas o desconhecimento e adesão aos programas de saúde por parte da população fazem com que esta doença ainda tenha repercussões alarmantes. Bolpato *et al.* (2020) descrevem a importância do PAS na rede pública, e apresentam-se como um local de bem-estar e vida social, ambiente de fazer amigos e objetiva o fortalecimento dos vínculos familiares.

Portanto, para esta tese seguiu-se as orientações conforme o Manual de Dissertações e Teses, estrutura e forma do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, e tem como 2º capítulo a Revisão de Literatura com contextos, conceitos, definições, diretrizes, portarias sobre as políticas públicas em saúde no Brasil e no Estado relacionadas ao foco da investigação, envelhecimento saudável e o PAS.

No 3º capítulo, constam os objetivos da pesquisa. Já no 4º capítulo, contém a descrição dos Materiais e Métodos utilizados na pesquisa. No 5º capítulo, os resultados e discussões estão organizados e apresentados como *Artigos da Tese*. E por fim, as considerações finais da tese, que elucidam todo o entendimento dos principais achados.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Promoção da Saúde: Um Marco Histórico Global

Realizada em Ottawa no Canadá em 1986, a primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde foi considerada um movimento de luta universal em defesa da vida, na perspectiva e direção do bem-estar global (WHO, 1986; BRASIL, 2002) e do compromisso político em relação à saúde e à equidade em diversos setores da sociedade.

No entanto, em conformação a um novo paradigma formalizado na Conferência de Alma-Ata (1978), em resposta às crescentes expectativas por uma saúde pública para todos e após as discussões entre os diversos países envolvidos, a Carta de intenções de Ottawa definiu a promoção da saúde como o “nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (WHO, 1986, p. 1; BRASIL, 2002).

Os participantes e colaboradores desta Conferência deveriam a partir de sua formulação comprometer-se em atuar e agir no campo das políticas públicas saudáveis, produzir incentivos de cuidados próprios aos indivíduos e para as suas famílias, estimular a população entre os diversos grupos a reconhecer o seu papel, bem como combater as desigualdades sociais em todas as partes do mundo (WHO, 1986).

Este termo já tinha sido utilizado por Henry Sigerist em 1946, quando entendeu e conceituou as tarefas essenciais da Medicina Preventiva, evidenciando assim a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação, em todas as áreas principalmente na saúde para a construção de um estilo de vida saudável (BUSS, 2002, BRASIL, 2020a).

Para Buss (2000), desde que surgiu como importante estratégia em saúde pública, a promoção da saúde tem sido implementada em diferentes contextos para o enfrentamento dos problemas que afetam a saúde da população, e estão estritamente vinculados a sua vida cotidiana, onde nascem e vivem. Entretanto, o que de fato vem caracterizá-la, além da relação com as atividades dirigidas a transformação de comportamentos das pessoas, é o entendimento sobre o protagonismo que os determinantes sociais, culturais, políticos, econômicos e ambientais têm no processo

saúde-doença, sobretudo com vistas a diminuir as iniquidades sociais e em saúde (BUSS, 2002; BUSS; CARVALHO, 2009).

Este arcabouço conceitual e prático sobre os determinantes ganhou destaque nos anos 90, trazendo às Cúpulas Mundiais os principais temas de relevância para a humanidade, no âmbito das Nações Unidas. Com isso, se deu o maior interesse e refinamento das principais experiências de enfrentamento aos determinantes em saúde, dos próprios países envolvidos, na tentativa de produzir políticas e estratégias voltadas à saúde (BUSS; CARVALHO, 2009).

2.1.1 Os Determinantes Sociais da Saúde: Conceitos e Modelos

A Comissão Mundial de Determinantes Sociais da Saúde (CMDSS) adota uma definição holística dos determinantes, com foco na distribuição desigual de poder, dos bens e dos serviços entre os países (COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE/CDSS, 2010), e foi criada pela OMS em 2005, para liderar e apresentar a sociedade o que pode ser feito para promover a equidade em saúde.

Com o objetivo de gerar informações em todo o território, contribuir na formulação de políticas efetivas que promovam a equidade e mobilizar as diferentes instâncias do governo e da sociedade, o Brasil cria em 2006 a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), apoiada em compromissos básicos, como o combate à desigualdade social por meio de ações e de evidências à saúde para todos (CNDSS, 2008).

Para essa comissão os determinantes sociais da saúde são “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam nos problemas de saúde da população” (CNDSS, 2008; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 78). Com esse entendimento, as políticas em saúde podem oferecer de maneira segura prioridades para a diminuição de desigualdades entre os usuários.

2.1.2 A Política de Promoção da Saúde no Brasil

Historicamente, desde o processo de redemocratização do Brasil já se discutia sobre a promoção da saúde, e que ela fosse incorporada como uma nova filosofia em saúde, centrada no indivíduo de forma integral, não somente no controle das

enfermidades, mas assegurando princípios sem privilégios e com ampla participação social, colocando em foco as necessidades da população (BRASIL, 2006; 2018; DIAS *et al.*, 2018).

Ocorre que a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986 promoveu a descentralização do sistema de saúde e a implantação de políticas que atendessem e defendessem o direito à vida de todos, garantindo os demais direitos humanos e de cidadania dos brasileiros, lançando assim em seu documento final os fundamentos da proposta do SUS (BRASIL, 2006). Esta construção democrática dialoga com as reflexões e os movimentos da promoção da saúde.

Buscando superar alguns conceitos existentes em relação a saúde, a Lei Orgânica da Saúde de nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 regula um sistema único que objetiva até hoje priorizar o cidadão em suas fragilidades e maximizar o acesso de forma integrada e contínua (BRASIL, 1990), considerando a saúde um direito social irrevogável, fundamental do indivíduo.

Neste sentido, o MS vem desenvolvendo políticas em todas as esferas para fortalecer cada vez mais o SUS. Propõe então a promoção da saúde, estratégias e intervenções em saúde tomando como objeto não fragmentado os problemas e condicionantes, como o saneamento básico, a moradia, o emprego, o acesso à educação e a alimentação adequada (BRASIL, 2006), na tentativa de oportunizar aos indivíduos modos de vida desejáveis e satisfatórios em cada contexto.

Foi oportuna então a criação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), com o objetivo de promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde da população, inerentes ao meio em que vivem, posto que sua construção provocaria mudanças nos processos do trabalho em saúde (BRASIL, 2010).

De acordo com a PNPS, os gestores federais, estaduais e municipais têm a responsabilidade de divulgar, definir, desenvolver, articular e implementar ações intersetoriais, que possam impactar positivamente a saúde dos brasileiros, e reduzir os riscos de comorbidades e agravos incapacitantes, bem como propor instrumentos e tecnologias de forma a acompanhar e avaliar essas ações (BRASIL, 2010).

Embora os avanços alcançados pelo SUS nos seus primeiros 20 anos de existência, com a organização da gestão em saúde já estabelecida e regulamentada por uma Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o país ainda expressava um

cenário de fragmentação dos serviços, dos programas e ações vinculados ao cuidado, demonstrando assim baixa eficiência para dar conta dos desafios sanitários atuais.

Para superá-lo, a Portaria de Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, como estratégia fundamental para assegurar aos usuários os princípios da Universalidade, Integralidade e Equidade (BRASIL, 2010), cujo modelos se estruturaram com base em uma atenção à saúde forte e resolutiva.

Em relação ao público idoso, desde 1994 uma das primeiras iniciativas foi a Política Nacional do Idoso (PNI), regulamentada em 1996 pelo Decreto nº 1.948 de 3 de julho (BRASIL, 1996), de modo que o poder público deve atuar na área de promoção e assistência social, prestar e desenvolver serviços e ações para o atendimento das necessidades básicas do idoso (BRASIL, 1996).

Brito *et al.* (2018) dizem que o cuidado a pessoa em sua velhice envolve um esforço mútuo de forma cooperativa, respeitando a sua heterogeneidade, com representações positivas e não passíveis apenas da causa, mas sim de um conjunto de aspectos sociais, culturais e comportamentais.

Reforçam, que é necessário a implementação de políticas de educação para a saúde que levem em consideração as diferenças e particularidades do público-alvo.

2.1.3 O Programa Academia da Saúde: Origem e Diretrizes

Com o aumento progressivo das DCNT e da população idosa nas últimas décadas, bem como a principal causa de morte e de gastos públicos em saúde, o PAS foi criado para ofertar serviços e iniciativas além de práticas corporais e atividades físicas (BRASIL, 2018a, 2020a).

Instituído em 2011, o referido programa foi inspirado por ações e diferentes práticas da atividade física nos municípios de Recife/PE, Curitiba/PR, Aracajú/SE, Vitória/ES e Belo Horizonte/MG. Estas atividades são capazes de compor novas dimensões do cuidado na APS, agregando mudanças efetivas no serviço público em saúde (BRASIL, 2017; 2020b).

No que tange a promoção da saúde, o PAS é uma proposta sob a ótica das políticas de APS, regido pelas portarias Nº 2.681 de 7 de novembro de 2013 e a Nº 1.707 de 23 de setembro de 2016 (BRASIL, 2013b, 2016), que redefinem o PAS no âmbito do SUS e as regras de investimento e custeio por meio do piso variável da AB.

Tem como principal objetivo “contribuir para a promoção de saúde e produção de cuidado, modos de vida saudáveis da população, a partir da implantação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados [...]” (BRASIL, 2020a, p. 69). Sendo assim, esses espaços públicos configuram-se como ponto de atenção da RAS, que estabelecem diretrizes para a construção coletiva de cuidados importantes a saúde integral de todo cidadão (BRASIL, 2017a), como demonstram as figuras 1 abaixo:

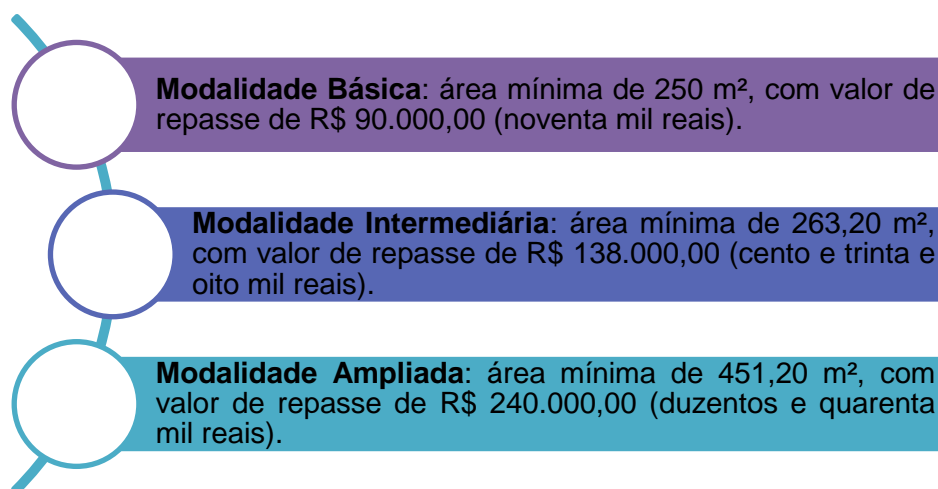
Figura 1: Polos do PAS.



Fonte: <https://www.toledo.pr.gov.br/noticia/governo-federal-atualiza-repasses-para-programa-academia-da-saude-e-atencao-basica> e <https://omarvado.com.br/academia-da-saude-do-bairro-jardim-maristela-e-inaugurada/>

Sobre a construção dos polos, os recursos destinados devem ser da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, de forma compartilhada e tripartite, podendo ocupar outros equipamentos da saúde ou áreas sociais para o desenvolvimento das atividades (BRASIL, 2017a), com as seguintes modalidades: básica, intermediária e ampliada conforme figura 1 abaixo. Esses espaços devem disponibilizar ações de 40 horas semanais, com pelo menos 2 turnos disponíveis, a partir da necessidade da população.

Figura 2: Modalidades dos Polos do PAS.



Fonte: Ministério da Saúde, elaborado pelo autor.

Os municípios interessados em implantar o polo atualmente o fazem por emenda parlamentar, e o próprio parlamentar pode indicar uma proposta ao Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP) do Governo Federal, e após a indicação cadastrar a proposta no Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB). Este é um instrumento utilizado pelo Congresso Nacional para melhor alocar os recursos públicos no país (BRASIL, 2020b).

No que se refere aos custos para a manutenção dos polos, o MS faz um repasse mensal no valor de R\$ 3.000,00 mensais, mas estes também podem contar com financiamentos dos estados e municípios. Para isso, o polo deve seguir com a regularização da proposta do polo no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), aprovação por meio do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS), alimentação das informações e carga horária dos profissionais vinculados ao Código Brasileiro de Ocupação (CBO) (BRASIL, 2017b; 2020a).

Na tabela 1 abaixo, seguem as principais Portarias em ordem cronológica referentes ao PAS, desde sua criação, sobre os custos, os incentivos e credenciamentos publicados no site do MS:

Tabela 1: Portarias referentes ao PAS.

1. Portaria Nº 719, 07 de abril de 2011, que institui o PAS no âmbito do SUS, revogada pela Portaria Nº 2.689, de 07 de novembro de 2013, que redefine o PAS no âmbito do SUS (BRASIL, 2011).

2. Portaria Nº1.401, de 15 de junho de 2011, institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Incentivo para construção de Polos da Academia da Saúde, revogada pela Portaria Nº 2.684, de 7 de novembro de 2013, que redefine as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento (BRASIL, 2011)

3. Portaria Nº 1.402, de 15 de junho de 2011, institui no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica e da Política Nacional de Promoção da Saúde, os incentivos para custeio das ações de promoção da saúde do Programa Academia da Saúde, revogada pela Portaria Nº 2.684, de 7 de novembro de 2013, que redefine as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento (BRASIL, 2011).

4. Portaria Nº 3.110, de 26 de dezembro de 2011, autoriza o repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo de Saúde Municipal a ser alocado no Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde (PVVPS), para o desenvolvimento da Política Nacional de Promoção da Saúde, no âmbito das práticas corporais/atividade física, similares ao Programa Academia da Saúde, com ênfase na integração das ações de Vigilância em Saúde, Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis com a Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2011).

5. Portaria Nº 3.157, de 27 de dezembro de 2011, homologa os Municípios ao recebimento do incentivo para custeio das ações de promoção da saúde do Programa Academia da Saúde e homologa os Municípios que receberão recursos financeiros para estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional nesses polos (BRASIL, 2011)

6. Portaria nº 367, de 5 de março de 2012, homologa o Município de Guarulhos (SP) ao recebimento do incentivo para custeio das ações de promoção da saúde do Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2012).

7. Portaria nº 1.919, de 5 de setembro de 2013, habilita os Municípios ao recebimento do incentivo de custeio do Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2013).

8. Portaria nº 2.473, de 22 de outubro de 2013, homologa os Municípios que não possuem Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), à recebimento de incentivo para o custeio das ações do Programa Academia da Saúde por meio de repasse no Piso Variável de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2013).

9. Portaria Nº 2.684, de 7 de novembro de 2013, redefine as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para construção de polos e de custeio no âmbito do Programa Academia da Saúde e os critérios de similaridade entre Programas em Desenvolvimento no Distrito Federal ou no Município e o Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2013).

10. Portaria Nº 24, de 14 de janeiro de 2014, redefine o cadastramento do Programa Academia da Saúde no Sistema de Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde (BRASIL, 2014).

11. Portaria Nº 722, de 2 de maio de 2014, habilita recebimento de incentivo de custeio de polos do Programa Academia da Saúde em Municípios com NASF implantado (BRASIL, 2014).

12. Portaria Nº 2.446, de 11 de novembro de 2014, redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2014).

13. Portaria Nº 2.848, de 29 de dezembro de 2014, autoriza o repasse financeiro do fundo nacional de saúde aos fundos de saúde municipais habilitados como academias de saúde por similaridade a ser repassado no Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS) (BRASIL,2014).

14. Portaria Nº 2.206, de 29 de dezembro de 2015, publica a listagem de propostas de construção canceladas no âmbito do Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2015).

15. Portaria Nº 381, de 6 de fevereiro de 2017, dispõe sobre as transferências, fundo a fundo, de recursos financeiros de capital ou corrente, do Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios destinados à execução de obras de construção, ampliação e reforma (BRASIL, 2017).

16. Portaria de consolidação Nº 5, de 28 de setembro de 2017, consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2017).

17. Portaria Nº 2.272, de 30 de julho de 2018, credencia municípios ao recebimento do incentivo de custeio para polos do Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2018)

18. Portaria Nº 3.582, de 6 de novembro de 2018, dispõe sobre a aplicação de recursos aprovados pela Lei 13.658, de 7 de maio de 2018 que abriu crédito especial, em favor de diversos órgãos do Poder Executivo Federal, cabendo ao Ministério da Saúde, crédito orçamentário na ação 20YL, com a finalidade de permitir a Estruturação de Academias da Saúde (BRASIL, 2018).

19. Portaria Nº 3.872, de 6 de dezembro de 2018, habilita o Estado, Município ou Distrito Federal a receber recursos financeiros de capital destinados à execução de obras de construção (BRASIL, 2018).

20. Portaria GM/MS Nº 1.105, de 15 de maio de 2022, altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir o incentivo financeiro federal de custeio, destinado à implementação de ações de atividade física na Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2022).

21. Portaria GM/MS Nº 234, de 21 de fevereiro de 2022, credencia municípios ao recebimento do incentivo financeiro de custeio para polos do Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2022).

22. Portaria GAB/SAPS Nº 29, de 28 de junho de 2022, altera a Portaria de Consolidação SAPS/MS Nº 1, de 2 de junho de 2021, para dispor sobre o descredenciamento dos polos do Programa Academia da Saúde, redefinir os critérios para fins da transferência dos incentivos financeiros federais de custeio do Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2022).

Fonte: Ministério da Saúde, elaborado pelo autor.

São previstas para o desenvolvimento do programa várias possibilidades de práticas, sendo os eixos temáticos importantes na APS, entre eles estão: a promoção da alimentação saudável, educação em saúde, produção de cuidado, práticas corporais, práticas artísticas e culturais, práticas integrativas e complementares, gestão e mobilização da comunidade (BRASIL, 2020a).

De acordo com Malafaia e Buglia (2019) um plano estruturado de atividades saudáveis pode reduzir consideravelmente o surgimento de complicações por DCNT no envelhecimento, o que independe da idade de início dessas atividades. Além das atividades físicas, o convívio com outros integrantes, a criação de novos vínculos e o entendimento sobre o autocuidado e a saúde, integram este cotidiano e estimulam o envelhecimento ativo (FERREIRA *et al.*, 2020).

Ainda que não exista uma linha de cuidado específica do PAS, para os participantes nos polos, as ações são elaboradas de acordo com cada polo e o perfil dos frequentadores, fazendo-se importante o repasse de informações e divulgação para o conhecimento sobre o programa de forma geral para a população do município (PRADO, 2019), e de acordo com as diretrizes da RASPDC.

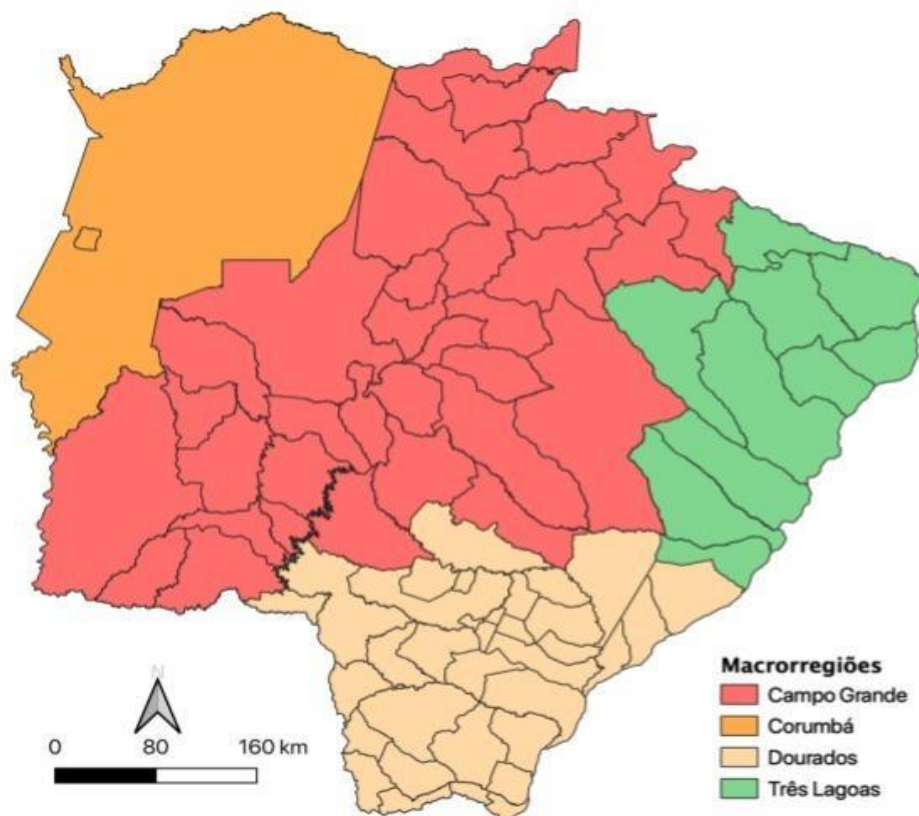
Um dos componentes desta rede para pessoas com DCNT e em tratamento de sobrepeso e obesidade é garantir e apoiar o autocuidado para a manutenção da sua saúde, com vistas a organização de uma assistência terapêutica multiprofissional, com ênfase em ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos, relacionados a alimentação saudável, a prática e o incentivo a atividade física em todo o território brasileiro (BRASIL, 2013b).

2.1.3.1 O programa academia da saúde no Estado de Mato Grosso do Sul

Por meio da Secretaria de Estado de Saúde (SES) de Mato Grosso do Sul, as ações em saúde chegam de diversas formas para a população. O PAS é um dos equipamentos da AB que contribuem como ponto de atenção (BRASIL, 2018b), entrada para grande parte dos usuários da rede de saúde nos municípios.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2021) o Estado tem uma população estimada em 2.839.188 habitantes, com densidade demográfica de 6,86 hab/km² e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 0,729, estes avaliados no último censo em 2010, e atualmente com 384.247 idosos acima de 60 anos (MATO GROSSO DO SUL, 2022). Com um território de 357.145,995 km², possui 79 municípios que estão divididos em quatro regiões de saúde: Campo Grande, Corumbá, Dourados e Três Lagoas, conforme a figura 3 abaixo:

Figura 3: Mapa das regiões de saúde do Estado.

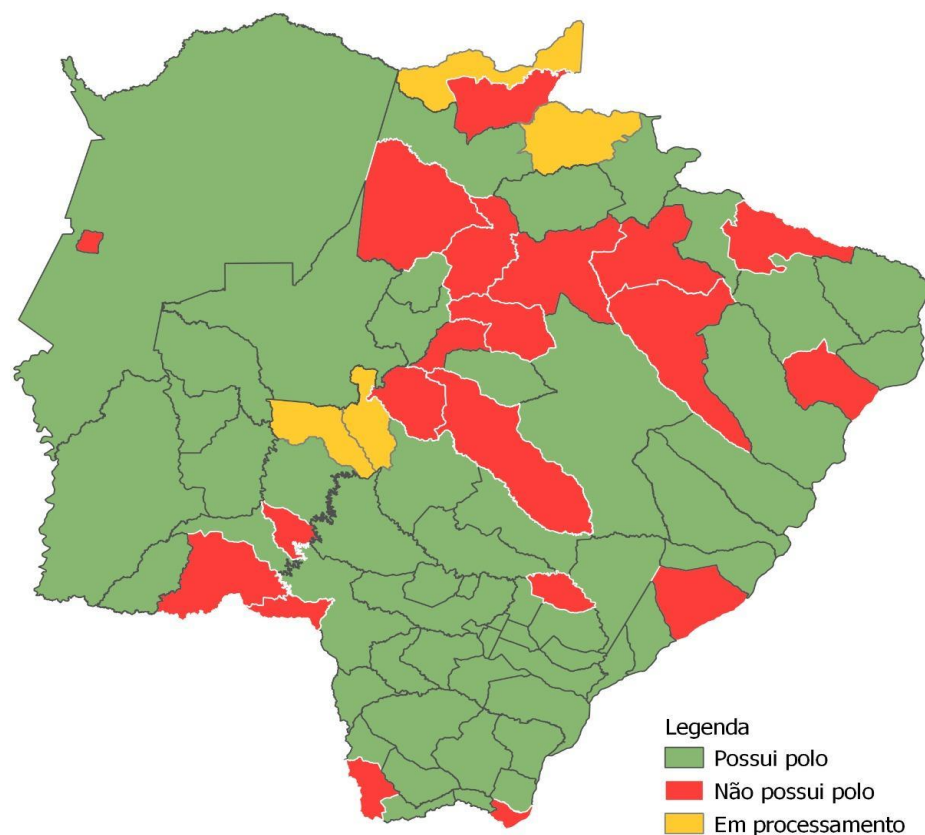


Fonte: SES (2022), elaborado pelo autor.

Em 2011, a Portaria N° 2.911 de 8 de dezembro, habilitou os primeiros municípios do Estado a receberem recursos financeiros e incentivos para a construção do PAS. Os municípios Chapadão do Sul e Dois Irmãos do Buriti receberam um valor de R\$ 200.000,00 e os municípios Coxim, Maracaju e Nova Andradina receberam R\$ 180.000,00 (BRASIL, 2011) para início das obras.

A partir de 2016 houve significativa adesão dos municípios e dos gestores pela implantação do PAS. A figura 4 abaixo destacam os municípios que atualmente possuem polo, não possui e obras em processamento:

Figura 4: Polos do PAS no Estado.



Fonte: SES (2022), elaborado pelo autor.

Dos 79 municípios, 59 possuem o PAS, e um total de 81 polos estão distribuídos no Estado, com destaque para o município de Dourados com 6 polos em funcionamento. No quadro 1 (APÊNDICE I) estão relacionados todos os municípios que possuem o PAS desde 2011, com suas respectivas portarias e anos de habilitação, e se estão em funcionamento, em cancelamento ou com obra cancelada.

Atualmente já são 109 propostas de construção do PAS em todo território, 1 unidade com início de obra, 4 unidades em ação preparatória, 30 unidades concluídas, 44 em funcionamento, 5 unidades em conclusão de obras, 11 em cancelamento e 14 unidades canceladas (MATO GROSSO DO SUL, 2022).

Cabe ressaltar que o Estado tem papel fundamental de promover articulação intersetorial, apoio na implantação, definir recursos, monitorar as ações, divulgar as experiências, fomentar pesquisas, articular formação e capacitação dos profissionais e realizar o monitoramento de indicadores para a avaliação das ações nos municípios (BRASIL, 2017a).

Vinculada à Diretoria Geral de Atenção à Saúde (DGAS), a Gerência Estadual de Alimentação e Nutrição (GEAN) é responsável pela implementação das ações da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) desde sua implantação no Estado em 1999, desenvolvendo as atividades do PAS em consonância com as Políticas Públicas Estaduais.

Desta forma, analisar estas ações no Estado tem sido um grande desafio para os gestores e profissionais.

2.2 As Doenças Crônicas não Transmissíveis e o Envelhecimento

Algumas doenças após os 60 anos de idade são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos até a morte, fazendo-se necessário um acompanhamento permanente, com orientações e tratamentos de saúde que possam contribuir na diminuição das consequências inevitáveis também ao envelhecimento. Assim, a ênfase na prevenção é a chave que pode mudar o quadro atual de muitos países, como o Brasil.

Para isso, o conceito de DCNT centra-se em um conjunto de condições crônicas, de longa e indefinida duração, gerando assim incapacidades físicas, cognitivas e emocionais, dentro de cada realidade vivida, e constituem um problema de saúde de grande magnitude (BRASIL, 2013a). Além da mortalidade, são responsáveis pelo aumento de internações hospitalares, e muitas vezes causando amputações e perdas de mobilidade funcional, o que caracteriza um aumento significativo dos recursos financeiros utilizados pelo SUS (BRASIL, 2013c).

Entre as complicações crônicas do envelhecimento está o Diabetes Mellitus (DM) que se destaca como importante causa de morbidade e mortalidade, especialmente entre este grupo. Os hábitos alimentares, a tendência ao sedentarismo e algumas mudanças comportamentais podem contribuir para o aumento do nível de incidência desta doença. Rodrigues *et al.* (2011, p. 12) citam que “o aumento da incidência e prevalência destas doenças está associado ao envelhecimento populacional e à persistência de fatores de risco relacionados ao estilo de vida atual”.

De acordo com Deloroso (2004) essa doença é considerada como crônica-degenerativa, que possui graves alterações endócrinas que variam de acordo com o tipo de DM, mas que resultam na elevação da concentração plasmática de glicose.

Com a incidência da obesidade, maus hábitos alimentares, sedentarismo e fatores emocionais, o DM tipo 2 tem se tornado uma epidemia crescente em todo o mundo.

As classificações e os critérios diagnósticos sofreram modificações desde a década de 1980, objetivando a classificação etiológica adequada, para o estabelecimento da melhor terapia, e o diagnóstico precoce, para se prevenir o aparecimento de complicações crônicas. A patologia associada ao DM tipo 2 mais prevalente no estudo de Rodrigues *et al.* (2011) foi a Hipertensão Arterial Sistêmica (77,1%). Esta pode ser considerada um fator de risco ou uma comorbidade do DM tipo 2, sendo identificada como a principal condição associada ao Diabetes.

Doine (2008) diz que os idosos diabéticos têm como principais complicações crônicas a retinopatia diabética e a amputação em pés. Encontrou-se também neste estudo citado a maior magnitude da prevalência entre diabéticos, quando comparados aos idosos não diabéticos em relação à hipertensão, presença de colesterol elevado e doença do coração. Faz-se essencial uma alimentação adequada e mudanças de hábitos do próprio idoso, buscando apoio na família e nos serviços de saúde pública.

Schaan, Harzheim e Gus (2010) descrevem que a importância de diagnosticar o DM é com interesse em rastrear os indivíduos diagnosticados quanto aos demais agravantes frequentemente presentes. Ressaltam ainda que a identificação quanto os indivíduos, como um grupo-alvo deve ser rápida para a tomada de ações preventivas cardiovasculares em nível individual e coletivo.

No entanto, Coelho *et al.* (2009, s/p) dizem que a educação em saúde é um grande alicerce e serve como proposta de intervenção para a proteção e prevenção das doenças e agravos, e deve-se observar com cautela essas projeções.

2.2.1 Envelhecimento Humano: Teorias e Repercussões

As teorias sustentadas pelo envelhecimento biológico investigam os mecanismos subjacentes responsáveis pelas mudanças na estrutura e funcionamento do corpo humano, com o avanço da idade cronológica (VIRTUOSO JUNIOR, 2004). Além das mudanças relativas à idade, o indivíduo ainda lida com as diversas alterações corporais e o declínio da capacidade de responder às tensões da vida diária. O envelhecimento deve ser entendido como um processo natural da vida que traz algumas alterações sofridas pelo organismo, consideradas normais para esta fase. Logo, como cita o autor (MESSY, 1999, p.18) “se envelhece conforme se vive”.

Segundo Matsudo *et al.* (2000, p. 46) “uma das mais evidentes alterações que acontecem com o aumento da idade cronológica é a mudança nas dimensões corporais, principalmente na estatura, no peso e na composição corporal”. De acordo com Shephard (2003, p. 04), cita que “esse processo de envelhecimento pode ser prejudicial ao bem-estar do idoso, a sua imagem, a capacidade de sentir, de realizar algo, de convívio social e de enfraquecimento de lembranças passadas”.

Mesmo com essas mudanças, pode-se considerar o envelhecimento também como uma parte da vida onde se vive bem, onde a pessoa pode extravasar, se soltar, realizar desejos pessoais, com uma participação mais madura e produtiva. Durante este processo, em decorrência da redução da eficácia de um conjunto de processos fisiológicos, também ocorre decréscimo do sistema neuromuscular e conseqüentemente perda de massa muscular.

Atualmente, os especialistas no estudo do envelhecimento referem-se a três grupos de pessoas mais velhas: os idosos jovens, os idosos velhos e os idosos mais velhos. O termo “idosos jovens” geralmente se refere a pessoas de 65 a 74 anos, que costumam estar ativas, cheias de vida e vigorosas. Os idosos velhos, de 75 a 84 anos, e os idosos mais velhos, de 85 anos ou mais, são aqueles que têm maior tendência para a fraqueza e para a enfermidade, e podem ter dificuldade para desempenhar algumas atividades da vida diária (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).

As modificações avançam proporcionalmente ao envelhecimento, variando de pessoa para pessoa, e podem ser diminuídas com mudanças de hábitos saudáveis, sendo a alimentação, uma vida social prazerosa e tranquila, e a prática de atividade física de forma moderada e orientada, fundamentais para esse processo ativo.

No entanto, com sentimentos positivos, “os idosos podem interagir com o meio ambiente onde vivem de forma mais ativa, percebendo os fatores ambientais como responsabilidade social individual e com atitudes mais conscientes sobre como podem ajudar a mudar o meio em que vivem” (COSTA, 2018, p. 104).

2.3 A Percepção da Autoestima em Idosos e o Autocuidado

Dini *et al.* (2004, s/p) definem a autoestima como “um sentimento, apreço e a consideração que uma pessoa sente por si própria, ou seja, o quanto ela gosta de si, como ela se vê e o que ela pensa sobre ela mesma”. À medida que o ser humano exerce esta autoimagem subjetiva, os seus próprios sentimentos e pensamentos contribuem para o enfrentamento das situações do dia a dia.

Sentir-se feliz, alegre, de bem com a vida e consigo mesmo é fundamental e singular na fase do envelhecimento, pois alcançar a terceira idade com aspectos psicológicos elevados, otimismo, controle pessoal, autoestima elevada permitirá uma maior segurança e confiança para viver a última fase do ciclo vital (SILVA *et al.*, 2011). Para tanto, Rabelo e Neri (2005, p. 410) dizem que “é importante a disponibilidade de recursos psicológicos e sociais, entre eles, o suporte social, as crenças e estados emocionais positivos, a regulação afetiva, e o mecanismo de comparação social”. Descrevem a relevância de ter em mente que quanto mais integrados psicologicamente e socialmente estiverem os idosos, menos ônus eles trarão para suas famílias.

Chama-se a atenção para a promoção e intervenções em saúde com essa população idosa, sobre o autocuidado. Para Duarte *et al.* (2019) atividades educativas com essa temática reforçam o empoderamento dos idosos, frente às suas experiências rotineiras em relação às doenças e suas complicações. Associado às perdas inerentes ao envelhecimento, à baixa autoestima age como acelerador desse processo, resultando em incapacidades físicas e a perda da QV e conseqüentemente em dificuldades de se cuidar.

Essas alterações físicas próprias do envelhecimento podem ainda implicar para a discriminação desses idosos tidos como velhos e não-atraentes, sujeitos a encontrar ambientes não responsivo ao rejeitador, desencorajando o desenvolvimento de habilidades sociais. Conhecer a relação que o idoso mantém com seu corpo e as implicações disto na sua autoestima são fundamentais para que os profissionais de saúde considerem, em suas práticas as avaliações e as intervenções, todos os aspectos que envolvam a saúde do indivíduo, sejam eles físicos, psicológicos, emocionais, mentais, entre outros, objetivando entender e estimular o idoso holisticamente (CHAIM *et al.*, 2009).

De uma forma geral, deve-se haver uma aceitação maior do grupo, quanto aos benefícios que o pensamento positivo pode trazer, sobre os meios que motivem a estarem felizes, as possibilidades que são oferecidas e as expectativas quanto a manter-se em bom estado de saúde ao longo da vida.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar as potencialidades e os desafios do PAS no Estado de Mato Grosso do Sul para o público idoso.

3.2 Objetivos Específicos

- Captar as informações relacionadas ao apoio destinado a implantação e implementação do PAS na esfera federal, por meio do monitoramento dos últimos dez anos a partir do site eletrônico do MS;
- Captar e relatar as informações relacionadas ao apoio destinado a implantação e implementação do PAS de 2020 a 2022, no Estado de Mato Grosso do Sul, via registros e arquivos, documentos, questionários e estratégias realizados pela SES;
- Rastrear os documentos governamentais, leis, portarias, decretos a partir do site eletrônico do MS relacionados ao PAS;
- Verificar o estado nutricional de idosos residentes no Estado de Mato Grosso do Sul assistidos pela APS e registrados por meio do SISVAN Web;
- Identificar o perfil do consumo alimentar dos idosos inseridos por meio dos relatórios mais recentes do SISVAN;
- Correlacionar o estado nutricional e o perfil do consumo alimentar dos idosos;
- Determinar e caracterizar as atividades coletivas realizadas pela APS no Estado com o público idoso, registrados por meio do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), entre os anos 2019 a 2022;

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Delineamento de Pesquisa

Adotou-se para a tese um estudo epidemiológico do tipo ecológico, retrospectivo, observacional e transversal, com análise documental e abordagem quanti-qualitativa das políticas públicas de promoção da saúde do Estado de Mato Grosso do Sul. Conforme Costa, Barreto (2003, p. 194) e Cajueiro (2015) esse tipo de estudo se utiliza dos dados e características de uma determinada população ou fenômeno, e “compara a ocorrência da doença relacionada à saúde e exposição de interesse entre os indivíduos”.

Estudos transversais permitem identificar a prevalência de uma doença e levantam amostras e mensurações controladas (CAJUEIRO, 2015). Em relação ao tempo possibilitam rapidez e os dados podem ser coletados por meio de fontes primárias ou secundárias.

Assim, por dispensarem altos custos e diferentes etapas, os estudos ecológicos geralmente são secundários e as fontes são registros de sistemas de informação, com o objetivo de descrever populações e determinar ações em saúde pública.

4.2 Aspectos Éticos

Para sua viabilização, foram seguidas as orientações estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) para pesquisas por meio de acesso público e restritos nas plataformas e sistemas de informação do SUS com dados primários e secundários, no que tange a resolução Nº 510, de abril de 2016, por serem dados sem identificação individual dos investigados.

Para o início da pesquisa, o projeto foi encaminhado e submetido a autorização da Gerência de Pesquisa, Extensão e Inovação em Saúde da SES, por meio do Termo de Compromisso para Utilização de Informações de Banco de Dados (ANEXO I). Logo após a autorização, esta gerência encaminhou o Termo de Autorização (ANEXO II) e este, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) e aprovado com a resolução Nº 654, de 20 de abril de 2022.

4.3 Amostra e Critérios de Participação

As informações foram obtidas por meio de buscas nas bases de dados do SUS, disponíveis na Plataforma e-Gestor AB: o SISVAN Web e o SISAB.

4.3.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos somente os dados obtidos de forma livre e restrita após autorização da pesquisa, com informações sobre estado nutricional, o registro de medidas das dimensões físicas dos indivíduos idosos acompanhados por período, sobre as atividades coletivas e o monitoramento anual da percepção dos gestores sobre as ações e atividades do PAS desenvolvidos nos últimos 10 anos, que estão no site eletrônico do MS.

4.3.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos dados obtidos de forma incompleta sobre o PAS nas bases de dados, e o monitoramento anual com mais de dez anos de publicação.

4.4 Procedimentos de Pesquisa e Coleta de Dados

Iniciou-se a coleta de dados por meio das buscas no SISVAN e SISAB no mês de maio de 2022, e logo após o contato direto com a Gerência Estadual de Alimentação e Nutrição do Estado, localizada na SES para a disponibilização de documentos e relatórios sobre o PAS.

Esta gerência, de acordo com as diretrizes da PNAN é responsável pelos programas Crescer Saudável, Auxílio Brasil, Programa Nacional de Suplementação de Sulfato Ferroso, Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A e Nutrisus, o SISVAN e a Academia da Saúde, entre outros no Estado do Mato Grosso do Sul.

4.5 Análise dos Dados

Após a coleta de dados, os achados foram ordenados em planilhas software Excel/2010, e foram examinados de forma descritiva, utilizando-se da análise dos

dados primários por meio de associação entre uma exposição e uma doença ou condição relacionada à saúde e suas implicações.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo estão descritos em formato de comunicação e análise breve, artigos científicos e boletins informativos sobre o monitoramento das ações do PAS.

No primeiro momento, foi feita uma análise do conteúdo disponível no site eletrônico do MS sobre o monitoramento das ações de implementação e implantação do PAS na esfera federal, desde sua criação até o registro, que foram apresentados 4 relatórios dos ciclos dos anos 2015, 2016, 2017 e 2019.

No segundo momento, o artigo 1 traz os achados relacionados ao estado nutricional e o consumo alimentar dos idosos assistidos pela APS no Estado de Mato Grosso do Sul, inseridos pelo SISVAN entre os anos de 2015 a 2021, e este aprovado na Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento (RBONE) em setembro de 2022. No artigo 2, estão apresentados os achados sobre as atividades coletivas realizadas com os idosos no Estado, por meio do SISAB, entre os anos de 2019 a 2022, e submetido na RBONE.

Para aproximar ainda mais neste contexto do PAS e suas potencialidades no Estado, os boletins informativos contêm o monitoramento das ações e implementações do PAS na esfera estadual, na tentativa de fortalecer e estabelecer linhas de cuidados para os indivíduos idosos com DCNT, entre 2020 e 2022.

5.1 Comunicação e Análise breve: Análise do monitoramento do Programa Academia da Saúde no Brasil: ciclos 2015-2019

RESUMO

Este estudo teve como objetivo captar e analisar as informações relacionadas ao apoio destinado à implantação e implementação do Programa Academia da Saúde no Brasil, por meio do monitoramento entre os anos 2015-2022. Trata-se de um estudo do tipo comunicação breve e contou com uma análise descritiva dos dados. O monitoramento das ações se mostrou importante, pois permite aos gestores conhecer e acompanhar o funcionamento do PAS, sendo fundamental na tomada de decisões. Dos anos avaliados, percebeu-se assim aumento significativo na construção de polos em todo o Brasil. A adesão ao PAS fez-se necessária diante do aumento do número de pessoas com DCNT, dentre outros fatores que impactam negativamente a saúde e a qualidade de vida das pessoas.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Promoção da Saúde; Monitoramento; Gestão em Saúde.

INTRODUÇÃO

Nas últimas três décadas, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem enfrentado diversos desafios em relação às mudanças demográficas e epidemiológicas, especialmente pela alta prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e o aumento do número de pessoas adultas e idosas com sobrepeso, obesidade e inativas fisicamente (DAUDT, 2013; BRASIL, 2020).

Inspirado por essa realidade e pelos avanços da ciência na área da saúde, o Ministério da Saúde (MS) aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) por meio da portaria nº 2.488 em 21 de outubro de 2011, estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a sua organização e cumprimento em todo o território brasileiro, que contempla a promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos, entre outras ações no âmbito individual e coletivo (BRASIL, 2011), possibilitando serviços de saúde contínuos e efetivos.

Esses arranjos organizativos configuram-se até hoje como estratégias multiprofissionais para o cuidado integral e direcionado às necessidades da população (BRASIL, 2011). Concomitante a isso, a Atenção Básica (AB) segue cumprindo sua função descentralizadora, e atua como principal ponto de atenção e porta de entrada

do SUS, identificando riscos, demandas em saúde e articulando diferentes tecnologias e meios de intervenção (BRASIL, 2011).

Neste contexto, para contribuir na produção deste cuidado em saúde e modos de vida saudáveis, o MS instituiu em 2011 o Programa Academia da Saúde (PAS), ampliando o acesso às políticas públicas de promoção da saúde e a produção da autonomia dos indivíduos. Em 2013, a portaria nº 2.681 de 7 de novembro redefiniu o PAS seguindo também os princípios, as diretrizes e os objetivos da Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS) e da PNAB (BRASIL, 2013), fortalecendo as ações de saúde com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) e a Vigilância em Saúde (VS).

Esta iniciativa em criar o PAS teve como objetivo central de fomentar práticas de cuidado em saúde, que compõe um conjunto de ações e serviços na Atenção Primária (AP), bem como desenvolver estratégias sustentáveis e promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver de cada sujeito (BRASIL, 2018; 2020), a partir da implantação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados (BRASIL, 2017). Assim, configura-se como um espaço de atenção às DCNT, de construção coletiva dos diversos saberes, sobretudo da alimentação saudável, práticas corporais e integrativas, atividades físicas, educação em saúde, produção do cuidado, práticas culturais, participação da comunidade, planejamento e da gestão (BRASIL, 2017).

O PAS, conforme a Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, é implantado pelas secretarias de saúde do Distrito Federal e dos municípios brasileiros, com apoio das secretarias estaduais e do MS. Para a construção desses polos, atualmente os repasses financeiros ocorrem por meio de emendas parlamentares, mediante proposta articulada pelos gestores e deputados federais ou senadores. Feito isso, o município deve indicar no projeto pretendido, o desenvolvimento das ações do PAS, seguindo o manual disponibilizado pelo MS (BRASIL, 2017).

Assim, têm sua funcionalidade de maneira a garantir acesso a toda população (BRASIL, 2020) e contribuir para ampliação e valorização de sua utilização dentro de um território multicultural e plural, como proposta de inclusão social e melhoria nas condições de saúde e qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2017). Com isso, as questões norteadoras do estudo são: Quais as ferramentas que são utilizados para o monitoramento do PAS e de que forma impactam na percepção da população e dos

profissionais sobre a construção dos conceitos de promoção de saúde, prevenção de doenças e agravos, e a produção do cuidado em cada município que adere e executa o PAS?

Para tanto, objetivou-se captar e analisar as informações relacionadas ao apoio destinado a implantação e implementação do PAS no Brasil, por meio do monitoramento entre os anos 2015-2022 disponibilizado pelo MS.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo comunicação breve de interesse para a saúde pública, com análise descritiva sobre o monitoramento do PAS nos ciclos 2015-2019. No entanto, os questionários de 2012 até 2018 foram alojados na ferramenta FormSUS, destinados aos Estados e municípios.

A partir de 2018 foram substituídos por um sistema de monitoramento próprio do PAS, desenvolvido na plataforma e-Gestor da AB. Em cada município, o gestor do programa é o responsável pelo cadastro e vinculação dos usuários ao sistema. A estrutura de monitoramento é composta por seis questionários: questionário para o gestor estadual, questionário para o gestor municipal, questionário para os polos em funcionamento, questionários para gestores municipais com obras não iniciadas, questionários para o gestor municipal com obras iniciadas e questionário para gestor municipal com obras concluídas.

Esses questionários são respondidos uma vez ao ano e condensados no site do MS, e estão disponíveis somente os resultados anuais com as informações por regiões e por Estado. Assim, para a análise e descrição do cenário nacional, com o número de municípios habilitados para a construção, de 2015 a 2019, destacou-se a articulação com outros programas e serviços, a divulgação, as parcerias e ações de educação permanente, as ações de monitoramento das atividades, os tipos de atividades, os principais participantes e os profissionais envolvidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O relatório final do monitoramento do PAS em 2015 contou com a participação de 2.418 municípios, do total de 3.790 habilitados para a construção em todo o território brasileiro, e desses 1.615 polos já estavam em funcionamento recebendo

recursos do MS. A maior parte dos municípios (1.644) contemplados com o PAS já possuía Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) implantado (BRASIL, 2015). Faz-se importante a atuação em conjunto desses profissionais da Atenção Primária (AP), pois contribuem diretamente com o espaço nas ações e atividades em saúde com novas possibilidades terapêuticas.

Sobre as iniciativas de divulgação no território, 759 dos municípios desenvolveram reuniões de apresentação do programa, 350 realizaram reuniões com as equipes NASF e 359 com as equipes de Estratégias em Saúde da Família (ESF). O número de municípios que incluíram o PAS no Plano Municipal de Saúde (PMS) foi de 670 e os que não incluíram 112, com total de 782 respondentes. As parcerias governamentais mais citadas foram da Secretaria da Educação (196 municípios) e Secretaria de Assistência Social (186 municípios).

Em relação às estratégias para monitorar as ações, 375 municípios utilizaram informações oriundas dos polos, 260 acompanharam por indicadores de saúde, e 43 aplicaram questionários (BRASIL, 2015). Este monitoramento permite aos gestores conhecer e acompanhar o funcionamento do PAS, sendo fundamental na tomada de decisões. As atividades foram desenvolvidas em sua maioria nos períodos matutino e vespertino e quase todos os polos desenvolveram atividades com o público idoso. Os 825 polos informaram que ofereceram práticas corporais e atividades físicas e o principal vínculo empregatício foram contratos temporários dos profissionais (BRASIL, 2015).

No ciclo 2016, participaram do monitoramento 2.454 municípios respondentes e foi identificado deste total que 361 não tinham obras iniciadas, 905 estavam com obras não concluídas, e 662 municípios não receberam custeio mensal para o funcionamento das atividades, dos 1.126 que informaram sobre os polos, estão em funcionamento e todos incluíram o PAS nos PMS (BRASIL, 2017).

A divulgação do PAS foi por meio de visitas domiciliares (300) e reuniões com outros serviços de saúde (271), possibilitando visibilidade ao programa dentro da rede de atenção e as parcerias governamentais que mais apoiaram o programa nos municípios foram a Assistência Social e Secretaria de Educação. Do total, 249 disseram divulgar usando folders, carros de som, panfletos e rádios.

Das 1.126 Secretarias Municipais de Saúde (SMS) que possuem polos em funcionamento, apenas 495 disseram promover capacitação para os profissionais. Foi questionado para os municípios se eles conhecem a Política Nacional de Promoção

da Saúde (PNPS) para o planejamento das atividades e 1.608 municípios responderam que não utilizam como política norteadora (BRASIL, 2017), o que sinaliza a necessidade de qualificação para os profissionais envolvidos.

Para o monitoramento das ações, 913 municípios responderam que preenchem o e-SUS (formulário) e 563 solicitaram relatórios periódicos com os profissionais dos polos. Sobre a inclusão dos grupos específicos no programa, apenas 146 atenderam pessoas assentadas e 56 atenderam indígenas, sendo importante ampliar o alcance e garantir maior equidade. Dos polos respondentes, 1.285 atenderam no período matutino e 1.121 no turno da tarde (BRASIL, 2016).

A maioria dos polos desenvolveram atividades com idosos e adultos, com enfoque nas doenças crônicas e as principais atividades citadas foram as práticas corporais e atividades físicas, a promoção da alimentação saudável por meio de palestras e rodas de conversa. No entanto, 183 polos disseram que desenvolveram Práticas Integrativas Complementares (PICs) e a medicina tradicional chinesa foi a mais indicada pelos respondentes. Dos profissionais que atuaram no PAS em 2016, o profissional de Educação Física foi o que mais se destacou com 1.742 profissionais nos polos, entre 946 Fisioterapeutas e 785 Nutricionistas, a maioria com contrato temporário (BRASIL, 2017).

Em 2017 responderam ao monitoramento 2.496 municípios habilitados, do total de 2.678 contemplados com pelo menos um polo. Neste cenário, destaca-se do total de 3.821 polos habilitados, 2.010 polos no ano de referência estavam com as obras concluídas, além de 450 polos similares. Sobre o turno de funcionamento dos polos, mais de 93% deles funcionam no turno da manhã e 81% também funcionam no período da tarde (BRASIL, 2018).

Com enfoque nas DCNT, o PAS tem desenvolvido atividades com o público adulto e idoso, sendo as atividades com adolescentes e crianças menos frequentes. Sobre a participação de populações em maior situação de vulnerabilidade no programa, a população negra (62%) e as pessoas com alguma deficiência (48%) foram os grupos com maior participação nas atividades. Os grupos classificados em situação de rua, indígenas e ciganos tiveram menos de 10% de participação (BRASIL, 2018).

As atividades que mais se destacaram foram as Práticas Corporais e Atividades Físicas (99%), praticamente todos os polos ofereceram essas práticas, também as Práticas de Educação em saúde e Promoção de alimentação saudável. Dentre as

práticas, as Ginásticas (94%) e Grupos de Caminhada/corrida (81%) apresentaram os maiores índices. As Palestras (96%) e Rodas de conversas (88%) foram as atividades de promoção da alimentação saudável que se destacaram e foram desenvolvidas nos polos em 2017. Com uma visão ampliada no processo saúde-doença, as PICs mais citadas e desenvolvidas nos polos foram a Medicina Tradicional Chinesa (57%), a Terapia Comunitária Integrativa (29%) e a Dança Circular (27%), entre outras que fazem parte das PICs (BRASIL, 2018).

Dos polos que participaram do Monitoramento de 2017, 25% relataram o desenvolvimento de práticas artísticas e culturais, entre as quais se destacam as oficinas de artesanato, pintura e música. Em relação ao uso abusivo de álcool e outras drogas, o desenvolvimento de ações de enfrentamento aconteceu em 29% dos municípios respondentes, e 16% responderam que desenvolvem ações relacionadas à mobilidade segura e prevenção de acidentes de trânsito (BRASIL, 2018).

No ano de 2017, ao todo eram 6.538 profissionais atuando no PAS, e as categorias que mais se destacaram foram os Profissionais de Educação Física (2.069), os Fisioterapeutas (1.251) e os Nutricionistas (757), e desses profissionais apenas a metade dos polos informou trabalhar com vínculo efetivo, enquanto 68% dos polos possuíam profissionais contratados temporários. Esta fragilidade no vínculo gera uma elevada rotatividade de profissionais, sendo um desafio para os gestores e para a sustentabilidade das ações realizadas pelo programa (BRASIL, 2018).

As principais dificuldades enfrentadas pelos polos foram a insuficiência de recursos financeiros (74%), o desenvolvimento de atividades para as crianças (51%) e o desenvolvimento de atividades para os homens (45%), dentre outras que os polos responderam no monitoramento de 2017.

No ciclo 2019, os questionários foram disponibilizados pela primeira vez na plataforma e-Gestor da AB, para acesso e preenchimento dos gestores, entretanto 23 Secretarias Estaduais de Saúde (SES) participaram do monitoramento, um total de 2.005 gestores, mas apenas 1.850 polos foram finalizados em 1.356 municípios. Sobre as obras não iniciadas foram em 411 polos, as iniciadas e não concluídas em 224 polos e obras concluídas sem funcionamento foram em 253 polos (BRASIL, 2019).

Dos 23 Estados, 16 responderam que conhecem muito a PNPS e 12 conhecem também as PICs. A inserção do PAS nos planos estaduais aconteceu em 16 Estados e 1.168 alinharam as atividades do programa a PNAB e a PNPS. De acordo com os

resultados do monitoramento, articularam-se com outros programas como Melhor Casa (1.239), Rede Cegonha (1.043), o Programa Saúde na Escola (PSE - 932) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF - 970). As parcerias intersetoriais foram identificadas em sua maioria no setor de educação, esporte e planejamento (BRASIL, 2019).

Sobre a Gestão e o Apoio Técnico, na maioria dos estados respondentes aos questionários, o PAS está alocado e gerenciado pela APS e pelos serviços de vigilância e coordenação específica. Em relação ao vínculo dos profissionais, 19 estados disseram que são servidores públicos estaduais e 5 disseram serem contratos temporários (BRASIL, 2020).

Foi questionado sobre as dificuldades relacionadas ao apoio técnico por parte da gestão estadual e 9 estados citaram a rotatividade dos gestores municipais como a principal e 7 responderam também sobre a dificuldade de realização de visitas técnicas, entre as dificuldades de comunicação e articulação interna com outras áreas. Dos 1.421 municípios, 709 responderam não terem nenhuma dificuldade com relação ao apoio ao PAS, mas 369 disseram ter dificuldades com articulações intrassetoriais e 132 apontaram com a comunicação e articulação, e a gestão estadual (BRASIL, 2020).

Sobre a oferta de capacitação para os profissionais, 22 estados citaram que realizaram reuniões e 23 realizaram conferências, como estratégias em relação à educação permanente do PAS. Já na gestão municipal, 870 relataram a oferta de capacitação sobre o PAS para os profissionais da rede, incluindo os profissionais do NASF-AB e os profissionais da ESF (BRASIL, 2020). Essas ações de educação permanente são fundamentais para a qualificação do processo de trabalho.

Buscou-se conhecer no monitoramento de 2019 a organização das ações mais ofertadas por eixos de prática mais relevantes, respondidos por gestores e profissionais de 1.850 polos, distribuídos em 1.356 municípios. As ações citadas conforme os eixos foram: mobilização da comunidade, planejamento e gestão, práticas corporais e atividades físicas, educação em saúde, alimentação saudável, e práticas integrativas.

CONCLUSÃO

Captando as informações referentes ao monitoramento das ações do PAS nos períodos de 2015 a 2019, por meio dos cadernos técnicos elaborados pelo MS e disponibilizados no site eletrônico, percebeu-se assim aumento na construção de polos em todo o Brasil.

A adesão ao PAS fez-se necessária diante do aumento do número de pessoas com DCNT, dentre outros fatores que impactam a saúde e a qualidade de vida das pessoas. Sendo assim, as principais barreiras encontradas nesta análise foram sobre a participação e devolutivas dos municípios em relação aos questionários, o PAS como parte do plano municipal de saúde, e também a articulação entre as esferas, principalmente pela dificuldade financeira e incentivos para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde e mudanças de hábitos de vida no local do programa.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013**. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html#:~:text=Redefine%20o%20Programa%20Academia%20da,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SUS\).](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html#:~:text=Redefine%20o%20Programa%20Academia%20da,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS).)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Monitoramento do Programa Academia da Saúde**, Brasil. Maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/academia/prt_5_28_09_2017.pdf

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Panorama nacional de implementação do Programa Academia da Saúde: monitoramento nacional da gestão do Programa Academia da Saúde: ciclo 2016**

[recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 95 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Academia da Saúde**: caderno técnico de apoio a implantação e implementação. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Programa Academia da Saúde**: caderno técnico de apoio e implantação e implementação/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Programa Academia da Saúde**: caderno técnico de apoio e implantação e implementação/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

DAUDT, Carmen Vera Giacobbo. **Fatores de Risco de Doenças Crônicas Não Transmissíveis em uma Comunidade Universitária do Sul do Brasil (UFRGS)**. Orientadora: Mary Bozzetti. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-RS, 2013, 177 p.

5.2 Artigo 1: Estado Nutricional e o Consumo Alimentar de Idosos de Mato Grosso do Sul registrados no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: 2015-2021

37

RBONE

Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento

ESTADO NUTRICIONAL E O CONSUMO ALIMENTAR DE IDOSOS DO MATO GROSSO DO SUL REGISTRADOS NO SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL: 2015-2021

Rodrigo Aranda Serra¹, Adriano Menis Ferreira², Jéssica Priscilla Resende Magalhães³

RESUMO

O uso do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Brasil instrumentaliza os profissionais de saúde para o planejamento e monitoramento de ações voltadas às condições nutricionais da população em geral. Desta forma, o objetivo deste estudo foi verificar o estado nutricional e o consumo alimentar dos idosos residentes no Estado do Mato Grosso do Sul. Do tipo ecológico e retrospectivo, contou com os dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, onde foram verificados os registros dos idosos do sexo feminino e masculino, avaliados pelo Índice de Massa Corporal de 2017 a 2021. Utilizou-se do Formulário de Cadastro e Acompanhamento Nutricional e dos Formulários de marcadores do consumo alimentar entre 2015 e 2020. Nos resultados, o número de idosos com sobrepeso aumentou de forma significativa de 2017 a 2021, com prevalência de sobrepeso para o sexo feminino, que foi significativamente superior em relação ao sexo masculino e estes apresentaram maior percentual de ocorrência de casos de baixo peso. Houve uma expressiva diminuição do percentual de idosos que fazem as três refeições diárias de forma correta ao longo dos anos e o hábito alimentar mais frequente observado foi o hábito de ingerir alimentos ultraprocessados e bebidas adoçadas. Assim, existem correlações significativas em relação ao estado nutricional e o consumo alimentar dos idosos avaliados. Idosos com eutrofia e baixo peso mostraram-se com hábitos alimentares saudáveis realizando as três refeições ao dia e os idosos com hábitos alimentares não saudáveis com elevada ingestão de guloseimas, principalmente, mostraram-se em condições de sobrepeso.

Palavras-chave: Vigilância Nutricional. Envelhecimento Populacional. Fatores de Risco. Sistemas de Informação em Saúde.

1 - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro-Oeste, Faculdade de Medicina, Brasil.

ABSTRACT

Nutritional status and food intake in the elderly population of Mato Grosso do Sul registered in the food and nutritional vigilance system: 2015-2021

The use of Food and Nutritional Vigilance System allows healthcare providers to plan and monitor actions focused on nutritional conditions in general population. This way, this research aims to verify the nutritional status and the food intake in the elderly population of Mato Grosso do Sul. The study was ecological and retrospective, and used data from the Food and Nutritional Vigilance System, where elderly records, men and women, were verified and measured by the Body Mass Index from 2017 to 2021. Looking at the results, the number of overweight elderly population increased significantly from 2017 to 2021, with predominance within women; men, on the other hand, showed higher percentage in cases of low weight. There was an expressive percentage decrease in the elderly who have three daily meals over the years and the food habit most frequently observed was the intake of ultra-processed food and sweetened beverages. In this way, there are significant correlation between nutritional status and food intake in the elderly population assessed. Eutrophic elderly people, who have low weight, showed healthy food habits in the intake of three daily meals while elderly people, who have unhealthy food intake with high ingestion of candies, were overweight.

Key words: Nutritional Vigilance. Aging Population. Risk Factors. Health Information Systems.

2 - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro-Oeste, Faculdade de Medicina, Faculdade de Enfermagem, Brasil.

3 - Prefeitura Municipal de Campo Grande-MS, Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande-MS, Brasil.

Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento

São Paulo, v. 17. n. 106. p.37-53. Jan./Fev. 2023. ISSN 1981-9919 Versão Eletrônica

www.rbone.com.br

INTRODUÇÃO

A organização do sistema nacional de saúde tem enfrentado nas últimas décadas grandes transformações políticas, sociais, geográficas e epidemiológicas que resultaram em mudanças no padrão de saúde da população.

Com isso, a preocupação com o crescimento significativo do público idoso, tem despertado interesse de pesquisadores no Brasil e no mundo, a fim de estabelecer prioridades relacionadas a proteção da vida e aos direitos desse grupo, nos diferentes setores da sociedade, especialmente o da saúde (Ministério da Saúde, 2013; Brito e colaboradores, 2016).

Essas transformações impactaram na diminuição da pobreza e na exclusão social, mas evidenciaram problemas coexistentes relacionados ao sobrepeso, a obesidade, a desnutrição e a fome (Ministério da Saúde, 2013), apontando para um novo cenário com aumento da desigualdade social e das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como a hipertensão e o diabetes, e que causam danos biopsicossociais ao idoso e aumento dos gastos no sistema de saúde (Ministério da Saúde, 2018; Ikegami e colaboradores, 2020).

Desta forma, traçar intervenções que visem e despertem a promoção da saúde em idosos tem sido um desafio constante. Neste contexto, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) por meio da Portaria nº 710, de junho de 1999 e de sua atualização pela Portaria nº 2.715, de 17 de novembro de 2011, reforça o propósito e aponta como diretriz fundamental as práticas alimentares e a adoção de um estilo de vida saudável por esse público, para o seu desenvolvimento humano, de cidadania e qualidade de vida (Ministério da Saúde, 2013; 2015; Silva e colaboradores, 2022).

Considerando a pesquisa da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), que entrevistou no Brasil mais de 27 mil pessoas em 2020, entre jovens e idosos, constatou nas 27 capitais investigadas o aumento significativo na prevalência de sobrepeso e obesidade, que representou 21,5% entre os adultos entrevistados, as mulheres (22,6%) com frequência maior do que os homens, estes com até 54 anos de idade (Ministério da Saúde, 2021).

Esta combinação de fatores e condições expostas pelas DCNT, somando-se ao envelhecimento populacional, a alta taxa de mortalidade por ano, o aumento do tabagismo em adolescentes e o consumo de alimentos ultra processados, geram implicações para o sistema de saúde e ameaçam a capacidade de atendimento e resolutividade nos casos (Organização Pan-Americana de Saúde, 2016; Ministério da Saúde, 2021).

Torna-se necessário não apenas aumentar a expectativa de vida, mas melhorar as condições de saúde na velhice, com políticas efetivas e acesso digno aos diversos serviços, minimizando todos os agravos decorrentes das questões biológicas e do meio em que vivem.

E como forma de monitoramento da saúde da população, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) tem por objetivo realizar a gestão das informações da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), que contribui de forma segura para a identificação e o diagnóstico da situação nutricional de indivíduos atendidos (Ministério da Saúde, 2016; 2017), principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS), uma vez que os hábitos alimentares e comportamentos não saudáveis podem gerar impacto na produção do cuidado em saúde.

Nesta perspectiva, este estudo teve como objetivo verificar o estado nutricional de idosos residentes no Estado do Mato Grosso do Sul assistidos pela APS e registrados por meio do SISVAN Web, entre os anos de 2017 e 2021; e identificar o perfil do consumo alimentar dos idosos entre os anos de 2015 e 2020, dos relatórios mais recentes desse sistema e correlacionar o estado nutricional e o perfil do consumo alimentar dos idosos.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico e retrospectivo, do tipo transversal, realizado por meio dos dados de consulta livre de registros no SISVAN Web (<https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/>), no qual foram avaliados idosos do Estado do Mato Grosso do Sul.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2021) o Estado tem uma população estimada em 2.839.188 habitantes, com densidade demográfica de 6,86 hab/km² e Índice de Desenvolvimento

RBONE**Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**

Humano (IDH) em 0,729, estes avaliados no último censo em 2010.

Com um território de 357.145,995 km², possui 79 municípios que estão divididos em quatro regiões de saúde (Campo Grande, Três Lagoas, Dourados e Corumbá), com um total de 28.229 idosos do sexo feminino e 18.861 do sexo masculino, registrados na APS em 2021, sendo último ano avaliado. Assim, os critérios de inclusão consistiram em dados referentes ao estado nutricional dos idosos acompanhados no período de 2017 a 2021.

Para identificação e análise do perfil e consumo alimentar, foram coletados os dados entre os anos 2015 e 2020, sendo os mais recentes desse sistema, que constavam sobre o hábito de realizar no mínimo as três refeições principais do dia, o consumo de bebidas adoçadas, o consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas e o consumo de alimentos ultra processados.

A escolha da faixa etária e sexo, se deu devido ao significativo crescimento da população idosa e da relação entre o estado nutricional e a qualidade de vida desse grupo, e pela alta prevalência da inatividade física e gastos com internações hospitalares.

Os dados utilizados são provenientes de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidade Básicas de Saúde da Família (UBSF) e constituem-se da classificação do Índice de Massa Corporal (IMC) e da avaliação de marcadores do consumo alimentar realizados durante o atendimento individual nas respectivas unidades. A obtenção das medidas antropométricas para avaliação do estado nutricional foi realizada segundo a metodologia preconizada no manual do SISVAN (Ministério da Saúde, 2008; 2017), com a seguinte classificação:

- Valores de IMC menor ou igual a 22 kg/ m², idoso com baixo peso;
- Valores de IMC maior que 22 kg/ m² e menor que 27 kg/ m², idoso com peso adequado (eutrófico);

- Valores de IMC maior ou igual a 27 kg/ m², idoso com sobrepeso.

Portanto, esta pesquisa não necessitou de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme Resolução Nº 510, de 7 de abril de 2016, por serem dados de domínio público, sem identificação individual dos investigados.

Análise estatística

Foram utilizadas análise percentual da situação nutricional dos idosos de acordo com sexo e período avaliado, o Teste de associação qui-quadrado para verificar associação entre a situação nutricional (IMC) e o período avaliado (2017 a 2021) em relação ao sexo dos idosos, o Teste de associação qui-quadrado para verificar associação entre a situação nutricional (IMC) e o sexo dos idosos em cada ano avaliado, com gráficos de linha para a visualização da situação nutricional dos idosos em relação ao período avaliado e ao sexo, a Análise percentual dos hábitos alimentares dos idosos em relação ao período avaliado (2015 a 2020).

Também foram feitas Análise de Componentes Principais (ACP) para verificar a influência de todas as variáveis do estudo (situação nutricional, hábitos alimentares e anos avaliados), com gráficos de linha com abordagem da situação nutricional dos idosos comparando a região pontual de estudo (Zar, 2009), região centro-Oeste e Brasil, sendo todos os testes estatísticos aplicados com nível de significância de 5% (P<0,05) e Softwares utilizados: Minitab 17 (Minitab Inc.) e Statistica 12 (StatSoft Inc.).

RESULTADOS

Em um primeiro momento foi realizado um estudo do IMC dos idosos avaliados, de acordo com o sexo no período de 2017 a 2021 (Tabela 1).

RBONE**Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento****Tabela 1 - Índices de Massa Corporal dos idosos avaliados no estudo de acordo com o sexo no período de 2017 a 2021.**

Sexo	Ano	IMC						Valor p ¹
		Baixo peso		Eutrófico		Sobrepeso		
		n	%	n	%	n	%	
Feminino	2017	1904	10,58	5288	29,39	10798	60,02	<0,001
	2018	2276	10,47	6452	29,68	13007	59,84	
	2019	2342	9,44	7340	29,59	15125	60,97	
	2020	1859	8,95	5919	28,51	12986	62,54	
	2021	2561	9,07	8036	28,47	17632	62,46	
Masculino	2017	1444	13,30	4126	38,00	5289	48,70	<0,001
	2018	1614	12,54	4949	38,45	6309	49,01	
	2019	1634	11,11	5680	38,61	7397	50,28	
	2020	1646	11,57	5219	36,68	7362	51,75	
	2021	2219	11,77	7026	37,25	9616	50,98	

Legenda: ¹Valor p referente ao teste qui-quadrado a $p < 0,05$.

A Tabela 1 mostra associação significativa entre a classificação do IMC dos idosos de acordo com o ano de análise, já que os valores p foram inferiores ao nível de significância adotado para o teste ($p < 0,05$). Independentemente do sexo avaliado, o número de idosos com sobrepeso aumentou de forma significativa de 2017 a 2021, sendo que para o sexo feminino houve aumento de 60,02% em 2017 para 62,46% em 2021 e para

o sexo masculino houve aumento de 48,70 em 2017 para 50,98 em 2021.

Este aumento considerável está relacionado com a diminuição significativa de idosos com baixo peso ao longo do período avaliado. Idosos do sexo feminino com baixo peso variaram de 10,58% em 2017 para 9,07% em 2021 e idosos do sexo masculino com baixo peso variaram de 13,30% em 2017 para 11,77% em 2021.

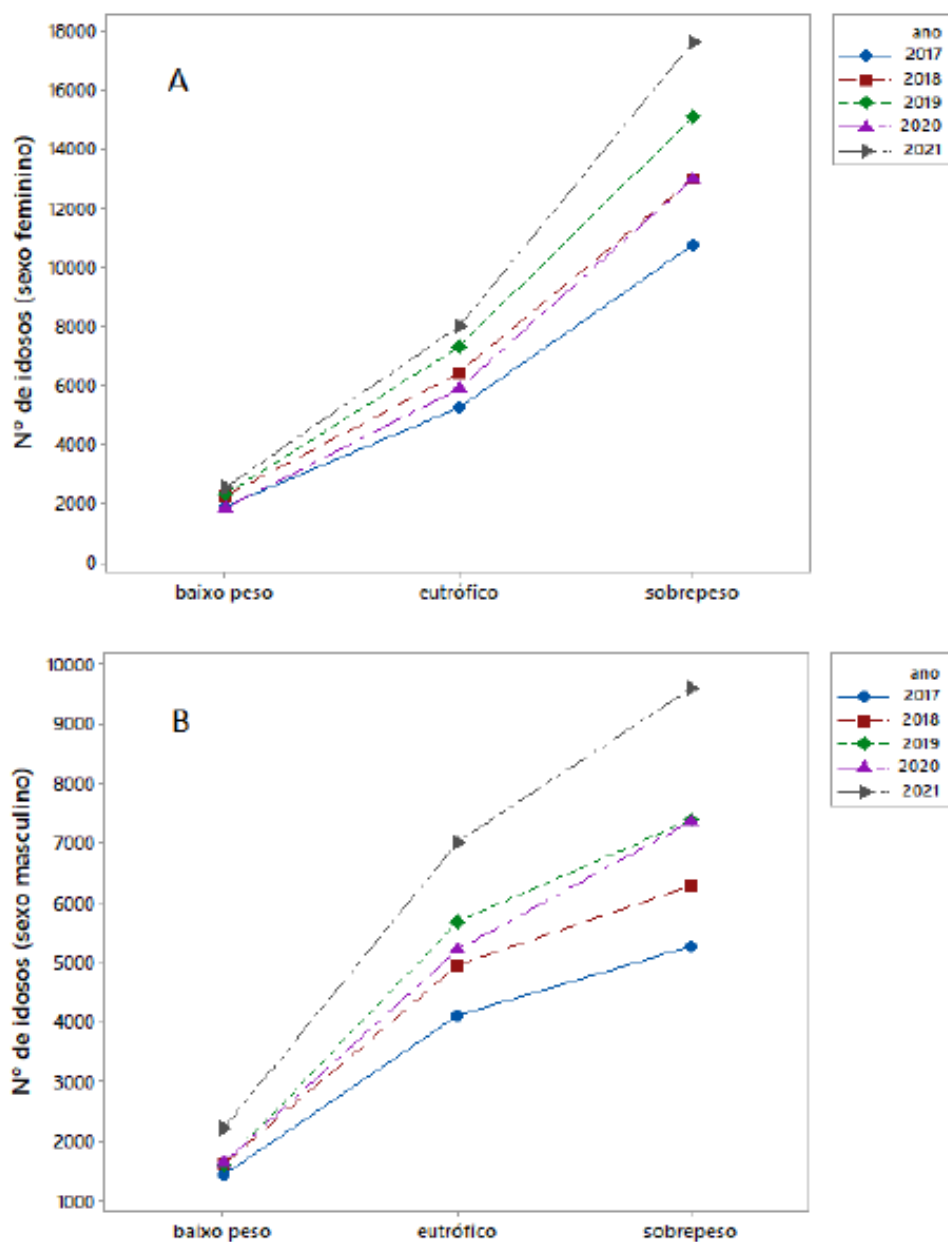


Figura 1 - Comportamento dos idosos do sexo feminino (A) e masculino (B) de acordo com o IMC.

A Tabela 2 mostra os dados de IMC com a análise restrita ao ano de coleta, comparando a prevalência de idosos com baixo

peso, eutróficos e sobrepeso, em relação ao sexo.

RBONE

Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento

Tabela 2 - Índices de Massa Corporal de acordo com o ano comparando o sexo dos idosos avaliados no estudo.

Ano	Sexo	IMC						Valor p ¹
		Baixo peso		Eutrófico		Sobrepeso		
		n	%	n	%	n	%	
2017	F	1904	10,58	5288	29,39	10798	60,02	<0,001
	M	1444	13,30	4126	38,00	5289	48,70	
2018	F	2276	10,47	6452	29,68	13007	59,84	<0,001
	M	1614	12,54	4949	38,45	6309	49,01	
2019	F	2342	9,44	7340	29,59	15125	60,97	<0,001
	M	1634	11,11	5680	38,61	7397	50,28	
2020	F	1859	8,95	5919	28,51	12986	62,54	<0,001
	M	1646	11,57	5219	36,68	7362	51,75	
2021	F	2561	9,07	8036	28,47	17632	62,46	<0,001
	M	2219	11,77	7026	37,25	9616	50,98	

Legenda: ¹Valor p referente ao teste qui-quadrado a $p < 0,05$.

Em todos os anos avaliados houve associação significativa do IMC dos idosos de acordo com o sexo em cada ano avaliado ($p < 0,05$).

A prevalência de idosos com sobrepeso do sexo feminino é significativamente superior em relação aos idosos do sexo masculino, mostrando que as mulheres apresentam maior percentual de sobrepeso quando comparadas aos homens.

Neste mesmo contexto, os homens apresentam maior percentual de ocorrência de casos de baixo peso quando comparados às mulheres. Idosos do sexo masculino apresentam maior prevalência de eutróficos

quando comparados aos idosos do sexo feminino.

De uma forma geral, os homens apresentam maior prevalência de baixo peso e eutróficos e as mulheres maior prevalência de sobrepeso.

Os idosos também foram avaliados de acordo com seus hábitos alimentares através da coleta de dados de consumo de bebidas adoçadas (bebidas), biscoito recheado, doces ou guloseimas (guloseimas), alimentos ultraprocessados (ultra) e dados sobre o hábito de realizar três refeições diárias (três refeições) (Tabela 3).

Tabela 3 - Dados sobre o hábito dos idosos avaliados no estudo de acordo com o período de 2015 a 2021.

Ano	n	Hábitos alimentares							
		3 refeições		Bebidas		Guloseimas		Ultra	
		n	%	n	%	n	%	n	%
2015	533	284	53,28	246	46,15	96	18,01	365	68,48
2016	4927	635	12,89	2140	43,43	1053	21,37	3332	67,63
2017	4927	623	12,64	2050	41,61	886	17,98	3193	64,81
2018	10290	226	2,20	4436	43,11	1988	19,32	6479	62,96
2019	8717	15	0,17	3891	44,64	2015	23,12	5715	65,56
2020	11840	1	0,01	5165	43,62	2412	20,37	7372	62,26

Os dados da Tabela 3 mostram uma expressiva diminuição do percentual de idosos que fazem as três refeições diárias de forma correta ao longo dos anos, partindo de 53,28% em 2015 para 0,01% em 2020.

Para bebidas adoçadas, guloseimas e alimentos ultraprocessados não houve mudanças expressivas nos percentuais ao longo dos anos, visto que entre os anos de 2015 e 2020 uma faixa de 41,61% a 46,15% de

idosos ingeriram bebidas adoçadas; 17,98% a 23,12% de idosos ingeriram guloseimas, e 62,26% a 68,48% ingeriram alimentos ultraprocessados.

O hábito alimentar mais frequente observado dentre os idosos avaliados no estudo foi o hábito de ingerir alimentos ultraprocessados, seguido de bebidas adoçadas (Figura 2).

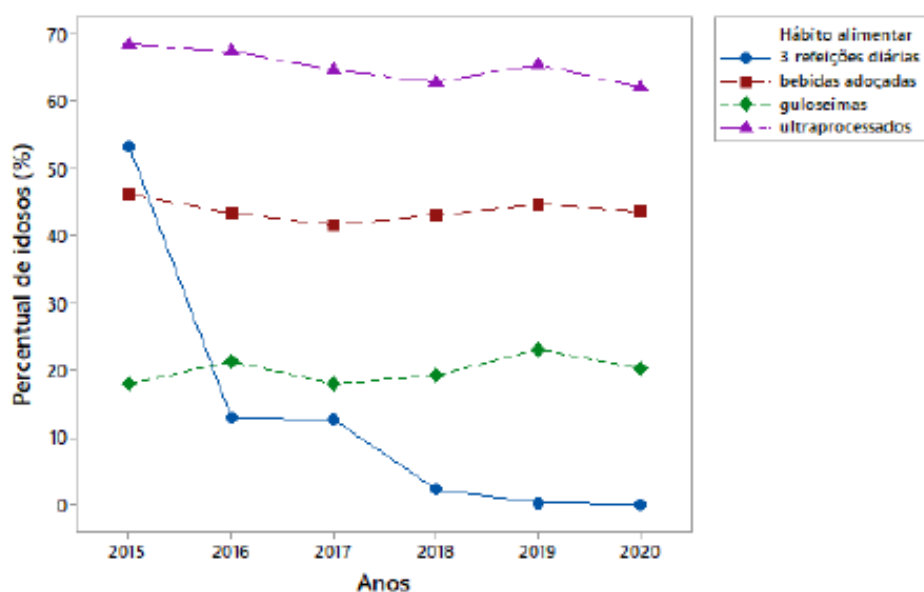


Figura 2 - Gráfico do percentual de idosos em relação ao hábito alimentar no período de 2015 a 2020.

Abordagem Multivariada

A abordagem multivariada tem como objetivo otimizar o caráter exploratório dos dados, considerando a influência integral de todas as variáveis envolvidas no estudo.

Para esta análise, a ferramenta de Análise de Componentes Principais (ACP) foi empregada, considerando a frequência de idosos de acordo com o IMC (baixo peso, eutrófico e sobrepeso) e hábitos alimentares (três refeições diárias, ingestão de bebidas adoçadas, guloseimas e alimentos ultraprocessados) nos anos de 2017 a 2020, período no qual é possível observar todos estes dados mencionados.

A ACP reduz o número de variáveis agrupando-as em um gráfico bidimensional, relacionando dois gráficos por quadrantes. A ideia desta abordagem é encontrar um meio matemático de condensar a informação contida em várias variáveis originais em um conjunto menor de variáveis estatísticas, chamadas de componentes, com uma perda mínima de informação, ou seja, que estas componentes consigam explicar quase que a totalidade da variação dos dados (geralmente acima de 60% já se considera aceitável).

O número de componentes principais se toma o número real de variáveis a serem

analisadas e exploradas, mas geralmente as primeiras componentes principais são as mais importantes, pois elas explicam a maior parte da variação total dos dados.

Neste caso, as componentes principais foram extraídas de uma matriz de correlação, já que as variáveis analisadas apresentaram elevada variação.

As duas primeiras componentes principais (PC1 e PC2) foram responsáveis por explicar 90,84% da variação total dos dados, sendo a PC1 responsável por explicar 71,27% e a PC2 responsável por explicar 19,57% da variação total dos dados.

A componente principal um se relacionou com dois grupos de variáveis, sendo o primeiro deles apresentando os idosos de baixo peso, eutróficos e com hábito alimentar de três refeições diárias (lado positivo da PC1), e o segundo grupo apresentando os idosos com hábitos alimentares de ingestão de bebidas adoçadas e alimentos ultraprocessados (lado negativo da PC1). A componente principal dois se relacionou somente com um grupo de variáveis, os idosos com sobrepeso com hábito alimentar de ingestão de guloseimas.

A Figura 3 mostra a projeção das variáveis do estudo em um gráfico bidimensional (Figura 3A) e a projeção dos

anos avaliados no estudo (Figura 3B). A sobreposição de ambos os gráficos pressupõe que os idosos com baixo peso e eutróficos são aqueles que apresentam hábitos alimentares mais saudáveis, pois realizam três refeições diárias corretamente. Estes idosos foram mais frequentes no ano de 2017. Idosos com sobrepeso se relacionaram de forma direta com a elevada ingestão de guloseimas, sendo estes mais frequentes no ano de 2019.

Idosos com hábitos alimentares de ingestão demasiada de bebidas adoçadas e alimentos ultraprocessados são aqueles que não são considerados de baixo peso ou eutróficos, pois estes hábitos alimentares estão localizados em lado oposto do gráfico onde estão pontuados os idosos com IMC de baixo peso e eutróficos. Idosos com elevada ingestão de bebidas adoçadas e alimentos ultraprocessados foram observados de forma

mais frequente no ano de 2020. O ano de 2018 não se relacionou de forma direta com nenhuma das variáveis do estudo, mantendo-se isolado no terceiro quadrante do gráfico (Figura 3A).

O resultado da abordagem multivariada pode se diferenciar de forma significativa do resultado da abordagem univariada pelo fato de que no contexto multivariado, as variáveis são analisadas em forma conjunta a não de forma comparativa limitando a comparação a duas variáveis somente.

A análise univariada não considera a influência do comportamento de todas as variáveis de forma conjunta, limitando a análise somente às variáveis que estão envolvidas no teste univariado.

Na abordagem multivariada, todas as variáveis sofrem influência conjunta, trazendo otimização do caráter exploratório dos dados.

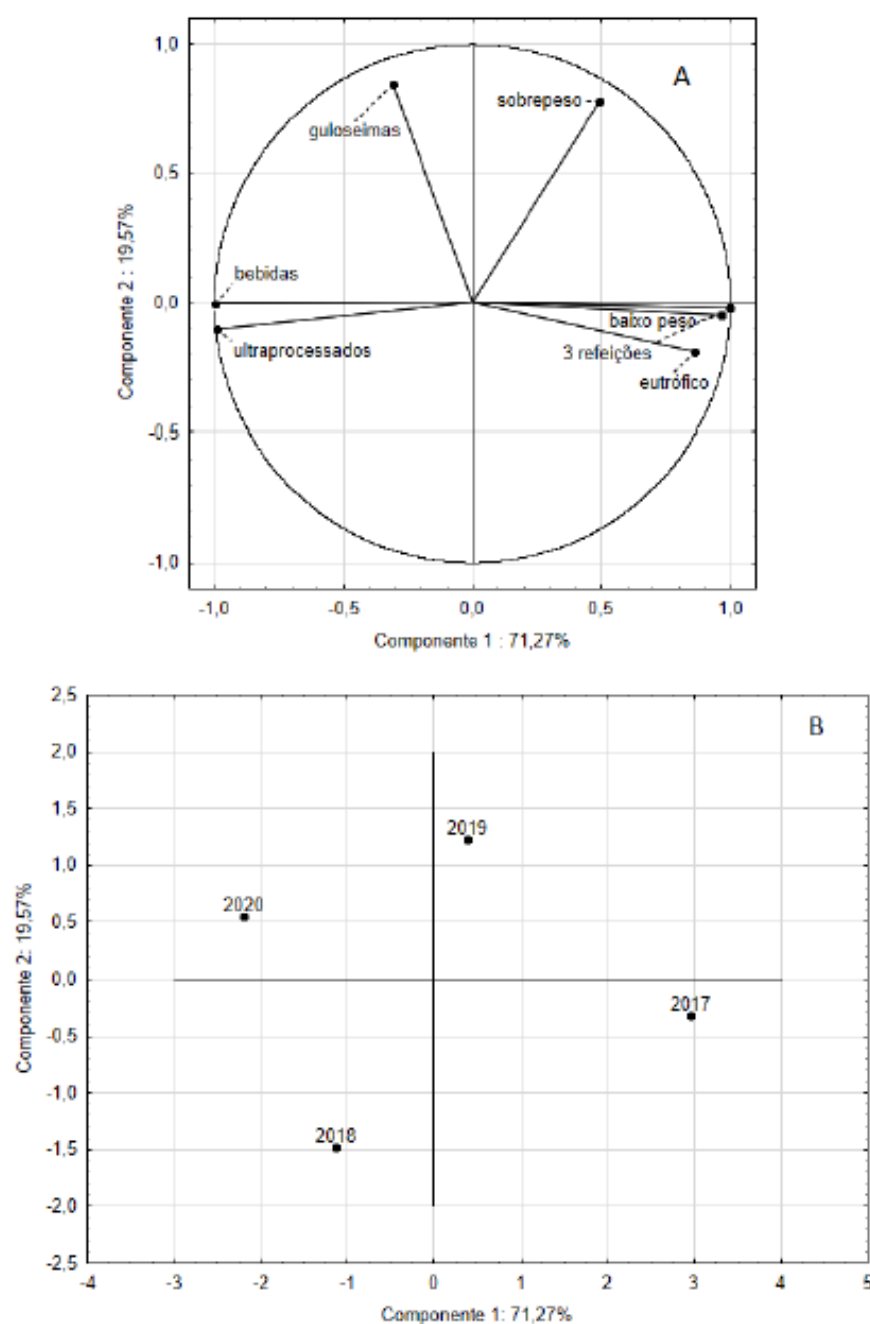


Figura 3 - Projeção da situação nutricional e dos hábitos alimentares dos idosos avaliados no estudo (A) de acordo com o ano de avaliação (B) utilizando a ferramenta de Análise de Componentes Principais (ACP).

RBONE

Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento

De uma forma geral, idosos com hábitos alimentares saudáveis com realização de três refeições ao dia são aqueles que apresentaram eutrofia ou baixo peso e idosos com hábitos alimentares não saudáveis com elevada ingestão de guloseimas, principalmente, mostraram-se em condições de sobrepeso. Este resultado reitera que a alimentação é um fator preponderante na condição nutricional e na qualidade de vida do idoso.

Análise geral dos dados de situação nutricional dos idosos

A Tabela 4 mostra os percentuais da situação nutricional dos idosos do sexo feminino de acordo com o período avaliado, comparando a região pontual do Centro-Oeste (Três Lagoas, Dourados, Campo Grande e Corumbá) (PCO), a região Centro-Oeste geral (CO) e o Brasil (BR).

Tabela 4 - Situação nutricional dos idosos do sexo feminino avaliados no estudo de acordo com o período de 2017 a 2021 para diferentes regiões.

Ano	Região ¹	IMC						Total
		Baixo peso		Eutrófico		Sobrepeso		
		n	%	n	%	n	%	
2017	PCO	1904	10,58	5288	29,39	10798	60,02	17990
	CO	8387	11,57	23813	32,85	40280	55,57	72480
	BR	159346	12,33	442170	34,21	691180	53,47	1292696
2018	PCO	2276	10,47	6452	29,68	13007	59,84	21735
	CO	10313	11,12	30161	32,52	52259	56,35	92733
	BR	176666	11,61	512254	33,65	833188	54,74	1522108
2019	PCO	2342	9,44	7340	29,59	15125	60,97	24807
	CO	10358	10,54	31706	32,28	56173	57,18	98237
	BR	190690	11,37	561317	33,48	924671	55,15	1676678
2020	PCO	1859	8,95	5919	28,51	12986	62,54	20764
	CO	9132	10,48	28287	32,47	49695	57,05	87114
	BR	178074	11,11	528829	33,00	895658	55,89	1602561
2021	PCO	2561	9,07	8036	28,47	17632	62,46	28229
	CO	12446	10,56	37844	32,12	67525	57,31	117815
	BR	230674	11,00	689369	32,87	1177419	56,14	2097462

Legenda: ¹PCO: região pontual do Centro-Oeste (Três Lagoas, Dourados, Campo Grande e Corumbá); CO: região Centro-Oeste; BR: Brasil.

É possível observar que o percentual de idosos de baixo peso e eutróficos da região pontual de análise (PCO) são inferiores aos percentuais de idosos nessas mesmas situações nutricionais observados na região Centro-Oeste e no Brasil.

Entretanto, a média percentual de idosos em sobrepeso na região PCO é superior em relação à média brasileira e à média da região Centro-Oeste. Estes comportamentos mencionados são observados para todos os anos analisados (Figura 4).

RBONE

Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento

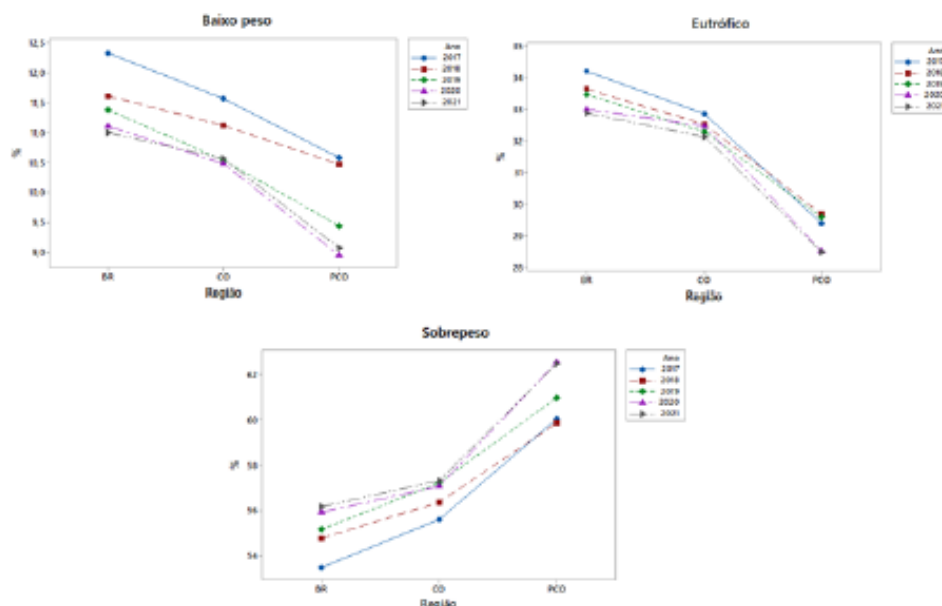


Figura 4 - Comportamento da situação nutricional dos idosos do sexo feminino nos anos de 2017 a 2021 de acordo com as regiões avaliadas.

A Tabela 5 mostra os percentuais da situação nutricional dos idosos do sexo masculino de acordo com o período avaliado, comparando a região pontual do Centro-Oeste

(Três Lagoas, Dourados, Campo Grande e Corumbá) (PCO), a região Centro-Oeste geral (CO) e o Brasil (BR).

Tabela 5 - Situação nutricional dos idosos do sexo masculino avaliados no estudo de acordo com o período de 2017 a 2021 para diferentes regiões.

Ano	Região ¹	IMC						Total
		Baixo peso		Eutrófico		Sobrepeso		
		n	%	n	%	n	%	
2017	PCO	1444	13,30	4126	38,00	5289	48,70	10859
	CO	6761	14,84	18532	40,67	20273	44,49	45566
	BR	108421	14,77	310224	42,27	315338	42,96	733983
2018	PCO	1614	12,54	4949	38,45	6309	49,01	12872
	CO	7852	13,94	22951	40,76	25506	45,30	56309
	BR	119193	13,97	357266	41,88	376676	44,15	853135
2019	PCO	1634	11,11	5680	38,61	7397	50,28	14711
	CO	7911	13,43	24081	40,87	26925	45,70	58917
	BR	129407	13,64	395207	41,66	424143	44,71	948757
2020	PCO	1646	11,57	5129	36,68	7362	51,75	14227
	CO	8787	13,84	25661	40,43	29020	45,72	63468
	BR	141170	13,43	432578	41,15	477384	45,42	1051132
2021	PCO	2219	11,77	7026	37,25	9616	50,98	18861
	CO	10996	13,49	33207	40,74	37298	45,76	81501
	BR	178641	13,09	559284	40,98	626724	45,93	1364649

Legenda: ¹PCO: região pontual do Centro-Oeste (Três Lagoas, Dourados, Campo Grande e Corumbá); CO: região Centro-Oeste; BR: Brasil.

RBONE

Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento

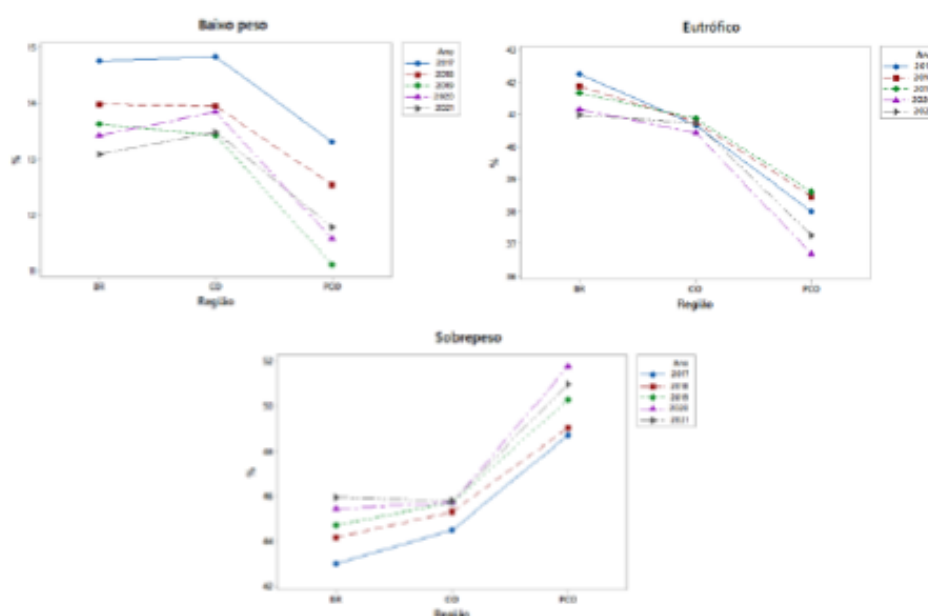


Figura 5 - Comportamento da situação nutricional dos idosos do sexo masculino nos anos de 2017 a 2021 de acordo com as regiões avaliadas.

Situação semelhante é possível de se observar para os idosos do sexo masculino, ou seja, o percentual de idosos de baixo peso e eutróficos da região pontual de análise (PCO) são inferiores às médias da região Centro-oeste e do Brasil.

Em contrapartida, a média percentual de idosos em sobrepeso na região pontual (PCO) é superior em relação à média brasileira e à média da região Centro-Oeste. Estes comportamentos mencionados são observados para todos os anos analisados (Figura 5).

De uma forma geral, há uma tendência estatística em considerar que, independentemente do sexo do idoso, a média de idosos com sobrepeso na região pontual de análise é superior em relação à média da região Centro-Oeste e em relação à média brasileira.

DISCUSSÃO

Quando comparados aos achados de Santos e Campos (2018), e de Pereira e Sampaio (2019), houve aumento significativo da média do IMC na população idosa, com a participação e predominância do sexo feminino

em todos os anos avaliados por meio de dados disponíveis no SISVAN.

Evidenciou-se associação significativa do sobrepeso e pode-se dizer de obesidade entre os indivíduos acima de 60 anos, assemelhando-se ao estudo de Silveira e colaboradores (2016).

Da mesma forma, percentuais maiores de sobrepeso foram encontrados entre as mulheres, corroborando com Pereira, Spyrides e Andrade (2016) e Ferreira, Monteiro e Simões, (2018), onde a prevalência de sobrepeso dos investigados foi maior em idosas.

Entre os idosos do sexo masculino no presente estudo, houve maior prevalência de indivíduos eutróficos e baixo peso, comparados ao sexo feminino, o que ainda preocupa pela relação com o aumento da mortalidade nesse público e as condições nutricionais apresentadas (Pereira e Sampaio, 2019).

Garcia e colaboradores (2016) concordam em dizer que a desnutrição e a obesidade podem contribuir para uma qualidade de vida e satisfação em saúde ruim,

RBONE**Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**

em amostras de idosos de todas as regiões do Brasil, principalmente da região Nordeste.

Observa-se assim com essa diversidade de informações a necessidade de novos instrumentos de avaliação e de sistemas tecnológicos efetivos para o monitoramento dessas situações de risco na rede de atenção, frente ao rápido crescimento de evidências na área da saúde (Lima e Schmidt, 2018; Paula e colaboradores, 2020).

Nesta perspectiva, o uso do SISVAN possibilita o acompanhamento de dados a longo prazo e instrumentaliza os profissionais para o planejamento e a gestão de ações voltadas a obtenção de informações das condições nutricionais da população em geral, dada a contínua geração de informações sobre o estado de saúde (Aprelini e colaboradores, 2021; Moreira, 2022).

Para estimar a prevalência de multimorbidade por DCNT em idosos residentes no nordeste brasileiro, Leite e colaboradores (2019) utilizaram-se de dados secundários de um inquérito epidemiológico de base domiciliar com a participação de 3.141 idosos, entre os anos de 2013 e 2014.

O estado de Alagoas entre os demais teve destaque, e apresentou maior prevalência, associada ao sexo feminino, a cor da pele, o excesso de peso e a idade superior a 80 anos, o que sugere propostas de intervenção relacionadas ao cuidado integral e políticas de educação em saúde com foco nesta população mais longeva.

Na pesquisa de Confortin e colaboradores (2016) o excesso de peso apresentou associação com incapacidade funcional leve e moderada/grave em mulheres idosas, para a realização de atividades da vida diária.

No entanto, em relação aos indicadores antropométricos com fator de risco para doença cardiovascular em adultos e idosos de Rio Branco no Acre, Loureiro e colaboradores (2020) observaram a prevalência de hipertensão arterial, do excesso de peso e da obesidade, com números maiores do que apresentadas no grupo dos adultos, o que torna relevante a identificação desses indicadores para a elaboração de ações e estratégias de promoção da saúde, de prevenção e controle dessas doenças.

Concomitante a isso, os achados de Mourão e colaboradores (2016) evidenciaram a hipertensão arterial como doença crônica mais referida entre os idosos do sexo feminino.

Ferreira, Monteiro e Simões (2018), ao avaliarem o estado nutricional e fatores associados em idosos com dados provenientes do sistema VIGITEL de 2013, constataram que a obesidade foi associada à hipertensão arterial e a dislipidemia. Os autores ainda destacaram que a maioria dos idosos investigados substituíram as principais refeições do dia por lanches, e que do total de 720 participantes do estudo, 153 eram diabéticos (Ferreira, Monteiro e Simões, 2018).

Para um resultado satisfatório, as instruções e intervenções educativas em saúde, junto a um programa de exercícios físicos estruturado são essenciais no cotidiano dos pacientes idosos diabéticos.

Este ambiente de cuidado e autogerenciamento sobre seu estado de saúde, deve ser promovido de forma coletiva, principalmente para a prevenção da incapacidade funcional e complicações relacionadas ao diabetes a longo prazo (Marques e colaboradores, 2019; American Diabetes Association, 2022).

Cabe ressaltar que o comprometimento da gestão pública e dos profissionais que trabalham no SUS com a cobertura e a utilização de ferramentas relacionadas a alimentação e nutrição da população deve ser priorizado conforme território adscrito, para a geração de dados que permeiem a implementação de políticas, e reflitam para a elaboração de ações e estratégias assertivas no campo da saúde.

Conhecer o estado nutricional e traçar o perfil alimentar da população é essencial para promover a melhoria das ações de atenção integral à saúde (Ministério da Saúde, 2015).

Esse aumento de peso na população idosa é alarmante e pode estar associado as doenças crônicas, refletindo nas políticas de cuidados específicos em saúde, na atenção primária, na atenção hospitalar e na menor qualidade de vida desse grupo.

Sendo assim, para Oliveira e colaboradores (2020) o estado nutricional adequado e satisfatório em idosos está relacionado ao nível de escolaridade, melhor percepção de saúde, adesão a prática regular de atividade física e maior poder aquisitivo.

Desde que tenham conhecimento dos riscos, a prática de atividades físicas leva a diminuição da mortalidade e morbidade em idosos, e proporciona melhor capacidade funcional podendo impactar positivamente na

RBONE**Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**

qualidade de vida da população (Almeida, 2017; Silva e colaboradores, 2018).

Pesquisa com 385 idosos residentes em um município catarinense investigou a relação de sintomas depressivos, a presença de dor crônica, a qualidade do sono e o nível de atividade física e encontraram presença de dor em 224 dos participantes, sendo a maioria desse público do sexo feminino.

Verificou-se também que o grupo de idosos insuficientemente ativos foi o que apresentou maior prevalência de sintomas depressivos, o que torna a prática de atividade física importante para a redução dos riscos de desenvolvimento dessas doenças (Silva e colaboradores, 2018) e do impacto econômico nas internações hospitalares atribuídas também a inatividade física (Nóbrega, 2021).

Nos achados do presente estudo, os idosos investigados pelo consumo alimentar entre os anos de 2015 a 2020 com perfil de sobrepeso, se relacionaram de forma direta com a elevada ingestão de guloseimas, bebidas adoçadas e com alimentos ultra processados, onde foram observados de forma mais frequente no ano de 2020, assemelhando-se aos dados da pesquisa de Mello e colaboradores (2017) onde observaram a ingestão de doces e frituras na mesma faixa etária, o que contribui para ocorrência de obesidade e DCNT neste grupo.

Já Simplício e colaboradores (2022) divergem desses resultados, e relataram que os idosos do sexo feminino das cidades de Teresina e Pico no Piauí, participantes de um estudo de base populacional por meio de inquérito em saúde, consumiram alimentos mais saudáveis e foram considerados mais ativos, com maior nível de atividade física, confirmando assim a relação de fatores sociodemográficos que sugerem e interferem na qualidade dos alimentos consumidos.

Sobre a relação de consumo de alimentos in natura, processados e ultra processados com gênero, idade e dados antropométricos, Machado e Adami (2019) observaram maior prevalência desses alimentos de baixa qualidade nutricional em indivíduos mais jovens, fator que pode acarretar futuros indivíduos obesos e com riscos de maior incidência de DCNT.

CONCLUSÃO

Neste estudo, o número de idosos registrados no SISVAN Web e residentes no

Estado do Mato Grosso do Sul (das quatro regiões de saúde) apresentou-se com aumento significativo no IMC para o sobrepeso, sendo avaliados entre os anos de 2017 e 2021, com maior percentual para o sexo feminino. Os homens apresentaram maior percentual de ocorrência de casos de baixo peso quando comparados às mulheres.

Em relação ao consumo alimentar entre os anos de 2015 e 2020, os resultados mostraram uma expressiva diminuição do percentual de idosos que fazem as três refeições diárias de forma correta ao longo dos anos.

Para bebidas adoçadas, guloseimas e alimentos ultra processados não houve mudanças expressivas nos percentuais ao longo dos anos e o hábito alimentar mais frequente observado dentre os idosos avaliados no presente estudo foi o hábito de ingerir alimentos ultra processados, seguido de bebidas adoçadas.

Conclui-se que existe correlações significativas em relação ao estado nutricional e o consumo alimentar dos idosos avaliados, estes se mostraram com hábitos alimentares saudáveis e realização de três refeições ao dia, apresentando eutrofia ou baixo peso.

Os idosos com hábitos alimentares não saudáveis com elevada ingestão de guloseimas, principalmente, mostraram-se em condições de sobrepeso.

Sinaliza-se a relevância da multimorbidade na ocorrência de hospitalizações relacionados a obesidade e outras doenças, já que as internações podem gerar complicações a saúde do idoso.

Assim, espera-se que o impacto das propostas de envelhecimento saudável no Brasil, o esforço dos profissionais de várias áreas e saberes, atuando de forma interdisciplinar, a adesão dos investigados aos programas de atividades físicas e exercícios físicos, a educação alimentar voltada para novos hábitos, a produção do cuidado integral e a efetivação das políticas de promoção da saúde, de prevenção e controle de agravos e doenças na APS, possam contribuir na melhora da qualidade de vida da população idosa, mesmo ainda sendo um grande desafio para a Saúde Pública.

Diante do exposto, o estudo teve como limitações o número reduzido de registros das pessoas idosas no SISVAN, haja visto o número de habitantes residentes no Estado do Mato Grosso do Sul que utilizam os serviços do

RBONE**Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**

SUS, e sobre a avaliação do estado nutricional apenas pelo IMC, podendo não evidenciar um resultado fidedigno em relação ao excesso ou não de gordura corporal nesta população.

FINANCIAMENTO DO ESTUDO

Financiamento próprio.

CONFLITO DE INTERESSE

Não há conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

- 1-Almeida, J.F.F. Atividade física regular no idoso com Diabetes Mellitus tipo 2. Mestrado Integrado em Medicina Área: Medicina Geral e Familiar Tipologia. Monografia. Faculdade de Medicina. Universidade do Porto. 2017.
- 2-American Diabetes Association. Professional Practice Committee. Summary of Revisions: Standards of Medical Care in Diabetes. 2022. *Diabetes Care*. Vol. 45. Suppl. 1. p.S4-S7. 2022. <https://doi.org/10.2337/dc22-SREV>
- 3-Aprelini, C.M.O.; Reis, E.C.; Enríquez-Martinez, O. G.; Jesus, T.R.; Molina, M.C.B. Tendência da prevalência do sobrepeso e obesidade no Espírito Santo: estudo ecológico, 2009-2018. *Epidemiol. Serv. Saúde*. Vol. 30. Num. 3. 2021. DOI: 10.1590/S1679-49742021000300017
- 4-Brito, K.Q.D.; Menezes, T.N.; Olinda, R.A. Functional disability: health conditions and physical activity practice in older adults. *Rev Bras Enferm*. Vol. 69. Num. 5. p. 773-80. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690502>.
- 5-Confortin, S.C.; Bittencourt, B.; Ono, L. M.; Marques, L. P.; Schneider, I.J.C.; D'Orsi, E. Fatores associados ao estado nutricional em idosos participantes do Estudo EpiFloripa Idoso. *Demetra*. Vol. 11. supl.1. p. 1333-1350. 2016. DOI: 10.12957/demetra.2016.22093
- 6-Ferreira, C.C.D.F.; Monteiro, G.T.R.; Simões, T.C. Estado nutricional e fatores associados em idosos: evidências com base em inquérito telefônico. *Rev. Bras. Promoção Saúde*. Fortaleza. Vol. 31. Num. 1. p. 1-10. 2018. DOI: 10.5020/18061230.2018.6279
- 7-Garcia, C.A.M.S.; Moretto, M.C.; Guarjento, M.E. Estado nutricional e qualidade de vida em idosos. *Rev. Soc. Bras. Clin. Med*. Vol. 14. Num. 1. p. 52-6. 2016.
- 8-Ikegami, É.M.; Souza, L.A.; Tavares, D.M.S.; Rodrigues, L.R. Capacidade funcional e desempenho físico de idosos comunitários: um estudo longitudinal. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol.25. Num. 3. p.1083-1090. 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020253.18512018
- 9-IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados. Rio de Janeiro. IBGE. 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ms/>
- 10-Leite, B.C.; Oliveira-Figueiredo, D.S.T.; Rocha, F.L.; Nogueira, M. Multimorbidade por doenças crônicas não transmissíveis em idosos: estudo de base populacional. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. Vol. 22. Num. 6. p. 190-253. 2019. doi.org/10.1590/1981-22562019022.190253
- 11-Lima, J.F.; Schmidt, D.B. Sistema de vigilância alimentar e nutricional: utilização e cobertura na atenção primária. *Revista Saúde e Desenvolvimento*. Vol. 12. Num. 11. 2018.
- 12-Loureiro, N.S.L.L.; Amaral, T.L.M.; Amaral, C.A.; Monteiro, G.T.R.; Vasconcellos, M.T.L.; Bortolini, M.J.S. Relação de indicadores antropométricos com fatores de risco para doença cardiovascular em adultos e idosos de Rio Branco, Acre. *Rev. Saúde Pública*. 2020. doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001088
- 13-Machado, F.C.; Adami, F.S. Relação do consumo de alimentos in natura, processados e ultraprocessados com gênero, idade e dados antropométricos. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*. São Paulo. Vol. 13. Num. 79. p.407-416. 2019.
- 14-Marques, M.B.; Coutinho, J.F.V.; Martins, M.C.; Lopes, M.V.O.; Maia, J.C.; Silva, M.J. Educational intervention to promote self-care in older adults with diabetes mellitus. *Rev Esc Enferm USP*. Vol. 53. e03517. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018026703517>
- 15-Mello, A.C.; Carvalho, M.S.; Alves, L.C.; Gomes, V.P.; Engstrom, E.M. Consumo alimentar e antropometria relacionados à

RBONE**Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**

síndrome de fragilidade em idosos residentes em comunidade de baixa renda de um grande centro urbano. *Cad. Saúde Pública*. Vol. 33. Num. 8. 2017. Doi:10.1590/0102-311X00188815

16-Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 1. ed., 1. reimpr. Brasília. Ministério da Saúde. 2013. 84 p.

17-Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. 2015. 33 p.

18-Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2020: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2020* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Brasília. Ministério da Saúde. 2021.

19-Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Brasília. Ministério da Saúde. 2021. 118 p.

20-Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017,

que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. Ministério da Saúde. 2018. 40 p.

21-Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília. Ministério da Saúde. 2015. 56 p.

22-Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN na assistência à saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília. Ministério da Saúde. 2008. 61 p.

23-Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília. Ministério da Saúde. 2013. 28 p.

24-Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Manual operacional para uso do sistema de vigilância alimentar e nutricional. Brasília-DF 2017.

25-Moreira, G.T. A implementação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) na 9ª regional de saúde, Foz do Iguaçu-PR. Dissertação de mestrado. Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento da Universidade Federal da Integração Latino-Americana. Universidade Federal da Integração Latino-Americana-UNILA. 2022.

26-Mourão, L.F.; Xavier, D.A.N.; Neri, A.L.; Luchesi, K.F. Estudo da associação entre doenças crônicas naturais do envelhecimento e alterações da deglutição referidas por idosos da comunidade. *Audiol. Commun. Res.* Vol. 21. p. 1657. 2016. doi.org/10.1590/2317-6431-2015-1657

27-Nóbrega, A.C.L.D. Implicações socioeconômicas da Inatividade Física:

RBONE**Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**

- Panorama nacional e implicações para políticas públicas. Rio de Janeiro, novembro de 2021. 80 p. Disponível em: https://arquivos02.confef.org.br/s/pz5e33LLNS_sbpNe
- 28-Oliveira, D.V.; Jesus, M.C.; Oliveira, R.V.; Franco, M.F.; Leme, D.E.C.; Bertolini, S.M.M.G.; Nascimento Júnior, J.R.A. Fatores associados ao estado nutricional de idosos da atenção primária à saúde do município de Maringá, Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Colet.* 2022. Ahead of Print. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230020359>
- 29-Organização Pan-Americana da Saúde. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis nas Américas: Considerações sobre o fortalecimento da capacidade regulatória. Documento de Referência Técnica REGULA. Washington-DC. OPAS. 2016.
- 30-Paula, T.R.; Menezes, A.P.; Guedes, N.G.; Silva, V.M.; Cardoso, M.V.L.M.L.; Ramos, E.S. Effectiveness of mobile applications for behavioral changes in health: a systematic review. *Rev Rene.* Vol. 21. e43845. 2020. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143845>
- 31-Pereira, I.F.S.; Spyrides, M.H.C.; Andrade, L.M.B. Estado nutricional de idosos no Brasil: uma abordagem multinível. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. Vol. 32. Num. 5. p.e00178814. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00178814>
- 32-Pereira, R.L.M.R.; Sampaio, J.P.M. Estado nutricional e práticas alimentares de idosos do Piauí: dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN Web. *Rev. Eletron. Comum. Inf. Inov. Saúde.* Vol.13. Num. 4. p. 854-62. 2019. [Http://dx.doi.org/10.29397/reciis.v13i4.1660](http://dx.doi.org/10.29397/reciis.v13i4.1660)
- 33-Santos, C.F.E.; Campos, H.L.M. Perfil nutricional de idosos do município de Vitória nos anos de 2009 a 2012 por meio do sistema de vigilância alimentar e nutricional (SISVAN). *Rev. Bras. Pesq. Saúde.* Vol. 20. Núm. 4. p. 63-70. 2018.
- 34-Silva, M.R.; Ferretti, F.; Pinto, S.S.; Tombini Filho, O.F. Sintomas depressivos em idosos e sua relação com dor crônica, doenças crônicas, qualidade do sono e nível de atividade física. *Br J Pain.* Vol. 1. Num. 4. p. 293-8. 2018. DOI 10.5935/2595-0118.20180056
- 35-Silva, R.P.C.; Vergara, C.M.A.C.; Sampaio, H.A.C.; Vasconcelos Filho, J.E.; Strozberg, F.; Ferreira Neto, J.F.R.; Mafra, M.L.P.; Garcia Filho, C.; Carioca, A.A.F. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional: tendência temporal da cobertura e estado nutricional de adultos registrados, 2008-2019. *Epidemiologia e Serviços de Saúde.* Brasília. Vol. 31. Num. 1: e2021605. 2022.
- 36-Silveira, E.A.; Vieira, L.L.; Jardim, T.V.; Souza, J.D. Obesidade em Idosos e sua Associação com Consumo Alimentar, Diabetes Mellitus e Infarto Agudo do Miocárdio. *Arq. Bras. Cardiol.* Vol. 107. Num. 6. p. 509-517. 2016.
- 37-Simplício, A.P.M.; Lavôr, L.C.C.; Rodrigues, L.A.R.L.; Sousa, P.V.L.; Ibiapina, C.R.L. S.; Frota, K.M.G. Consumo alimentar e sua associação com aspectos sociodemográficos e de estilo de vida em adultos e idosos: um estudo de base populacional. *Revista Eletrônica Acervo Saúde.* Vol.15. Num. 6. 2022. DOI: <https://doi.org/10.25248/REAS.e10388.2022>
- 38-Zar, J. H. *Biostatistical Analysis.* 5th edition. Essex: Prentice Hall. 2009. 960p.
- E-mail dos autores:
rodrigoaranda20_04@hotmail.com
a.amr@ig.com.br
jessicapricila93@hotmail.com
- Orcid dos autores:
0000-0001-9058-6989
0000-0002-4054-768X
0000-0002-9944-209X
- Recebido para publicação em 28/09/2022
Aceito em 04/11/2022

5.3 Artigo 2: Caracterização das Atividades Coletivas com a população idosa no Estado de Mato Grosso do Sul: ciclo 2019 a 2022

Resumo

A Política Nacional de Promoção da Saúde elenca a importância dos determinantes sociais da saúde para promoção da saúde e prevenção de doenças com intuito de atender as necessidades da população. Em 2014, a Rede de Atenção à Saúde consolidou as ações de promoção à saúde, que compõem compromissos futuros para a redução da desigualdade social e os riscos à saúde coletiva como estratégias de conduzir a integralidade do cuidado e articulação da rede, sobretudo em idosos com doenças crônicas, que representam uma parcela vulnerável da atenção primária. O objetivo do estudo foi determinar e caracterizar as atividades coletivas realizadas pela Atenção Primária à Saúde no Mato Grosso do Sul com o público idoso, por meio do Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica, entre os anos de 2019 a 2022. Trata-se de um estudo ecológico e retrospectivo, com delineamento transversal, utilizando-se dados de consulta livre e acesso público. Em relação, às atividades realizadas, a Avaliação e Procedimentos coletivos, foram as ações de promoção da saúde que mais geraram relatórios com êxito para a análise, e foi o foco desta investigação. A prática de atividades relacionadas à saúde foi mais intensa nos anos de 2019 a 2020 quando comparado aos outros anos. Entre 2019 e 2020, as práticas de saúde que se destacaram foram plantas medicinais/fitoterapia (14,3%), seguido de dependência química (13,8%), agravos negligenciados (13,7%) e envelhecimento/climatério/andropausa (13,6%). Faz-se relevante novas investigações que relacionem o monitoramento e a avaliação de ações da APS e as atividades coletivas com o público idoso.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Envelhecimento Populacional; Sistema de Informação em Saúde; Atividades Físicas.

Characterization of Collective Activities With The Elderly Population in The State of Mato Grosso do Sul: Cycle 2019 to 2022

Abstract

The National Health Promotion Policy lists the importance of the social determinants of health for health promotion and disease prevention in order to meet the needs of the population. In 2014, the Health Care Network consolidated the health promotion actions, which make up future commitments to reduce social inequality and collective health risks as strategies to conduct comprehensive care and network articulation, especially in the elderly with chronic diseases, which represent a vulnerable portion of primary care. The objective of the study was to determine and characterize the collective activities performed by Primary Health Care in Mato Grosso do Sul with the elderly public, through the Primary Health Care Health Information System, between the years 2019 to 2022. This is an ecological and retrospective study, with cross-sectional design, using data from free consultation and public access. In relation, the activities performed, Assessment and Collective Procedures, were the health promotion actions that generated the most successful reports for the analysis, and was the focus of this investigation. The practice of health-related activities was more intense in the years 2019 to 2020 when compared to the other years. Between 2019 and 2020, the health practices that stood out were medicinal plants/phytotherapy (14.3%), followed by chemical dependency (13.8%), neglected aggravations (13.7%), and aging/climacteric/andropause (13.6%). It is relevant new investigations that relate the monitoring and evaluation of PHC actions and collective activities with the elderly public.

Keywords: Primary Health Care; Population Aging; Health Information System; Physical Activities.

INTRODUÇÃO

Buscando articular ações no âmbito individual e coletivo relacionadas a saúde e com ampla participação social, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) pela portaria de Nº 2.446, de 11 de novembro de 2014 redefiniu valores fundantes para o processo de efetivação dos princípios e diretrizes existentes no Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo a importância dos determinantes sociais em saúde para promoção da saúde e prevenção de doenças em todo território brasileiro (BRASIL, 2014).

Esses avanços e prioridades descritas na PNPS visam atender as necessidades da população de forma a superar os impactos do modelo biomédico centrado na doença. Com isso, a formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) se destaca ao ressignificar o papel da política em saúde no país, que compõe

compromissos futuros para a redução da desigualdade social e dos riscos à saúde coletiva (BRASIL, 2014; 2018; MALTA *et al.*, 2018).

Para Malta *et al.* (2018) as ações de promoção da saúde são estratégias que devem conduzir a uma atenção integral e articulada em rede, sobretudo os idosos com doenças crônicas, que representam uma das parcelas mais vulneráveis na Atenção Primária à Saúde (APS). Tais medidas promovem modos de vida mais saudáveis e seguros, com ganho substancial em qualidade de vida e saúde, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer com o envelhecimento (BRASIL, 2007; 2018).

Como ferramenta potente e importante eixo dessas ações na saúde pública estão as práticas corporais e as atividades físicas, que compõem desde a criação da PNPS (BRASIL, 2006; 2014) propostas e incentivos capazes de fortalecer a Atenção Básica (AB) e a promoção da saúde no SUS, contribuindo para o desenvolvimento de autonomia, do protagonismo dos sujeitos e mudanças no estilo de vida.

Realizar ou não essas atividades, envolve fatores complexos como a disponibilidade de espaços coletivos, participação social e interesse pessoal, entre outros que avancem numa perspectiva mais ampliada do cuidado e produção de saúde, aumentando o número de modalidades e acesso de indivíduos menos presentes na AB (CARVALHO; NOGUEIRA, 2016; AGUIAR; KANAN; MASIERO, 2019).

Neste sentido, algumas dessas barreiras persistem limitando a qualidade da atenção e benefícios à saúde individual e coletiva. A falta de efetividade dos sistemas de informação que geram e monitoram dados sobre os usuários, as dificuldades de acesso ao serviço e a busca do fortalecimento da rede de apoio para a saúde do idoso, seguem sendo um dos principais desafios entre as equipes de saúde e dos familiares (SCHENKER; COSTA, 2019).

Dados do Departamento de Informática do SUS de 2000 a 2018 foram coletados para evidenciar os motivos de internações entre o público idoso, e os principais registros foram as quedas sem especificações, com mais de 1,48 milhões desse desfecho em quase todas as unidades federativas, sendo destaque nas regiões sul, sudeste e centro-oeste (SILVEIRA *et al.*, 2020). Idosos com doenças do sistema circulatório e respiratório acabam necessitando de maior tempo de permanência hospitalar e cuidados especializados, provocando aumento dos gastos de internação. (MERCENAS *et al.*, 2020).

Assim, frente a este cenário a problemática do estudo foi: as práticas corporais e atividades físicas na APS apresentam-se como uma ferramenta que potencializa a integralidade do cuidado, pelo seu caráter educativo e acessível, como um dos dispositivos de promoção da saúde para a população idosa e prevenção de doenças e agravos com o envelhecimento? Essas práticas no estado do Mato Grosso do Sul (MS), estão contribuindo para a adesão de novos hábitos saudáveis relacionados a conscientização do bem-estar, da alimentação, da nutrição, das práticas corporais e das atividades físicas para a melhora da qualidade de vida, redução nos casos de pessoas obesas, de internações hospitalares e demandas no serviço de saúde?

Desta forma, com a centralidade do cuidado a pessoa idosa com doenças crônicas, o objetivo foi determinar e caracterizar as atividades coletivas realizadas pela APS no estado com o público idoso, registrados por meio do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), entre os anos 2019 a 2022.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo ecológico e retrospectivo, com delineamento transversal, utilizando-se dos dados de consulta livre e acesso público por meio do SISAB e a partir do portal e-Gestor AB (<https://egestorab.saude.gov.br/>), com destaque para os relatórios de saúde das atividades coletivas com a população idosa do MS.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2021) o Estado tem uma população estimada em 2.839.188 habitantes, com densidade demográfica de 6,86 hab/km², Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 0,729, estes avaliados no último censo em 2010, e com faixa etária acima de 60 anos são aproximadamente 384.247 idosos (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2022).

Os dados deste estudo foram extraídos em agosto de 2022 e os anos de referência foram de julho de 2019 a julho de 2022. Assim, o relatório gerado de cada ano especificado considera as atividades coletivas realizadas e possuem filtros que determinam a busca detalhada e refinam os dados para a análise.

Dentre as variáveis disponíveis buscou-se pela: a Unidade Geográfica (Brasil e MS), as Competências (2019 a 2022), e o Tipo de Informação (a quantidade de atividades a partir de eixos temáticos e números de idosos registrados e participantes). Essas atividades fazem parte das ações da APS, originadas do registro

na ficha de atividade coletiva pelos profissionais de saúde, e acontecem nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Saúde da Família (UBSF) e nos Polos do Programa Academia da Saúde (PAS) dos municípios.

Utilizou-se da combinação dos filtros: Tipo de equipe e categoria profissional (onde foram incluídas todas as equipes da APS), Temas para a saúde (alimentação saudável entre outros), Práticas em saúde (com foco em Avaliação e procedimentos coletivos) e o Público alvo (idosos), e logo após foram geradas as tabelas em excel.

Portanto, este estudo não necessitou de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme Resolução Nº 510, de 7 de abril de 2016, por serem dados de domínio público, sem identificação individual dos investigados.

Análise estatística

Foi realizada análise percentual das práticas e atividades de saúde de idosos do MS entre os anos de 2019 a 2022, utilizando-se Software Minitab 17 (Minitab Inc.).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em um primeiro momento foi feita a análise do relatório tipo de atividade: Avaliação e Procedimentos coletivos, que podem ser consideradas as ações de avaliação antropométrica dentre outras ações na APS. Utilizou-se do filtro como temas para a saúde: alimentação saudável, e práticas em saúde: as práticas corporais e atividade física com o público idoso nos anos de 2019 a 2022 (Tabela 1), no Estado.

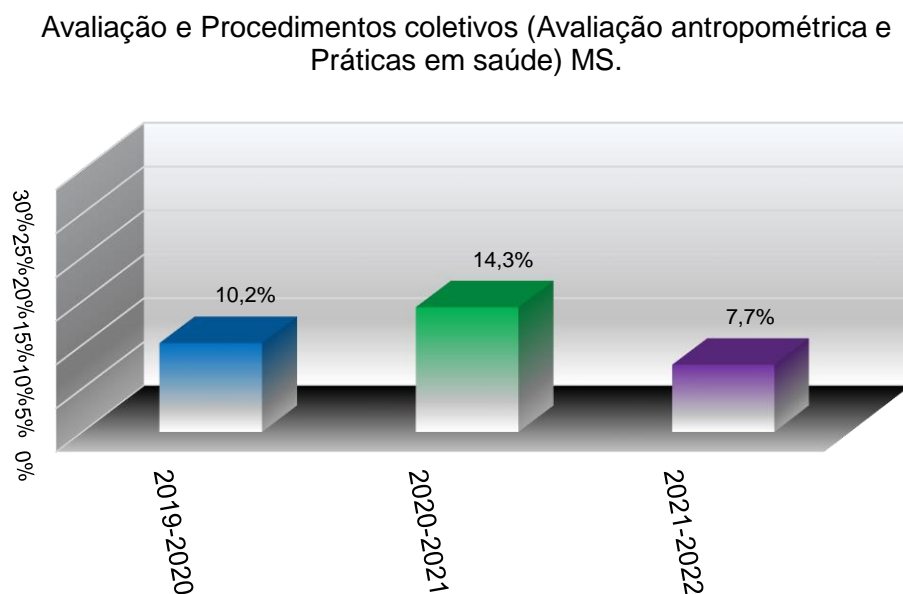
Tabela 1. Análise das ações de Avaliação e Procedimentos coletivos (avaliação antropométrica, práticas corporais e outras atividades dos idosos nos anos de 2019 a 2022, no MS.

Anos	Avaliação e Procedimentos coletivos		Total
	N	%	
2019-2020	6	10,2	59
2020-2021	3	14,3	21
2021-2022	17	7,7	221

Fonte: Dados de pesquisa

Foi possível observar um aumento no número absoluto de idosos que participaram das ações de Avaliação e Procedimentos coletivos ao longo dos anos de 2019 a 2022, entretanto, houve uma diminuição percentual dos idosos que participam das atividades ao longo dos anos avaliados, no estado. Assim, em relação aos dados extraídos do Estado, o número total de idosos registrados e participantes da pesquisa aumentou de forma significativa, mas o percentual de idosos adeptos às ações de Avaliação e Procedimentos coletivos (avaliação antropométrica e práticas em saúde) diminuiu (Figura 1).

Figura 1. Percentual dos idosos adeptos às ações de Avaliação e Procedimentos coletivos (avaliação antropométrica, práticas em saúde) entre os anos de 2019 e 2022.



Fonte: Dados de pesquisa

A análise das ações de Avaliação e Procedimentos coletivos (que podem ser consideradas avaliação antropométrica e temas em saúde) também foi avaliada nos anos de 2019 a 2022 (Tabela 2), utilizando-se do filtro Unidade Geográfica no Brasil.

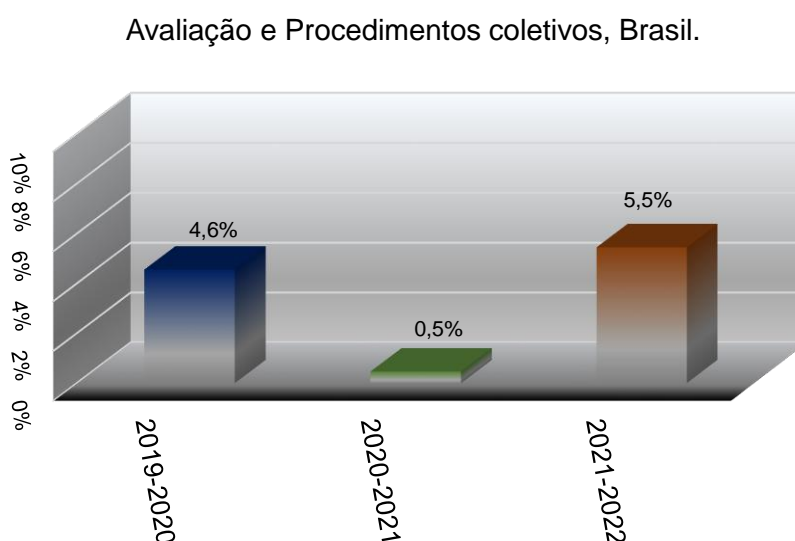
Tabela 2. Análise das ações de Avaliação e Procedimentos coletivos (avaliação antropométrica, práticas corporais e outras atividades dos idosos nos anos de 2019 a 2022), no Brasil.

Anos	Avaliação e Procedimentos coletivos		Total
	N	%	
2019-2020	1.799	4,6	39.436
2020-2021	185	0,5	39.439
2021-2022	1.310	5,5	24.002

Fonte: Dados de pesquisa

Foi possível observar nos dados nacionais, que o número de idosos que participaram das ações de Avaliação e Procedimentos coletivos variou de forma significativa ao longo dos anos, mostrando maior número de adeptos às ações nos anos de 2019-2020, com diminuição significativa em 2020-2021 e aumento em 2021-2022. De uma forma geral, em números relativos, os anos de 2021-2022 apresentou destaque frente aos demais anos avaliados, apresentando maior percentual de adesão dos idosos às ações de Avaliação e Procedimentos (Figura 2).

Figura 2. Percentual dos idosos adeptos às ações de Avaliação e Procedimentos coletivos (avaliação antropométrica, práticas em saúde) entre os anos de 2019 e 2022.



Fonte: Dados de pesquisa

A análise de todas as atividades com Temas para Saúde: Agravos negligenciados, Alimentação saudável, Autocuidado de pessoas com doenças

crônicas, Ações de combate ao *Aedes aegypti*, Cidadania e direitos humanos, Dependência química/ tabaco/ álcool/ outras drogas, Envelhecimento/ Climatério/ Andropausa/ etc, Plantas medicinais/ fitoterapia, Prevenção da violência e promoção da cultura da paz, Saúde ambiental, Saúde bucal, Saúde do trabalhador, Saúde mental, Saúde sexual e reprodutiva, Semana saúde na escola, e o tipo de atividade Avaliação e Procedimentos coletivos dos anos de 2019 a 2022 também foi realizada por município do MS (Tabela 3), a partir da necessidade da visualização.

Tabela 3. Análise de todas as atividades de saúde dos idosos nos anos de 2019 a 2022 em relação aos municípios avaliados.

Anos	Município	Todas as atividades de saúde/temas		Total
		N	%	
2019-2020	Nova Andradina	2	5,9	34
	São Gabriel do Oeste	1	4,3	23
	Três Lagoas	1	5,9	17
	Iguatemi	1	3,8	26
	Campo Grande	1	1,4	70
	Coronel Sapucaia	1	3,3	30
	Fátima do Sul	2	7,1	28
	Itaquiraí	2	10,0	20
	Bonito	4	8,3	48
	Dois Irmãos do Buriti	8	7,1	112
	Itaporã	2	1,9	103
	Angélica	8	2,6	304
	Dourados	9	6,2	146
	Terenos	2	3,1	64
	Corumbá	4	6,1	66
Paranhos	12	5,0	239	
Maracaju	1	3,3	30	
2020-2021	Aral Moreira	1	33,3	3
	Campo Grande	3	14,3	21
	Paranhos	8	3,8	208
2021-2022	Nova Andradina	2	2,9	70
	Mundo Novo	1	10,0	10
	Rochedo	5	6,3	79
	Dourados	4	4,5	88
	Terenos	1	3,2	31
	Campo Grande	2	4,5	44
	Sonora	2	5,1	39
	Paranhos	5	7,2	69
	Ponta Porã	18	8,0	224
Bela Vista	5	6,4	78	

Fonte: Dados de pesquisa

De acordo com os resultados da Tabela 3, nos anos de 2019 a 2020, os municípios que se destacaram com maior índice de participação de idosos em todas as atividades vinculadas à saúde foram Itaquiraí (10,0%), Bonito (8,3%) e Dois Irmãos do Butiri (7,1%). O município que apresentou menor índice de participação dos idosos nestas atividades foi Campo Grande (1,4%).

Entre os anos de 2020 e 2021, o município de Aral Moreira (33,3%) e de Campo Grande (14,3%) apresentaram destaque de adesão dos idosos a todas as práticas de saúde em detrimento do município de Paranhos (3,8%) que apresentou percentual baixo de adesão. Nos anos de 2021 a 2022, os municípios que apresentaram destaque, com maiores índices de adesão de idosos às práticas de saúde foram

Mundo Novo (10,0%), Ponta Porã (8,0%) e Paranhos (7,2%). O município com menor adesão foi o de Nova Andradina (2,9%).

A análise de todas as atividades e práticas de saúde entre os anos de 2019 a 2022 também foi realizada por tipo de atividade (Tabela 4).

Tabela 4. Análise de todas as atividades de saúde dos idosos nos anos de 2019 a 2022 em relação ao tipo de atividade (temas em saúde).

Anos	Tipo de atividade	N	%	Total
2019-2020	Saúde ambiental	1	4,5	22
	Saúde sexual e reprodutiva	4	4,7	85
	Alimentação saudável	6	10,2	59
	Autocuidado com doença crônica	33	9,3	354
	Saúde mental	10	9,6	104
	Saúde bucal	1	4,5	22
	Plantas medicinais/fitoterapia	1	14,3	7
	Envelhecimento/climatério/andropausa	3	13,6	22
	Dependência química	4	13,8	29
	Agravos negligenciados	7	13,7	51
2020-2021	Autocuidado com doença crônica	3	14,3	21
2021-2022	Alimentação saudável	17	7,7	221
	Autocuidado com doença crônica	7	9,7	72
	Saúde bucal	1	3,6	28

Fonte: Dados de pesquisa

De uma forma geral, a prática de atividades relacionadas à saúde foi mais intensa nos anos de 2019 a 2020 quando comparado aos outros anos. Entre 2019 e 2020, as práticas de saúde que mais se destacaram foram plantas medicinais/fitoterapia (14,3%), seguido de dependência química (13,8%), agravos negligenciados (13,7%) e envelhecimento/climatério/andropausa (13,6%). A prática com menor percentual foi a de saúde ambiental e saúde bucal com 4,5% em cada caso.

No ano de 2020 a 2021 somente uma atividade foi descrita: a de autocuidado de pessoas com doenças crônicas, percentual de 14,3%. Nos anos de 2021 e 2022, a mesma prática de autocuidado com pessoas com doença crônica foi a que apresentou maior destaque (9,7%) frente às demais, sendo a de saúde bucal a que apresentou menor percentual (3,6%).

Como nas Atividades Coletivas da APS, entre outras práticas em saúde, os dados antropométricos da população em geral podem contribuir para futuras intervenções, em especial do público idoso, estes atingidos por inúmeras fragilidades em decorrência do envelhecimento (CARRIJO *et al.*, 2021). Quando muito alteradas, este processo tem influência nas condições de saúde e no bem-estar dos idosos, constituindo um grande desafio atualmente na saúde pública.

Alguns indicadores como o Índice de Massa Corporal (IMC) são frequentemente utilizados em estudos por serem de baixo custo e não invasivos, se tornando uma estratégia efetiva para os profissionais de saúde. Desta forma, alterações nutricionais de baixo peso e obesidade também estão presentes por um número significativo nessa faixa etária.

Com isso Sass e Marcon (2015) ao comparar o IMC, a dobra cutânea tricipital (DCT), o perímetro do braço (PB), a circunferência muscular do braço (CMB) e a área muscular do braço em idosos (AMB), em uma amostra de 429 idosos residentes na área urbana de Sarandi/PR encontraram alta prevalência de sobrepeso e obesidade, o que pode indicar ações efetivas para o estímulo de hábitos saudáveis.

Diante dos desafios relacionados ao sobrepeso e à obesidade de pessoas idosas, a APS tem um papel fundamental na estruturação de novas estratégias de promoção da saúde e prevenção desses agravos e outras comorbidades. O favorecimento ao acesso de práticas corporais e atividades físicas nestes espaços primários, podem contribuir para a conscientização de novos hábitos da população, numa perspectiva ampliada e multidisciplinar.

Ampliar as intervenções educativas em grupo sobre o autocuidado foi ressaltado no estudo de Marques *et al.* (2019), principalmente com o público idoso com diabetes. As atividades proporcionam aprendizagem coletiva, na qual a realização deve ser contínua na APS.

CONCLUSÃO

Este estudo determinou e caracterizou as atividades coletivas da APS no Estado do MS e o público alvo foram os idosos de ambos os sexos, registrados e participantes das atividades por meio do SISAB. Em relação aos tipos de atividades realizadas, a Avaliação e Procedimentos Coletivos foram as ações de promoção da

saúde que mais geraram relatórios com êxito para a análise, e foi o foco desta investigação.

Faz-se relevante novas investigações que relacionem o monitoramento e a avaliação de ações da APS e as atividades coletivas com o público idoso. O acesso, a divulgação dos serviços, o acompanhamento, as novas ferramentas em saúde, tecnologias e incentivos financeiros nas coberturas na atenção, sobretudo de pessoas mais vulneráveis, devem partir de um sistema efetivo, com equipes de saúde qualificadas e motivadas, visto a importância para a adesão de novos hábitos, que impactem na qualidade de vida e nos gastos destinados à política pública em saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

Aguiar, Jordana; KANAN, Lilia Aparecida; Masiero, Anelise Viapiana. Práticas Integrativas e Complementares na atenção básica em saúde: um estudo bibliométrico da produção brasileira. *Saúde Debate*. Rio De Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1205-1218, out-dez 2019.

Carrijo, L. S. P. *et al.* Avaliação antropométrica e registro alimentar de um grupo de idosos integrantes de um programa de saúde em Mineiros-GO. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. Ano 06, Ed. 06, Vol. 04, pp. 162-179. Junho de 2021. ISSN: 2448-0959. Disponível em: www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/programa-de-saude, DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/programa-de-saude.

Carvalho, Fabio Fortunato Brasil de; Nogueira, Júlia Aparecida Devidé. Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva da Promoção da Saúde na Atenção Básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(6):1829-1838, 2016.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016. Recuperado em 31 de outubro de 2017, disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2023.

Malta, Deborah Carvalho *et al.* O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):1799-1809, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.04782018.

Marques, M. B. *et al.* Educational intervention to promote self-care in older adults with diabetes mellitus. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03517. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018026703517>.

Mercenas, Sara Larissa Guimarães *et al.* Caracterização das internações hospitalares de idosos no sus em Sergipe: estudo epidemiológico descritivo do ano de 2018. *Interfaces Científicas*. Aracaju, v.8, n.2, p. 9 – 22, 2020. DOI: 10.17564/2316-3798.2020v8n2.

Ministério da Saúde. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html.

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.

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.

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

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 40 p.

Sass, Arethusa; Marcon, Sonia Silva. Comparação de medidas antropométricas de idosos residentes em área urbana no sul do Brasil, segundo sexo e faixa etária. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2015; 18(2):361-372. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.13048>.

Schenker, Miriam; Costa, Daniella Harth da. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(4):1369-1380, 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018244.01222019.

Secretaria de Estado de Saúde. Mato Grosso do Sul. Relatório Detalhado do 2º Quadrimestre de 2022. Disponível em: <https://www.saude.ms.gov.br/wpcontent/uploads/2022/09/Relatorio-Detalhado-do-2o-Quadrimestre-2022.pdf>

Silveira, Filipe José da *et al.* Internações e custos hospitalares por quedas em idosos brasileiros. *Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 30, p. 1-10, jan.- dez. 2020, e-3575.

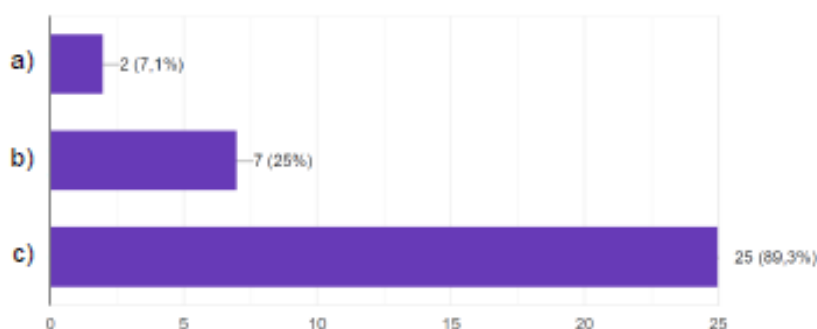
5.4 Boletim Informativo: Monitoramento das ações do PAS de 2020 e 2022

Com o objetivo de monitorar e articular estratégias voltadas para a promoção e o desenvolvimento de atividades destinadas a população de Mato Grosso do Sul, a Secretaria de Estado de Saúde, por meio da Gerência Estadual de Alimentação e Nutrição realizou um levantamento sobre as atividades do PAS que são oferecidas nos municípios por meio dos polos, e se estes aderiram ao programa até o ano de 2022.

Entretanto, em decorrência da Pandemia da COVID-19, a aplicação dos questionários (Google Forms) e autorização da pesquisa ocorreu de forma virtual e as principais considerações e respostas dos gestores dos polos estão consolidadas neste informativo, que forneceu dados relevantes para a implantação e implementação de novas ações em saúde pública no Estado nestes últimos anos, mais especificamente no início de 2020 até 2022, frente aos principais desafios relacionados ao pós pandemia, o aumento das DCNT e o envelhecimento populacional.

Em 2020 o questionário contou com a participação de 28 respondentes, que são os gestores responsáveis pelos polos nos municípios, com perguntas referentes as modalidades oferecidas, ao público, as diferentes práticas oferecidas, dentre outras ações relevantes no contexto da alimentação saudável e da promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos.

Sendo assim, dentre as perguntas, destacou-se sobre a situação atual do polo, e os gestores responderam:

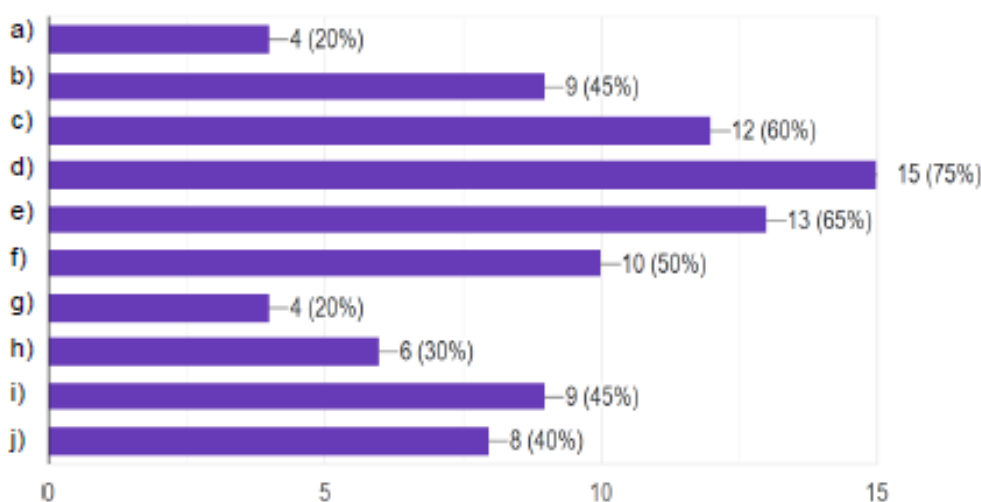
Gráfico 1: Situação do Polo.

Fonte: Dados de pesquisa SES.

Legenda: a) Polos Habilitados com construção não iniciada; b) Polos com obras iniciadas e não concluídas; c) Polo em funcionamento.

De acordo com o gráfico 1 acima, 89,3% estão com polos em funcionamento, 25% dos gestores disseram que estão com polo e obras iniciadas e não concluídas e 7,1% dos gestores responderam que o polo está habilitado com construção não iniciada.

Sobre as atividades relacionadas à Promoção da Alimentação saudável, os gestores tiveram mais de uma opção para responder, conforme mostra o gráfico 2 abaixo:

Gráfico 2: Promoção da Alimentação Saudável.

Fonte: Dados de Pesquisa SES.

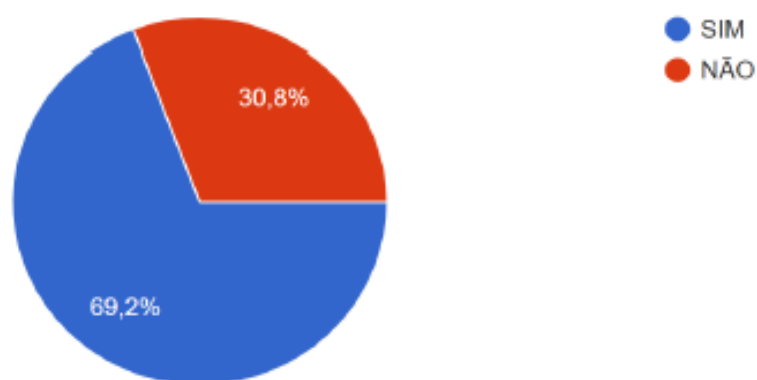
Legenda: a) Informações sobre horta comunitária; b) Informações sobre o aproveitamento integral dos alimentos; c) Orientações sobre o consumo de alimentos in natura ou minimamente processados; d) Informações sobre a utilização de óleos, gorduras, sal e açúcar na preparação culinária; e) Informações sobre a limitação do consumo de alimentos processados e evitar ultraprocessados; f) Orientação sobre a regularidade e atenção nas refeições, ambientes apropriados; g) Informações sobre compras em locais que ofertem variedades de alimentos in natura ou minimamente processados; h) Informações

sobre como desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias; i) Informações sobre consumo de alimento orgânico; j) Informações sobre rotulagem nutricional.

As atividades que tiveram mais destaques no gráfico 2 foram, 75% dos respondentes disseram que desenvolvem nos polos ações com informações sobre a utilização de óleos, gorduras, sal e açúcar na preparação culinária, 65% responderam desenvolver também ações com informações sobre a limitação do consumo de alimentos processados e evitar ultraprocessados e 60% responderam que desenvolvem ações com orientações sobre o consumo de alimentos in natura ou minimamente processados, dentre o público mais frequente nestas atividades estão os adultos e os idosos, que foram os mais citados no questionário.

Sobre a utilização do Guia Alimentar para a população brasileira, do Ministério da Saúde de 2014, como referência para as atividades:

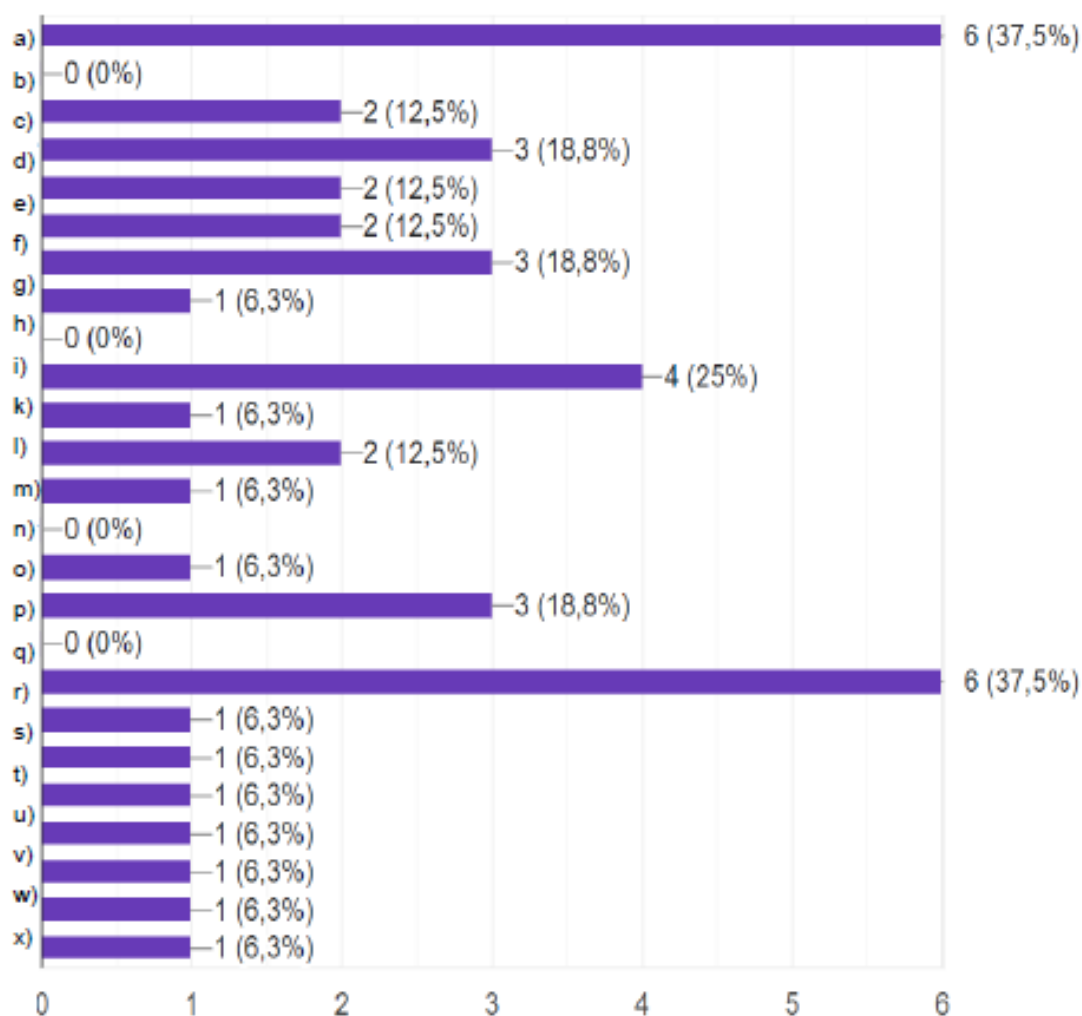
Gráfico 3: Utilização do Guia Alimentar.



Fonte: Dados de Pesquisa SES.

69,2% respondentes disseram utilizar o Guia Alimentar e 30,8% não utilizam. Sobre as Práticas Integrativas e Complementares (PICS), os gestores responderam com mais de uma opção as atividades que são realizadas no polo, conforme mostra o gráfico 4 abaixo:

Gráfico 4: Práticas Integrativas e Complementares no polo.



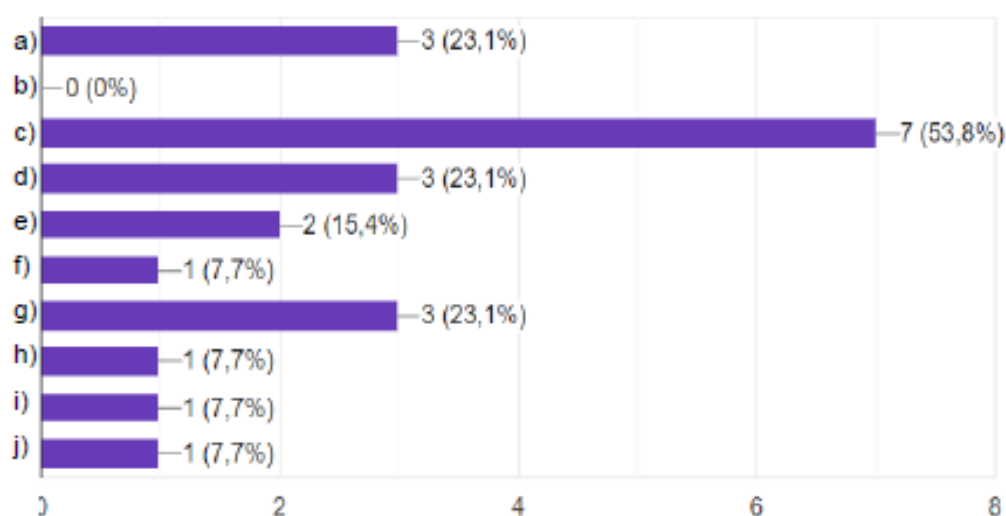
Fonte: Dados de Pesquisa SES.

Legenda: a) Arteterapia; b) Ayurveda; c) Biodança; d) Dança circular; e) Homeopatia; f) Medicina tradicional chinesa; g) Meditação; h) Musicoterapia; i) Naturopatia; j) Plantas medicinais, k) Reiki; l) Yoga; m) Aromaterapia; n) Constelação familiar; o) Imposição das mãos; p) Fitoterapia; q) Terapia dos florais; r) Terapia comunitária integrativa; s) Pilates; t) Musculação; u) Osteopatia; v) Auriculoterapia; w) Alongamentos; x) Ventoasterapia;

As PICS que tiveram destaque foram a Arteterapia com 37,5% das respostas, a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) com 37,5%, as Plantas Medicinais com 25% das respostas, a Meditação e a Dança Circular tiveram 18,8%, com a participação do público adulto e idoso, os mais citados pelos respondentes.

Sobre as Práticas Artísticas e Culturais, os gestores responderam conforme mostra o gráfico 5:

Gráfico 5: Práticas Artísticas e Culturais.



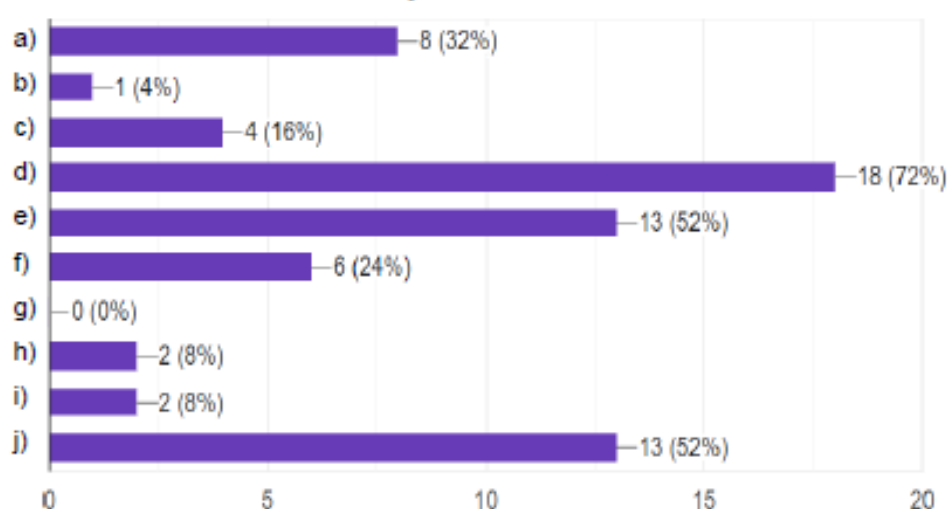
Fonte: Dados de Pesquisa.

Legenda: a) Pintura; b) Argila; c) Artesanato; d) Bordado; e) Fotografia; f) Exposições; g) Corte e costura; h) Capoeira; i) Cinema; j) N.D.A.

Dos respondentes, 53,8% disseram realizar o Artesanato em suas ações no polo, Pintura, Bordado, Corte e Costura foram 23,1% e 15,4% disseram que realizam Fotografia como ações do polo. O público que mais frequenta essas atividades são os adultos e idosos.

Foi perguntado sobre as Práticas de Educação em Saúde, e os gestores responderam:

Gráfico 6: Práticas de Educação em Saúde.



Fonte: Dados de Pesquisa.

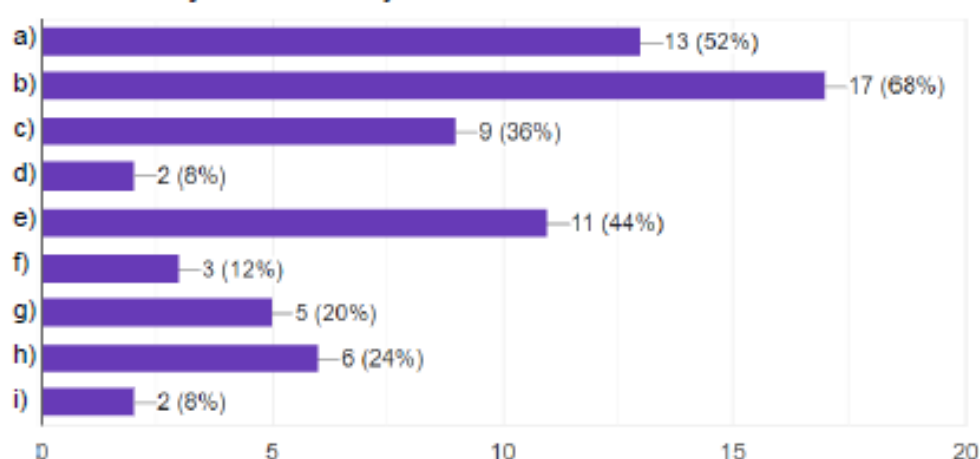
Legenda: a) Educação popular em saúde (curso, capacitação...); b) Educação popular em saúde – práticas populares de cuidado (rezadeiras e benzedeiros); c) Educação popular em saúde – oficinas

intersetoriais, multiculturais; d) Educação popular em saúde - grupos temáticos (mulheres, homens, idosos, hipertensos...); e) Enfrentamento ao uso de tabaco e de seus derivados; f) Enfrentamento ao uso abusivo de álcool e drogas; g) Prevenção de acidentes de trânsito e promoção da mobilidade segura; h) Prevenção de Violências e promoção da cultura da paz e dos direitos humanos; i) Promoção do desenvolvimento sustentável; j) Educação Alimentar e Nutricional (EAN).

Com 72% teve destaque as ações relacionadas a Educação em Saúde com temas sobre Educação Popular com temáticas para mulheres, homens, idosos e hipertensos, com 52% as ações com Enfrentamento ao uso de tabaco e derivados, e 52% também responderam que desenvolvem ações com temas relacionados a Educação Alimentar e Nutricional, sendo o grupo de adultos e idosos mais frequentes nestas atividades citadas e o público dominantes são as mulheres.

Considerando as ações relacionadas ao Planejamento e Gestão, os respondentes assinalaram mais de uma opção, conforme o gráfico 7 abaixo:

Gráfico 7: Ações de Planejamento e Gestão.



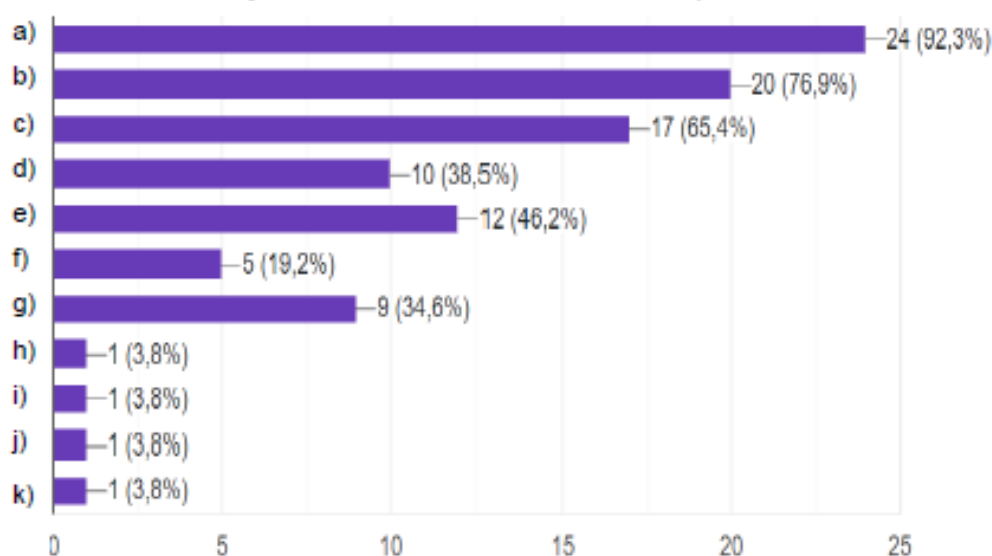
Fonte: Dados de Pesquisa SES.

Legenda: a) Reuniões internas com os profissionais que atuam no polo; b) Reuniões com as equipes de Atenção Primária da UBS de referência do polo; c) O planejamento ocorre durante o planejamento da SMS; d) O planejamento ocorre durante planejamento do Distrito Sanitário onde está localizado; e) O planejamento ocorre em reuniões com todos os profissionais responsáveis pelo Programa Academia da Saúde; f) O planejamento já vem pré-elaborado pela Secretaria da Saúde ou Diretoria/Coordenação responsável pelo Programa Academia da Saúde; g) O planejamento ocorre no grupo de apoio à gestão do polo; h) O planejamento ocorre com a comunidade; i) Realiza o planejamento sozinho;

Dos respondentes, destacou-se 68% disseram que realizam reuniões com as equipes de APS das Unidades de Saúde, 52% realizam reuniões internas com os profissionais que atuam no polo e 44% disseram que realizam planejamento com

todos os profissionais que atuam no PAS. Foi perguntando se o polo oferece serviços ou atividades relacionados à:

Gráfico 8: Serviços e atividades oferecidos nos polos.



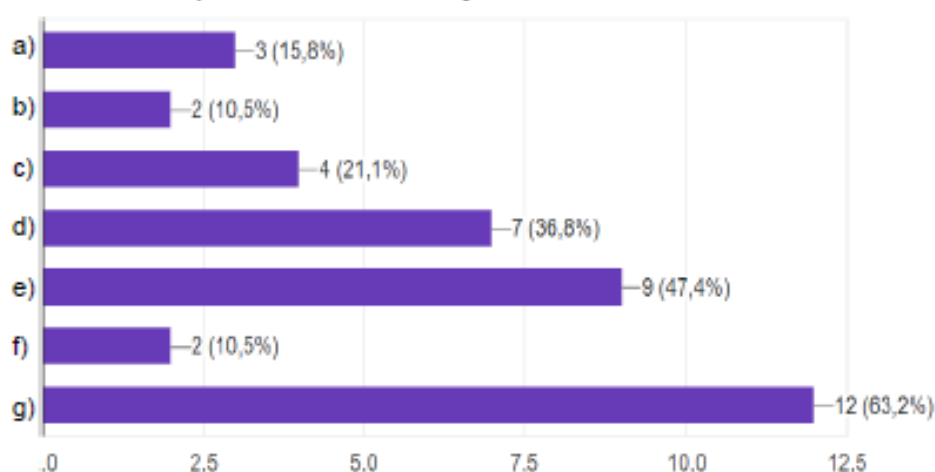
Fonte: Dados de Pesquisa SES.

Legenda: a) Atendimento em grupo; b) Avaliação física; c) Orientação Nutricional; d) Terapias de recuperação de movimentos; e) Psicologia; f) Campanha de vacinação; g) Atividades para gestantes; h) Treino funcional; i) Fisioterapia e atividades corporais; j) Hiperdia e atividades ao ar livre; k) Atividades para dores crônicas.

Dos respondentes, que puderam marcar mais de uma opção, os destaques foram 92,3% realizam Atendimentos em grupos, 76,9% disseram que oferecem Avaliação física e 65,4% realizam Orientação nutricional.

Uma questão importante indagada no formulário, foi sobre a inclusão das minorias, e pessoas em situações de vulnerabilidade nas atividades dos polos, e eles responderam conforme mostra o gráfico 9 abaixo:

Gráfico 9: Grupo Minorias e situações de vulnerabilidade.



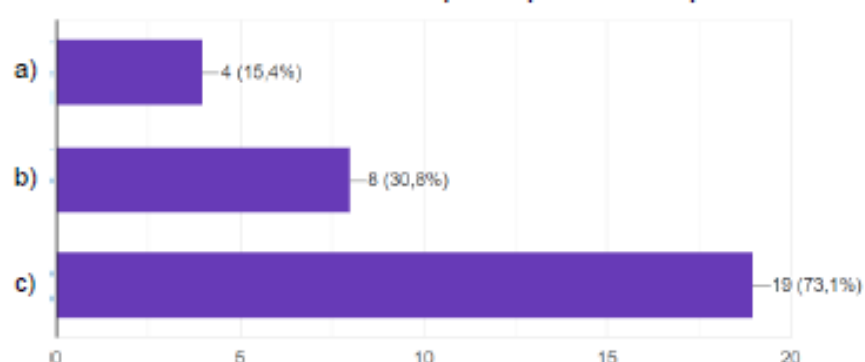
Fonte: Dados de Pesquisa SES.

Legenda: a) Indígenas; b) Jovens em conflito com a lei; c) Crianças em situação de violência; d) Mulheres em situação de violência; e) Pessoas com deficiência; f) Pessoas em situação de rua; g) Negros.

63,2% disseram que realizam ações e atividades com pessoas negras, 47,4% disseram com pessoas deficientes, 36,8% com mulheres em situações de violência e 21,1% responderam que realizam ações e atividades com crianças em situação de violência.

Sobre o encaminhamento das pessoas que tem interesse de participar das atividades nos polos, eles responderam:

Gráfico 10: Encaminhamento dos participantes aos polos.



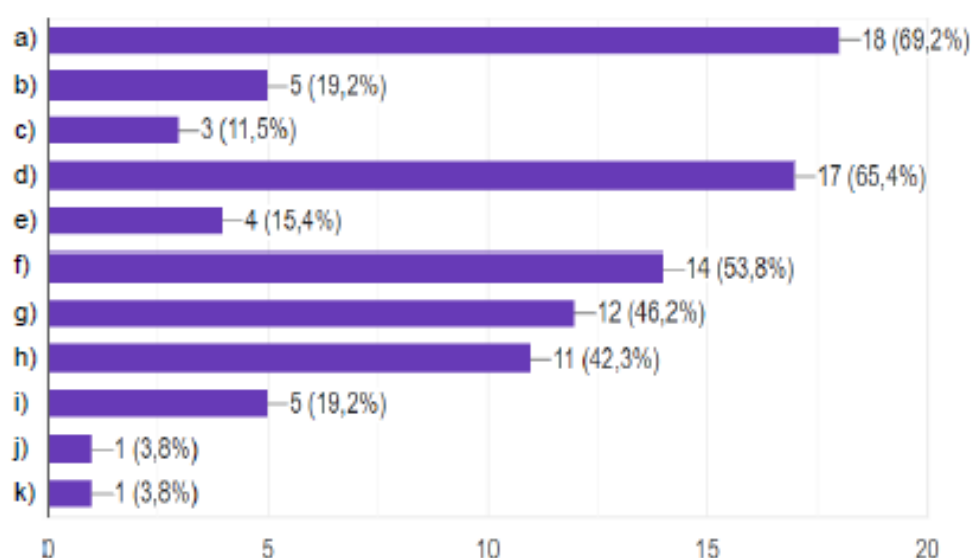
Fonte: Dados de Pesquisa SES.

Legenda: a) Somente encaminhado pela ESF ou profissional da equipe da APS; b) Somente encaminhado pela ESF ou profissional da Atenção Primária tradicional ou profissionais de outros pontos de atenção na Rede de Saúde (CAPS, Hospitais, Centro de Saúde Especializado); c) Acesso livre por interesse do usuário.

Dos respondentes, puderam optar por mais de uma alternativa, 73,1% disseram que o acesso é por demanda livre, 30,8% disseram encaminhamento pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e profissionais da APS ou outros pontos da rede, os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) e hospitais, e 15,4% disseram que os participantes são encaminhados somente pela ESF.

Foi perguntando sobre os profissionais que atuam nos polos, cadastrados ou não no Cadastro de Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES):

Gráfico 11: Profissionais atuantes.

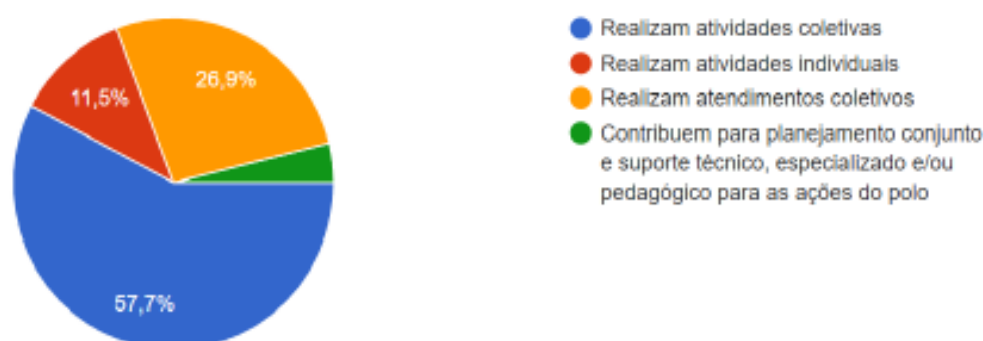


Fonte: Dados de Pesquisa SES.

Legenda: a) Profissional de Educação física; b) Assistente Social; c) Terapeuta ocupacional; d) Fisioterapeuta geral; e) Fonoaudiólogo; f) Nutricionista; g) Psicólogo; h) Profissionais da ESF; i) Profissionais de outra secretaria; j) Enfermeira; k) Instrutora de saúde.

Dentre as opções que se destacaram, 69,2% atuam com os Profissionais de Educação Física nos polos, 65,4% com os Fisioterapeutas, e 53,8% com Nutricionistas. Responderam também como contribuem:

Gráfico 12: Contribuição do Profissional.

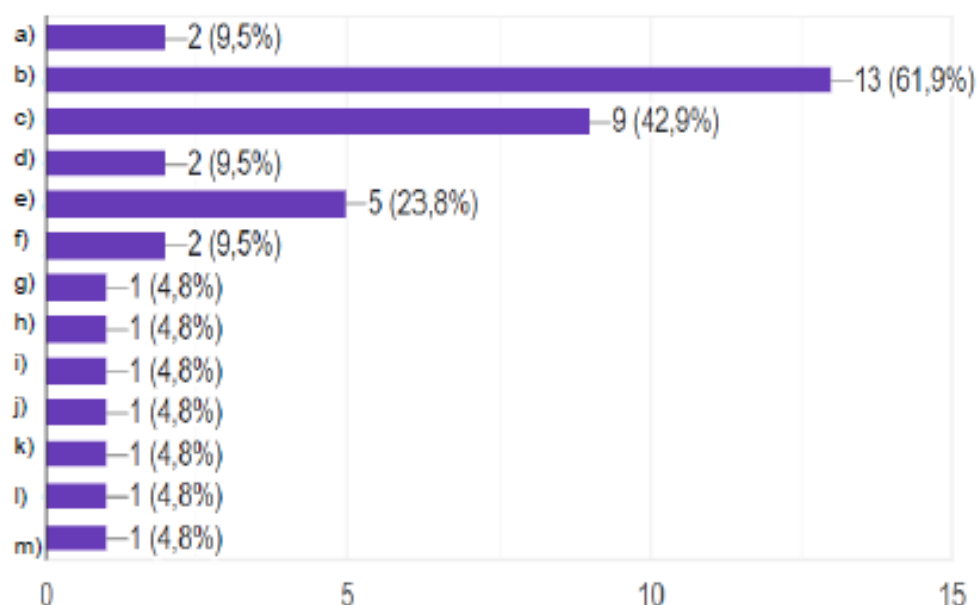


Fonte: Dados de Pesquisa SES.

57,7% realizam atividades coletivas, 26,9% realizam atividades individuais, 11,5% realizam atendimentos coletivos, e 3,8% contribuem para o planejamento conjunto e suporte técnico para as ações do polo.

Em relação aos principais parceiros dos polos, responderam:

Gráfico 13: Parceiros do polo.



Fonte: Dados de Pesquisa SES.

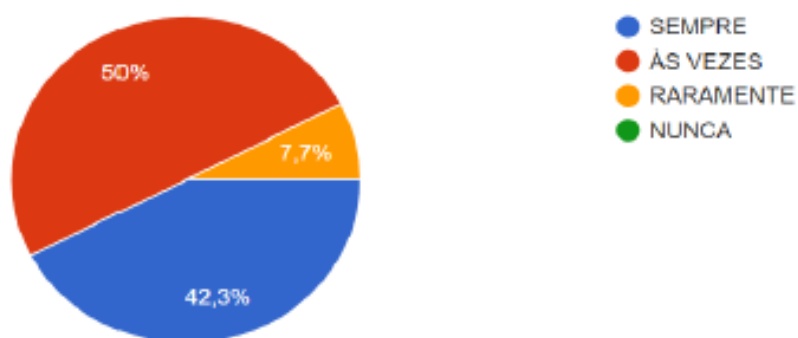
Legenda: a) Secretaria de Direitos Humanos; b) Secretaria de Educação; c) Secretaria de Esporte; d) Secretaria de Meio Ambiente; e) Secretaria de Planejamento; f) Assistência Social; g) Secretaria de Obras; h) Secretaria de Assistência Social; i) Secretaria de Saúde; j) Secretaria de Assistência social; k) Secretaria de assistência social; l) Secretaria de saúde; m) Secretaria social.

Dos parceiros, os respondentes puderam optar por mais de uma alternativa, ainda que ocorreu erro na formulação da pergunta com repetidas descrições dos

possíveis parceiros, 61,9% disseram Secretaria de Educação, 42,9% disseram Secretaria de Esportes, e 23,8% disseram Secretaria de Planejamento do Estado.

Em relação se a Gestão Municipal consegue atender as demandas dos polos para a implementação e fortalecimento das ações:

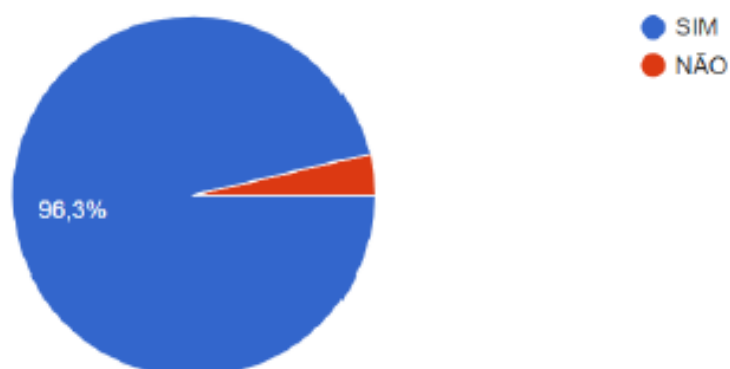
Gráfico 14: Gestão Municipal.



Fonte: Dados de Pesquisa SES.

50% disseram que às vezes atendem as demandas, 42,3% disseram que sempre atendem as demandas, e 7,7% disseram que raramente atendem as demandas. E sobre a Gestão Estadual, se é satisfatória a contribuição do Estado, disseram:

Gráfico 15: Gestão Estadual.

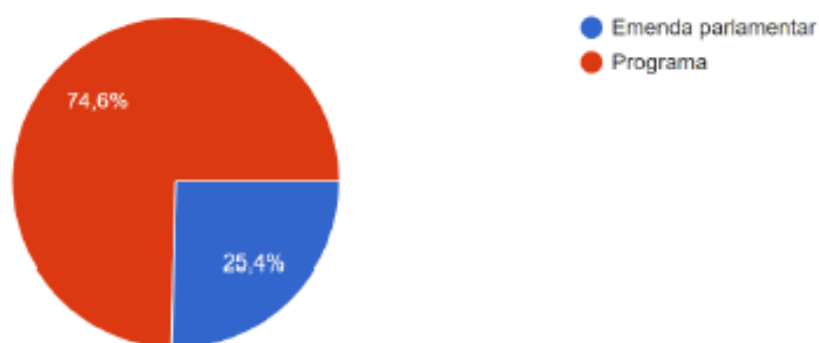


Fonte: Dados de Pesquisa SES.

Em relação a contribuição do Estado, 96,3% disseram que se sentem satisfeitos e 3,7% disseram que não estão satisfeitos.

Em 2022, participaram da pesquisa 63 gestores responsáveis pelo polo em cada município e foi perguntado por meio do questionário de que forma foram realizadas as adesões ao PAS, conforme mostra o gráfico 1 abaixo:

Gráfico 1: Adesão ao PAS.

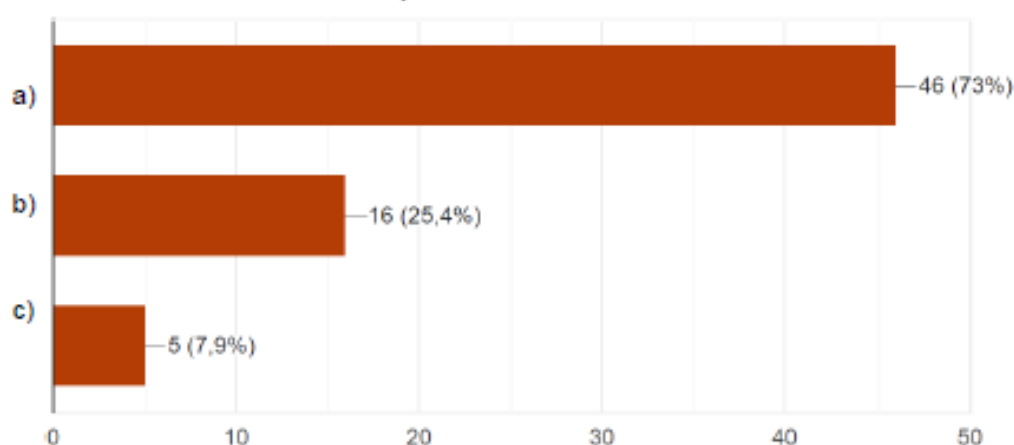


Fonte: Dados da pesquisa SES.

Por meio de Emenda parlamentar ou apenas pelo Programa, 74,6% dos gestores disseram que aderiram ao PAS por Emenda parlamentar, e 25,4% por Programa. Destacou-se também neste levantamento a quantidade de polos que os municípios possuem, e a cidade de Dourados respondeu que possui 11 polos em funcionamento.

Sobre a modalidade que o polo oferece, os municípios responderam:

Gráfico 2: Modalidade do polo.



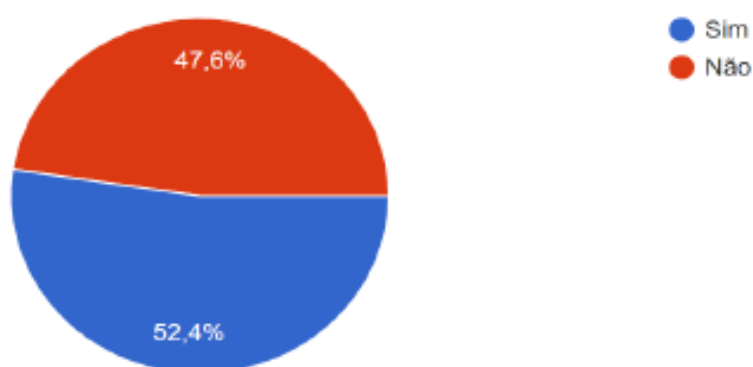
Fonte: Dados de pesquisa SES.

Legenda: a) Modalidade Básica; b) Modalidade Intermediária; c) Modalidade Avançada.

Dos respondentes, 73% disseram que os polos são de modalidade básica, 25,4% de modalidade intermediária e 7,9% de modalidade avançada. Em relação aos polos com coordenadores, dos 63 polos que participaram da pesquisa, 41,3% possuem coordenadores com 40 horas, 25,4% destes responderam que possuem coordenadores com 20 horas registrados no CNES, e a maioria são Profissionais de Educação Física.

Foi questionado se existem outros profissionais cedidos ou de outras equipes da APS, segue as respostas conforme o gráfico 3 abaixo:

Gráfico 3: Profissionais atuantes de outras áreas da APS.



Fonte: Dados de pesquisa SES.

Dos respondentes, 52,4% disseram que possuem outros profissionais, e com os relatos a maioria disse que são Nutricionistas, Fisioterapeutas e Profissionais de Educação Física, e 47,6% não possuem outros profissionais. Assim, sobre a

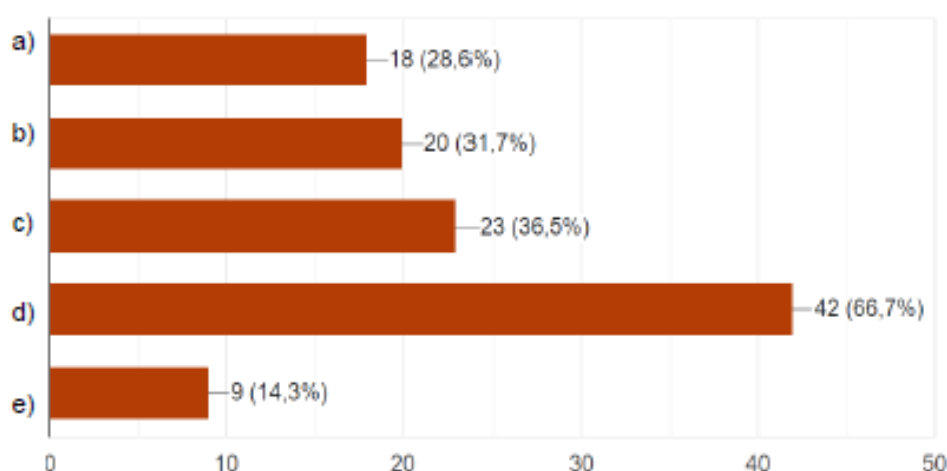
divulgação das atividades no polo, o levantamento aponta a publicação em redes sociais do programa no município e a utilização de anúncios em rádios locais.

Foi perguntado sobre os equipamentos que compõe os espaços de atividades do polo, as respostas variaram entre os equipamentos já existentes nas academias ao ar livre, equipamentos de pilates no solo, e materiais esportivos.

Dentre os 8 eixos temáticos do PAS, foram citados as Práticas Corporais e Atividades Físicas com 46% das respostas, e 7,6% responderam Educação em Saúde.

Sobre o público, segue o gráfico 4 abaixo:

Gráfico 4: Público com maior vulnerabilidade nas atividades.



Fonte: Dados de pesquisa SES.

Legenda: a) Crianças; b) Adolescentes; c) Adultos; d) Idosos; e) Gestantes.

Os idosos foram citados por 66,7% dos respondentes e 36,5% a população adulta. Os adolescentes são o grupo com 31,7% das respostas e 28,6% as crianças, as gestantes foram 14,3% das respostas dos gestores, lembrando que poderiam responder mais de uma alternativa.

Foi perguntado sobre as atividades que realizam nos polos, a maioria respondeu atividades físicas, danças, pilates, atividades aquáticas, academia ao ar livre utilizando-se dos equipamentos disponíveis pelo polo, também o yoga, a zumba, a meditação, a aromaterapia, a ginástica, o treinamento funcional, a caminhada, as palestras educativas e o planejamento com a equipe.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE

As políticas de promoção de saúde são necessárias e emergem hoje para transformar e organizar uma sociedade vulnerável em uma com mais igualdade. Analisar as potencialidades e desafios de um programa de saúde permite refletir sobre a construção e o quadro atual de prioridades dessas políticas, não obstante entender os processos que garantem o acesso da população aos serviços de saúde, e se esses demonstram efetividade, equidade e qualidade.

Um dos principais desafios do PAS é a continuidade de suas ações, também a adesão e a implantação dos polos nos municípios, frente a rotatividade política e gestora que as envolvem neste processo. Diante dessa problemática, o gestor tem o papel importante de gerenciar todas as demandas que envolvem o programa, desde a ideia, os estudos para a construção do projeto, a implantação até sua obra concluída, e garantir à comunidade local a segurança e a proteção de todos os seus direitos.

Desta forma, o monitoramento captado para análise na esfera federal e estadual se faz fundamental anualmente para identificar o avanço dessas atividades nos polos já existentes. Contudo, o investimento em redes de acesso e sistemas de informação para coleta de dados fidedignos e em tempo hábil contribui efetivamente para tomadas de decisões, no que tange a efetividade do programa, o acompanhamento dos indicadores e condicionantes em saúde, e a melhora da qualidade de vida da população.

Concomitante a isso, as potencialidades do PAS se abarcam no planejamento da gestão em relação as ações, o comprometimento dos profissionais que atuam e realizam suas atividades nos polos, a adesão do grupo de adultos e idosos, na maioria das vezes do sexo feminino, e de fato a transformação social que gera e impacta a sociedade em seus diferentes contextos.

Foi verificado pelo SISVAN nos últimos 5 anos a prevalência de sobrepeso e obesidade em idosas de Mato Grosso do Sul e também nos achados, encontrou-se idosos do sexo masculino em baixo peso, o que mostra uma preocupação em relação as políticas de alimentação saudável e promoção da saúde, na tentativa de frear as complicações e o aumento dessas comorbidades.

Das limitações para construção e finalização da tese, o período da pandemia COVID-19 foi desafiador, visto a necessidade de novas possibilidades para sua

execução, o que permitiu analisar as bases de dados do SUS que realizam este serviço de monitoramento e implementação de ações na área da saúde, ainda que se faça importante as atividades e novos estudos para suprir as diversas lacunas nas políticas voltadas à saúde.

7 CRONOGRAMA

Sugeriu-se o seguinte cronograma para execução do estudo:

Ações	2022											2023										
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	M	A	M	J	J	A	S	O	N			
Autorização Institucional (Secretaria de Estado da Saúde)	X																					
Envio ao Colegiado do Programa	X																					
Envio ao CEP	X																					
Coleta de dados			X	X																		
Análise dos dados							X	X	X													
Finalização da tese e elaboração de artigos								X														
Exame de qualificação									X													
Ajustes na tese										X												
Redação final										X												
Defesa												X										

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA TESE

ARMSTRONG, Anderson da Costa, *et al.* Excesso de Mortalidade Hospitalar por Doenças Cardiovasculares no Brasil Durante o Primeiro Ano da Pandemia de COVID-19. **Arq Bras Cardiol.**, v. 119, n. 1, p. 37-45, 2022. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20210468>

BOCCOLINI, Cristiano Siqueira. **Morbimortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação atual e futura.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2016.

BOLPATO, Basso M.; NETO, Benício da Costa, S.; SOUSA, Félix I. Qualidade de vida e bem-estar subjetivo de idosos no programa de academia de saúde. **Saúde Coletiva** (Barueri), v.11, n. 62, p. 5212–5223, 2021. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i62p5212-5223>

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. **Decreto nº 1.948 de 3 de julho de 1996.** Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências, 1996. Disponível em: <https://dou.vlex.com.br/vid/regulamenta-politica-nacional-idoso-34314658>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde.** As Cartas da Promoção da Saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. 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.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.911, de 8 de dezembro de 2011.** Habilita Municípios a receberem recursos referentes ao Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para Equipes de Saúde da Família e o Incentivo para construção dos Polos da Academia da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2911_08_12_2011.html

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 424, de 19 de março de 2013**. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, 2013b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.681/GM/MS de 7 de novembro de 2013**. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2013c. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html#:~:text=Redefine%20o%20Programa%20Academia%20da,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SUS\).](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html#:~:text=Redefine%20o%20Programa%20Academia%20da,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS).)

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.707/GM/MS de 23 de setembro de 2016**. Redefine as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para construção de polos; unifica o repasse do incentivo financeiro de custeio por meio do Piso Variável da Atenção Básica (PAB Variável); e redefine os critérios de similaridade entre Programas em desenvolvimento no Distrito Federal e nos Municípios e o Programa Academia da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt1707_23_09_2016.html

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

_____. Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, 2017b. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_5_28_SETEMBRO_2017.pdf

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**. Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. **Manual de Monitoramento do Programa Academia da Saúde**. Orientações para o preenchimento do formulário online de monitoramento do Programa Academia da Saúde Ciclo 2018. Brasília, Ministério da Saúde, 2018b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico, estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Programa Academia da Saúde: caderno técnico de apoio e implantação e implementação/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Cartilha para apresentação de propostas ao Ministério da Saúde – 2020/** Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva – Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. 158 p.

BRITO, Annie Mehes Maldonado *et al.* Representações sociais do cuidado e da velhice no Brasil e Itália. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, 2018, v. 34, p. 3455. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e3455>

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100014>

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde da família. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, v. 2, n. 6, p. 50-63, dez. 2002.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

BUSS, Paulo Marchiori; CARVALHO, Antônio Ivo de. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 6, p. 2305-2316, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/D65mRPV5fD5yGcMswW4dszQ/?format=pdf&lang=pt>

CAJUEIRO, Roberta Liana Pimentel. **Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos: guia prático do estudante.** 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

CESENA, Fernando. A Pandemia de COVID-19 e a Doença Cardiovascular no Brasil: Aprendendo com os Dados. **Arq Bras Cardiol.**; v. 119, n. 1, p. 46-47, 2022. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20220371>

CHAIM, Janice *et al.* Cuidar em saúde: satisfação com imagem corporal e autoestima de idosos. **O Mundo da Saúde**, v. 33, n. 2, p. 175-181, São Paulo, 2009.

COELHO, Maria Selo *et al.* Representações sociais do pé diabético para pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 1, p. 65-71, São Paulo, 2009.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE/CNDSS. **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil/** Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. 220 p. Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/as-causas-sociais-das-iniquidades-em-sa%C3%BAde-no-brasil.pdf>

COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE/CDSS. **Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais.** Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal: Organização Mundial de Saúde; 2010. Disponível em: https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/11/Relat%C3%B3rio_Final_OMS_Redu%C3%A7%C3%A3o-das-Desigualdades-no-per%C3%ADodo.pdf

COSTA, Mayara Leal Almeida. Qualidade de vida: atividade física no envelhecimento. **Fisioterapia Brasil**, v. 19, n. 5, p. 97-105, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.33233/fb.v19i5.2610>

COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 4, p. 189 – 201, 2003.

DANIEL, Fernanda *et al.* Qualidade de vida relacionada com a saúde de pessoas idosas numa perspectiva de género. **Portuguese Journal of Public Health**, v. 36, n. 2, p. 59-65, 2018. <https://doi.org/10.1159/000490929>

DELOROSO, Frederico Tadeu. **Avaliação da aptidão física em diabéticos submetidos a programa de atividade física:** repercussões sobre domínios e facetas da qualidade de vida. Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), 2004.

DIAS, Maria Socorro de Araújo *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 103-114, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018231.24682015

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES: 2013-2014. **Sociedade Brasileira de Diabetes**; [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2014. <http://www.nutritotal.com.br/diretrizes/files/342--diretrizessbd.pdf>

DINI, G. M.; QUARESMA, M. R.; FERREIRA, L. M. Adaptação Cultural e Validação da Versão Brasileira da Escala de Autoestima de Rosenberg. **Rev. Soc. Bras. Cir. Plástica**. São Paulo, v. 9, n. 1, p. 41-52 jan/abril 2004.

DOINE, M. Q. **Diabetes Mellitus em Complicações em Idosos Residentes em Município de Médio Porte no Estado de São Paulo.** Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina, Botucatu, 2008.

DUARTE, G. M.; REZENDE, F. A. C.; SILVA NETO, L. S.; NUNES, D. P. Autocuidado para o controle das doenças crônicas em idosos: relato de experiência com enfoque no consumo de medicamentos. **Revista Capim Dourado: Diálogos em Extensão**, v. 2, n. 3, p. 81-89, 1 set. 2019.

FERREIRA, Marielle Cristina Gonçalves *et al.* Programa Academia Carioca da Saúde: cotidiano, lazer e saúde de idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v. 23, n. 6, e200084, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562020023.200084>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Agência de Notícias**. Disponível em <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saúde 2019. **Percepção do estado de saúde, estilo de vida, doenças crônicas e saúde bucal**. Brasil e grande Regiões. Coordenação de Trabalho e Rendimentos. Rio de Janeiro, RJ – Brasil, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA/IBGE. **Cidades e Estados**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ms/>

MALAFAIA, Felipe Lopes; BUGLIA, Susimeire. Prescrição de atividade física em idosos: nunca é tarde demais para combatermos o sedentarismo. **Revista DERC**. v. 25, n. 1, p. 14-18, 2019.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. **Relatório Detalhado do 2º Quadrimestre de 2022**. Disponível em: <https://www.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2022/09/Relatorio-Detalhado-do-2o-Quadrimestre-2022.pdf>

MATSUDO, S. M. *et al.* Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**. v. 8, n. 4, set, 2000. DOI: <http://dx.doi.org/10.18511/rbcm.v8i4.372>

MESSY, J. **A pessoa idosa não existe**. (Tradução JSM. Werneck). São Paulo: Aleph; 1999.

MULLER, C. L. *et al.* Fatores de risco cardiovascular e qualidade de vida de idosos: um estudo preliminar. **Revista da Graduação**, v. 4, n. 1, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/graduacao/article/view/8582/6077>.
ISSN: 1983-1374

PAPALIA, D. E., OLDS, S. W., FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. Porto Alegre: Artmed. 2006.

PRADO, Mariana Bento do. **Programa Academia da Saúde, qual o seu papel na Rede de Atenção Integral à Saúde do Idoso?** Trabalho apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso, como requisito parcial para título de Especialista em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde. Orientadora: Dr^a. Tereza Etsuko da Costa Rosa. São Paulo, 2019.

RABELO, Dóris Firmino; NERI, Anita Liberalesso. Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. **Psicologia em Estudo**, v. 10, n. 3, p. 403-412, set./dez. Maringá, 2005.

RODRIGUES, D. F. *et al.* Prevalência de Fatores de Risco e Complicações do Diabetes Mellitus Tipo 2 em Usuários de uma Unidade de Saúde da Família. **Rev. Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 5, n. 3, p. 277-286, Paraná, 2011.

SCHAAN, Beatriz D'Agord; HARZHEIM, Erno; GUS, Iseu. Perfil de risco cardíaco no diabetes mellitus e na glicemia de jejum alterada. *Revista de Saúde Pública*, v. 38, n. 4, p. 529-536, Porto Alegre, 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000400008>

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise Elvira Pires de; JEAN, Rémy Jean. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 3203-3212, 2013. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001100011>.

SHEPHARD, Roy J. **Envelhecimento, atividade física e saúde**. São Paulo: Phorte, 2003.

SILVA, L. W. S. *et al.* Perfil do estilo de vida e autoestima da pessoa idosa - perspectivas de um Programa de Treinamento Físico. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, v. 14, n. 3, p. 145-166, jun. São Paulo, 2011. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/6497/4710>

STOPA, Sheila Rizzato *et al.* Vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis: reflexões sobre o papel dos inquéritos nacionais de saúde do Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, 31(nspe1):e20211048, 2022. <https://doi.org/10.1590/SS2237-9622202200010.especial>

TAVARES, Daniela Santos *et al.* Perfil de idosos com síndrome metabólica e fatores associados às possíveis interações medicamentosas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 2, p. 164-175, 2018. ISSN 1809-9823. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170154>.

VIRTUOSO JUNIOR, Jair Sindra. **Atividade Física Habitual e Autonomia Funcional de idosos em Florianópolis, SC**. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de Santa Catarina, Prof. Dr. Orientador Markus Vinícius Nahas, 2004. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/86893/202023.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-554, Rio de Janeiro, 2009.

ISSN 0034-8910. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000025>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **The Ottawa Charter for Health Promotion**. Ottawa: Canadian Public Health Association, 1986.

APÊNDICE

APÊNDICE I

Quadro 1: Propostas de construção dos Polos no Estado, agosto/2022.

UF	Município	IBGE	Portaria de Habilitação	Data Portaria de Habilitação	População	Estágio da Obra
MS	ÁGUA CLARA	500020	4139	24/12/2018	15.776	Em cancelamento
MS	ALCINÓPOLIS	500025	4139	24/12/2018	5.417	Em ação preparatória
MS	AMAMBAI	500060	2665	06/11/2013	39.826	Obra cancelada
MS	AMAMBAI	500060	3164	27/12/2011	39.826	Concluída
MS	ANASTÁCIO	500070	4139	24/12/2018	25.237	Em ação preparatória
MS	ANTÔNIO JOÃO	500090	3164	27/12/2011	9.020	Obra cancelada
MS	APARECIDA DO TABOADO	500100	1634	26/07/2012	26.069	Obra cancelada
MS	APARECIDA DO TABOADO	500100	3164	27/12/2011	26.069	Concluída
MS	AQUIDAUANA	500110	1200	11/06/2012	48.029	Em funcionamento
MS	AQUIDAUANA	500110	2665	06/11/2013	48.029	Em cancelamento
MS	AQUIDAUANA	500110	1200	11/06/2012	48.029	Concluída
MS	AQUIDAUANA	500110	4139	24/12/2018	48.029	Em execução e conclusão
MS	ARAL MOREIRA	500124	489	21/03/2012	12.332	Obra cancelada
MS	ARAL MOREIRA	500124	4139	24/12/2018	12.332	Em funcionamento
MS	ARAL MOREIRA	500124	3164	27/12/2011	12.332	Em funcionamento
MS	BATAGUASSU	500190	389	07/03/2012	23.325	Em funcionamento
MS	BATAYPORÃ	500200	4139	24/12/2018	11.349	Concluída
MS	BATAYPORÃ	500200	2665	06/11/2013	11.349	Obra cancelada
MS	BELA VISTA	500210	2924	28/11/2013	24.735	Obra cancelada
MS	BODOQUENA	500215	2976	15/12/2011	7.838	Concluída
MS	BONITO	500220	2665	06/11/2013	22.190	Em funcionamento
MS	BRASILÂNDIA	500230	2912	12/12/2011	11.853	Concluída
MS	CAARAPÓ	500240	2912	12/12/2011	30.593	Concluída
MS	CAARAPÓ	500240	2912	12/12/2011	30.593	Concluída
MS	CAARAPÓ	500240	2912	12/12/2011	30.593	Concluída
MS	CAARAPÓ	500240	3103	26/12/2011	30.593	Concluída

MS	CAMAPUÁ	500260	2665	06/11/2013	13.693	Obra cancelada
MS	CAMPO GRANDE	500270	3183	28/12/2011	906.092	Obra cancelada
MS	CAMPO GRANDE	500270	3183	28/12/2011	906.092	Obra cancelada
MS	CAMPO GRANDE	500270	3150	18/12/2013	906.092	Em cancelamento
MS	CAMPO GRANDE	500270	3183	28/12/2011	906.092	Obra cancelada
MS	CARACOL	500280	2665	06/11/2013	6.182	Concluída
MS	CASSILÂNDIA	500290	1299	26/06/2012	22.002	Obra cancelada
MS	CASSILÂNDIA	500290	3164	27/12/2011	22.002	Em funcionamento
MS	CASSILÂNDIA	500290	3150	18/12/2013	22.002	Obra cancelada
MS	CHAPADÃO DO SUL	500295	3164	27/12/2011	25.865	Em funcionamento
MS	CORGUINHO	500310	2665	06/11/2013	6.054	Em funcionamento
MS	CORONEL SAPUCAIA	500315	3103	26/12/2011	15.352	Em funcionamento
MS	CORUMBÁ	500320	3164	27/12/2011	112.058	Concluída
MS	CORUMBÁ	500320	3164	27/12/2011	112.058	Concluída
MS	COSTA RICA	500325	1082	28/05/2012	21.142	Em funcionamento
MS	COXIM	500330	2911	08/12/2011	33.459	Em funcionamento
MS	COXIM	500330	2924	28/11/2013	33.459	Em funcionamento
MS	DEODÁPOLIS	500345	1166	05/06/2012	12.984	Concluída
MS	DEODÁPOLIS	500345	4139	24/12/2018	12.984	Em início de execução
MS	DEODÁPOLIS	500345	1299	26/06/2012	12.984	Concluída
MS	DOIS IRMÃOS DO BURITI	500348	3164	27/12/2011	11.467	Em cancelamento
MS	DOIS IRMÃOS DO BURITI	500348	2665	06/11/2013	11.467	Em execução e conclusão
MS	DOURADINA	500350	4139	24/12/2018	5.975	Em funcionamento
MS	DOURADOS	500370	4139	24/12/2018	225.495	Em ação preparatória
MS	DOURADOS	500370	1200	11/06/2012	225.495	Em funcionamento
MS	DOURADOS	500370	3164	27/12/2011	225.495	Em funcionamento

MS	DOURADOS	500370	1200	11/06/2012	225.495	Em cancelamento
MS	DOURADOS	500370	1300	27/06/2012	225.495	Em funcionamento
MS	DOURADOS	500370	1300	27/06/2012	225.495	Em funcionamento
MS	DOURADOS	500370	1200	11/06/2012	225.495	Em cancelamento
MS	DOURADOS	500370	1345	29/06/2012	225.495	Em cancelamento
MS	DOURADOS	500370	1300	27/06/2012	225.495	Em cancelamento
MS	DOURADOS	500370	3164	27/12/2011	225.495	Em funcionamento
MS	DOURADOS	500370	1200	11/06/2012	225.495	Em funcionamento
MS	ELDORADO	500375	3071	21/12/2011	12.400	Em funcionamento
MS	FÁTIMA DO SUL	500380	2924	28/11/2013	19.170	Obra cancelada
MS	FÁTIMA DO SUL	500380	1299	26/06/2012	19.170	Concluída
MS	FIGUEIRÃO	500390	4139	24/12/2018	3.059	Em funcionamento
MS	GLÓRIA DE DOURADOS	500400	1203	11/06/2012	9.950	Concluída
MS	GUIA LOPES DA LAGUNA	500410	2665	06/11/2013	9.824	Obra cancelada
MS	IGUATEMI	500430	3164	27/12/2011	16.176	Em funcionamento
MS	INOCÊNCIA	500440	3164	27/12/2011	7588	Em funcionamento
MS	ITAPORÃ	500450	1299	26/06/2012	25.162	Em cancelamento
MS	ITAPORÃ	500450	3071	21/12/2011	25.162	Concluída
MS	ITAQUIRAÍ	500460	1213	13/06/2012	21.376	Concluída
MS	IVINHEMA	500470	3164	27/12/2011	23.232	Em funcionamento
MS	JAPORÃ	500480	3164	27/12/2011	9.243	Em funcionamento
MS	JARAGUARI	500490	2665	06/11/2013	7.265	Concluída
MS	JARDIM	500500	2665	06/11/2013	26.238	Em funcionamento
MS	JATEÍ	500510	2665	06/11/2013	4.021	Em funcionamento
MS	JUTI	500515	389	07/03/2012	6.787	Concluída
MS	LAGUNA CARAPÃ	500525	1299	26/06/2012	7.419	Concluída

MS	MARACAJU	500540	2665	06/11/2013	48.022	Concluída
MS	MARACAJU	500540	2911	08/12/2011	48.022	Concluída
MS	MIRANDA	500560	1457	06/07/2012	28.220	Concluída
MS	MUNDO NOVO	500568	1299	26/06/2012	18.473	Em cancelamento
MS	NAVIRAÍ	500570	2665	06/11/2013	55.689	Em funcionamento
MS	NAVIRAÍ	500570	1732	15/08/2012	55.689	Concluída
MS	NAVIRAÍ	500570	1299	26/06/2012	55.689	Concluída
MS	NIOAQUE	500580	4139	24/12/2018	13.862	Em ação preparatória
MS	NIOAQUE	500580	3164	27/12/2011	13.862	Concluída
MS	NOVA ALVORADA DO SUL	500600	3164	27/12/2011	22.430	Em funcionamento
MS	NOVA ANDRADINA	500620	2911	08/12/2011	55.224	Em funcionamento
MS	NOVO HORIZONTE DO SUL	500625	1203	11/06/2012	3.684	Concluída
MS	PARANAÍBA	500630	2665	06/11/2013	42.276	Em funcionamento
MS	PARANAÍBA	500630	2924	28/11/2013	42.276	Em funcionamento
MS	PARANHOS	500635	3164	27/12/2011	14.404	Em cancelamento
MS	PONTA PORÃ	500660	4139	24/12/2018	93.937	Em funcionamento
MS	PONTA PORÃ	500660	4139	24/12/2018	93.937	Em funcionamento
MS	PONTA PORÃ	500660	3164	27/12/2011	93.937	Em funcionamento
MS	PORTO MURTINHO	500690	3164	27/12/2011	17.298	Concluída
MS	RIBAS DO RIO PARDO	500710	2912	12/12/2011	24.966	Concluída
MS	RIO BRILHANTE	500720	4139	24/12/2018	38.186	Em execução e conclusão
MS	RIO BRILHANTE	500720	3164	27/12/2011	38.186	Em funcionamento
MS	RIO NEGRO	500730	4139	24/12/2018	4.793	Em execução e conclusão
MS	RIO NEGRO	500730	2665	06/11/2013	4.793	Em funcionamento
MS	SANTA RITA DO PARDO	500755	2720	04/12/2012	7.900	Em funcionamento
MS	SETE QUEDAS	500770	1082	28/05/2012	6.542	Em funcionamento

MS	SIDROLÂNDIA	500790	1299	26/06/2012	59.245	Em funcionamento
MS	SONORA	500793	2665	06/11/2013	19.721	Em execução e conclusão
MS	TACURU	500795	3164	27/12/2011	11.674	Em funcionamento
MS	TAQUARUSSU	500797	3393	30/12/2013	3.588	Em funcionamento
MS	TRÊS LAGOAS	500830	2665	06/11/2013	123.281	Em funcionamento
MS	VICENTINA	500840	2771	17/12/2014	6.109	Em funcionamento

Fonte: SES (2022)

ANEXOS

ANEXO I: Termo de Compromisso para Utilização de Informações de Banco de Dados

Título da Pesquisa: Potencialidades e desafios do Programa Academia da Saúde no Estado do Mato Grosso do Sul

Nome do Pesquisador: Rodrigo Aranda Serra

Bases de dados a serem utilizadas: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN/acessos restritos); Estratégia do Departamento de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (e-SUS/acessos restritos); Sistema Bolsa Família (BFA);

Como pesquisador (a) supra qualificado (a) comprometo-me com utilização das informações contidas nas bases de dados acima citadas, protegendo a imagem das pessoas envolvidas e a sua não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em seu prejuízo ou das comunidades envolvidas, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico-financeiro.

Declaro ainda que estou ciente da necessidade de respeito à privacidade das pessoas envolvidas em conformidade com os dispostos legais citados* e que os dados destas bases serão utilizados somente neste projeto, pelo qual se vinculam. Todo e qualquer outro uso que venha a ser necessário ou planejado, deverá ser objeto de novo projeto de pesquisa e que deverá, por sua vez, sofrer o trâmite legal institucional para o fim a que se destina.

Por ser esta a legítima expressão da verdade, firmo o presente Termo de Compromisso.

*Constituição Federal Brasileira (1988) – art. 5º, incisos X e XIV

Código Civil – arts. 20-21

Código Penal – arts. 153-154

Código de Processo Civil – arts. 347, 363, 406

Código Defesa do Consumidor – arts. 43- 44

Medida Provisória – 2.200 – 2, de 24 de agosto de 2001

Resoluções da ANS (Lei nº 9.961 de 28/01/2000) em particular a RN nº 21

Campo Grande (MS) ___10___ / ___03___ / ___2022___

Rodrigo Aranda Serra
Pesquisador Responsável

ANEXO II: Anuência de Pesquisa para a realização de pesquisa no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE



ANUÊNCIA DE PESQUISA

O Senhor Secretário Estadual de Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul, Sr. Flávio da Costa Britto Neto, CPF: 596.253.687-87, autoriza a pesquisa intitulada "Potencialidades e desafios do programa academia da saúde no estado do Mato Grosso do Sul" a ser realizado por Rodrigo Aranda Serra, orientado pelo Prof. Dr. Adriano Menis Ferreira, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, do curso de Doutorado em saúde e desenvolvimento da região do centro-oeste.

O objetivo deste estudo é analisar as potencialidades e os desafios do Programa Academia da Saúde no Estado do Mato Grosso do Sul. Para isto, os pesquisadores solicitam acesso aos dados do e-SUS, Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), e do Sistema Bolsa Família (BFA), maiores detalhes constam no projeto em anexo.

A SES/MS, por meio da Gerência Estadual de Alimentação e Nutrição, está de acordo com o projeto, e solicita ser informada quando da interrupção da pesquisa, e que os resultados sejam relatados no fluxo na Gerência de Pesquisa, Extensão e Inovação em Saúde da Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser. Solicita ainda que a Gerência Estadual de Alimentação e Nutrição seja mencionada como apoiadora do estudo, em divulgações de eventos científicos.

Campo Grande, Mato Grosso do Sul, 07 de março de 2022.

Flávio da Costa Britto Neto
Secretário Estadual de Saúde

Flávio da Costa Britto Neto
Secretário de Estado de Saúde

**ANEXO III – Questionários aplicados pela Gerência Estadual de Alimentação e
Nutrição – Secretaria de Estado de Saúde**

**Questionário 1: Monitoramento Municipal do Programa Academia da Saúde de
MS – 2020.**

- 1) Qual o seu Município?
 - 1.1 Quem é o Responsável pela Academia da Saúde em seu município?
 - 1.2 Contato telefônico do responsável:

- 2) Quantos polos seu município possui?
 - 2.1 - Destes polos, qual a situação:
 - a) Polos Habilitados com construção não iniciada;
 - b) Polos com obras iniciadas e não concluídas;
 - c) Polo em funcionamento;

- 3) Para polos em funcionamento, quais as práticas corporais e atividades físicas são realizadas e qual público é mais frequente?
 - a) Dança (crianças e adolescentes, adolescentes e adultos, adultos e idosos, todos os grupos);
 - b) Atividades Esportivas e lazer (crianças e adolescentes, adolescentes e adultos, adultos e idosos, todos os grupos);
 - c) Lutas (crianças e adolescentes, adolescentes e adultos, adultos e idosos, todos os grupos);
 - d) Ginásticas (crianças e adolescentes, adolescentes e adultos, adultos e idosos, todos os grupos);
 - e) Jogos de salão (dominó, xadrez, etc) (crianças e adolescentes, adolescentes e adultos, adultos e idosos, todos os grupos);
 - f) Jogos e brincadeiras (peteca, ciranda, etc) (crianças e adolescentes, adolescentes e adultos, adultos e idosos, todos os grupos);

- 4) Sobre as atividades relacionadas à Promoção da Alimentação Saudável, assinale as opções desenvolvidas no polo:
 - a) Informações sobre horta comunitária;

- b) Informações sobre o aproveitamento integral dos alimentos;
- c) Orientações sobre o consumo de alimentos in natura ou minimamente processados;
- d) Informações sobre a utilização de óleos, gorduras, sal e açúcar na preparação culinária;
- e) Informações sobre a limitação do consumo de alimentos processados e evitar ultraprocessados;
- f) Orientação sobre a regularidade e atenção nas refeições, ambientes apropriados;
- g) Informações sobre compras em locais que ofertem variedades de alimentos in natura ou minimamente processados;
- h) Informações sobre como desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias;
- i) Informações sobre consumo de alimento orgânico;
- j) Informações sobre rotulagem nutricional;

4.1 Qual o público mais frequente?

- a) crianças e adolescentes;
 - b) adolescentes e adultos;
 - c) adultos e idosos;
 - d) todos os grupos;
- 5) Utiliza o Guia Alimentar para a População Brasileira, do Ministério da Saúde, de 2014, como referência para atividades de promoção da alimentação saudável?
- a) Sim
 - b) Não
- 6) Sobre as Práticas Integrativas e Complementares (PICS), assinale as opções desenvolvidas neste polo:
- a) Arteterapia;
 - b) Ayurveda;
 - c) Biodança;
 - d) Dança circular;
 - e) Homeopatia;
 - f) Medicina tradicional chinesa;
 - g) Meditação;
 - h) Musicoterapia;
 - i) Naturopatia;
 - j) Plantas medicinais,
 - k) Reiki;
 - l) Yoga,
 - m) Aromaterapia;
 - n) Constelação familiar;
 - o) Imposição das mãos;

- p) Fitoterapia;
- q) Terapia dos florais;
- r) Terapia comunitária integrativa;
- s) Pilates;
- t) Musculação;
- u) Osteopatia;
- v) Auriculoterapia;
- w) Alongamentos;
- x) Ventoasterapia;

6.1 Qual o público mais frequente?

- a) crianças e adolescentes;
- b) adolescentes e adultos;
- c) adultos e idosos;
- d) todos os grupos;

7) Sobre as Práticas Artísticas e Culturais, assinale as opções desenvolvidas neste polo:

- a) Pintura;
- b) Argila;
- c) Artesanato;
- d) Bordado;
- e) Fotografia;
- f) Exposições;
- g) Corte e costura;
- h) Capoeira;
- i) Cinema;
- j) N.D.A

7.1 Qual o público mais frequente?

- a) crianças e adolescentes;
- b) adolescentes e adultos;
- c) adultos e idosos;
- d) todos os grupos;

8) Sobre as Práticas de Educação em Saúde, assinale as opções desenvolvidas neste polo:

- a) Educação popular em saúde (curso, capacitação...);
- b) Educação popular em saúde – práticas populares de cuidado (rezadeiras e benzedadeiras);
- c) Educação popular em saúde – oficinas intersetoriais, multiculturais;
- d) Educação popular em saúde - grupos temáticos (mulheres, homens, idosos, hipertensos...);
- e) Enfrentamento ao uso de tabaco e de seus derivados;
- f) Enfrentamento ao uso abusivo de álcool e drogas;

- g) Prevenção de acidentes de trânsito e promoção da mobilidade segura;
- h) Prevenção de Violências e promoção da cultura da paz e dos direitos humanos;
- i) Promoção do desenvolvimento sustentável;
- j) Educação Alimentar e Nutricional (EAN);

8.1 Qual o público mais frequente?

- a) crianças e adolescentes;
- b) adolescentes e adultos;
- c) adultos e idosos;
- d) todos os grupos;

8.2 Público Predominante:

- a) Masculino;
- b) Feminino;

- 9) Considerando as ações de PLANEJAMENTO E GESTÃO quais dos métodos ou estratégias abaixo são realizadas para o desenvolvimento do polo e qual periodicidade?
- a) Reuniões internas com os profissionais que atuam no polo;
 - b) Reuniões com as equipes de Atenção Primária da UBS de referência do polo;
 - c) O planejamento ocorre durante o planejamento de da SMS;
 - d) O planejamento ocorre durante planejamento do Distrito Sanitário onde está localizado;
 - e) O planejamento ocorre em reuniões com todos os profissionais responsáveis pelo Programa Academia da Saúde;
 - f) O planejamento já vem pré-elaborado pela Secretaria da Saúde ou Diretoria/Coordenação responsável pelo Programa Academia da Saúde
 - g) O planejamento ocorre no grupo de apoio à gestão do polo;
 - h) O planejamento ocorre com a comunidade;
 - i) Realiza o planejamento sozinho;
- 10) O polo oferece atividades ou serviços relacionados à:
- a) Atendimento em grupo;
 - b) Avaliação física;
 - c) Orientação Nutricional;
 - d) Terapias de recuperação de movimentos;
 - e) Psicologia;
 - f) Campanha de vacinação;
 - g) Atividades para gestantes;

- 11) Em relação a grupos de minorias ou em situação de vulnerabilidade, quais participam das ações do polo?
- Indígenas;
 - Jovens em conflito com a lei;
 - Crianças em situação de violência;
 - Mulheres em situação de violência;
 - Pessoas com deficiência;
 - Pessoas em situação de rua;
 - Negros;
- 12) Qual a possibilidade de acesso dos usuários às ações e atividades/serviços desenvolvidos no polo?
- Somente encaminhado pela ESF ou profissional da equipe da APS;
 - Somente encaminhado pela ESF ou profissional da Atenção Primária tradicional ou profissionais de outros pontos de atenção na Rede de Saúde (CAPS, Hospitais, Centro de Saúde Especializado);
 - Acesso livre por interesse do usuário;
- 13) Informe quantos profissionais atuam nas atividades do polo (profissionais cadastrados ou não no CNES, do polo do Programa Academia da Saúde:
- Profissional de educação física;
 - Assistente Social;
 - Terapeuta ocupacional;
 - Fisioterapeuta geral;
 - Fonoaudiólogo;
 - Nutricionista;
 - Psicólogo;
 - Profissionais da ESF;
 - Profissionais de outra secretaria;
- 14) De que forma estes profissionais marcados na opção anterior, contribuem para as atividades e serviços do polo:
- Realizam atividades coletivas;
 - Realizam atividades individuais;
 - Realizam atendimentos coletivos;
 - Contribuem para planejamento conjunto e suporte técnico, especializado;
- 15) De acordo com o Anexo III, da portaria de consolidação nº 05, 28 de setembro de 2017, a estrutura de apoio ao programa deve contar um profissional com carga horária de 40 h semanais ou no mínimo 02 profissionais de 20 h. Considerando esta carga horária, são realizadas ações extrapolo, pelos profissionais vinculados ao mesmo?
- Sim;
 - Não;

15.1 Se SIM, onde e quais?

15.2 Em caso afirmativo, quanto tempo, em média, por semana são destinados às atividades realizadas fora do polo:

- a) 1 a 3 horas;
- b) 4 a 6 horas;
- c) 7 a 8 horas;

15.3 Considerando o tempo destinado a atividades realizadas fora do polo, indique em quais locais estas atividades acontecem:

- a) Atendimento e visitas aos usuários em domicílio;
- b) Ações em equipamentos da comunidade (quadras, centros urbanos, praças...);
- c) Realização de atividades coletivas na UBS;
- d) Realização de palestras e oficinas com usuários e profissionais das equipes de saúde;
- e) Realização de atividades nas escolas;
- f) Ações em outros equipamentos de saúde (Hospitais, CAPS, Policlínicas, entre outros);
- g) Reuniões na SMS e em outras secretarias do município;
- h) Não realiza nenhuma das atividades acima;

16) Que tipo de apoio a Gestão Municipal destina ao polo?

- a) Aquisição de material de consumo;
- b) Aquisição de material permanente;
- c) Manutenção do espaço do polo (jardinagem, pintura, iluminação, limpeza....);
- d) Profissionais para limpeza do polo;
- e) Construção complementar;
- f) Manutenção ou renovação de materiais de consumo;

17) Quais as principais demandas da comunidade em relação aos serviços ofertados pelo Polo:

- a) Realização de eventos;
- b) Oferta de atividades em outros turnos;
- c) Expansão da oferta de outras atividades (melhoria, calçada, iluminação);
- d) Questões relativas à estrutura do polo (pintura, substituições, consertos);

- e) Questões relativas à estrutura do polo e a manutenção de materiais e equipamentos;
 - f) Aumento no número de profissionais;
 - g) Criação de atividades ou serviços para grupos específicos (diabéticos, hipertensos, cardíacos);
 - h) Não há demandas;
- 18) Quais as estratégias utilizadas para monitorar as ações e serviços do Programa Academia da Saúde desenvolvidas no polo:
- a) Registra os procedimentos no E-SUS ou encaminha registro; (mais usado, menos usado, não usado)
 - b) Registra os procedimentos (tipo e qtde) em planilha de Excel para uso interno no polo; (mais usado, menos usado, não usado)
 - c) Contabiliza a participação do usuário por atividades ou serviços especializados; (mais usado, menos usado, não usado)
 - d) Aplica questionários com os usuários; (mais usado, menos usado, não usado)
 - e) Solicita relatórios do SISAB ao setor responsável; (mais usado, menos usado, não usado)
- 19) Assinale os principais parceiros da SMS para o desenvolvimento do Programa Academia da Saúde:
- a) Secretaria de Direitos Humanos;
 - b) Secretaria de Educação;
 - c) Secretaria de Esporte;
 - d) Secretaria de Meio Ambiente;
 - e) Secretaria de Planejamento;
 - f) Secretaria de Assistência Social;
 - g) Secretaria de Saúde;
- 20) Existe, no município, articulação entre o Programa Academia da Saúde e os programas abaixo?
- a) Consultório da rua;
 - b) CAPS;
 - c) UBS;
 - d) UBS (Estratégia Saúde da Família);
 - e) Melhor em casa/Atenção domiciliar;
 - f) Rede Cegonha;
 - g) Programa Saúde na Escola;
 - h) Programa vida no trânsito;
 - i) Centro de Referência de Assistência Social (CRAS);
 - j) Esporte e Lazer cidadania;
 - k) Não há articulação;
 - l) Programa Bolsa Família;
 - m) Centro de Referência do Idoso;

- 21) A Gestão Municipal tem conseguido atender as demandas dos polos para a implementação e fortalecimento do Programa?
- a) Sempre;
 - b) Às vezes;
 - c) Raramente;
 - d) Nunca;
- 22) A Implementação do Programa Academia da Saúde, no seu município está em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com a Política Nacional da Promoção da Saúde (PNPS) e Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)?
- a) Sim;
 - b) Não;
- 23) O APOIO da Gestão Estadual ao Programa Academia da Saúde no seu município é satisfatório?
- a) Sim;
 - b) Não;

Questionário 2: Monitoramento Municipal do Programa Academia da Saúde de
MS – 2022.

- 1) Qual o seu Município?
- 2) Como seu Município realizou a adesão ao Programa Academia da Saúde?
 - a) Emenda parlamentar;
 - b) Programa;
- 3) Quantos Polos seu Município tem?
- 4) Destes polos, quantos estão em funcionamento?
- 5) Qual a modalidade do polo?
 - a) Básica;
 - b) Intermediária;
 - c) Avançada;
- 6) Os polos possuem coordenadores?
 - a) 1 profissional de 40h;
 - b) 1 profissional de 20h;
- 7) Nome do coordenador:
- 8) Contato telefônico:
- 9) Qual a área de Formação do coordenador?
- 10) Existe outros profissionais envolvidos nas atividades da APS?
 - a) Sim;
 - b) Não;
- 11) Se sim, de qual área?
- 12) Qual a forma de divulgação das atividades dos polos, quais estratégias foram adotadas?

13) Seu polo já está sendo custeado, com proposta cadastrada?

- a) Sim;
- b) Não;

14) Quais equipamentos compõe a infraestrutura do polo?

15) Dentro dos 8 eixos, qual tem sido realizado?

- a) Práticas corporais e atividades físicas;
- b) Promoção do cuidado e de modos de vida saudáveis;
- c) Promoção da alimentação adequada e saudável;
- d) Práticas integrativas;
- e) Práticas artísticas e culturais;
- f) Educação em saúde;
- g) Mobilização da comunidade;
- h) Planejamento da Gestão;

16) Qual o público em maior vulnerabilidade?

- a) Crianças;
- b) Adolescentes;
- c) Adultos;
- d) Idosos;
- e) Gestantes;

17) Cite exemplos de atividade realizadas em seu município: