

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

Renata Ferreira Tiné

**AVALIABILIDADE DO PROJETO DE SAÚDE NO TERRITÓRIO PARA  
ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA, RECIFE/PE**

RECIFE  
2020

**RENATA FERREIRA TINÉ**

**AVALIABILIDADE DO PROJETO DE SAÚDE NO TERRITÓRIO PARA  
ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA, RECIFE/PE**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em saúde pública.

**Orientadora:** Dra. Eduarda Ângela Pessoa Cesse

**Coorientadora:** Dra. Ana Cláudia Figueiró

**RECIFE**

**2020**

---

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães**

---

T588a Tiné, Renata Ferreira.  
Avaliabilidade do projeto de saúde no território para enfrentamento da obesidade em uma unidade de saúde da família, Recife/PE/ Renata Ferreira Tiné. — Recife: [s. n.], 2020.

122 p.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Eduarda Ângela Pessoa Cesse; coorientadora: Ana Cláudia Figueiró.

1. Avaliação de programas e projetos de saúde. 2. Manejo da obesidade. 3. Atenção primária à saúde. I. Cesse, Eduarda Ângela Pessoa. II. Figueiró, Ana Cláudia. III. Título.

**RENATA FERREIRA TINÉ**

**AVALIABILIDADE DO PROJETO DE SAÚDE NO TERRITÓRIO PARA  
ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA, RECIFE/PE**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em saúde pública.

Aprovado em: 10/06/2020

**BANCA EXAMINADORA**

---

Dra. Eduarda Ângela Pessoa Cesse  
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

---

Dra. Sydia Rosana de Araujo Oliveira  
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

---

Dra. Gisele Cazarin  
Secretaria de Saúde de Pernambuco

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, por me permitir a vida e por me dar saúde e força para alcançar meus sonhos, mesmo quando a caminhada é difícil e tortuosa.

À minha família, por sempre acreditar em mim, e me ajudar nessa difícil missão, em conciliar trabalho, estudo e casa. Em especial, aos meus pais, por sempre me incentivarem a crescer através dos estudos e amor ao próximo.

À minha filha Maria Eduarda, por ser minha fonte de inspiração, a minha recarga de energia diária e meu maior motivo de persistir em busca dos sonhos.

À Angelo, por ter me dado todo o suporte necessário durante esses dois anos, suprimindo minha ausência a nossa filha, além de ter me incentivado e ajudado desde o início.

À minha querida orientadora Eduarda Cesse, que foi mais do que tudo, uma grande amiga e motivadora, alguém que eu pretendo me espelhar por toda minha caminhada.

À minha coorientadora Ana Cláudia Figueiró, que sem dúvidas, foi essencial no desenvolvimento da minha dissertação, deixando esse trabalho mais completo, de uma forma leve e especial.

Aos meus amigos, que sempre torceram por mim. Em especial, a minha amiga-irmã, Priscila, que me inspirou, me incentivou e me apoiou nessa linda missão.

Às minhas colegas da USF Coqueiral/Imbiribeira. Sem vocês nada disso seria possível. E foi por vocês que tentei fazer o melhor trabalho possível, sempre visando um SUS de qualidade para nossos usuários.

À minha turma do mestrado, a parte mais legal do curso, pois tornaram os dias de tensão mais leves e coloridos. Onde fiz amizades que levarei para o resto da vida.

A todos, que direta ou indiretamente, estiveram do meu lado, torcendo e me dando forças para não desistir dos meus sonhos, meu sincero agradecimento!

*“Ninguém nasce feito: é experimentando-nos no mundo que nós nos fazemos”.*

Paulo Freire

TINÉ, Renata Ferreira. **Avaliabilidade do Projeto de Saúde no Território para enfrentamento da obesidade em uma Unidade de Saúde da Família, Recife/PE.** 2020. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

## RESUMO

A obesidade configura-se como um dos maiores problemas de saúde pública, considerada uma pandemia. No Brasil, mais da metade da população está acima do peso e o número de obesos é bastante expressivo. Dentre as capitais do país, Recife vêm se destacando com percentuais de sobrepeso e obesidade acima da média nacional. Até o momento não é conhecido nenhum plano de enfrentamento ou linha de cuidado para esse agravo na capital pernambucana. Por outro lado, um projeto comunitário foi implantado em uma Unidade de Saúde da Família do município, visando a prevenção e o controle deste agravo, através de ações interprofissionais e intersetoriais, investindo na promoção de saúde de indivíduos e comunidade. O objetivo deste trabalho é apreciar a avaliabilidade do Projeto Saúde no Território para enfrentamento da obesidade na Unidade de Saúde da Família Coqueiral / Imbiribeira, Recife/PE. Utilizou-se o sistema de sete elementos, onde os dados foram coletados através de análise documental e entrevista com informantes-chaves. Foi considerada a análise do contexto da intervenção, a descrição do programa e elaboração do modelo teórico-lógico e teoria da mudança, além da formulação de perguntas para posteriores estudos avaliativos. Para a construção do modelo teórico-lógico, realizou-se uma construção coletiva e consensuada, através de três oficinas com os atores envolvidos. Este projeto atendeu a todos os preceitos éticos através da submissão ao comitê de ética e pesquisa. Foram identificados nas entrevistas e oficinas, os objetivos, a estrutura, os processos e os resultados pretendidos pelo projeto, os quais condizem com os documentos oficiais. Por outro lado, as metas, ainda não foram estabelecidas. Identificou-se os pressupostos que explicam os efeitos a serem alcançados com os processos implantados, bem como a sustentabilidade para que o mesmo produza impactos na população-alvo. A partir de todas etapas realizadas, verificou-se a viabilidade metodológica para execução da pesquisa avaliativa desta intervenção, e a partir dos produtos desse estudo será possível apreciar o grau de implantação, em estudos posteriores.

**Palavras-chaves:** Avaliação de programas e projetos de saúde; manejo da obesidade; atenção primária à saúde.

TINÉ, Renata Ferreira. **Evaluation of the Health Project in the Territory to cope with obesity in a Family Health Unit, Recife / PE.** 2020. Dissertation (Academic Master of Public Health) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

## ABSTRACT

Obesity is one of the biggest public health problems, considered a pandemic. In Brazil, more than half of the population is overweight and the number of obese people is quite expressive. Among the country's capitals, Recife has stood out with percentages of overweight and obesity above the national average. So far, no coping plan or line of care for this condition is known in the capital of Pernambuco. On the other hand, a community project was implemented in a Family Health Unit in the city, aiming at its prevention and control, through interprofessional and intersectoral actions, investing in the health promotion of individuals and the community. The objective of this work is to appreciate the evaluability of the Health in the Territory Project to face obesity in the Family Health Unit in Coqueiral / Imbiribeira, Recife / PE. The seven-element system was used, where data were collected through document analysis and interviews with key informants. Analysis of the context of the intervention, description of the program and elaboration of the theoretical-logical model and theory of change were considered, in addition to the formulation of questions for further evaluative studies. For the construction of the theoretical-logical model, a collective and consensual construction was carried out, through three workshops with the actors involved. This project met all ethical requirements through submission to the ethics and research committee. The objectives, structure, processes and results intended by the project were identified in the interviews and workshops, which are consistent with the official documents. On the other hand, the goals have not yet been established. The assumptions that explain the effects to be achieved with the implemented processes were identified, as well as the sustainability so that it produces impacts on the target population. From all stages performed, the methodological feasibility for carrying out the evaluative research of this intervention was verified, and from the products of this study it will be possible to appreciate the degree of implementation, in later studies.

**Keywords:** Evaluation of health programs and projects; obesity management; primary health care

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Linha do Tempo PST de enfrentamento da obesidade, USF Coqueira/Imbiribeira, Recife/PE.....	35
Figura 2 – Modelo operacional utilizado para o estudo.....	38
Figura 3 – Linha do Tempo - Política e Programas Nacionais de Enfrentamento à Obesidade, Brasil.....	52
Figura 4 – Modelo lógico do Projeto de Saúde no Território para enfrentamento da obesidade, Recife/PE, 2019.....	58
Figura 5 – Teoria da Mudança do Projeto de Saúde no Território de enfrentamento da obesidade, Recife, PE, 2019.....	62
Figura 6 – Modelo Teórico do Projeto de Saúde no Território de enfrentamento da obesidade, Recife, PE, 2019.....	65

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Resumo das fontes de dados do Estudo de Avaliabilidade do PST para enfrentamento da obesidade, Recife/PE.....	37
Quadro 2 – Elementos constituintes do Modelo Lógico do PST para enfrentamento da obesidade, Recife/PE.....	41
Quadro 3 – Resultados do estudo de avaliabilidade do Projeto de enfrentamento da obesidade na USF Coqueiral/ Imbiribeira – segundo os sete elementos de Thurston e Ramaliu (2005).....	46
Quadro 4 – Descrição dos Documentos segundo Objetivos, Metas, Ações e Resultados.....	53
Quadro 5 – Matriz de usuários potenciais da Avaliação – PST-EO, Recife, 2019.....	68
Quadro 6 – Abordagens de estudos avaliativos, segundo as perguntas para o PST-EO, Recife, 2019.....	70

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAISAN	Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
DCNT	Doenças Crônicas Não-transmissíveis
DP	Desvio Padrão
DS	Distrito Sanitário
EA	Estudo de Avaliabilidade
eNASF	equipe do Núcleo Ampliado à Saúde da Família
eSF	equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAO	Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IAM	Instituto Aggeu Magalhães
IMC	Índice de Massa Corpórea
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organizações Não Governamentais
OPAS	Organização Pam-Americana de Saúde
PAC	Programa Academia da Cidade
PAM	Programa Alimentar Mundial
PAS	Programa Academia da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNAN	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
PNPS	Programa Nacional de Promoção à Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PST	Projeto de Saúde no Território
PST-EO	Projeto de Saúde no Território para Enfrentamento da

	Obesidade
ML	Modelo Lógico
MTL	Modelo Teórico-Lógico
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
SERVIDIAH	Avaliação de Serviços de Atenção Básica à Saúde para Diabéticos e Hipertensos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TM	Teoria da Mudança
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	17
<b>3 OBJETIVO GERAL</b> .....	18
<b>3.1 Objetivos específicos</b> .....	18
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	19
<b>4.1 Obesidade, impactos e magnitude</b> .....	19
<b>4.2 Estratégias de promoção à saúde para controle da obesidade com ênfase na Atenção Básica</b> .....	23
<b>4.3 Avaliação de programas e projetos de Saúde e Estudos de Avaliabilidade</b> .....	26
<b>5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	33
<b>5.1 Desenho do estudo</b> .....	33
<b>5.2 Local do Estudo</b> .....	33
<b>5.3 Período de Estudo</b> .....	34
<b>5.4 Acervos e Sujeitos envolvidos no estudo</b> .....	34
<b>5.5 Etapas do Estudo</b> .....	35
5.5.1 Análise Documental.....	37
5.5.2 Entrevistas com informantes-chaves.....	38
5.5.3 Construção do Modelo Lógico.....	39
<b>5.6 Procedimentos para análise das informações</b> .....	42
<b>6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS</b> .....	43
<b>7 RESULTADOS</b> .....	44
<b>7.1 Elemento 1 – Descrição do Projeto</b> .....	45
<b>7.2 Elemento 2 – Identificação e análise dos documentos de Programa e Políticas da Obesidade e do PST-EO – Recife</b> .....	48
<b>7.3 Elemento 3 – Construção do modelo lógico do PST de enfrentamento à obesidade-Recife</b> .....	54
<b>7.4 Elemento 4 – Entendimento de como ele opera (Teoria da mudança)</b> .....	59
<b>7.5 Elemento 5 – Construção do modelo teórico do PST-EO – Recife</b> .....	63
<b>7.6 Elemento 6 – Identificação de usuários e interessados na avaliação</b> .....	66
<b>7.7 Elemento 7 – Acordo quanto ao procedimento de avaliação</b> .....	66
<b>8 DISCUSSÃO</b> .....	69
<b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	76
<b>10 RECOMENDAÇÕES</b> .....	77
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	78
<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	88
<b>APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM INFORMANTES-CHAVE DO PROJETO DE SAÚDE NO TERRITÓRIO PARA ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE EM RECIFE-PE</b> .....	94
<b>APÊNDICE C - ROTEIRO DE INFORMAÇÕES PARA ANÁLISE E VALIDAÇÃO DO ML POR ATORES ENVOLVIDOS NO PROJETO: PROFISSIONAIS, RESIDENTES E GESTORES</b> .....	95

<b>APÊNDICE D - VALIDAÇÃO DO MODELO LÓGICO DO PROJETO DE SAÚDE NO TERRITÓRIO PARA ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE EM RECIFE-PE (APRECIÇÃO DOS ATORES-CHAVES) .....</b>	<b>98</b>
<b>APÊNDICE E - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM INFORMANTES-CHAVE PARA FORMULAÇÃO DAS PERGUNTAS AVALIATIVAS (GRUPO FOCAL) .....</b>	<b>99</b>
<b>APÊNDICE F - 1ª VERSÃO DO MODELO LÓGICO CRIADO PELA PESQUISADORA .....</b>	<b>100</b>
<b>APÊNDICE G – PROJETO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>102</b>
<b>ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DO INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES .....</b>	<b>121</b>
<b>ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE DO RECIFE .....</b>	<b>122</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de morbimortalidade e incapacidade na população brasileira, além de serem responsáveis por altos encargos econômicos para os sistemas de saúde. Por isso, constituem o problema de saúde de maior magnitude (SCHIMDT et al., 2011). Atualmente, provocam cerca de 1 milhão de óbitos, correspondendo a 75% desses (SOUZA et al., 2018a). O aumento intenso da carga dessas doenças, observados nas últimas décadas, têm como principais fatores de risco, o tabagismo, a alimentação não saudáveis, a inatividade física e o consumo nocivo de álcool, responsáveis, em grande parte, pela epidemia de sobrepeso e obesidade, dentre outros agravos (BRASIL, 2011).

A obesidade foi apontada como um dos maiores problemas de saúde pública, principalmente para os países em desenvolvimento, sendo uma das principais responsáveis pela maioria das mortes e doenças em todo mundo, considerada uma epidemia mundial. Estima-se para 2025, cerca de 2,3 bilhões de adultos com sobrepeso; e mais de 700 milhões, obesos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2000).

No Brasil, a obesidade vem crescendo cada vez mais, segundo pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) aponta que mais de 50% da população está acima do peso. Conforme os dados da VIGITEL, o excesso de peso cresceu 26,3% e a obesidade 60%, em dez anos, passando de 42,6% (sobrepeso) e 11,8% (obesidade) em 2006 para 53,8% e 18,9%, respectivamente, em 2016 (BRASIL, 2017). A mesma pesquisa realizada em 2018, identificou que Recife está dentre as capitais do país com a maior frequência de sobrepesos (58,5%) e obesos (21%) em adultos maiores de 18 anos, estando acima da média nacional (BRASIL, 2019).

Visando promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde, nele incluso as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e obesidade, o Ministério da Saúde (MS) em 2006, criou a Política Nacional de Promoção da Saúde, tendo como uma das áreas prioritárias a atividade física e a promoção da alimentação saudável (BRASIL, 2013).

É notório que a Estratégia da Saúde da Família (ESF) é um espaço privilegiado de intervenções de promoção da saúde, de prevenção das condições crônicas e de manejo dessas condições, tornando-se o melhor lugar para se produzir a mudança (MENDES, 2012). Assim, a ESF torna-se local privilegiado para desenvolvimento de ações de promoção de saúde e enfrentamento do excesso de peso que acomete o indivíduo, as famílias e a população (BRASIL, 2014).

O Projeto de Saúde no Território (PST), constitui-se numa ferramenta da ESF desenvolvida para elaboração de projetos de prevenção e promoção da saúde, que envolve intersetorialidade e participação social. O PST surge como alternativa nos territórios, visando a prevenção e o controle de situações de problemas e necessidades de saúde em grupos sociais vulneráveis. Proporciona um movimento de coprodução e de cogestão, onde equipes da Estratégia Saúde da Família (eSF), potencializadas pela equipe do Núcleo Ampliado à Saúde da Família (eNASF), articuladas com outros serviços de saúde e políticas sociais, investem na qualidade de vida de indivíduos e comunidades e no protagonismo dos sujeitos (BRASIL, 2010).

Em 2017, buscando enfrentar o elevado número de usuários hipertensos e diabéticos com excesso de peso, a eSF e o eNASF de uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Recife/PE, iniciou um PST para o Enfrentamento da Obesidade (PST-EO), com ações voltadas para esse público. Neste são realizadas práticas de atividades físicas, de educação em saúde e assistência, articuladas com ações intersetoriais, envolvimento de uma equipe multiprofissional e a participação popular.

Face ao pouco tempo de implantação do projeto para enfrentamento da Obesidade em Recife/PE, seria importante apreciar em que medida o PST-EO está em condições de se submeter a uma avaliação. Essa pergunta pode ser respondida por meio de estudos denominados Estudos de Avaliabilidade (EA) (THURSON; RAMALIU, 2005).

Portanto, esse trabalho se propõe realizar um estudo de avaliabilidade do Projeto de Saúde no Território para Enfrentamento da Obesidade em uma USF de Recife/PE, visando contribuir para uma melhor definição dos objetivos, das metas e das estratégias para o enfrentamento da obesidade, bem como sua posterior avaliação.

Assume-se neste estudo que intervenções destinadas a problemas com múltiplas causas e demandando suporte político, técnico e logístico, para enfrentamento de problemas complexos, requerem a compreensão da concepção e implementação, bem como da proposta de avaliação da intervenção pelos diversos atores sociais envolvidos (HAVE; POTVIN, 2009). Nesse sentido, o estudo de avaliabilidade apresenta-se adequado para o presente projeto por permitir desvelar o modelo teórico e operacional da estratégia, bem como as questões a serem respondidas no seu desenvolvimento e os possíveis modos de respondê-las.

Assim, este trabalho tem como pergunta condutora: Existe possibilidades ou meios de avaliar o Projeto de Saúde no Território para enfrentamento da obesidade da USF Coqueiral / Imbireibeira, Recife/PE?

## 2 JUSTIFICATIVA

A proposição de um estudo de avaliabilidade da estratégia de enfrentamento da obesidade em uma unidade básica de saúde, se justifica tanto pela relevância do problema de saúde pública quanto pela inovação e pouco tempo de implementação da intervenção. Além disso, outros aspectos corroboram com a decisão de realização do EA, considerando-se que:

- a) desconhece a existência de alguma experiência no município formulada como um plano de ação e/ou linha de cuidado para o enfrentamento da obesidade;
- b) a estratégia implementada requer a incorporação de uma proposta de monitoramento e avaliação que permita aferir sua lógica tanto como objetivos e metas, quanto processos e resultados pretendidos;
- c) o processo avaliativo permite identificar e refletir sobre os avanços e limites da implementação da intervenção, a fim orientar a tomada de decisão para correção dos meios visando o alcance dos resultados;
- d) a implementação do “Projeto de Saúde no Território (PST) para enfrentamento da obesidade” em 2017, para comunidade adscrita à USF Coqueiral/Imbiribeira, pode ser visto como um projeto piloto para outras unidades de saúde deste e de outros territórios do município.

Por fim, a participação de uma das organizadoras do projeto como pesquisadora principal, e, portanto, avaliadora interna, favorece a análise e interpretação dos caminhos da intervenção nas diversas fases do estudo de avaliabilidade.

### **3 OBJETIVO GERAL**

Apreciar a avaliabilidade do Projeto de Saúde no Território para enfrentamento da obesidade (PST-EO) em uma Unidade de Saúde da Família, do município de Recife.

#### **3.1 Objetivos específicos**

- a) Compreender a elaboração dos objetivos, metas e estratégias do PST-EO;
- b) Construir e validar o modelo teórico e o modelo lógico da intervenção;
- c) Elaborar a teoria da mudança do PST-EO;
- d) Formular perguntas avaliativas e as abordagens de avaliação;

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

Vamos apresentar uma revisão, a partir de tópicos específicos, sobre os principais assuntos que norteiam o trabalho realizado.

### 4.1 Obesidade, impactos e magnitude

Nas últimas décadas o mundo passou por modificações nos seus padrões demográficos, epidemiológicos e nutricionais. A transição demográfica se caracteriza pelas tendências de crescimento baixo ou mesmo negativo da população jovem, desaceleração do crescimento da população em idade ativa e grande crescimento do contingente de idosos. Atrelado a esses fatores, surge as alterações nos padrões de morbidade e mortalidade, havendo o aumento expressivo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), caracterizando a transição epidemiológica (PONTES et al., 2008).

Associado a uma alta incidência de (DCNT), como diabetes e doenças cardiovasculares, o envelhecimento, a urbanização, mudanças socioeconômicas e a globalização impactaram o modo de viver, trabalhar e se alimentar dos brasileiros, com modificações no padrão de comportamento alimentar e drástica redução na prática de atividades físicas, gerando um aumento na prevalência de fatores como a obesidade e hábitos sedentários (CARLUCCI et al., 2013; DUARTE; BARRETO, 2012; SOUZA, 2010).

Apesar das DCNT representarem elevada carga de doença no Brasil, tendências recentes indicam que a mortalidade de algumas DCNT (as doenças cardiovasculares e as respiratórias crônicas) estão diminuindo, por outro lado, o aumento da obesidade, se não controlado, ameaça os avanços recentes no controle dessas doenças (CESSE et al., 2009; DUNCAN et al., 2012).

A obesidade é uma doença crônica, que envolve fatores sociais, comportamentais, ambientais, culturais, psicológicos, metabólicos e genéticos, sendo caracterizado pelo acúmulo de gordura corporal, resultante do desequilíbrio energético prolongado, onde na maioria dos casos, é causado pelo excesso de consumo de calorias e/ou inatividade física. Portanto, alterações no estilo de vida, como a má alimentação e redução no gasto calórico diário são os principais fatores

que explicam o crescimento da obesidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2000).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Consenso Latino Americano de Obesidade e o Ministério da Saúde (MS), o IMC é obtido a partir da divisão do peso em quilogramas pelo quadrado da altura em metros ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Valores de IMC acima de  $25,0 \text{ kg}/\text{m}^2$  caracterizam excesso de peso, sendo que valores de  $25,0 \text{ kg}/\text{m}^2$  a  $29,9 \text{ kg}/\text{m}^2$  correspondem a sobrepeso e valores de  $\text{IMC} \geq 30,0 \text{ kg}/\text{m}^2$  à obesidade. Deve-se considerar três níveis de classificação para obesidade: a classe I com  $\text{IMC } 30,00\text{-}34,99 \text{ Kg}/\text{m}^2$ ; a classe II com  $\text{IMC } 35,00\text{-}39,99 \text{ Kg}/\text{m}^2$ ; e a classe III com  $\text{IMC} > 40,00 \text{ Kg}/\text{m}^2$  (, 1995). Essas definições são baseadas em evidências que sugerem que estes valores de IMC estão associados ao risco de doenças e morte prematura (ANJOS, 1992).

A classificação do indivíduo como obeso é determinado pela presença de um percentual de gordura acima do considerado adequado para idade e sexo, sendo esta, uma medida de difícil mensuração por meios diretos. Apesar de existirem várias formas de se medir o excesso de peso corporal, o método de escolha para a avaliação clínica e em estudos populacionais têm sido o índice de Quételet, conhecido como Índice de Massa Corporal (IMC). Este método tem sido amplamente utilizado e aceito para estudos epidemiológicos, devido à simplicidade de obtenção, baixo custo e correlação com a gordura corporal (ANJOS, 2006).

A partir da década de 1980, as taxas de obesidade aumentaram em torno de três vezes, em regiões como Oriente Médio e países como China e Austrália. Mesmo nos países com menor prevalência, as taxas observadas são consideradas altas. O aumento do número de novos casos de obesidade, foi estimado como superior a centenas de milhões para as próximas duas décadas (ELLULU et al., 2014).

De 1980 a 2013, em todo o mundo, a obesidade e o sobrepeso, aumentaram em conjunto, 27,5% entre os adultos e 47,1% entre as crianças (Ng *et al.*, 2014). Segundo relatório divulgado pela Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), UNICEF e Programa Alimentar Mundial (PAM), a cada ano, a obesidade cresce em 3,6 milhões de pessoas (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018).

Além das consequências para a saúde, o sobrepeso e a obesidade também acarretam consequências socioeconômicas importantes, identificando altos custos

para os sistemas de saúde, com o tratamento da obesidade e suas consequências, bem como a perda de renda pela redução da produtividade e do absenteísmo, devido à doença ou incapacidade e perda de renda por mortes prematuras (DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2001; FERREIRA, 2006).

Relatório divulgado pela World Obesity Federation (2017), mostra que os custos médicos anuais do tratamento das consequências da obesidade são alarmantes, especialmente em países de renda média (países do Oriente Médio e da América Latina), onde se vê um impacto enorme nos serviços de saúde, os quais ficarão ainda mais apertados. Eles demonstram que a prevenção contra a obesidade pode não apenas melhorar o bem-estar das pessoas, como reduzir os custos dos sistemas de saúde.

O sobrepeso e a obesidade, no Brasil, vêm apresentando um crescimento em todos os níveis de renda, sendo mais expressivo na população com menor rendimento familiar, aumentando em todas as faixas etárias e em ambos os sexos (IBGE, 2010). Extrapolação de tendências sugere que, se nada for feito, o Brasil alcançará os altos níveis de obesidade atuais de homens norte-americanos (DUNCAN et al., 2012).

No Brasil, evidências mostram que as transições ocorridas também possuem relação direta com o perfil de consumo alimentar da população, devido a mudanças na forma de produção, abastecimento, distribuição, controle de mercado (altos níveis de concentração de participação de mercado), promoção e consumo dos alimentos. Uma repercussão negativa disso na sociedade, demonstrado em pesquisas, é aumento expressivo do consumo de alimentos processados, em detrimento das refeições preparadas em casa (ANDRADE, 2017). Um grande impacto no aumento da obesidade, ocorre através da publicidade de alimentos, principalmente, aquela voltada para o público infantil, ao estimular o consumo excessivo regular de alimentos processados com altos teores de gordura, açúcar e sal (BRASIL, 2014).

Oliveira (2013), ao analisar os custos atribuíveis à obesidade, identificou que estes representaram 1,9% dos gastos do SUS, referentes a assistência à saúde de média e alta complexidade (59,2% hospitalar), correspondendo a uma despesa de 0,5 bilhão de reais por ano. Segundo um estudo internacional conduzido pelo McKinsey Global Institute (2014), a obesidade custa ao Brasil 2,4% do Produto Interno Bruto (PIB), e no mundo, 2,8% de todas as riquezas são gastos no enfrentamento da obesidade. De acordo com os pesquisadores, a resposta ao

problema não pode vir apenas de iniciativas individuais, estando entre as sugestões contempladas no relatório, o controle das porções de alguns alimentos embalados e a legislação adequada da indústria de *fast food* e alimentos processados.

Estudo descritivo sobre a evolução anual da prevalência de excesso de peso e de obesidade na população adulta das capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, identificou que se mantidas as tendências observadas no período do estudo, em 2022, cerca de dois terços dos adultos nas capitais dos estados brasileiros terão excesso de peso, e cerca de um quarto será obeso, o que demanda urgente resposta do poder público e articulações intersetoriais que tornem o ambiente menos obesogênico (MALTA et al., 2014).

Fontbonne et al. (2013), ao realizar o estudo SERVIDIAH (Avaliação de Serviços de Atenção Básica à Saúde para Diabéticos e Hipertensos), no Estado de Pernambuco, detectou que 70% da amostra do estudo, composta por hipertensos e diabéticos, oriundos dos cadastros de equipes da Estratégia Saúde da Família (eqSF), apresentaram sobrepeso ou obesidade, e apenas 16,1% e 13,6% (hipertensos e diabéticos, respectivamente) referiram seguir dieta para perder peso.

Em Recife, as frequências de sobrepeso (54,4%) e obesos (21%) em adultos acima de 18 anos, estão acima da média nacional (54% e 18,9% respectivamente), e dentre as capitais com maior índice de obesidade. Além desses fatores, observou-se que a capital pernambucana, está entre as três maiores frequências para práticas insuficientes de atividades físicas e/ou de inatividade (BRASIL, 2019).

Embora se reconheça que, fatores genéticos e metabólicos influenciam de maneira direta no ganho de peso, sabe-se que outros fatores como, inatividade física, dieta pouco saudável e estresse psicossocial aumentam o risco do desenvolvimento da obesidade, fazendo-se necessário intervenções orientadas para esses fatores, como forma de prevenir ou reverter o quadro da obesidade no âmbito individual e populacional (KIVIMÄKI et al., 2015). Schmidt et al. (2011), concluíram que a prevenção e o diagnóstico precoce da obesidade são importantes aspectos para a promoção da saúde e redução de morbimortalidade.

Contudo, o aumento da prevalência do excesso de peso no Brasil é relevante, e o quadro epidemiológico nutricional necessita de estratégias de saúde pública, com ênfase na promoção da saúde, capazes de modificar padrões de comportamento alimentar e da atividade física, proporcionando melhor qualidade de vida para essa população.

## **4.2 Estratégias de promoção à saúde para controle da obesidade com ênfase na Atenção Básica**

No Brasil, a obesidade torna-se objeto de políticas públicas nos últimos 15 anos, e o Ministério da Saúde (MS), por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), é o principal proponente de ações, seguindo a tendência internacional (DIAS et al., 2017). As primeiras ações para controle específico da obesidade no Brasil, surgiram com a implantação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), em 1999, tendo como diretrizes, propostas para promoção a práticas de alimentação saudáveis e a prevenção e o controle da obesidade (BRASIL, 2003). Em 2012, o Ministério da Saúde, revisa a PNAN, a qual, define diretrizes para organizar as ações de prevenção e tratamento da obesidade no SUS (BRASIL, 2013).

Criada em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), propôs como objetivo, promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, a partir de ações que reduzam as vulnerabilidades e riscos à saúde, decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. Na sua primeira versão, a PNPS aponta como uma das áreas prioritárias a atividade física e a promoção da alimentação saudável (BRASIL, 2006). A PNPS foi renovada em 2014, reafirmando a possibilidade da organização da atenção à saúde envolvendo novos atores, influenciando as condições de vida atuais e favorecendo as escolhas saudáveis por parte das pessoas e suas comunidades na perspectiva de trabalhar a multidisciplinaridade, com integração de diversos setores, bem como apontar a necessidade de articulação com outras políticas públicas e movimentos populares para fortalecê-la (BRASIL, 2015).

Em 2011 o Ministério da Saúde institui o Programa Academia da Saúde (PAS), com o objetivo de construir estruturas físicas e custear ações nesses locais, com vistas à promoção da saúde, produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população (BRASIL, 2013). Em Recife, o Programa Academia da Cidade (PAC), surge antes do PAS, implantado em 2002 pela Secretaria de Saúde do município. O PAC está inserido no SUS como uma política da atenção básica, visando a promoção da saúde, através de práticas de atividades físicas, alimentação saudável e lazer para as comunidades (HALLA et al., 2010).

Entre 2011 e 2014, a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN, 2014) protagonizou a formulação do plano intersectorial de combate à obesidade, que subsidiou uma estratégia sistematizada de recomendações para estados e municípios, pautado em 6 grandes eixos de ação: 1) Disponibilidade e acesso a alimentos adequados e saudáveis; 2) Educação, comunicação e informação; 3) Promoção de modos de vida saudáveis nos ambientes/ territórios; 4) Vigilância Alimentar e Nutricional e das práticas de atividade física da população; 5) Atenção integral à saúde do indivíduo com excesso de peso/obesidade; 6) Regulação e controle da qualidade e inocuidade dos alimentos (BRASIL, 2014). Já em 2013, o Ministério da Saúde estabeleceu a linha de cuidado para obesidade como parte da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2013).

Outro compromisso que o Brasil assumiu na última década, foi o de prevenção e atenção às DCNT, ao lançar o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) 2011-2022. O Plano foi fruto da participação intersectorial de mais de 20 ministérios, organizações não governamentais (ONGs), universidades, sociedade civil e setor privado. E entre os objetivos pactuados no eixo da promoção à saúde, está a adoção de ações articuladas que promovam e estimulem comportamentos e estilos de vida saudáveis. Algumas das metas para 2022, diretamente referidas ao problema da obesidade, são: deter o crescimento de excesso de peso e da obesidade no período; reduzir o consumo médio de sal; aumentar o consumo de frutas, hortaliças em 10% no período; aumentar a prevalência de atividade física no lazer em 10% no período (BRASIL, 2011).

Face a importância que a Atenção Básica (AB) tem, por ser um local privilegiado para desenvolvimento de ações de promoção de saúde e enfrentamento do excesso de peso, em 2014, o MS lança o Caderno de Atenção Básica com estratégias para o cuidado da pessoa com obesidade. Este documento indica que a AB, além de acolher e tratar o indivíduo com excesso de peso, deve ser a ordenadora do cuidado e centro de comunicação entre os demais pontos da Rede de Atenção, garantindo o cuidado integral e humanizado (BRASIL, 2014).

Medina et al. (2014), ao pesquisarem sobre as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas realizadas pelas equipes de saúde da família, salientam que:

[...] para as inovações propostas para o trabalho dos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família, destaca-se a inserção de práticas de promoção da saúde, tanto em sua dimensão individual como coletiva, mediante a realização de ações de educação e comunicação em saúde dirigidas ao incentivo a mudanças comportamentais e a determinados hábitos e estilos de vida de indivíduos mediante a participação das equipes em ações intersetoriais voltadas para intervenções sobre determinantes sociais que interferem na qualidade de vida da população adscrita às unidades de saúde [...],

Caracterizado como uma ferramenta de trabalho na AB, especialmente para a ESF, o Projeto de Saúde no Território (PST), segundo Verdi, Freitas e Souza (2012), surge como um catalizador de ações direcionadas à produção de saúde e como ferramenta essencial no processo organizacional e gerencial da AB, reduzindo vulnerabilidades em determinado território, com atuação de eSF e eNASF, de outros serviços e de parcerias, investindo na qualidade de vida e protagonismo de sujeitos e comunidades.

Visando implantar um PST, equipes do NASF e da ESF, devem criar espaços coletivos de discussão, bem como, identificar seus determinantes sociais, a fim elaborar coletivamente estratégias para a melhoria da qualidade de vida e redução das vulnerabilidades no território de abrangência (BELOTTI; IGLESIAS; AVELLAR, 2019).

Portanto, o PST é uma ferramenta de trabalho da AB bastante eficiente para intervenções às condições crônicas de saúde, nela inclusa, a obesidade. A exemplo, em 2017, após identificação deste agravo como problema de saúde local e construção coletiva de uma intervenção, implantou-se o PST para enfrentamento da obesidade (PST-EO), numa USF do município de Recife/PE. O PST-EO baseia-se nos três pilares propostos: promoção de saúde; participação social e intersetorialidade (BRASIL, 2010).

Países onde a obesidade afeta grande parte da população, como os Estados Unidos, vem ocorrendo investimentos em iniciativas públicas e privadas, no sentido de prevenir a obesidade entre os jovens, por meio de estratégias de promoção da saúde, com programas de nutrição especial, intervenções e ações de incentivo à alimentação saudável e prática de atividade física (ELLULU et al., 2014).

Bevilaqua, Pelloso e Marcon (2016), ao verificarem a efetividade de um programa com intervenções voltadas para medidas antropométricas e o estágio de prontidão para mudança de comportamento em mulheres com excesso de peso, observaram a necessária integração de condições multifatoriais na ocorrência de

mudanças comportamentais significativas. Para alcançar impacto nos componentes antropométricos, não bastava que os indivíduos apresentassem bons indicativos de disposição para mudança, seria necessário apoio, estímulo e oferta de ações que objetivassem promover a prática regular de exercícios físicos e alimentação equilibrada. Destacaram, ainda, o apoio multiprofissional, como importante fator para que ocorressem as mudanças observadas (BEVILAQUA; PELLOSO; MARCON, 2016).

Um projeto de intervenção comunitária, voltado para ações de promoção à saúde de idosos em Viçosa/Minas Gerais, ressaltou a importância da sustentabilidade das ações, mantendo-as por períodos longos (ALMEIDA et al., 2015). Neste estudo, verificou-se a importância da equipe multiprofissional para obtenção de resultados que impactem positivamente as condições de saúde e a qualidade de vida de idosos. Sugere, ainda, que intervenções comunitárias apresentam grande potencial de mudanças nas condições de saúde dos idosos brasileiros (ALMEIDA et al., 2015).

Revisões sistemáticas recentes sugerem que intervenções de base comunitária envolvendo múltiplas estratégias (por exemplo, apoio político, capacitação, desenvolvimento da força de trabalho), aplicadas em diferentes contextos (por exemplo, creches, escolas, outros ambientes comunitários) são provavelmente eficazes na prevenção do ganho de peso não saudável em crianças de 9 a 11 anos e adultos (WHELAN et al., 2014).

Segundo Almeida e colaboradores (2017), nos últimos anos ocorreram inúmeros estudos sobre os principais desafios e estratégias ao controle e prevenção da obesidade na atenção primária a saúde. Por outro lado, temas como avaliação e monitoramento das intervenções foram pouco abordadas pelos pesquisadores, ressaltando a importância da realização de mais estudos que investiguem a efetividade de intervenções de promoção da saúde de base comunitária, voltadas principalmente para população de baixa renda.

### **4.3 Avaliação de programas e projetos de saúde e Estudos de Avaliabilidade**

A avaliação de programas/intervenções tem sido definida por vários autores ao longo das últimas cinco décadas, quando as avaliações ganham relevância

especialmente nos países com tradição na realização desse tipo de estudo (POTH et al., 2017). Entre os autores e definições citam-se: Avaliação é o levantamento sistemático das atividades e ou dos resultados de um programa ou política, comparando-os com um conjunto de implícitos ou explícitos padrões, visando contribuir para melhoria de programas e políticas (WEISS, 1998). A prática da avaliação consiste no pensamento, coleta e análise sistemática de informações sobre as atividades, características e resultados dos programas, para utilização por pessoas específicas, visando reduzir incertezas, melhorar eficácia e tomar decisões em relação a esses programas (PATTON, 1982). É a aplicação sistemática de métodos e técnicas oriundas da pesquisa social para aferir programas de intervenção social (ROSSI; FREEMAN, 2004).

No Brasil, a avaliação alcança destaque quando os estudos avaliativos ganham expressão como prática de gestão pública (VIEIRA-DA-SILVA, 2014). E entre as várias definições de avaliação, uma das mais frequentemente utilizada na área da saúde no país é a que considera como um julgamento sobre uma intervenção com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Visando ampliar sua abrangência, contemplando elementos técnicos, políticos e sociais, os mesmos autores reformularam a definição. Para esses autores, a avaliação se insere no ramo da valoração das intervenções. Concordam com os demais quanto à sua finalidade para tomada de decisão e a consideram com um processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção a ser avaliada, tal como Guba e Lincoln (1990). Assim, segundo Champagne et al. (2016), avaliar consiste em:

[...] emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individualmente ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações [...]

A avaliação pode produzir informação para a melhoria das intervenções em saúde quando se propõe a emitir um julgamento acerca da sua cobertura, acesso, equidade, eficiência, efetividade e percepção dos usuários a seu respeito (SILVA, 2005). Figueiró, Frias e Navarro (2010) salientam que a avaliação, além de contribuir com os responsáveis dos programas para tomada de decisões na perspectiva de

melhoria das intervenções de saúde, no final, repercutirá na qualidade de vida dos usuários do sistema de saúde.

Assim, Contandriopoulos e colaboradores (1997) nos alertam que:

[...] A avaliação semeia dúvidas sem ter condições de dar todas as respostas e não pode nunca terminar realmente. Atividade dinâmica, apelando para atores numerosos, utilizando métodos diversos e envolvendo competências variadas [...]

Dois tipos principais de estudos são frequentemente referidos na literatura (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; 2010; SAMICO et al., 2010), para avaliação de programas ou intervenções de saúde: 1) a avaliação normativa, onde há o julgamento sobre uma intervenção, comparando os elementos do programa (recursos empregados e sua organização, as atividades realizadas, e os serviços ou bens produzidos) com critérios e normas estabelecidos por pesquisas, fundamentados no julgamento de pessoas bem informadas e/ou de experts na área; 2) a pesquisa avaliativa, elaborada a partir de um procedimento científico visando analisar diversos aspectos da teoria e desenvolvimento de uma intervenção, tais como: a pertinência ao problema, a adequação e plausibilidade do desenho, os vários tipos de efeitos produzidos, a relação entre a intervenção e o contexto no qual ela está inserida, sempre com o objetivo de ajudar na tomada de decisões.

Ainda como classificação das avaliações, elas podem ser identificadas com avaliações somativa e formativa. Segundo Vieira-da-Silva (2014), a avaliação somativa é conduzida após o término do programa e frequentemente tem por objetivo prestar contas a uma audiência externa e é realizada ao fim de uma intervenção; enquanto a avaliação formativa é realizada com a finalidade de aperfeiçoar um programa, no curso da intervenção, através da participação dos gestores e profissionais interessados na execução do programa.

Frequentemente a preocupação dos pesquisadores tem sido a aferição dos efeitos do programa, porém não é possível desvinculá-lo dos processos envolvidos e dos meios de implantação anteriores à obtenção dos seus resultados (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010). Por isso, a partir da década de 1980, os autores passam a utilizar uma avaliação orientada pela teoria, o que para Chen (1990) significa “um conjunto inter-relacionado de pressupostos, princípios, e/ou proposições para explicar ou guiar as ações sociais”. Segundo este autor, a avaliação deve apresentar as relações entre a intervenção, o contexto no qual ela é inserida e os resultados obtidos.

Ainda, segundo Chen (1990), a construção da teoria do programa é uma atividade carregada de valor, que precisa incorporar tanto os saberes científicos como os saberes práticos dos atores implicados na avaliação (stakeholders). Assim, a teoria do programa ou modelo teórico, seria a explicação teórica ou o modo como o programa causa os efeitos pensados ou observados (MEDINA et al., 2005).

Por outro lado, o modelo lógico do programa é um esquema visual sobre o funcionamento da intervenção e a relação como seus elementos (componentes técnicos, insumos, atividades, produtos e resultados) se articulam para resolver o problema que deu a origem ao programa (MCLAUGHLIN; JORDAN, 1999).

Medina et al. (2005), ressaltam que o modelo teórico complementa o modelo lógico, uma vez que esses dois modelos trarão especificações sobre o problema, a população-alvo, as condições do contexto, o conteúdo do programa e os recursos necessários para produzirem os efeitos esperados. Alguns autores denominam o modelo lógico como aquele que explícita o funcionamento do programa e a relação causal entre seus elementos; e o modelo teórico, é o que extrapola o programa, e compreende os fatores que podem interferir nos efeitos desejados (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010).

Da mesma forma, a Teoria da Mudança (TM), muitas vezes é utilizada como sinônimo do ML, no entanto esta teoria busca ir mais além, tentando construir um relato explicativo de como a intervenção funciona, em que circunstâncias e com quem (OTTAWA, 2015; MAYNE, 2000). Segundo Mayne (2000), a TM é um modelo da intervenção como causa contributiva, ou seja, é um modelo que pretende mostrar a contribuição da intervenção para alcance dos resultados esperados.

Antes de se iniciar uma avaliação de um programa, é recomendável proceder a um estudo exploratório como parte da análise de situação prévia a realização da avaliação propriamente dita (VIEIRA-DA-SILVA, 2014). Nessa perspectiva, Mendes et al. (2010) recomendam um tipo de estudo conhecido como avaliabilidade ou pré-avaliação, para examinar em que medida um programa está em condições de se submeter a uma avaliação.

Os estudos de avaliabilidade surgem a partir da década de 1970, especificamente no campo da saúde, pela necessidade de se repensar programas e ações na perspectiva de esquematizar de forma racional o processo de intervenção, com vistas aos resultados e metas (ROSSI; LIPSEY; FREEMAN, 2004). Tendo Wholey (1987, 1977) como um dos principais precursores, esses estudos buscavam

identificar se as intervenções e programas tinham objetivos mensuráveis e se a estrutura que fazia parte do contexto permitia a execução das atividades de forma a alcançar os objetivos pretendidos.

O Estudo de Avaliabilidade (EA) é definido como o estudo do conjunto de procedimentos presentes no planejamento de avaliações que as partes interessadas devem levar em conta, a fim de maximizar a utilidade da avaliação (THURSTON; RAMALIU, 2005). Para Rossi et al. (2016), os *evaluability assessment* (EA) consistem no exame sistemático e preliminar de um programa, em sua teoria e em sua prática, a fim de determinar se há justificativa para uma avaliação extensa ou para melhor delimitar os objetivos do programa, bem como identificar áreas críticas a serem priorizadas na avaliação. Avaliabilidade é caracterizada por estabelecer uma descrição crítica e lógica de um objeto de estudo (NATAL et al., 2010) e por representar grande potencial de coordenar esforços para dar credibilidade e visibilidade às ações ou intervenções (SAMICO et al., 2010).

Os produtos desejados do EA são a descrição completa do programa, um plano de avaliação em comum acordo entre as partes interessadas contendo as questões fundamentais a serem abordadas pela avaliação e o modelo lógico do mesmo (NATAL et al., 2010; THURSTON; RAMALIU, 2005). Também podem ser utilizados para verificar se um programa está implementado de forma adequada, e analisar a teoria e a prática do programa, na intenção de determinar se o mesmo pode submeter-se a uma avaliação (LIMA, 2005; NATAL, 2010; PATTON, 2002).

O objetivo de um modelo lógico desenvolvido pelos estudos de avaliabilidade é ser um desenho funcional. Espera-se que apresente visualmente como um programa/política que poderá se desenvolver, sua possível execução em um determinado cenário e como pretende resolver os problemas iniciais identificados (DIAS et al., 2018).

No Brasil, entre os modelos de EA utilizados destacam-se aqueles desenvolvidos por Leviton e colaboradores (1998); Rossi, Lipsey e Freeman (2004); Thurston; Ramaliu (2005). Como técnicas de pesquisa mais adotadas nos EA realizados no país, identificam-se o levantamento e análise documental (considerando documentos oficiais e a literatura científica e cinza), e entrevista com gestores ou informantes-chave (NATAL, 2010).

Segundo Leviton e colaboradores (1998), o EA é um processo cíclico e interativo, necessitando seguir quatro etapas: 1) esclarecimento de objetivos e

metas do programa; 2) desenvolvimento e pactuação do modelo lógico com os interessados; 3) análise e comparação entre a realidade do programa e o ML, e; 4) recomendações para o programa.

Para Rossi, Lipsey e Freeman (2004), na etapa de delimitação do programa, devem ser observadas algumas questões preliminares, como: o problema de saúde ao qual o programa pretende resolver; se os objetivos e metas do programa estão consistentes com o problema; as intervenções/atividades desenhadas para resolver o problema; e, os aspectos do programa, que necessitam ser avaliados.

De acordo com Thurston e Ramaliu (2005), a avaliabilidade de uma determinada intervenção ou programa, deverá prosseguir com o auxílio dos seguintes passos: 1) Delimitação do programa e identificação de suas metas, objetivos e atividades; 2) Identificação e análise dos documentos da intervenção a ser avaliada; 3) Construção do modelo lógico do programa (ML); 4) Supervisão do programa, ou entendimento preliminar de como o programa opera; 5) Desenvolvimento de um modelo Teórico de Avaliação (MTL); 6) Identificação dos usuários e envolvidos na avaliação, e; 7) Definição de procedimento de avaliação.

Na última década vários são os EA realizados pelos pesquisadores para analisar políticas e programas de saúde no Brasil. Como exemplo de EA das políticas de saúde, temos: Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS – Participa SUS (BEZERRA et al., 2012); Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem em Sobral, Ceará (NASCIMENTO et al., 2014); Política das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), em Recife, Pernambuco (CAZARIN; LIMA; BENEVIDES, 2017); Política Nacional de Promoção à Saúde no Nordeste do Brasil (DIAS et al., 2018). Dentre os programas, foram realizados o EA, dos seguintes: Programa + Vida para redução de danos de álcool, fumo e outras drogas, Recife, Pernambuco (MEDEIROS et al., 2010); Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica – PROVAB (OLIVEIRA et al., 2015); Programa Academia Carioca de Saúde (PADILHA et al., 2015); Programa Saúde na Escola em Belo Horizonte, Minas Gerais (OLIVEIRA et al., 2016); Programa Academia da Saúde, Recife, Pernambuco (SILVA et al., 2015); 6) Rede cegonha em Pernambuco (ZACARIAS, 2018).

Além de políticas e programas de saúde, os EA têm sido utilizados para avaliar diversos outros aspectos no SUS, como exemplo: a Assistência farmacêutica para pessoas vivendo com HIV/Aids (ESHER et al., 2011); a Norma técnica do MS

sobre a Atenção Humanizada ao abortamento (ROCHA; UCHOA, 2013); O Núcleo Ampliado da Saúde da Família, com foco na integração às equipes apoiadas (SOUZA; CALVO, 2018); o Plano de enfrentamento das DCNT no DF (OLIVEIRA, 2017); o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SILVA et al., 2018); os Instrumentos de Planejamento do MS (ARAUJO et al., 2018).

Em todos esses EA, os resultados apontaram que os programas e intervenções foram passíveis de avaliação, pois explicitaram suas plausibilidades por meio do modelo lógico. São considerados avaliáveis, na medida em que foi possível caracterizar os seus elementos constituintes, oferecendo subsídios na compreensão dos processos implicados em sua operacionalização. Além disso, o EA contribui para melhor entendimento dos programas e dos mecanismos implicados na sua operacionalização, favorecendo o aperfeiçoamento destes (MENDES et al., 2010).

Em revisão sistemática sobre EA de políticas e programas de saúde desenvolvidos no âmbito do SUS, analisou-se que os estudos vêm sendo realizados com base em modelos teórico-metodológicos distintos, como modelos propostos por Leviton e colaboradores (1998) e, com predominância da proposta de Wilfreda, Thurston e Ramaliu (SOUZA; GUIMARÃES; SILVA, 2017).

Baratieri e colaboradores (2019), ao realizarem uma revisão integrativa da literatura sobre aplicação de Estudos de Avaliabilidade, identificaram que este tipo de estudo vem aumentando na área da saúde. Por outro lado, há necessidade de melhorar sua qualidade, em especial: no objetivo e questão da pesquisa; descrição do envolvimento dos autores e dos stakeholders; descrição dos procedimentos de análise dos dados; estratégias para garantir validade e confiabilidade dos dados; e explicações sobre a contribuição do EA para aumento do conhecimento acadêmico (BARATIERI et al, 2019).

## **5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Neste tópico, vamos descrever como será realizado nosso estudo, apresentando: seu desenho, local de estudo, período, etapas, acervos e sujeitos, bem como todo procedimento para análise dos dados.

### **5.1 Desenho do Estudo**

Trata-se de um Estudo de Avaliabilidade (EA), com abordagem qualitativa, no qual foi realizado o estudo de caso com ênfase na análise descritiva e exploratória dos aspectos teóricos e operacionais das ações e do contexto do Projeto de Saúde no Território para enfrentamento da Obesidade.

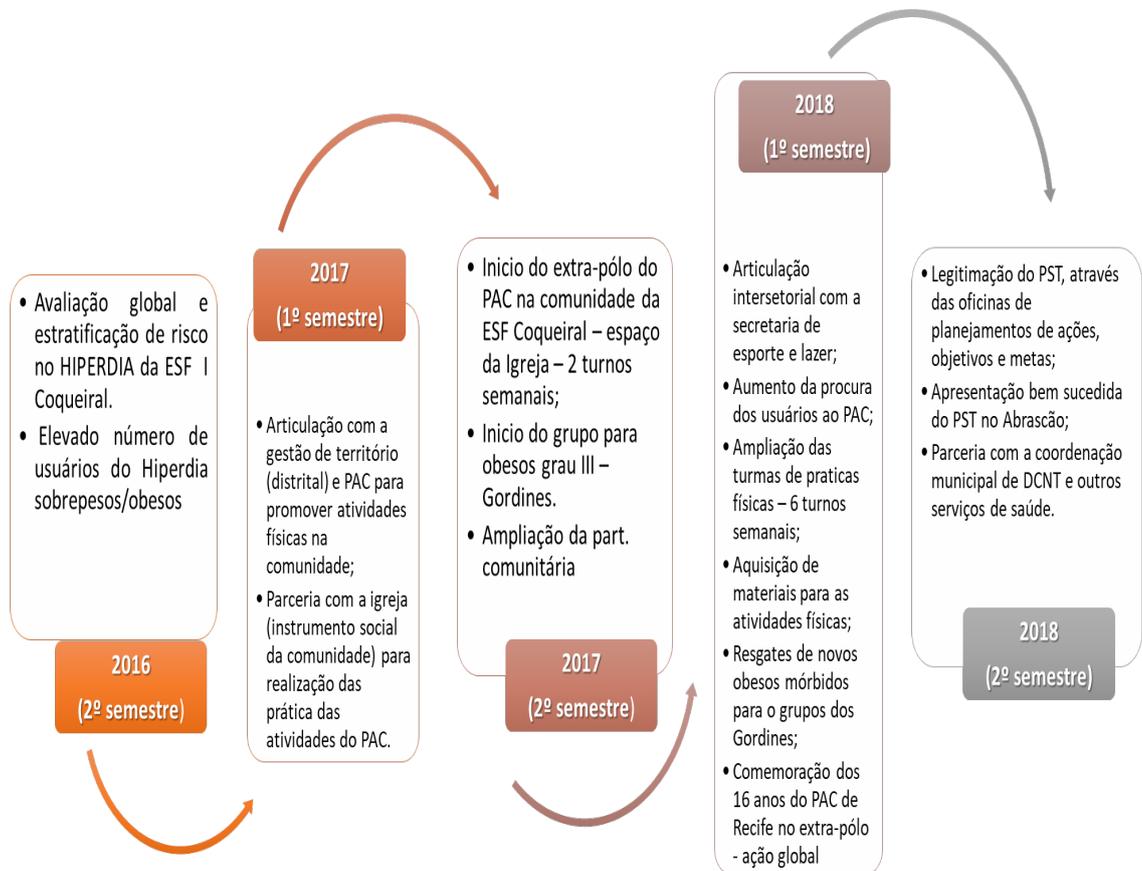
### **5.2 Local do estudo**

O estudo foi realizado na área adscrita da USF Coqueiral/Imbiribeira, do município de Recife. Esta comunidade é situada no Distrito Sanitário VI, composto por aproximadamente 6.000 indivíduos cadastrados. A ESF foi implantada em 2004, representados por 2 equipes, onde cada equipe é composta por 01 médico, 01 enfermeiro, 01 técnico de enfermagem, 06 agentes comunitários de saúde. As eSF compartilham uma eNASF e um extra polo (espaço adaptado no território) do Programa Academia da Cidade de Recife (PAC), recentemente implantado, os quais foram objeto deste estudo.

O extra polo do PAC Coqueiral/Imbiribeira está inserido na Igreja Presbiteriana (equipamento social) pertencente ao território de abrangência da ESF. Este espaço vem sendo utilizado para realização das ações de atividades físicas, bem como de educação em saúde, visto que não existe local apropriado, nem recursos financeiros para criação de um pólo fixo do PAC no território de estudo.

Para melhor explicitar a intervenção, será apresentado a linha do tempo do PST-EO (figura 1), a qual descreve cronologicamente a implantação no local.

**Figura 1** - Linha do Tempo do PST de enfrentamento da obesidade, USF Coqueiral/ Imbiribeira, Recife/PE.



Fonte: A autora

### 5.3 Período de estudo

A coleta dos dados do estudo foi realizada no período de julho a dezembro de 2019, após aprovação no comitê de ética e pesquisa (CEP).

### 5.4 Acervos e Sujeitos envolvidos no estudo

Para a elaboração do modelo teórico-lógico (MTL) do projeto foram realizadas análise documental e entrevistas com informantes-chave. Como a proposta deste estudo era que os interessados na avaliação tivessem ação participativa, desde o período de concepção da pesquisa e durante a sua realização, foi necessário

considerar o compromisso entre o avaliador e os interessados na avaliação, antes de se implementar a avaliação, propiciando uma construção coletiva e consensuada (OLIVEIRA, 2017).

Assim, os sujeitos da pesquisa foram selecionados de modo intencional e não probabilístico, atendendo ao foco do estudo. Considerou-se o envolvimento com a intervenção e a opinião dos envolvidos, representados por: 03 coordenadores municipais (gestores do programa de DCNT, do PAC), 10 profissionais que atuam diretamente no atendimento à população (profissionais da ESF e NASF) e 06 residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) da Secretaria de Saúde do Recife que participam do projeto.

### **5.5 Etapas do Estudo**

Para a verificação da avaliabilidade do Projeto de Saúde no Território para enfrentamento da obesidade, utilizou-se do sistema de sete etapas proposto por Thurston e Ramaliu (2005), o qual buscou:

- 1) Delimitar o programa e identificar suas metas, objetivos e atividades;
- 2) Identificar e analisar os documentos da intervenção avaliada;
- 3) Construir o modelo lógico do programa (ML);
- 4) Compreender de modo preliminar como o programa opera;
- 5) Desenvolver um modelo Teórico de Avaliação (MTL);
- 6) Identificar os usuários e envolvidos na avaliação;
- 7) Definir o procedimento de avaliação.

Foram utilizadas as fontes de dados descritas no quadro 1, consideradas básicas e fundamentais para a consecução deste estudo, bem como suas contribuições em cada um dos sete elementos proposto por Thurston e Ramaliu (2005).

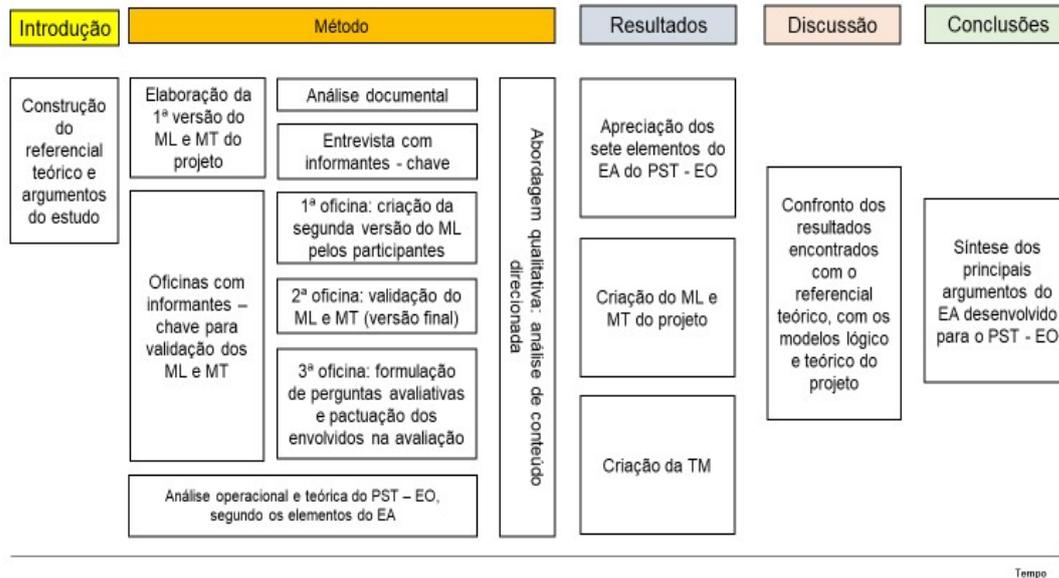
**Quadro 1** - Resumo das fontes de dados do Estudo da Avaliabilidade do PST para enfrentamento da obesidade, Recife/PE.

<b>Elemento</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Fonte de Dados</b>
1	Análise da normativa do Projeto a respeito da sua descrição, metas, objetivos e atividades e identificação da percepção dos envolvidos acerca desses componentes	Documento do PST- EO Entrevistas com atores-chave.
2	Análise dos documentos que norteiam o PST: objetivos; organização do Programa; público-alvo; metas a serem alcançadas; ações necessárias ao desenvolvimento das atividades do Projeto; e, os resultados a serem alcançados.	Documentos selecionados
3	Construir e validar o ML	Documentos selecionados e analisados; Entrevistas com atores-chave; Oficina com atores-chave.
4	Descrição da organização e funcionamento do programa	Documentos selecionados e analisados; Entrevistas com atores-chave.
5	Descrição da teoria do programa e identificação das relações entre os componentes do Modelo Lógico, os atores e o contexto de implantação	Documentos selecionados; Entrevistas com atores-chave.
6	Identificação dos usuários e envolvidos na avaliação.	Entrevistas e oficinas com os atores envolvidos.
7	Identificação e pactuação do procedimento de avaliação a ser realizado em estudo posterior.	Oficina com atores-chave.

Fonte: Adaptado de Silva (2015).

Na fase de coleta de dados para desenvolvimento desses estudos, existem dois procedimentos que se fazem importantes: o acúmulo das informações produzidas pelo programa e por outras experiências similares, e através das partes interessadas no programa (MEDINA et al., 2005). Portanto, este estudo seguiu as etapas, descritas na figura abaixo.

**Figura 2 -** Modelo operacional utilizado para o estudo.



Fonte: A autora.

### 5.5.1 Análise Documental

Para análise documental foram realizadas consultas a documentos referentes ao enfrentamento da obesidade que auxiliaram na implantação do PST-EO. Esta pesquisa documental buscou informações acerca de: existência de objetivos; organização do Programa; público-alvo; metas a serem alcançadas; ações necessárias ao desenvolvimento das atividades do Projeto; e, os resultados a serem alcançados. Além dos documentos que existem na USF de estudo, sobre o projeto de intervenção local, também foram realizadas consultas a documentos produzidos pelos Ministério da Saúde (MS), do Diário Oficial da União, do município de Recife e de outros municípios do país. A natureza destes documentos é constituída por políticas, portarias, publicações e instrumentos técnicos, descritos a seguir:

- Livro Ata de registro das atividades, ações, reuniões e planejamento local do PST na USF de estudo;
- Política Nacional de Alimentação e Nutrição (2013), publicada pelo MS;
- Política Nacional de Promoção da Saúde (2015), publicada pelo MS;
- Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011 – 2022, publicado pelo MS;

- e) Portaria GM/MS Nº 424, de 19 de março de 2013 – que 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;
- f) Cadernos de Atenção Básica nº 38 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – obesidade (2014), publicado pelo departamento de atenção básica do MS;
- g) Documento da Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: “orientando sobre modos de vida e alimentação adequada e saudável para a população brasileira”, publicado pela Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional;
- h) Linha de cuidado da obesidade, publicado pelo município de Palmas/TO (2015).

#### 5.5.2 Entrevistas com informantes-chave

Para realização das entrevistas utilizou-se um questionário semiestruturado (Apêndice II), com perguntas relacionadas ao conhecimento sobre os objetivos e as ações desenvolvidas, os insumos necessários, os contextos social, político e organizacional que permeiam a implementação dessa prática no território, a importância do Projeto de Saúde no Território para o enfrentamento da obesidade e também sobre a avaliação do mesmo. Essas entrevistas aconteceram durante os meses de julho e agosto de 2019, sendo previamente agendadas com os envolvidos, e realizadas nos locais de trabalho de cada entrevistado.

Foram entrevistados 13 informantes-chave, sendo: dois gestores do Departamento da Atenção Básica Municipal, um da coordenação das Doenças Crônicas e um da Coordenação do PAC; um gestor do Distrito Sanitário VI, responsável pela coordenação da área de abrangência da USF Coqueiral; três profissionais da eqSF (1 médico, 1 enfermeiro, 1 ACS); três profissionais da eqNASF (1 nutricionista, 1 psicólogo e 1 terapeuta ocupacional); e quatro residentes em saúde da RMSF (1 enfermeiro, 1 nutricionista, 1 terapeuta ocupacional e 1 fisioterapeuta).

Cada entrevista teve duração média de 20 minutos e foram registradas por meio de gravação em meio digital e anotações manuscritas. As gravações foram transcritas integralmente pela própria pesquisadora.

### 5.5.3. Construção do Modelo Lógico

Após a realização das entrevistas com informantes-chave e análise documental, elaborou-se a 1ª. versão do ML pela pesquisadora.

A construção do ML permitiu apresentar de forma explícita e detalhada o funcionamento da estratégia do PST para o enfrentamento da obesidade na USF em Recife/PE, e foi constituído pelos elementos preenchidos a partir das orientações sistematizadas no Quadro 2.

**Quadro 2** - Elementos constituintes do Modelo Lógico do PST para enfrentamento da obesidade, Recife/PE.

<b>Elementos do Modelo Lógico</b>	<b>Definição</b>
Componente	Palavra chave que agrega um conjunto de atividades do modelo lógico.
Subcomponente	Quando o componente reúne muitas atividades, o subcomponente deve agregar as atividades fins, no sentido de compreender melhor as relações do modelo lógico.
Estrutura	É composta da mobilização de recursos financeiros, humanos, imobiliários, técnicos e informacionais, de regulamentos e de regras que definem como os recursos são repartidos e trocados e de valores que permitem aos diferentes atores envolvidos na intervenção comunicar-se entre eles e dar sentido as ações.
Processo	São os meios utilizados para atingir os resultados esperados. São todas as ações realizadas no programa.
Produtos ou Resultados Intermediários	São as mudanças que o programa pretende propiciar, os resultados diretos do programa, ou resultados de curto e médio prazos, podendo retratar o resultado do conjunto de atividades de um componente.
Resultado Final	São, em sua maioria, de longo prazo, muitas vezes influenciados por fatores externos ao programa.

Fonte: Adaptado de Bezerra et al. (2012).

Após a criação da 1ª versão do ML pela pesquisadora, iniciaram-se as oficinas de trabalho com os envolvidos no projeto (profissionais, residentes, comunitários e gestores envolvidos no projeto). Entre os meses de outubro e dezembro de 2019 foram realizadas três oficinas, visando apresentar e validar o ML do projeto; discutir, identificar e pactuar as perguntas avaliativas e os procedimentos de avaliação desenvolvidos na etapa final deste estudo.

A **primeira oficina** foi realizada em 10 de outubro de 2019 às 14:00h, com uma duração média de 2h. Esta foi destinada para que os participantes recebessem informações sobre o estudo (objetivo e formas de condução), o ML (utilidade e forma de construção) e o referencial normativo do projeto (apresentação e discussão dos documentos que norteiam o PST-EO). Nesse momento foi apresentado o ML construído pela pesquisadora, posteriormente, os participantes foram convidados a criarem sua versão, baseado(as) nos componentes encontrados nos documentos e entrevistas. Neste primeiro momento participaram 19 atores-chave, sendo 01 gestor, 06 profissionais da eSF, 02 profissionais da eNASF, 06 residentes da RMSF, 01 usuário e 03 graduandas de Nutrição.

Objetivando a participação de todos envolvidos de forma paritária, subdividiu-se em 3 grupos mistos, onde cada grupo ficou responsável por criar a versão do ML de cada um dos componentes previamente estabelecido pela pesquisadora (1- Promoção à saúde; 2- Cuidado integral aos indivíduos com excesso de peso, 3- Gestão e planejamento).

A construção da 2ª versão se baseou no referencial normativo do projeto e na opinião dos profissionais que atuam no programa, os quais criaram o modelo lógico apresentando sugestões e solicitando esclarecimentos quando necessário. Com o objetivo de se criar um esquema que se apresentasse a lógica do programa, utilizou-se um roteiro de informações (Apêndice C) para auxiliar nessa construção (SILVA, 2017).

A **segunda oficina** aconteceu no dia 07 de novembro de 2019 às 14:00h, no auditório da igreja da comunidade. Esta teve o objetivo de validar a 2ª versão do ML, a qual foi construída pela junção das versões da pesquisadora e dos atores-chaves que participaram da primeira oficina. Participaram 18 atores-chave, sendo: 10 profissionais da ESF, 06 residentes da RMSF e 02 graduandas de enfermagem.

Para a **validação** do modelo utilizou-se o modelo proposto por Ferreira, Cassiolato e Gonzáles (2007), através da checagem dos componentes do projeto, do teste de consistência e a análise da vulnerabilidade do mesmo. Na checagem dos componentes, todos os atores envolvidos deveriam sugerir alterações nas informações contidas em cada elemento do modelo (após a análise prévia), tornando-o mais completo. Segundo esses autores, no teste de consistência, será construído hipóteses, as quais descreverão uma série de assertivas “se – então”, considerando os elementos do modelo; e para a análise de vulnerabilidade, serão considerados os fatores contextuais, identificando os elementos de invalidação das apostas contidas na estruturação do modelo lógico.

Neste momento, também foram solicitadas opiniões sobre o problema de saúde pública para o qual o programa foi criado, checagem dos componentes, verificação da acurácia do modelo, identificando a consonância entre o aparato normativo existente e os elementos do modelo, além de analisar a vulnerabilidade do Modelo Lógico proposto para o Programa.

Segundo Bezerra, Cazarin e Alves (2010), para contextualizar os aspectos e elementos do programa, bem como acordar toda a construção do modelo lógico, é de suma importância, analisar as informações coletadas por meio do consenso de informantes-chaves da rotina do programa, e também dos especialistas na área. Os processos de construção de consenso, ampliam a possibilidade de validade dos critérios/indicadores, como também, conferem maior legitimidade aos processos avaliativos (MEDINA et al., 2005).

Por fim, aconteceu a **terceira oficina**, no dia 05 de dezembro de 2019, com duração média de 03 horas, realizada pela pesquisadora com os envolvidos no projeto, onde ocorreu a apresentação do produto final do ML, o qual foi consensuado e validado, através de questionamentos sobre o produto final e a intervenção (Apêndice IV). Em seguida, realizou-se uma explanação sobre avaliação, finalizando com a formulação de perguntas avaliativas para o PST.

Segundo Cazarin, Mendes e Albuquerque (2010), a determinação de perguntas avaliativas será responsável pelo direcionamento do processo avaliativo, servindo para delimitar o que será avaliado, articulando o foco da avaliação. Para a Joint Committee on Standards for Education Evaluation (1999), a avaliação deve ser orientada para o serviço, atendendo as necessidades de informações dos interessados na avaliação.

Assim, para a formulação e seleção das perguntas avaliativas foram utilizadas as duas fases propostas por Cronbach, (1982):

- 1) *Fase divergente* – através da discussão em grupo, guiada pelas seguintes questões: quais perguntas ou preocupações a respeito do projeto os participantes gostariam que a avaliação respondesse; que informações seriam úteis para melhor conduzir o projeto, e; que outras informações seriam importantes.
- 2) *Fase convergente* – realizado um consenso sobre o foco da avaliação com base em critérios de prioridade, utilidade, relevância e viabilidade. A seleção das perguntas avaliativas foi realizada através de uma matriz de decisão. Para compor a matriz, utilizamos os critérios sugeridos, também por Cronbach (1982), buscando responder as seguintes questões: A pergunta é prioritária? É útil? Gera informações importantes? É viável? (Apêndice E).

As perguntas que obtiveram maior pontuação, segundo a matriz de decisão (prioridade, utilidade, relevância e viabilidade), foram prioritariamente escolhidas (CAZARIN; MENDES; ALBUQUERQUE, 2010).

## **5.6 Procedimentos para análise das informações**

Para a análise das entrevistas e da pesquisa documental, realizou-se uma abordagem qualitativa, utilizando a técnica de análise de conteúdo direcionada. Para Hsieh e Shannon (2005), esta análise é mais estruturada do que a convencional, pois se parte de uma teoria ou de categorias já existentes, e buscam-se informações sobre as variáveis de interesse e ou as relações entre elas. Dessa forma, os documentos e as entrevistas consideraram categorias previamente definidas para os roteiros de análise documental e entrevistas com informantes chave. Estas foram transcritas e lidas à exaustão e de forma transversal, destacando no texto os trechos com significado relevante e verificando semelhanças e diferenças entre os subconjuntos constituídos.

## **6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

A pesquisadora solicitou a anuência do Gestor Municipal da Secretaria de Saúde do Recife, e submeteu o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães, FIOCRUZ/PE, aprovado com o parecer 12839319.0.0000.5190.

Foram atendidos todos os preceitos éticos constantes na Resolução 466/12 das Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Para entrevista e oficinas, empregou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aos sujeitos do estudo com base nos princípios da Beneficência, Não-Maleficência, Autonomia e Justiça, que se constituem a base da bioética. Consta-se no TCLE (Apêndice I), sobre a participação na pesquisa, a qual deveria ser voluntária, sendo inclusos somente os indivíduos que concordaram e assinaram o TCLE (duas vias), assegurando-lhes ainda a inteira liberdade de saírem da pesquisa a qualquer momento, sem quaisquer represálias.

Foram realizadas oficinas no próprio serviço, onde os sujeitos puderam expressar suas opiniões com maior segurança, sendo garantido que os relatos fossem analisados e apresentados de forma agregada sem identificação nominal dos participantes.

## 7 RESULTADOS

Os sete elementos da avaliabilidade, conforme proposto por Thurston e Ramaliu (2005), foram realizados no desenvolvimento do EA do Projeto de Saúde no Território para enfrentamento da obesidade em Recife/PE. Estes elementos subsidiaram à descrição operacional e teórica do Projeto, bem como a pactuação dos envolvidos na avaliação e das perguntas avaliativas, os quais serão utilizados em estudos avaliativos futuros. A seguir será apresentado o quadro resumo deste EA, segundo os elementos propostos, e na sequência, cada elemento será descrito.

**Quadro 3** – Resultados do estudo de avaliabilidade do Projeto de enfrentamento da obesidade na USF Coqueiral/ Imbiribeira – segundo os sete elementos de Thurston e Ramaliu (2005).

(continua)

Elementos	Resultado
<p><b>1- Descrição do projeto:</b> metas, objetivos e atividades que constituem o programa/projeto</p>	<p><b>Metas:</b> Os documentos oficiais e documento local do projeto, além das entrevistas realizadas, trazem os objetivos, atividades e, em alguns casos, os resultados esperados. Porém não há consenso sobre as metas do programa entre os entrevistados e alguns desses confundem metas com objetivos do programa.</p> <p><b>Objetivo:</b> Promoção de hábitos saudáveis, visando a diminuição da prevalência da obesidade e DCNT.</p> <p><b>Atividades:</b> ações que visam a mudança de comportamento e estímulo aos hábitos saudáveis; articulação intra e intersetorial; participação social; organização da linha de cuidado do excesso de peso; planejamento, monitoramento e avaliação do projeto.</p>
<p><b>2- Documentos do programa:</b> identificação, análise e revisão documental</p>	<p>Foram identificados e analisados 08 documentos, os quais tratam dos objetivos, princípios e diretrizes de políticas e programas de promoção à saúde e/ou enfrentamento à obesidade, porém, mostram-se pouco esclarecedores em relação as metas desejáveis.</p>
<p><b>3- Modelo lógico do projeto:</b> modelagem dos recursos disponíveis, programa de atividades pretendidas, impactos esperados e conexões causais presumidas;</p>	<p>A descrição do programa explicitando seus componentes, atividades e efeitos é apresentada no Modelo Lógico do Programa, ao longo do texto.</p>
<p><b>4- Teoria da Mudança:</b> supervisão do projeto, ou entendimento preliminar de como o projeto opera;</p>	<p>Descrição da Teoria da Intervenção/Mudança, a qual foi desenvolvida com base nos programas e políticas de promoção à saúde e de enfrentamento à obesidade, orientadas pelas visões dos <i>stakeholders</i>, teorias e estudos sobre o tema, como também avaliações e pesquisas anteriores.</p>

**Quadro 3** – Resultados do estudo de avaliabilidade do Projeto de enfrentamento da obesidade na USF Coqueiral/ Imbiribeira – segundo os sete elementos de Thurston e Ramaliu (2005).

(conclusão)

<b>Elementos</b>	<b>Resultado</b>
<b>5- Modelo teórico do projeto:</b> desenvolvimento do modelo do programa; impactos esperados e conexões causais presumidas;	Elaboração de um Modelo Teórico, informando o contexto no qual o programa exerce suas atividades no território, contemplando sua estrutura organizacional e fatores essenciais para a sustentabilidade do mesmo.
<b>6- Identificação de usuários da avaliação e outros principais envolvidos;</b>	Foram identificados a comunidade em geral, usuários ativos e participantes, profissionais da ESF e gestores do DS 6.
<b>7- Identificação e pactuação do procedimento de avaliação a ser realizado em estudo posterior:</b> obtenção de um acordo quanto ao procedimento de uma avaliação.	Definiu-se que a avaliação será realizada mediante desenvolvimento de estudo de caso, visando verificar o envolvimento dos atores-chave no processo; o grau de implantação do projeto e a indução de mudanças no processo de trabalho das equipes de saúde.

Fonte: A autora.

## 7.1 Elemento 1 – Descrição do Projeto

Este projeto surgiu em 2017 quando a eqSF e eqNASF, visando enfrentar o elevado número de usuários com excesso de peso, muitas vezes associados a outras DCNT. Articulando com a gestão distrital e outros setores da secretaria de saúde do município e da comunidade, com a proposta de organização de um espaço para oferta de atividades destinadas à construção compartilhada de hábitos saudáveis na população.

A partir desta articulação, firmou-se uma parceria entre o PAC do Recife (distrital e municipal), o qual criou um extra polo na comunidade, por meio da parceria com um dos equipamentos sociais do território, a Igreja Presbiteriana, onde acontecem as atividades físicas e ações/grupos de educação em saúde.

Ao longo do tempo, estabeleceram-se novas parcerias, realizaram-se reuniões participativas e uma oficina de planejamento envolvendo todos os atores sociais implicados no processo (profissionais e residentes em saúde, gestores, parceiros e representantes da comunidade). Visou-se com essas atividades a ampliação da oferta de ações para o enfrentamento do agravo. Assim, a intervenção foi ganhando um escopo maior, tornando-se o PST-EO, o qual preconiza ações de prevenção, promoção à saúde, articulação intersetorial e participação social.

Além disso, este projeto foi embasado em políticas e programas nacionais, que objetivam a promoção à saúde e o enfrentamento da obesidade, como: a) a

Política Nacional de Promoção à Saúde, que dentre suas vertentes, visa a promoção de práticas de atividades físicas e alimentação saudável para a população brasileira; b) Política Nacional de Alimentação e Nutrição, a qual faz recomendações para realização da vigilância alimentar e nutricional, bem como orientações sobre alimentação saudável, no intuito de diminuir a prevalência da obesidade no país; c) Portarias e instrumentos específicos para o enfrentamento da obesidade, os quais norteiam a criação de plano de cuidado e RAS para obesidade.

Além do documento de formulação do PST-EO, foram identificados elementos descritivos do projeto por meio das entrevistas com informantes chave. Como objetivo geral, verificou-se o seguinte propósito: Melhorar a qualidade de vida da população do território, por meio de mudanças comportamentais levando a adoção de hábitos saudáveis. Essa proposição pode ser evidenciada nas falas de profissionais de saúde:

Eu acredito que a gente..., enquanto NASF né... tem essa perspectiva da promoção da qualidade de vida dessas pessoas com excesso de peso e doenças crônicas ... a gente vai pensar em alcançar algum nível de modificação, da mudança de comportamento de estilo de vida em geral..." (P1).

Na verdade, são todas as pessoas da comunidade... de uma maneira geral, é todo mundo, é adulto, é idoso, é criança, é a mulher, principalmente nos momentos de promoção à saúde, esse é para todos (P2).

Suas metas não foram definidas pela equipe e muitas vezes se confundem com os objetivos, sendo essa ausência referida como preocupação em uma das entrevistas com profissionais de saúde:

Eu acho que a gente não estabeleceu nada numericamente. Talvez seja importante estabelecer, né. A gente não tem nada definido com relação, por exemplo, a questão de percentual de acompanhamento, a melhoria das taxas metabólicas, mudança de comportamento, acompanhamento de especialistas... Acho que são metas possíveis de se pensar, mas eu acho que ainda não tem completamente estabelecido isso. (P2).

Por outro lado, observa-se desconhecimento dos objetivos e metas do projeto por parte dos gestores da secretaria de saúde. Percebe-se o maior envolvimento de apenas um dos gestores com o PST-EO, conforme se observa nos depoimentos abaixo:

Bem, eu não tenho conhecimento deste projeto, eu tenho conhecimento sobre o problema da obesidade, em si... não tenho conhecimento sobre os objetivos e metas. Meu contato com projeto é basicamente inicial, hoje (G1). O objetivo geral é a melhoria na qualidade de vida das pessoas, educar as pessoas, até o compromisso de se cuidar. O cuidado... o cuidado com a

saúde, que vai desde as boas práticas alimentares, como as práticas físicas (G3).

As ações implementadas pretendem promover a saúde por meio do autocuidado para enfrentamento da obesidade, da vigilância alimentar e nutricional; do cuidado integral e longitudinal. Assim foram encontrados nos documentos analisados e nas seguintes falas:

Aumentar frequência de atividade física dos usuários, melhorar acesso aos serviços de saúde e o vínculo com a equipe ESF, de modo a aumentar a adesão ao tratamento do sobrepeso/obesidade... Promover o autocuidado dos usuários com excesso de peso e desenvolver um fluxo de serviços de saúde para combater o excesso de peso na comunidade, buscando estruturar uma linha de cuidado para essa enfermidade.(R4).

É realizado a Academia da cidade com o professor de educação física e a avaliações periódicas, por parte do nutricionista, fisioterapeuta, enfermeiro, médicos; com exames laboratoriais e outros encaminhamentos, que se façam necessários. (P3).

Portanto, o PST-EO opera através de diversas atividades no propósito de promover hábitos saudáveis para os comunitários. Desde sua implantação em 2017 até os dias atuais, o projeto desenvolve atividades físicas no exta polo do PAC, de segunda a quinta-feira, nos turnos da manhã e da tarde; grupos para população de obesos grau 3; avaliações de saúde trimestrais para acompanhamento e seguimento dos usuários cadastrados; atendimentos individuais e interprofissional em casos específicos; ações para rastreamento de novos usuários e divulgação do projeto.

Essas ações são planejadas e embasadas nas estratégias para o cuidado da pessoa com obesidade, do Caderno de Atenção Básica do MS (BRASIL, 2014), bem como de políticas e programas de saúde que visam o controle do excesso de peso. A abordagem integral e dinâmica do projeto é observada em uma das falas dos entrevistados:

A partir do PST a equipe está organizada como se fosse uma linha de cuidado com várias frentes de intervenção para garantir o cuidado do usuário com excesso de peso... eles terão oportunidade de participar de exercícios físicos, acompanhamento de exames laboratoriais... além de grupos em que serão promovidas ações de educação alimentar e nutricional e educação em saúde em geral, e acesso a alimentação adequada e saudável (feira orgânica). Dessa forma, a estratégia envolverá o indivíduo, os profissionais da ESF e do NASF, além dos profissionais do PAC e a comunidade como um todo. (R3).

Evidenciou-se, conforme o documento base do projeto e as entrevistas, a concordância quanto ao objetivo geral do PST-EO, bem como a integralidade das ações, necessárias para o alcance dos resultados pretendidos com o projeto.

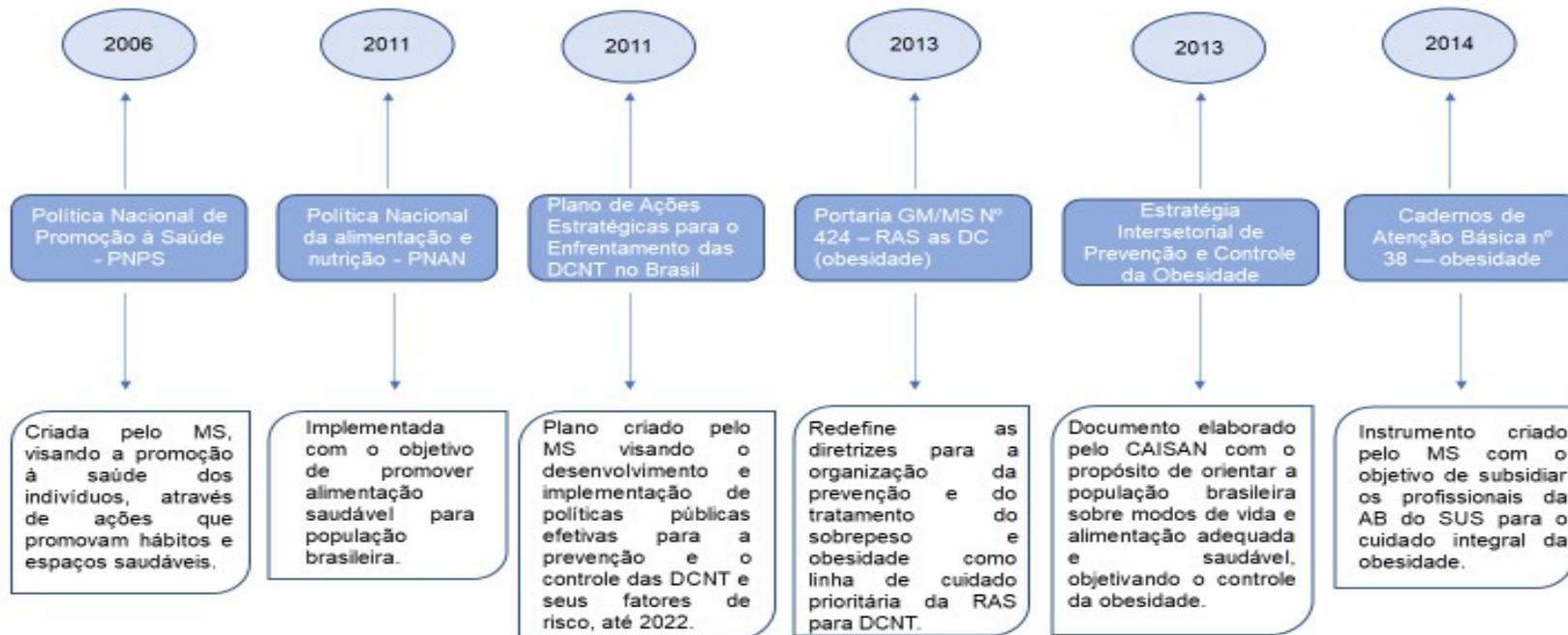
## **7.2 Elemento 2 – Identificação e análise dos documentos de Programa e Políticas da Obesidade e do PST-EO – Recife**

Para realização desta etapa foram analisados os documentos que norteiam o PST-EO, dentre eles documentos e portarias oficiais do MS; plano de cuidado de enfrentamento da obesidade de outros municípios, e; plano estadual (Pernambuco) e municipal (Recife) de saúde.

Para descrever os documentos nacionais identificados, elaborou-se uma linha do tempo (figura 2) apresentando as normativas dos programas e políticas implantadas, que tratam sobre o enfrentamento da obesidade e nortearam o PST-EO.

A partir da seleção dos documentos, realizou-se a análise do conteúdo destes, segundo os componentes do ML. Em seguida, será apresentado a análise documental (quadro 4) realizada pela pesquisadora.

**Figura 3** - Linha do Tempo – Política e Programas Nacionais de Enfrentamento à Obesidade, Brasil.



Fonte: A autora.

**Quadro 4** - Descrição dos Documentos segundo Objetivos, Metas, Ações e Resultados.

(continua)

<b>Documento</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Metas</b>	<b>Ações</b>	<b>Resultados</b>
Política Nacional de Alimentação e Nutrição (2013)	Promover alimentação saudável, vigilância alimentar e nutricional e cuidado integral	Não instituída	Criação de ambiente saudável; ações intersetoriais; educação em saúde e participação social; monitoramento do padrão alimentar e do estado nutricional; articulação intersetorial	Melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira.
Política Nacional de Promoção da Saúde (2015)	Promover saúde através da integralidade do cuidado.	Não instituída	Promoção de ações visando a alimentação adequada e saudável e às práticas corporais e de atividades físicas; estimular o controle social; criar ambientes saudáveis; articular ações intra e intersetoriais.	Não deixa evidente
Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011 – 2022	Desenvolver e implementar políticas públicas efetivas para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas.	Reduzir a prevalência de obesidade em crianças e adolescentes; deter o crescimento da obesidade em adultos; aumentar a prevalência de atividade física no lazer; aumentar o consumo de frutas e hortaliças; reduzir o consumo médio de sal.	Organização da vigilância, informação, avaliação e monitoramento das DCNT; promoção da saúde, através de ações que promovam a prática de atividades físicas, da alimentação saudável e do envelhecimento ativo; criação da linha de cuidado, visando uma abordagem integral da saúde com vistas à prevenção e ao controle das DCNT.	Deter, nos próximos dez anos, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre as quais: acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas.

**Quadro 4** - Descrição dos Documentos segundo Objetivos, Metas, Ações e Resultados.

(continua)

<b>Documento</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Metas</b>	<b>Ações</b>	<b>Resultados</b>
Portaria GM/MS Nº 424, de 19 de março de 2013 – que 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	Organizar a linha de cuidado Regional do sobrepeso e da obesidade garantindo o cuidado integral	Deverão ser pactuados planos regionais para organização local.	Diagnóstico, estratificação e monitoramento de fatores de risco; garantia de acesso aos serviços de saúde em tempo oportuno; oferta de infraestrutura para o cuidado desses indivíduos; ações de promoção a alimentação adequada e saudável, de práticas corporais e de atividades físicas adequadas; intersetorialidade; apoio diagnóstico e terapêutico; práticas integrativas e complementares; autocuidado; equipe multiprofissional; acolhimento adequado.	Garantir a integralidade e longitudinalidade do cuidado ao indivíduo com excesso de peso em todos os pontos de atenção da RAS
Cadernos de Atenção Básica nº 38 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – obesidade (2014)	Subsidiar os profissionais de Saúde atuantes nos serviços de Atenção Básica do SUS para o cuidado integral da obesidade, com ênfase no manejo alimentar e nutricional.	Não deixa evidente	Intersetorialidade; interdisciplinaridade; autocuidado; Vigilância alimentar e nutricional; fluxograma de oferta de cuidados; apoio diagnóstico e terapêutico; apoio matricial interdisciplinar; promoção da alimentação saudável e atividade física; organizar planos de cuidados; definir metas e indicadores para monitoramento e avaliação; promoção de mudança de comportamento, estilo de vida saudável; participação social e abordagem integral do usuário.	Qualificar a atenção integral aos indivíduos com doenças crônicas não transmissíveis, especialmente nos casos que envolvam o excesso de peso.

**Quadro 4** - Descrição dos Documentos segundo Objetivos, Metas, Ações e Resultados.

(continua)

<b>Documento</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Metas</b>	<b>Ações</b>	<b>Resultados</b>
Documento da Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: “orientando sobre modos de vida e alimentação adequada e saudável para a população brasileira (Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional – CAISAN) – 2014	Prevenir e controlar a obesidade na população brasileira, por meio de ações intersetoriais, promovendo a alimentação adequada e saudável e a prática de atividade física no ambiente que vivemos	Não estabelece	Disponibilização e acesso a alimentos adequados e saudáveis; ações de educação, comunicação e informação; promoção de modos de vida saudáveis em ambientes específicos; vigilância Alimentar e Nutricional e das práticas de atividade física; atenção integral à saúde do indivíduo com excesso de peso; regulação e controle da qualidade e inocuidade dos alimentos.	Redução da obesidade no país
Plano Municipal de enfrentamento à obesidade, Palmas – TO (2015).	Contribuir para a redução do peso corporal nas pessoas obesas e nas pessoas que tenham risco de desenvolver a obesidade na população de Palmas, por meio de ações intersetoriais, promovendo a alimentação adequada e saudável e atividade física no território.	Estabilizar a prevalência de excesso de peso (48%) e de obesidade (15%) em adultos; aumentar a prevalência de atividade física no lazer; aumentar o consumo médio anual de frutas e hortaliças.	Aumento da disponibilidade e acesso a alimentos adequados e saudáveis; ações de educação, comunicação e informação; promoção de modos de vida saudáveis em ambientes específicos; vigilância alimentar e nutricional; atenção integral à saúde do indivíduo com excesso de peso/obesidade; regulação e controle da qualidade e inocuidade de alimentos	Promover uma atenção qualificada, resolutiva e humanizada à população tocantinense.

**Quadro 4** - Descrição dos Documentos segundo Objetivos, Metas, Ações e Resultados.

(conclusão)

<b>Documento</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Metas</b>	<b>Ações</b>	<b>Resultados</b>
Livro de registro das atividades, ações, reuniões e planejamento local do PST na USF de estudo – 2017	Promover hábitos saudáveis, através de mudanças comportamentais; melhorar as condições clínicas das DC e exames laboratoriais.	Não foi pactuado pela equipe	Educação em saúde (oficinas e grupos para obesos); vigilância antropométrica e nutricional; avaliação e acompanhamento periódico; planejamento e criação da linha de cuidado.	Não foi pactuado pela equipe

Fonte: A autora.

### **7.3 Elemento 3 - Construção do modelo lógico do PST de enfrentamento à obesidade – Recife**

Após a categorização e interpretação por meio da análise de conteúdo dos documentos e entrevistas, foi elaborada a primeira versão do modelo lógico da intervenção (Apêndice VI), pela pesquisadora responsável.

No decorrer das oficinas de trabalho com os envolvidos no projeto, o modelo inicial foi reformulado, sendo elencados os seguintes componentes do modelo do PST-EO. Validou-se os componentes do modelo inicial, com a proposição de reformular a denominação do componente Gestão para Gestão Participativa, a sugestão de subcomponentes, a modificação na ordem dos elementos no modelo e a reformulação do impacto do projeto.

Como componentes e subcomponentes foram definidos os seguintes itens, os quais sobressaíram:

**1- Gestão Participativa**

- a. Articulação intra e intersetorial
- b. Planejamento estratégico
- c. Monitoramento e avaliação

**2- Cuidado integral ao indivíduo com excesso de peso**

- a. Vigilância alimentar e nutricional
- b. Gestão do cuidado e do acesso

**3- Promoção à saúde**

- a. Ações para mudança de comportamento e promoção de hábitos saudáveis
- b. Participação social

A partir dos subcomponentes foram elaborados as ações propostas e produtos esperados, relacionando-os ao seu público-alvo. Posteriormente, foram identificados os resultados intermediários, correlacionados a cada componente específico e, por fim, o resultado final ou impacto. Por consenso, ficou definido que seria um único impacto para os três componentes.

Embora não diretamente relacionado ao objetivo geral do projeto, refletiu-se ao longo das oficinas a dificuldade em produzir indicadores de saúde que permitisse

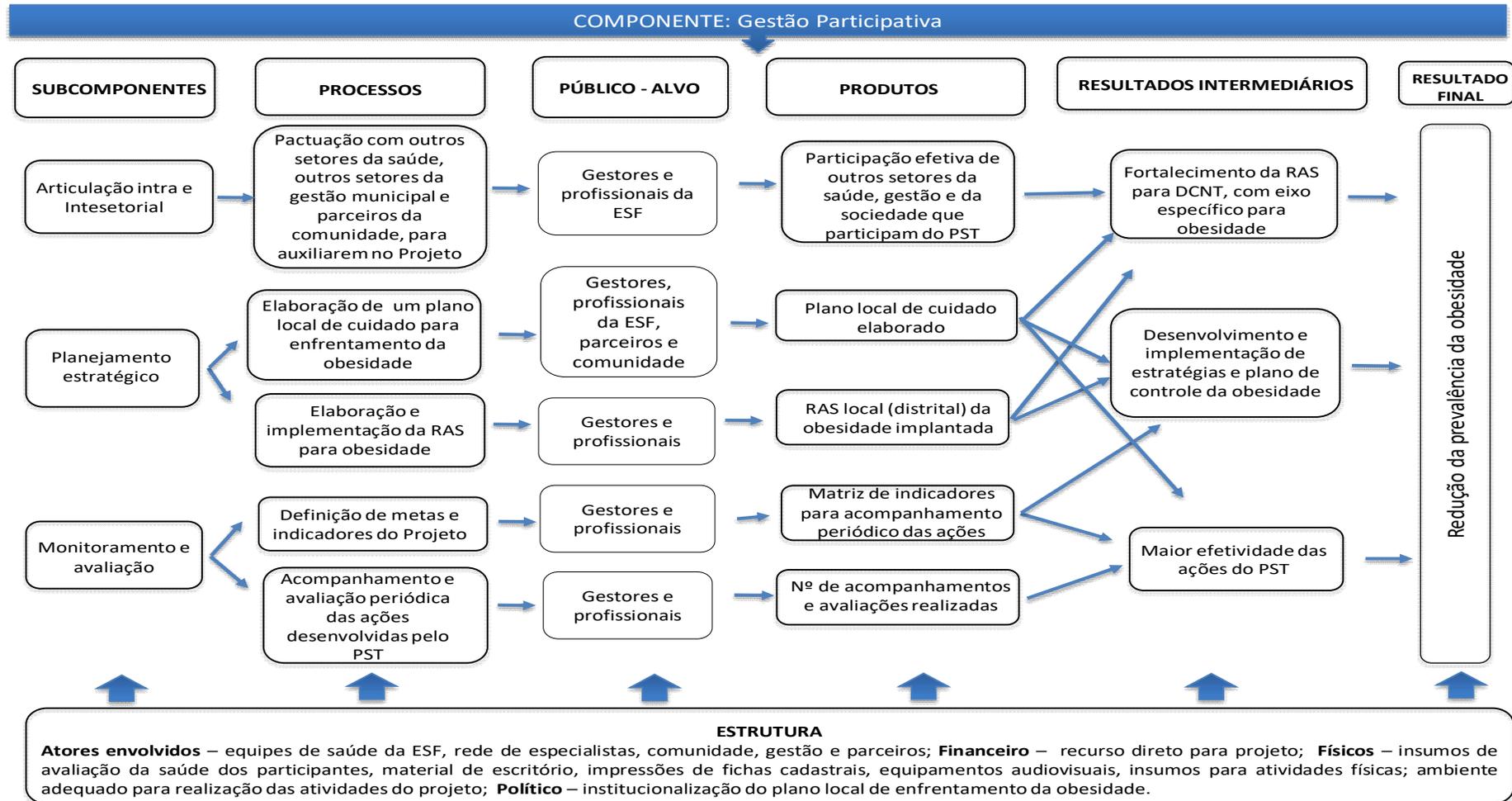
mensurar a melhoria da qualidade de vida na população. Assim, como um indicador proximal dessa dimensão, definiu-se o resultado final como “a redução da prevalência da obesidade no território”.

Uma ausência nesta etapa do processo de construção do modelo lógico do PST-EO foi a elaboração de metas, referidas aos resultados intermediários e finais. Essa ausência decorreu da menor presença de profissionais de saúde na última oficina, momento onde seriam definidas as metas do projeto.

A seguir será ilustrado a versão final consensuada e validada pelos atores-chave que participaram das três oficinas realizadas pela pesquisadora. Cada figura ilustrará um componente específico, para melhor compreensão da operação do PST.

Figura 4 - Modelo lógico do Projeto de Saúde no Território para enfrentamento da obesidade, Recife/PE, 2019.

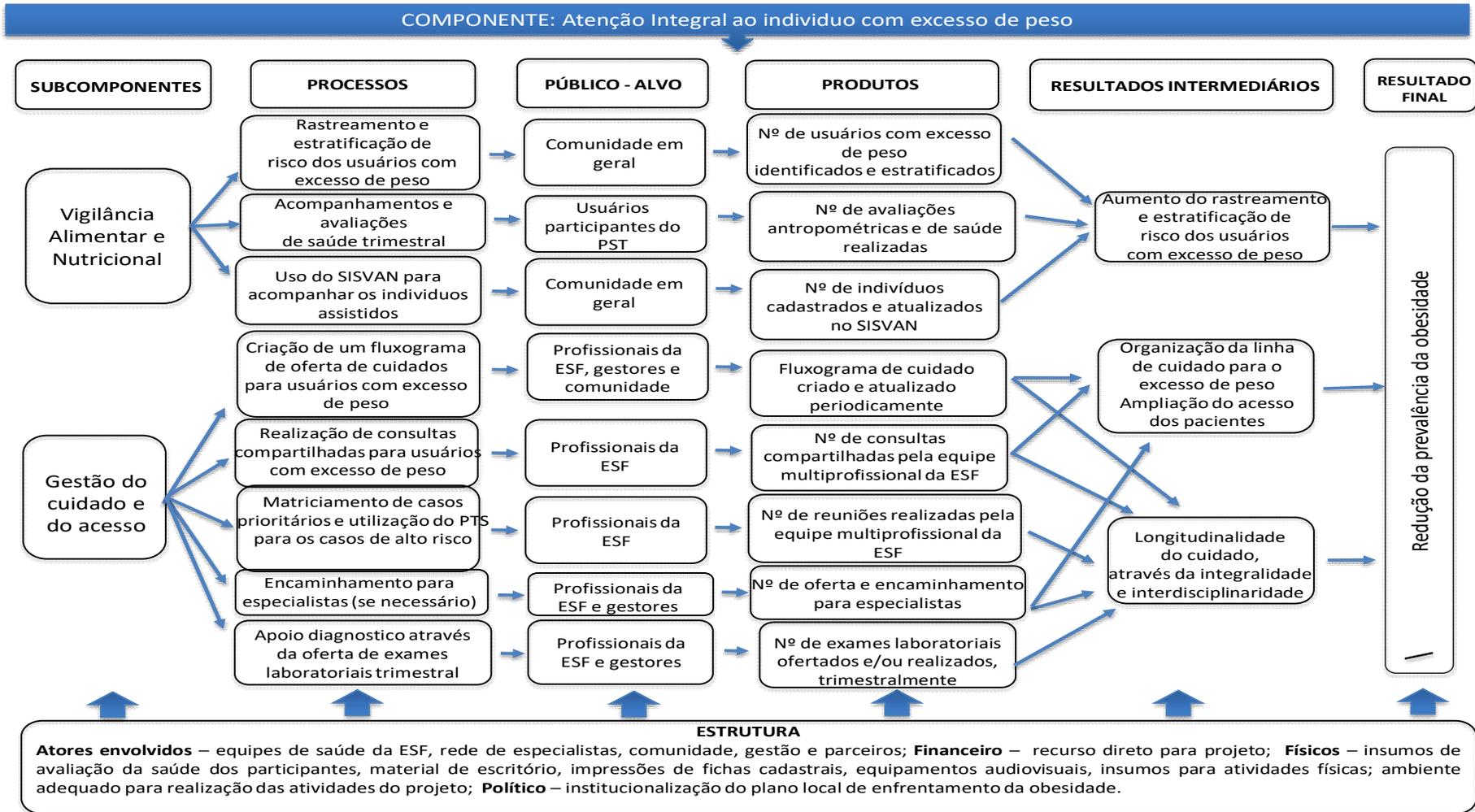
(continua)



Fonte: A Autora

Figura 4 Modelo lógico do Projeto de Saúde no Território para enfrentamento da obesidade, Recife/PE, 2019

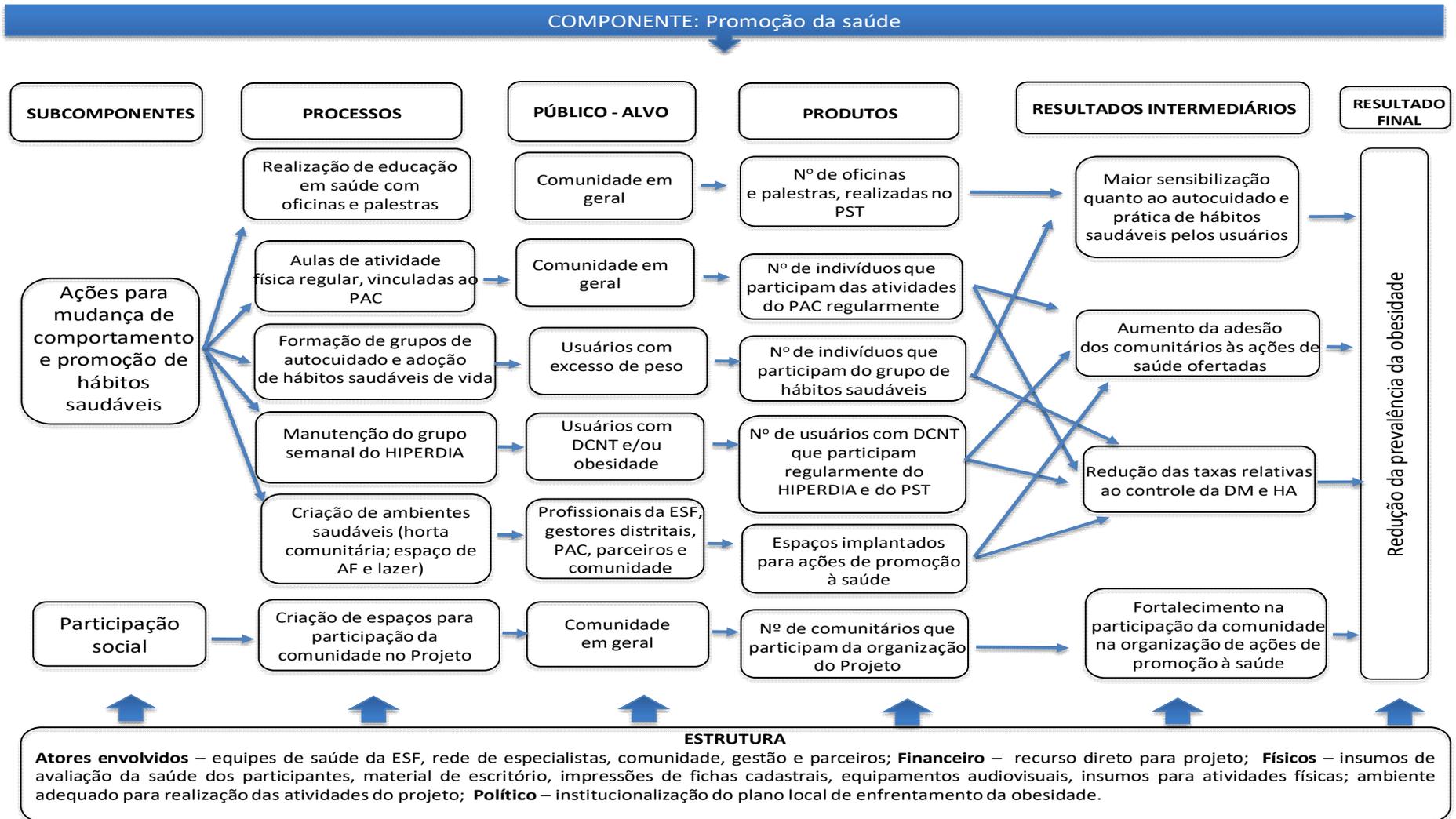
(continua)



Fonte: A Autora

Figura 4 Modelo lógico do Projeto de Saúde no Território para enfrentamento da obesidade, Recife/PE, 2019

(conclusão).



Fonte: A Autora

#### **7.4 Elemento 4 - Entendimento de como ele opera (Teoria da mudança)**

Para descrição da operação do projeto, utilizou-se a Teoria da Mudança (TM), a qual dará ênfase na explicação gerativa usando a ideia de pressupostos/mecanismos por trás do modo de funcionar da intervenção.

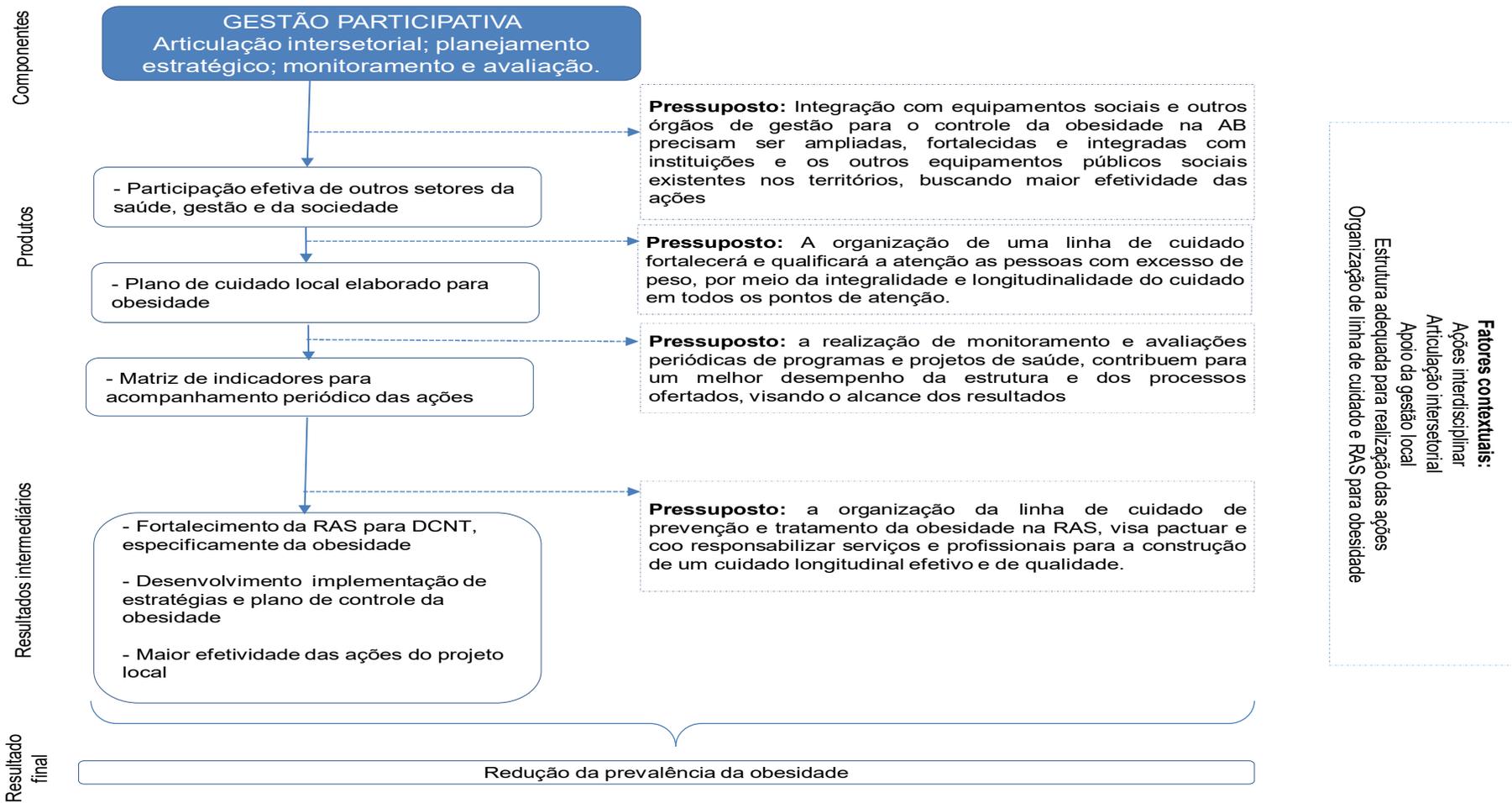
Segundo Mayne (2000), as intervenções não agem sozinhas e os resultados esperados são produtos de uma combinação de fatores, como também condições externas. Para esse autor, os pressupostos (ou suposições) são condições necessárias e fatores de apoio para que a TM funcione. Enquanto os riscos, são fatores contrários a intervenção, que se ocorrerem, podem ter impacto comprometedor ao seu funcionamento.

Conforme preconizado por Mayne (2000), a TM do PST-EO, foi desenhada na forma de cadeia de resultados. Portanto, para cada um dos componentes foi desenvolvida uma cadeia integrada por meio dos nexos entre elas (representados pelas setas e linhas). Com as oficinas realizadas com os atores-chave, os resultados foram divididos de acordo com o tempo necessário para seu alcance em: intermediários e final (figura 4).

O contexto sociopolítico permeou as cadeias de resultados e foram apontados pelos informantes-chave, importantes para o alcance dos resultados propostos pelo programa. Entre esses, tivemos aspectos ligados ao projeto, como: ações interdisciplinares, desenvolvidas por uma equipe multiprofissional e articulação intersetorial; e fatores relacionados a gestão local do município, como exemplo, uma participação mais ativa dos gestores, através de suporte estrutural, com a implantação de uma estrutura física própria para o projeto e o a organização da linha de cuidado e da rede de atenção à saúde para obesidade (figura 4).

Figura 5 - Teoria da Mudança do Projeto de Saúde no Território de enfrentamento da obesidade, Recife, PE, 2019.

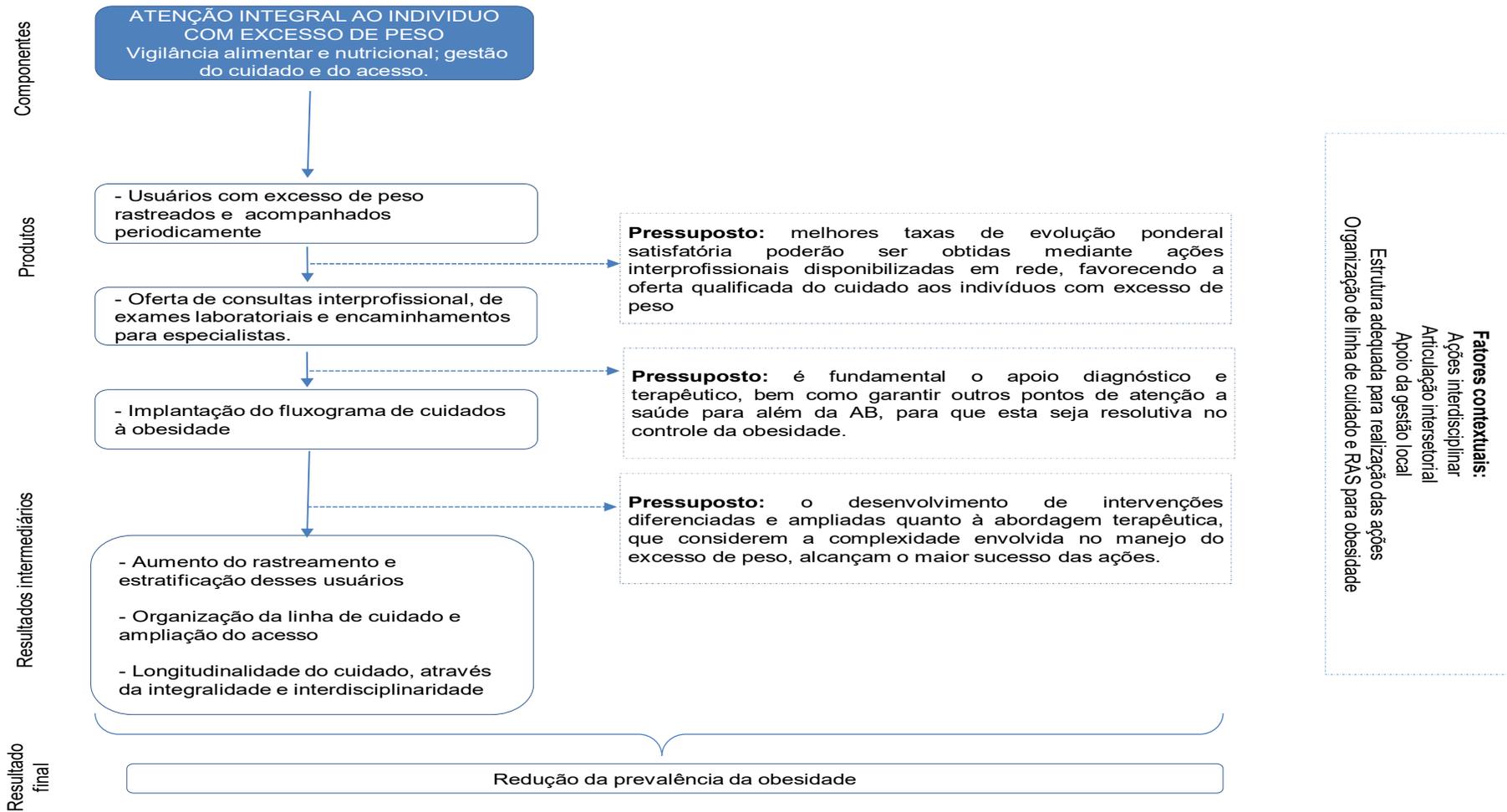
(continua).



Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de Cazarin, (2018).

**Figura 5 - Teoria da Mudança do Projeto de Saúde no Território de enfrentamento da obesidade, Recife, PE, 2019.**

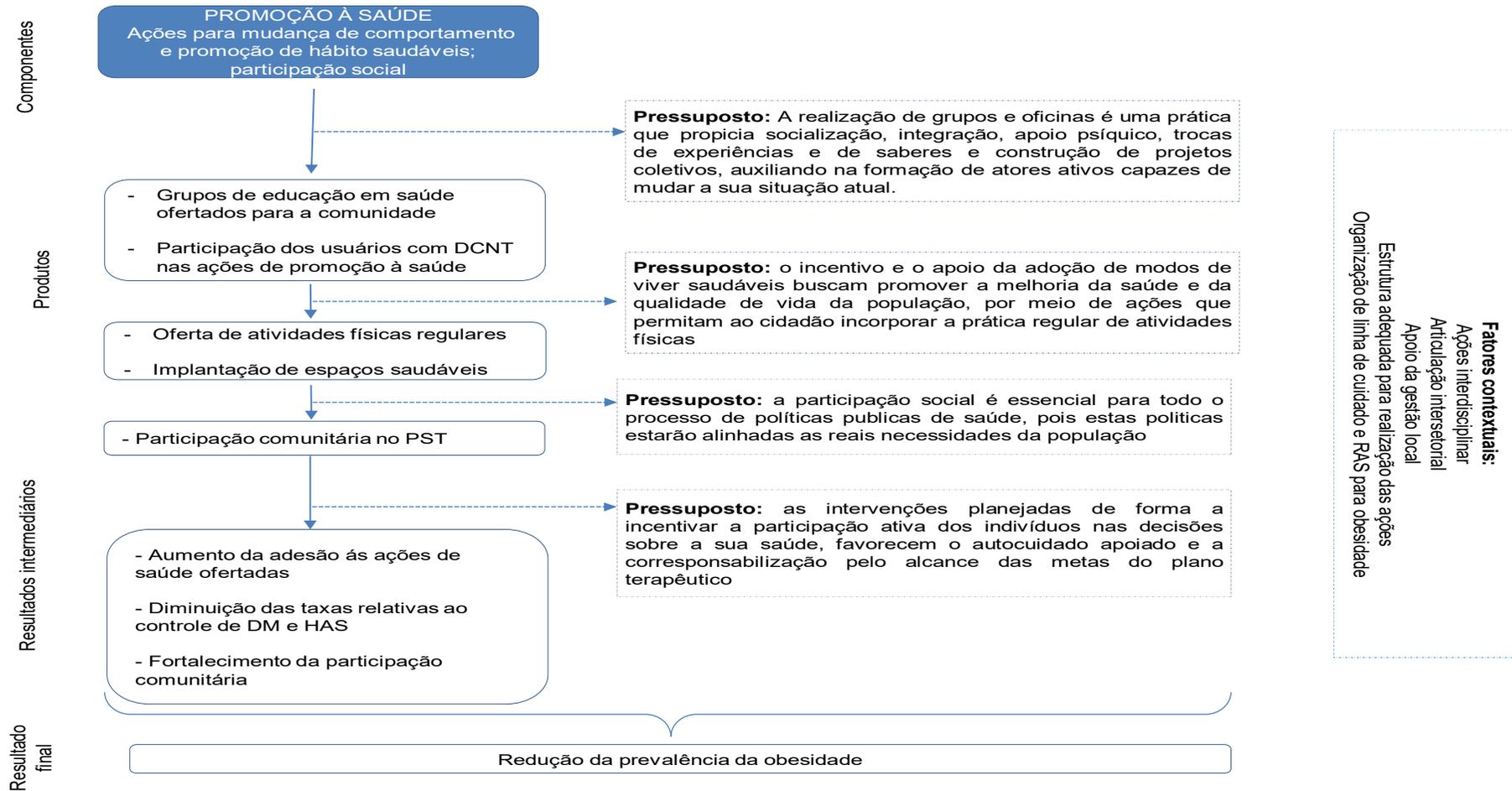
(continua).



Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de Cazarin, (2018).

**Figura 5** - Teoria da Mudança do Projeto de Saúde no Território de enfrentamento da obesidade, Recife, PE, 2019.

(conclusão).



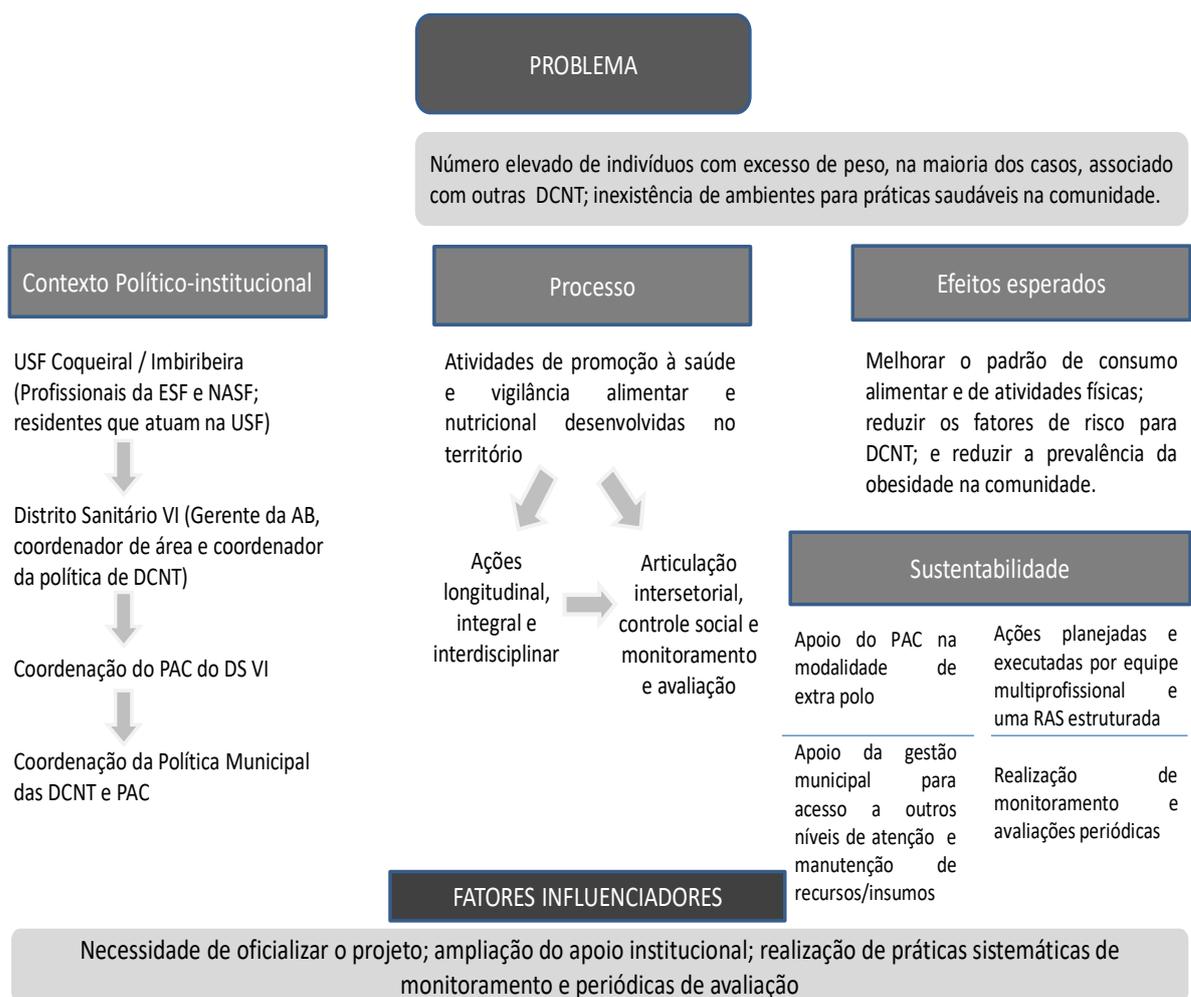
Fonte: Elaboração da autora, adaptado de Cazarin, 2019

## 7.5 Elemento 5 - Construção do modelo teórico do PST-EO – Recife

O Modelo Teórico apresentado abaixo, (figura 5) descreve a teoria do programa expressando as relações entre o problema de saúde, a intervenção proposta (os componentes do Modelo Lógico), o contexto (político-institucional e externo) e o processo desenvolvido (cenário de implantação) para o Projeto de Saúde no Território de enfrentamento da obesidade alcançar os objetivos esperados. Ainda, apresenta as situações consideradas mais relevantes pelo envolvidos, na sustentabilidade da intervenção.

**Figura 6** - Modelo Teórico do Projeto de Saúde no Território de enfrentamento da obesidade, Recife, PE, 2019.

### TEORIA DO PROGRAMA



Fonte: A autora.

A descrição dos elementos do modelo teórico evidenciando a interrelação entre problema; contexto político-organizacional; e sustentabilidade da intervenção é apresentada a seguir.

- a) Problema - Existiu um consenso entre os entrevistados em relação ao problema ao qual originou o PST. Assim, a intervenção surge a partir do problema apresentado na comunidade da USF Coqueiral/Imbiribeira, Recife/PE, o qual é relatado por uma profissional de saúde da equipe:

A partir da identificação da equipe de saúde, do acompanhamento dos hipertensos e diabéticos no hiperdia e com avaliação de rotina principalmente da parte antropométrica, foi identificada a questão do excesso de peso na maioria dos usuários. E aí também foi identificado, um número relativamente expressivo de pessoas com obesidade grave. A partir disso, a gente entendeu que precisava pensar numa intervenção e começou a se trabalhar isso... (P2).

- b) Contexto/Cenário - Este projeto foi implantado a partir da articulação dos profissionais da ESF (eqSF e eqNasf) da área de cobertura da USF com gestores locais (DS VI), na tentativa de enfrentar o problema vivenciado pela comunidade. Com esta articulação foi realizado uma parceria com o PAC, para a realização de atividades físicas no território adscrito, bem como com a coordenação da política das DCNT, ambos a nível local (distrital), como nível central (municipal).

Tanto nas entrevistas, como na análise documental de projetos de enfrentamento da obesidade, fica evidenciado que a intervenção deve incorporar vários atores-chave, como, equipe multiprofissional de saúde, gestores, parceiros e comunitários. Porém, observa-se durante algumas falas de profissionais de saúde que a participação de alguns setores da gestão ainda é frágil, em especial na questão de apoio estrutural, o que se torna uma das dificuldades do projeto. Porém houve outros relatos que contrapõem essa fragilidade, mostrando que a percepção dos entrevistados em relação à gestão participativa no PST, está dividida.

Portanto, parte dos atores envolvidos, consideram a gestão participativa e outra parte, acredita que essa parceria poderia ser mais intensa, como demonstra as falas a seguir:

Então, eu acho que o maior parceiro, à nível de gestão, tem sido o PAC. Com relação as outras coordenações e a outros programas, eu... pelo

menos a gente enquanto NASF, não tem muito contato direto né, com essas pessoas (P3).

Eu acho que poderia ser mais intensa... das coordenações tá chegando, até em questões mais estruturais, de material, de tá discutindo junto também com a equipe, pensando na proposta... para quem sabe depois, está expandindo, pensando em outros lugares do município. Mas assim, eu acho que é muito frágil essa integração da gestão com o projeto (P6).

Existe sim! Há uma soma de pessoas, né, envolvendo todos. Tanto a gestão como unidade de saúde (P4)

Eu acredito que sim! E acredito que só deu certo, porque teve envolvimento de todo mundo né! Da parte da academia da cidade, eu acho que sim né! (G2)

Entre os elementos favoráveis no contexto, destacam-se nas falas dos entrevistados, a integração da equipe multiprofissional de saúde, a parceria com a Igreja local, a participação social e a diversidade de ações ofertadas para promoção da saúde dos comunitários.

Por outro lado, durante as entrevistas, observa-se que existem fatores que estão influenciando o desenvolvimento do projeto, apontando para necessidade de resolução dos mesmos, visando melhor efetividade das ações. Entre esses fatores, destacam-se: falta de estrutura física própria para desenvolvimento das atividades; falta de organização da RAS para obesidade; pouco apoio institucional e a não realização de práticas sistemáticas de monitoramento e de avaliações periódicas.

c) Sustentabilidade - Nas entrevistas realizadas e documentos analisados, observa-se que existem fatores que são essenciais para o desenvolvimento de projetos de enfrentamento da obesidade, e que se não existirem, ou deixarem de existir, poderão influenciar negativamente na intervenção implantada. Dentre eles, o apoio da gestão, através de financiamento e oferta de insumos; a execução e planejamento de ações por uma equipe multi e interprofissional; a articulação entre profissionais do PAC e da ESF; e a realização de monitoramento e avaliação como prática regular pelos envolvidos. Estes foram citados, como principais elementos para projetos como este.

## 7.6 Elemento 6 – Identificação de usuários e interessados na avaliação

A partir das oficinas e entrevistas realizadas com os atores-chave foi identificado o papel que cada ator exerce no projeto, os possíveis interesses na avaliação e os prováveis usos dos achados da avaliação. Foram identificados os seguintes usuários potenciais envolvidos na avaliação do PST-EO: a comunidade em geral e os usuários ativos no projeto; profissionais das equipes de saúde - eSF, eNASF e do PAC, e; gestores locais (DS VI). O Quadro 1 apresenta a descrição dos usuários potenciais.

**Quadro 5** - Matriz de usuários potenciais da Avaliação – PST-EO, Recife, 2019.

<b>Usuário potencial da avaliação</b>	<b>Papel no projeto</b>	<b>Interesse na avaliação</b>	<b>Papel na utilização dos achados</b>
Comunidade em geral e usuários ativos no projeto	Participar do planejamento e das ações de promoção à saúde	Obter informações em relação ao funcionamento do PST-EO, da estrutura e efeitos pretendidos	Realizar o acompanhamento do PST-EO observando os efeitos gerados
Profissionais de saúde (eqSF, eqNASF, PAC)	Planejar, executar e realizar o monitoramento do Projeto	Obter informações sobre o grau de implantação e dos efeitos gerados pelo PST-EO, na comunidade	Os profissionais de saúde poderão utilizar os achados para nortear o processo e a estrutura do PST-EO
Gestores locais (distrito sanitário VI)	Apoiar a implementação das ações, dar suporte em relação aos recursos necessários e realizar o acompanhamento do PST-EO	Obter informações em relação à modelização do programa e ao seu processo de implementação.	Contribuir para ajustes, se necessário, no planejamento e execução das atividades propostas pelo PST-EO

Fonte: A autora.

## 7.7 Elemento 7 – Acordo quanto ao procedimento de avaliação

As perguntas avaliativas foram formuladas durante a última oficina, a partir da análise de questões sobre a avaliação do programa contidas na discussão do grupo de atores-chave (fase divergente) e da apresentação e pactuação dessas (fase convergente).

Ficou notório nas entrevistas e oficinas realizadas a importância de se realizar avaliações periódicas, visando contribuir para a verificação do alcance dos objetivos

do projeto e para subsidiar a tomada de decisão com base no acompanhamento e adequação do processo implantado.

A avaliação serve para a gente, realmente desenhar o que tá acontecendo. A gente sentar e realizar o planejamento. O que tá acontecendo? Dentro do que está acontecendo, o que tá dando certo, o que tá dando errado, o que tá dando certo, mas pode melhorar (R1).

Ao final, concordou-se que as avaliações futuras visarão responderas seguintes perguntas:

- a) Os atores envolvidos estão implicados no processo?
- b) A estrutura planejada está sendo garantida para o desenvolvimento dos processos?
- c) A intervenção foi implementada conforme o esperado?
- d) O projeto está sendo indutor na mudança de processos de trabalho para as equipes de saúde?

De acordo com as perguntas de interesse dos envolvidos no projeto, as seguintes opções de abordagens avaliativas podem ser levantadas (quadro 6):

**Quadro 6** - Abordagens de estudos avaliativos, segundo as perguntas para o PST-EO, Recife, 2019. (continua)

<b>Perguntas avaliativas</b>	<b>Abordagens de avaliação</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Métodos</b>
Os atores envolvidos estão implicados no processo?	Pesquisa avaliativa: Avaliação de processo de stakeholders	Compreender a participação dos atores na intervenção quanto ao envolvimento, papel, interesses	Estudo qualitativo
A estrutura planejada está sendo garantida para o desenvolvimento dos processos?	Avaliação normativa Continua sendo realizado como Monitoramento	Apreciar a disponibilidade e adequação (quantidade e qualidade) dos recursos previstos para realizar as atividades, segundo critérios e normas	Estudo quantitativo Ou Estudo com método misto (quantitativo e qualitativo)
A intervenção foi implementada conforme o esperado?	Avaliação normativa ou  Pode continuar sendo monitorado  Pesquisa avaliativa: Análise de implementação	Avaliar o grau de implantação da intervenção  Monitorar o desenvolvimento das atividades  Analisar as situações que interferiram na implementação e sem seus resultados	Estudo quantitativo  Acompanhamento dos indicadores definidos  Estudo com método misto (quantitativo e qualitativo)

(conclusão)

<b>Perguntas avaliativas</b>	<b>Abordagens de avaliação</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Métodos</b>
O projeto está sendo indutor na mudança de processos de trabalho para as equipes de saúde?	Pesquisa avaliativa: Avaliação dos efeitos da intervenção sobre os envolvidos	Compreender como e por que a intervenção influencia o modo de atuação dos quanto tipos de participação, modos de gestão, articulação e adaptação etc.	Estudo qualitativo

Fonte: A autora.

## 5 DISCUSSÃO

O pouco tempo de existência do Projeto de Saúde no Território de enfrentamento da obesidade e a insuficiência de estudos avaliativos sobre o tema, indicam a importância de pesquisas que auxiliem na compreensão da intervenção e para a formulação de questões que direcionem as avaliações futuras. Fez-se necessário desenvolver os modelos teórico e lógico da intervenção, devido à falta de uma teoria explícita e claramente articulada (NATAL et al., 2010). Assim, este estudo de avaliabilidade foi realizado no intuito de descrever o projeto, identificando a estrutura, processo e resultados esperados. Foram elaborados e validados os modelos lógico e teórico e definidas as perguntas avaliativas para avaliações futuras.

Optou-se na utilização do modelo proposto por Thurston e Ramaliu (2005), através da análise dos sete elementos do EA. Segundo revisão integrativa realizada por Souza, Guimarães e Silva (2017), este modelo trata-se de um modelo de maior aplicabilidade no cenário de EA no Brasil, se mostra eficaz e essencial para as análises de avaliabilidade e subsidia a construção de modelos avaliativos das políticas e dos programas de saúde em foco. Além disso, esses autores, mostram a importância de se realizar todas as etapas propostas nos EA, o que favorecerá melhores possibilidades para o plano de avaliação.

Participaram deste estudo os atores-chave do projeto, constituídos pelos profissionais de saúde que integram a USF de estudo, gestores locais e residentes multiprofissionais da saúde da família. Segundo Thurston e Ramaliu (2005), neste tipo de estudo, a participação de diferentes atores, irá favorecer a interpretação dos resultados, o que possibilitará a reorientação das ações na busca pelos objetivos previsto e servirá a todos os usuários.

A pesquisa documental e as entrevistas realizadas com atores-chave, tiveram propósito de identificar objetivos, ações e metas propostas pelo programa. Embora os objetivos e ações tenham sido descritos com clareza tanto nos documentos selecionados como nas entrevistas, verifica-se que as metas não foram estabelecidas por grande parte dos documentos oficiais, e houve desconhecimento e confusão pelos entrevistados. Outros estudos de avaliabilidade também demonstraram a falta de clareza em relação as metas propostas pelos programas, o

que dificulta a sua operacionalização (BEZERRA et al., 2012; MEDEIROS et al., 2010; SILVA, 2017; SOUZA; CALVO, 2018).

Construir o modelo lógico de um programa é o primeiro passo no planejamento de uma avaliação, o qual discriminará todas as etapas necessárias à transformação de seus objetivos em metas (MEDINA et al., 2005). Além do mais, o ML auxilia a construção de um entendimento comum entre todos os envolvidos na intervenção a respeito do problema, dos objetivos e dos resultados esperados, bem como na elucidação da lógica interna do programa (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010).

O Projeto Cintura Fina realizado desde 2012 em Vitória de Santo Antão/PE, realiza intervenções para prevenção e controle da obesidade e de outras DCNT, através de ações como, atividade física, orientação nutricional individual e em grupo e oficinas de promoção a saúde. Este projeto corrobora com o presente estudo, comparando-se os ML criados nos aspectos operacionais (atividades interdisciplinares; promoção de atividades físicas e de educação em saúde; participação de alunos e residentes multiprofissionais), os quais visam a redução da prevalência da obesidade no território adscrito de uma USF (SILVA et al., 2014).

Apesar de escassos estudos de modelização de projetos e/ou programas de controle da obesidade, outras pesquisas realizadas sobre o tema dialogam com o PST-EO, por definirem estratégias de intervenção semelhantes. Esses projetos apostam em estratégias que envolvam a abordagem interdisciplinar e estímulos a mudanças no estilo de vida, como a prática regular de atividades físicas e alimentação saudável dos seus usuários (BEVILAQUA, PELLOSO; MARCON, 2016; POETA et al., 2013; QUESADA, 2015;).

O ML do PST-EO na USF Coqueiral, Recife foi elaborado considerando três componentes: Gestão participativa; Atenção integral ao indivíduo com excesso de peso, e; Promoção à saúde. A escolha da gestão participativa como primeiro componente, foi considerada como fundamental para a operacionalização do projeto, pois demanda da pactuação intra e intersetorial e uma série de ações voltadas ao planejamento, acompanhamento de processos, resultados e avaliação de ações, com vistas à tomada de decisão (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010). Para os stakeholders, o desconhecimento ou o pouco envolvimento de gestores,

constituem fragilidades ao projeto, uma vez que para a criação da linha de cuidado e da RAS para obesidade, é salutar a participação da gestão municipal de saúde.

Oliveira, Potvin e Medina (2015), apontam entre os dez fatores de sustentabilidade para programas de promoção à saúde, o apoio de organizações. Revisão literária sobre os desafios e estratégias para o controle e prevenção da obesidade apontam: intersectorialidade efetiva e a organização e infraestrutura da APS, como os principais desafios; e como principais estratégias: criação de uma linha de cuidado integral para o paciente com excesso de peso, fatores estes, que necessitam de uma gestão participativa (ALMEIDA et al., 2017).

Os demais componentes foram embasados nos documentos oficiais sobre controle das DCNT e da obesidade, que trazem a atenção integral ao indivíduo e promoção à saúde como essenciais ao controle do excesso de peso (BRASIL, 2011; 2013 e 2014). Conforme previsto por Bezerra et al. (2012), os subcomponentes foram extraídos dos objetivos específicos do projeto.

Em relação a organização do projeto e como ele opera, observou-se que este projeto atua com múltiplas ações, de forma interprofissional, o que é evidenciado, como fator essencial para alcançar efeitos positivos no controle da obesidade (RABELO et al., 2018; SILVA et al., 2018a). Revisão sistemática sobre programas de tratamento multiprofissional da obesidade no Brasil, comprovou que os melhores resultados foram encontrados quando a ESF fornece sua assistência padrão aliada a programas multidisciplinares de promoção de hábitos saudáveis (MENDES et al., 2016).

Ao mesmo tempo, surge a preocupação após a homologação da Portaria Nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, sobre financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS, com possibilidades da ruptura da equipe multiprofissional, pela possível extinção da eNASF, uma vez que esta não terá financiamento da gestão federal. Segundo Silva et al. (2016), a presença da eNASF é fundamental nas ações de prevenção e promoção da saúde voltadas para portadores de obesidade, pois as intervenções propostas pela equipe, facilitam o alcance da eficácia da promoção, promovendo a motivação e o bem-estar dos usuários.

Dentre as ações realizadas, destaca-se: educação em saúde (grupos e oficinas), promoção de atividades físicas e vigilância alimentar e nutricional,

desenvolvidos de forma integral e multiprofissional, corroborando com outros estudos de controle da obesidade (SILVA et al., 2014; SOUZA, et al., 2014; SILVA et al., 2018b). Estes autores comprovaram que o desenvolvimento de intervenções diferenciadas e com abordagem terapêutica ampliada, os quais consideram a complexidade envolvida no manejo do excesso de peso e favorecem a oferta qualificada do cuidado aos indivíduos, alcançam o maior sucesso das ações.

Outro fator importante na operação deste projeto é a participação social. Fator essencial para todo o processo de políticas públicas de saúde, pois estas políticas estarão alinhadas as reais necessidades da população, além do que, as intervenções planejadas de forma a incentivar a participação ativa dos indivíduos nas decisões sobre a sua saúde, favorecem o autocuidado apoiado e a corresponsabilização pelo alcance das metas do plano terapêutico (CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2012).

Além das ações já citadas, outras são planejadas pelo PST-EO e reconhecidas como fundamentais para projetos de enfrentamento da obesidade, dentre elas: a participação social; integração com equipamentos sociais e outros órgãos de gestão na Atenção Básica, e; a organização da linha de cuidado de prevenção e tratamento da obesidade na RAS; as quais buscam maior efetividade das ações, através da construção de um cuidado longitudinal efetivo e de qualidade. Todas essas proposições para projetos como este, são elucidados no documento do MS, que traz experiências no país sobre o manejo da obesidade, levantando aspectos positivos e inovadores, além dos desafios apresentados (BRASIL, 2014).

A construção do modelo teórico deste projeto elucidou o problema, o qual originou o PST no território da USF Coqueiral/Imbirieira, Recife. Este projeto surge em 2017, visando enfrentar o problema da obesidade na localidade, e segue os objetivos e operacionalização previstos nacionalmente, visando estimular hábitos saudáveis (melhorar o padrão de consumo alimentar e de atividades físicas); diminuir os fatores de risco para DCNT na comunidade, e; reduzir da prevalência da obesidade (BRASIL, 2011, 2013, 2014).

Não foram encontrados estudos que tratem da Teoria da Mudança de projetos ou intervenções de controle da obesidade. Porém, alguns estudos se assemelham a este, ao desenvolverem a teoria do programa, referentes a intervenções de promoção à saúde, como o caso do Programa Academia da Saúde de Recife/PE

(SILVA, 2017); da Vigilância alimentar e nutricional na APS (VITORINO; CRUZ; BARROS, 2017); e, da intervenção na promoção da atividade física e alimentação saudável dos escolares da rede pública de ensino no município de Parintins, Amazonas (SOUZA et al., 2018b). Esses estudos refletem a relevância da validação da teoria de uma intervenção, pois aumentarão a validade de conteúdo do produto e darão suporte aos estudos de caso em um dado contexto, além de contribuírem para criação de espaços para o diálogo entre a teoria e sua crítica ao envolver diferentes interessados no processo avaliativo (YIN, 2015).

Atrelado a intervenção proposta pelo projeto, são analisados o contexto sociopolítico e a sua sustentabilidade. Fatores como, a falta de organização de uma rede de atenção à saúde para esse público; pouco envolvimento da gestão no projeto; falta de estrutura física e insumos próprios e a não realização de monitoramento e avaliação do projeto de forma sistemática, poderão ameaçar a sustentabilidade do mesmo. Esses fatores, corroboram com a revisão de literatura realizada por Oliveira, Potvin e Medina (2015), que buscou encontrar fatores que influenciam a sustentabilidade de intervenções de promoção à saúde.

Para Hartz (1997), o modelo teórico de um programa completa o modelo lógico, incluindo especificações sobre o problema, população-alvo, as condições do contexto e atributos para produzir os efeitos esperados. Portanto, a elaboração dos modelos teórico-lógico do projeto buscou identificar e descrever o projeto local de enfrentamento da obesidade em Recife, tornando sua teoria mais clara e permitindo a formulação de perguntas avaliativas, colaborando com um realinhamento estratégico e contínuo das ações (MEDINA et al., 2010)

Segundo Cazarin, Mendes e Albuquerque (2010), a formulação de perguntas avaliativas é fundamental para que a avaliação tenha êxito e será representativa aos potenciais públicos de avaliação, por se tratar de uma fase realizada com muito critério. Assim, a oficina para definição dos procedimentos de avaliação revelou o interesse dos profissionais e residentes em saúde da família da USF de estudo em identificar o grau de implantação do projeto local e analisar se os atores envolvidos estão implicados e se a estrutura planejada está sendo garantida para o desenvolvimento dos processos.

Estas perguntas avaliativas assemelham-se aos EA realizados por: Natal e colaboradores (2010), ao analisarem a rede de formação de Recursos Humanos da

Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde; Silva (2017), o qual avaliou o Programa Academia da Saúde de Recife; e, Padilha, Oliveira e Figueiró (2015), ao avaliarem o Programa Academia Carioca de Saúde no Território de Biomanguinhos.

Outro aspecto analisado, é que a maioria dos EA realizados no Brasil nos últimos anos, não formularam as perguntas avaliativas. Isso pode ser explicado, segundo Souza, Guimarães e Silva (2017), pelo fato que grande parte destes estudos, não seguem todos os passos recomendados para apreciar a avaliabilidade de uma política ou programa de saúde. Observou-se que a minoria dos EA realizados recentemente no Brasil, formularam as perguntas para avaliações futuras com os interessados (NATAL et al., 2010; PADILHA, OLIVEIRA, FIGUEIRÓ, 2015; ROCHA, UCHÔA, 2013; SILVA, 2017; SILVA et al., 2018a). Outros EA, apesar de não formularem as perguntas avaliativas em oficinas com os interessados, apontaram áreas prioritárias para avaliações futuras, sendo análise da implementação, a escolhida pelos estudos, corroborando com esta pesquisa (NASCIMENTO et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2015).

Ao se analisar as perguntas avaliativas formuladas, observa-se a presença de quatro tipos de avaliação. A avaliação normativa ou monitoramento; e as pesquisas avaliativas, sendo divididas em: avaliação de processo, análise de implantação e avaliação dos efeitos.

Segundo Champagne e colaboradores (2016), a avaliação normativa emitirá um julgamento sobre a estrutura, o processo e os resultados da intervenção. Para estes autores, a modelização de um programa, servirá de guia para apreciação normativa ou monitoramento, portanto será uma ferramenta muito útil para as avaliações futuras pensadas. Este tipo de avaliação terá como principais características, de apoiarem os gestores e profissionais na rotina da intervenção, ou seja, fazer o monitoramento do funcionamento da intervenção pelos próprios envolvidos no projeto (FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

Já a pesquisa avaliativa fará um julgamento posterior a implantação da intervenção, baseado em métodos científicos (CHAMPAGNE et al., 2016). Contribuem para a compreensão da realidade no cotidiano do trabalho, sendo utilizadas para auxiliar o julgamento dos tomadores de decisões, pois transformam

as ideias, práticas e os valores, inovando o aprendizado individual e coletivo (SILVA et al., 2018a).

Segundo as pesquisas avaliativas sugeridas na oficina, estas irão avaliar o processo, o grau de implantação (relações existentes entre a intervenção e o contexto) e os efeitos realizados pela intervenção. Grande parte dos EA os quais propuseram avaliações futuras de programas ou políticas de saúde, optaram por estes tipos de estudos, corroborando com a presente pesquisa (NATAL et al., 2010; NASCIMENTO et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2015; PADILHA, OLIVEIRA, FIGUEIRÓ, 2015; SILVA et al., 2018a).

Com o desenvolvimento do EA, foram levantados alguns aspectos importantes para intervenções de enfrentamento da obesidade no município. Permitirá, ainda, ser instrumento para monitoramento e avaliação da intervenção; bem como, identificar se os resultados do PST-EO estão sendo efetivos, eficaz e eficientes para população-alvo.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O EA do PST-EO mostrou ser uma intervenção avaliável, na medida em que foi possível ampliar o conhecimento acerca da intervenção. Este estudo, em consonância com os interesses dos atores envolvidos, pactua as necessidades e estratégias para uma pesquisa avaliativa, apontando a viabilidade metodológica e operacional para o desenvolvimento desta atividade.

A modelização deste projeto foi de suma importância, pois contribuirá com os profissionais da ESF e a gestão municipal de saúde, na medida em que permitirá um acompanhamento mais apropriado e legítimo da intervenção proposta, do entendimento comum a respeito da operacionalização e dos resultados esperados, bem como na identificação de problemas e resultados fora da realidade.

O uso de metodologia participativa para discussão dos componentes e operacionalização do projeto contribuiu para um processo interativo e dialógico entre os profissionais, gestores e residentes de saúde na construção e validação dos modelos teórico-lógico. Este processo proporcionou aos envolvidos, uma visão mais clara acerca da intervenção, o que contribuiu na construção de entendimento comum a respeito do problema a ser enfrentado, dos objetivos, dos resultados esperados, além dos processos necessários para alcançá-los.

A modelagem deste projeto, subsidiará estudos posteriores a apreciarem o grau de implantação dos seus componentes, seja para verificar a operacionalização dos seus processos, seja para mensurar o alcance dos resultados pretendidos.

Este estudo deve contribuir para melhorar o desenvolvimento da intervenção analisada, além de refletir sobre os limites e possibilidades da avaliação. Portanto, deve contribuir para aferir se as ações realizadas estão caminhando para obter mudanças esperadas com a implantação das ações propostas e recursos disponíveis, bem como, subsidiará a decisão dos profissionais de saúde em relação a intervenção e a gestão municipal ao apoio institucional.

## 7 RECOMENDAÇÕES

Recomenda-se que, a partir deste trabalho, ocorra um maior investimento na avaliação do projeto, pelos atores-envolvidos (profissionais e gestores locais de saúde), utilizando-se as perguntas avaliativas formuladas durante a pesquisa, de forma a buscar uma intervenção de qualidade, eficiente e efetiva, visando a melhoria na promoção à saúde da população.

É possível e recomendável a realização de estudos mais sistemáticos sobre o processo de implementação do PST-EO, já que este projeto se encontra em fase de consolidação, não permitindo empreender uma avaliação dos seus resultados em longo prazo. Como exemplo, pode-se realizar estudos avaliativos quanto ao grau de implementação das atividades previstas em relação aos recursos previstos, e a quantidade e a qualidade esperada; e quanto à satisfação dos usuários em relação à cobertura e acesso.

Também é recomendado que as metas do projeto sejam formuladas para incorporar explicitamente os resultados.

O grupo entendeu que o alcance dos resultados desejados necessita de pactuações entre diversos setores, para além dos profissionais da ESF envolvidos, tendo em vista a natureza de suas atividades. Assim, faz-se necessário uma maior participação da gestão municipal de saúde (coordenação distrital, coordenação do PAC e coordenação da política das DCNT), seja no planejamento e execução das ações, seja no apoio em relação aos recursos necessários ao desenvolvimento da intervenção.

Por fim, torna-se fundamental a realização de estudos de avaliabilidade de programas e/ou projetos de enfrentamento da obesidade em âmbito nacional, para verificação do impacto e eficácia das intervenções propostas, contribuindo para redução da prevalência deste agravo de grande magnitude.

## REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA ESTUDO DA OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA. **Mapa da obesidade**. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/atitude-saudavel/mapa-obesidade>. Acesso em: 27 jan. 2018.
- ALMEIDA, L. F. F. *et al.* Projeto de intervenção comunitária “Em Comum-Idade”: contribuições para a promoção da saúde entre idosos de Viçosa, MG, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. 3763-3774, 2015.
- ALMEIDA, L. M. *et al.* Estratégias e desafios da gestão da atenção primária à saúde no controle e prevenção da obesidade. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 8, n. 1, p. 114-139, 2017.
- ALVES, C.K.A. *et al.* Interpretação e análise das informações: o uso das matrizes, critérios, indicadores e padrões. *In*: SAMICO, I. *et al.* (ed.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 89-108.
- ANDRADE, G. C. **Consumo de alimentos ultraprocessados fora de domicílio no Brasil**. 2017. 63f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.
- ANJOS, L. A. Índice de massa corporal (massa corporal/estatura) como indicador do estado nutricional de adultos: revisão de literatura. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n. 6, p. 431-436, 1992.
- ANJOS, L. A. Obesidade e saúde pública. *In*: ANJOS, L. A. (ed.). **Coleção Temas em Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 100p.
- ARAUJO, R. F. *et al.* Avaliabilidade da compatibilização de indicadores e metas dos instrumentos de planejamento do Ministério da Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 566-578, 2018.
- BARATIERI, T. *et al.* Aplicação do Estudo de Avaliabilidade na área da saúde: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 240-255, 2019.
- BELOTTI, M.; IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. Análise documental sobre as normativas do trabalho no Núcleo Ampliado de Saúde da Família. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Porto Alegre, v. 39, p. 1-14, 2019.
- BEVILAQUA, C. A.; PELLOSO, S. M.; MARCON, S. S. Estágio de mudança de comportamento em mulheres de um programa multiprofissional de tratamento da obesidade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, n. e2809, p. 1-10, 2016.

BEZERRA, L. C. A.; CAZARIN, G.; ALVES, C. K. A. Modelagem de Programas: Da Teoria à Operacionalização. *In*: SAMICO, I. *et al.* (ed.). **Avaliação em saúde**: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Editora MedBook, 2010. p. 65-78.

BEZERRA, L. C. A. *et al.* Identificação e caracterização dos elementos constituintes de uma intervenção: pré-avaliação da política ParticipaSUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 883-900, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 7.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de princípios e diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Caderno de Atenção Básica, n. 27).

IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos do Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de alimentação e nutrição**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 84p.

BRASIL. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424\\_19\\_03\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html). Acesso em: 27 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2681, de 17 de novembro de 2013**. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681\\_07\\_11\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html). Acesso em: 26 jan.2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Avaliação de efetividade de programas de educação física no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS**: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: obesidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2016**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2017**: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a fome. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional - CAISAN. **Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade**: orientando sobre modos de vida e alimentação adequada e saudável para a população brasileira. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a fome, 2014.

CARLUCCI, E. M. S. *et al.* Obesidade e sedentarismo: fatores de risco para doença cardiovascular. **Comunicação em Ciências da Saúde**. Maringá, v. 24, n. 4, p. 375-384. 2013.

CAVALCANTI, A. M.; OLIVEIRA, A. C. L. (org.). **Autocuidado apoiado**: manual do profissional de saúde. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2012. 96p.

CAZARIN, G.; MENDES, M. F. M; ALBUQUERQUE, K. M. Perguntas Avaliativas. *In*: SAMICO, I. *et al.* (ed.). **Avaliação em saúde**: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Editora MedBook, 2010. p. 79-87.

CAZARIN, G.; LIMA, S. F. F; BENEVIDES, I. A. Avaliabilidade da Política de Práticas Integrativas e Complementares do município de Recife-PE. **Journal of Management and Primary Health Care**, Uberlândia, v. 8, n. 2, p. 203-2015, 2017.

CAZARIN, G. **Avaliação da contribuição e da sustentabilidade do Programa Academia da Cidade no município do Recife, Pernambuco, Brasil**. 2019. 197f. Tese (Doutorado em Saúde Internacional, especialidade de Políticas de Saúde e Desenvolvimento) - Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2019.

CESSE. E. A. P. *et al.* Tendência da Mortalidade por doenças do Aparelho Circulatório no Brasil: 1950 a 2000. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 93, n. 5, p. 490-497, 2009.

CHAMPAGNE, F. *et al.* A Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. *In: BROUSSELLE, A. et al. (ed.). Avaliação, conceitos e métodos.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016. p. 41-60.

CHEN, H. T. The Theory-driven perspective. *In: Theory-driven evaluations.* California: Sage Publications, 1990. p. 37-52.

CONTANDRIOPOULOS, A. *et al.* Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. *In: HARTZ, Z. M. A. (ed.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 29-48.

CONTANDRIOPOULOS, D. *et al.* Knowledge Exchange Processes in Organizations and Policy Arenas: A Narrative Systematic Review of the Literature. **Milbank Quarterly**, New York, v. 88, n.4, p. 444-483, 2010.

CRONBACH, L.H. **Designing evaluations of educational and social programs.** San Francisco: Jossey-Bass, 1982.

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (Estados Unidos). **The surgeon general's call to action to prevent and decrease overweight and obesity.** [Rockville, MD]: Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General, 2001.

DIAS, M. S. A. *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 103-114, 2018.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia & Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 529-532, 2012.

DUNCAN, B. B. *et al.* Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, p. 126-134, 2012.

ELLULU, M. *et al.* Epidemiology of obesity in developing countries: challenges and prevention. **Global Epidemic Obesity**, India, v. 2, n. 2, p. 1-6, 2014.

ESHER, A. *et al.* Modelos Lógicos Provenientes de Estudo de Avaliabilidade da Assistência Farmacêutica para Pessoas Vivendo com HIV/Aids. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4833-4844, 2011.

FERREIRA, H.; CASSIOLATO, M.; GONZÁLES, R. **Como elaborar modelo lógico de programa:** um roteiro básico. Brasília: IPEA, 2007.

FERREIRA, S. R. G. A obesidade como epidemia: o que pode ser feito em termos de saúde pública?. **Einstein**, São Paulo, v. 1, p. 1-6, 2006.

FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, M. N. Avaliação em Saúde: Conceitos Básicos para a Prática nas Instituições. *In*: SAMICO, I. *et al.* (ed.). **Avaliação em saúde**: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Editora MedBook, 2010, p. 79-87.

FONTBONNE, A. *et al.* Risk factor control in hypertensive and diabetic subjects followed by the Family Health Strategy in the state of Pernambuco, Brazil - SERVIDIAH Study. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1195-1204, 2013.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Fourth generation evaluation**. Beverly Hills: Sage, 1990.

HALLA, P.C. *et al.* Avaliação do programa de promoção de atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepção de usuários e não-usuários. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 70-78, 2010.

HARTZ, Z. M. A. (org.) **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

HAVE, P.; POTVIN, L. What Is Population Health Intervention Research? **Canadian Journal of Public Health**, Montreal, v. 100, n. 1, p. 8–14, 2009.

HSIEH, H. F.; SHANNON, S. E. Three approaches to qualitative content analysis. **Qualitative Health Research**, USA, v.15, n. 9, p. 1277-1288, 2005.

KIVIMÄKI, M. *et al.* Job strain and risk of obesity: systematic review and meta-analysis of cohort studies. **Internation Journal of Obesity**, London, v. 39, n. 11, p. 1597–1600, 2015.

LIMA, L. R. F. **Ampliação do acesso à atenção oftalmológica: um estudo sobre a Avaliabilidade da Campanha “De Olho na Visão”, Goiás, 2004**. 2005. 45f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

LEVITON L, C. *et al.* Teaching Evaluation Using Evaluability Assessment. Thousands Oaks. **SAGE Discipline Hubs**. London, v. 4, n. 4, p. 389-409, 1998.

MALTA, D. C. *et al.* Evolução anual da prevalência de excesso de peso e obesidade em adultos nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal entre 2006 e 2012. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 17, supl. 1, p. 267-276, 2014.

- MAYNE, J. Addressing attribution through contribution analysis: using performance measures sensibly. **Canadian Journal of Program Evaluation**, Canadá, v.16, n.1, p. 124, 2000.
- MCLAUGHLIN, J. A; JORDAN, G. B. Logic models: a tool for telling you program's performance story. **Evaluation and Program Planning**, Napoli, v. 22, n. 1, p. 65-72, 1999.
- MCKINSEY GLOBAL INSTITUTE. **Como o mundo pode lutar contra a obesidade**. Disponível em: <https://www.mckinsey.com/br/our-insights/how-the-world-could-better-fight-obesity>. Acesso em: 06 jun. 2019.
- MEDEIROS, P. F. P *et al.* Um estudo sobre a avaliabilidade do Programa + Vida: política de redução de danos em álcool, fumo e outras drogas do município de Recife, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, Supl. 1, p. 209-217, 2010.
- MEDINA, M. G. *et al.* Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *In*: HARTZ, Z. M. A; SILVA, L. M. V. (ed). **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. Salvador: Editora EDUFBA, 2005, p. 41-64.
- MEDINA, M. G. *et al.* Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 69-82, 2014.
- MENDES, M. F. M. *et al.* Avaliabilidade ou pré-avaliação de um programa. *In*: SAMICO, I. *et al.* (ed). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Editora MedBook, 2010, p. 57-64.
- MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- MENDES, A. L. *et al.* Programas de tratamento multiprofissional da obesidade no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 29, n. 6, p. 867-884, 2016.
- NATAL, S. *et al.* Estudo de avaliabilidade da rede de formação de Recursos Humanos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, 560-571, 2010.
- NASCIMENTO, L. V. *et al.* Estudo de Avaliabilidade da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no Município de Sobral, Ceará. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.38, n.1, p. 95-114, 2014.
- Ng, M. *et al.* Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **The Lancet**, Reino Unido, v. 384, n. 9945, p. 766-781, 2014.

- OLIVEIRA, G. N. **O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**. 2007. 176f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade de Campinas, São Paulo, 2007.
- OLIVEIRA, M. L. **Estimativa dos custos da obesidade para o Sistema Único de Saúde do Brasil**. 2013. 109f. Tese (Doutorado em Nutrição Humana) - Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília, 2013.
- OLIVEIRA, C.M. *et al.* Avaliabilidade do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB): desafios para gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 2999-3010, 2015.
- OLIVEIRA, S. R. A; POTVIN, L.; MEDINA, M. G. Sustentabilidade de intervenções em promoção da saúde: uma sistematização do conhecimento produzido. **SAÚDE DEBATE**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 107, p. 1149-1161, 2015.
- OLIVEIRA, F. P. S. L. *et al.* Avaliabilidade do programa Saúde na Escola: um estudo de caso orientado para a aplicação de conhecimentos sobre a integração entre Unidade Básica de Saúde e Escola de Ensino Fundamental no Brasil. **Anais Instituto de Higiene e Medicina Tropical**, Lisboa, v. 15, Supl. 2, p. 27 – 34, 2016.
- OLIVEIRA, T.P.; **Plano de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Distrito Federal (Planae-DF): análise de situação e estudo de avaliabilidade**. 2017. 164f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Desigualdade exacerba fome, desnutrição e obesidade na América Latina e no Caribe**. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=599:desigualdade-exacerba-fome-desnutricao-e-obesidade-na-america-latina-e-no-caribe&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=599:desigualdade-exacerba-fome-desnutricao-e-obesidade-na-america-latina-e-no-caribe&Itemid=839). Acesso em: 24 março. 2019.
- OTTAWA, J. M. Useful Theory of Change Models. **Canadian Journal of Program Evaluation**, Canadá, v. 30, n. 12, p. 119-142, 2015.
- PADILHA, M. A; OLIVEIRA, C. M; FIGUEIRÓ, A. C. Estudo de avaliabilidade do Programa Academia Carioca da Saúde: desafios para a promoção da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.375-386, 2015.
- PATTON, M.Q. **Practical Evaluation**. Beverly Hills: Sage, 1982.
- PATTON, M. Q. **Qualitative Research & Evaluation Methods**. 3. ed. Thousands Oaks; London; New Delhi: Sage, 2002.
- POETA, L. S. *et al.* Interdisciplinary intervention in obese children and impact on health and quality of life. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 89, n. 5, p. 499-504, 2013.

PONTES, R. J. S. *et al.* Transição demográfica e epidemiológica. *In*: MEDRONHO, R. A. (ed). **Epidemiologia**. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2008, p. 123-152.

POTH, C.; DRAPER, M. A.; HASSAR, B. E. Influential Mentoring Practices for Navigating Challenges and Optimizing Learning During an Evaluation Internship Experience. **Canadian Journal of Program Evaluation**, Canadá, v. 31, n. 3, p. 374–396, 2017.

OLIVEIRA, G. N. **O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**. 2007. 176f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade de Campinas, São Paulo, 2007.

QUESADA, A. O. M. **Projeto de intervenção: obesidade em adultos atendidos em uma Unidade de Saúde do município de Olho D’água das Flores**. 2015. 30f. Trabalho de Conclusão de curso - Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2015.

RABELO, R. P.C. *et al.* Implantação de um Programa Interdisciplinar para o controle da obesidade infantil na Secretaria de Saúde do Distrito Federal/DF. **Revista Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 29, Suppl 1, p. 65-69, 2018.

ROCHA, B. N. G. A; UCHOA, S. A. C. Avaliação da atenção humanizada ao abortamento: um estudo de avaliabilidade. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n.1, p. 109-127, 2013.

ROSSI, P. H.; FREEMAN, H. E. **Evaluation: a system approach**. Beverly Hills: Sage Publications, 2004.

ROSSI, P. H.; LIPSEY, M. W.; FREEMAN, H. E. Expressing and assessing program theory. *In*: ROSSI, P. H.; LIPSEY, M. W.; FREEMAN, H. E. (ed.). **Evaluation: a system approach**. 2004, p. 133-166.

SAMICO, I. *et al.* **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro: Editora Medbook, 2010.

SILVA, D. *et al.* Projeto Cintura Fina: prevenção e controle da obesidade e demais doenças crônicas não transmissíveis. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas, v. 19, n. 6, p. 785-790, 2014.

SILVA, R. N. **Avaliabilidade do Programa Academia da Saúde no Recife: Um Estudo de Caso**. 2015. 107f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015.

SILVA, B. S. *et al.* Estudo de avaliabilidade do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 71, Suppl 1, p. 615-24, 2018a.

SILVA, S. B. *et al.* Características de mulheres obesas assistidas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 26, p. 1-5, 2018b.

SOUZA, E. B. Transição nutricional no Brasil: análise dos principais fatores. **Cadernos UniFOA**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 13, p. 50-53, 2010.

SOUZA, M. F. M. *et al.* Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p.1737-1750, 2018a.

SOUZA, T. T.; CALVO, M. C. M. Avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família com foco na integração às equipes apoiadas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 53, n. 41, p. 1-11, 2018.

SOUZA, E. C.; GUIMARÃES, J. M. X.; SILVA, M. R. F. Estudos de Avaliabilidade de Políticas e Programas de Saúde no Brasil: Revisão Integrativa. **Sanare**, Ceará, v 16, p. 85-92, 2017.

SOUZA, T.F. *et al.* Projeto Saúde na Boa. **Revista Brasileira Cineantropometria e Desempenho Humano**, Santa Catarina, v. 16, Suppl. 1, p. 46-54, 2014.

SOUZA, E. F. D. *et al.* Constructing a logical model in school health: experience on the Lower Amazon region. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 3, p. 1268-1273, 2018b.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Health in Brazil 4. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, Reino Unido, v. 11, n. 377, p. 1-12, 2011.

THURSTON, W.; RAMALIU, A. Evaluability assessment of a survivors of torture program: lessons learned. **Canadian Journal of Program Evaluation**, Canadá, v. 20, n. 2, p. 1-25, 2005.

SILVA, R. N. **Avaliabilidade do Programa Academia da Saúde no Recife: Um Estudo de Caso**. 2015. 107f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015.

VERDI, M. I. M.; FREITAS, T. G.; SOUZA, T. T. **Projeto de Saúde no Território**. 2012. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família - Universidade Federal de Santa Catarina (Centro de Ciências da Saúde), Florianópolis, 2012.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

VITORINO, S. A. A.; CRUZ, M. M.; BARROS, D. C. Validação do modelo lógico teórico da vigilância alimentar e nutricional na atenção primária em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 12, p. 1-23, 2017.

WEISS, C. H. **Evaluation**: methods for studying programs and policies. 2. ed. Upper Saddle River: Prentice Hall, 1998.

WHELAN, J. *et al.* Cochrane update: Predicting sustainability of intervention effects in public health evidence: identifying key elements to provide guidance. **Journal of Public Health**. United Kingdom, Austrália, v. 36, n. 2, p. 347-351, 2014.

WHOLEY, J. S. Evaluability assessment. *In*: RUTMAN, L. (Ed.). **Evaluation research methods**: A base guide. 1977, p. 41-56.

WHOLEY, J. S. Evaluability assessment: Developing program theory. **New Directions for Evaluation**, EUA, v. 33, p. 77-92, 1987.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva: WHO, 2000. (WHO Technical Report Series, n. 894).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Physical status**: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. Geneva: WHO, 1995. (Technical Report Series, n. 854).

WORLD OBESITY FEDERATION. **Relatório 2017**. Disponível em: <https://www.worldobesity.org/>. Acesso em: 15 abr. 2019.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2015.

ZACARIAS, A. C. P. **Avaliabilidade da Rede Cegonha em Pernambuco**. 2018. 27f. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -  
ENTREVISTA COM INFORMANTES-CHAVES (PROFISSIONAIS, GESTORES E  
RESIDENTES)**

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa com o título **Avaliabilidade do Projeto de Saúde no Território para enfrentamento da obesidade em uma Unidade de Saúde da Família, Recife/PE**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Renata Ferreira Tiné e sob a coordenação da pesquisadora Eduarda Ângela Pessoa Cesse.

Se decidir participar desta pesquisa, por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o senhor (a) não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo para esclarecê-los.

O objetivo principal deste estudo é analisar a avaliabilidade do Projeto de Saúde no Território para enfrentamento da obesidade na USF Coqueiral/Imbiribeira.

Após entender e concordar em participar, a sua contribuição na pesquisa ocorrerá através da realização de entrevista, que será gravada em áudio para posterior transcrição. Os possíveis riscos relacionados com sua participação podem ser constrangimento perante pessoas e instituições, caso sua identidade venha a público. Contudo, garantimos que este fato não ocorrerá sob hipótese alguma, pois serão tomados todos cuidados necessários para minimizar esses riscos. Vale salientar que esses riscos se justificam pela importância do benefício planejado nesta pesquisa.

Os benefícios relacionados à sua participação são: esclarecer as ações, os objetivos e metas do PST para enfrentamento da obesidade; disponibilizar informações para aperfeiçoar a intervenção do programa; contribuir para construção teórica-lógica do programa; identificar áreas para melhoria do programa e identificar que e/ou como os componentes do programa podem ser avaliados, permitindo subsidiar o aperfeiçoamento da atenção à saúde desta comunidade.

Sua participação neste estudo é totalmente voluntária e sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com essa instituição de

pesquisa. Também não lhe serão impostas nenhuma penalidade, prejuízo ou perda de benefício em seu local de trabalho. Após assinar o consentimento, você terá total liberdade de retirá-lo a qualquer momento e deixar de participar do estudo se assim o desejar, sem quaisquer prejuízos às suas relações de trabalho.

O conhecimento dos resultados do seu desempenho nas tarefas poderá ser obtido através do contato pessoal com a coordenadora da pesquisa e, caso seja do seu interesse, os resultados da pesquisa em geral serão publicados, sob a forma de relatório anual. Você não será identificado quando o material de seu registro for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pela pesquisadora. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste centro de pesquisas, localizado na Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE - Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50.670-420, através do telefone (81) 2101-2639 ou pelo e-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br. O horário de funcionamento é das 08:00 – 12:00 hrs / 13:00 – 15hrs. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Após a leitura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dou meu consentimento de livre e espontânea vontade, para participar como voluntário deste estudo, assinando esse termo em duas vias, pois uma cópia pertencerá a mim e a outra ao pesquisador.

Nome do participante (em letra de forma): \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante.

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Para qualquer esclarecimento entrar em contato com:

Coordenadora da Pesquisa: Eduarda Ângela Pessoa Cesse.

Endereço: Av. Prof. Moraes do Rego. Cidade Universitária, s/n. Recife/PE. E.mail:  
educesse@cpqam.fiocruz.br

Telefone:(81)2101-2609.

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) OFICINA COM ENVOLVIDOS NO PST**

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa com o título **Avaliabilidade do Projeto de Saúde no Território para enfrentamento da obesidade em uma Unidade de Saúde da Família, Recife/PE**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Renata Ferreira Tiné e sob a coordenação da pesquisadora Eduarda Ângela Pessoa Cesse.

Se decidir participar desta pesquisa, por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o senhor (a) não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo para esclarecê-los.

O objetivo principal deste estudo é analisar a avaliabilidade do PST para enfrentamento da obesidade na USF Coqueiral/Imbiribeira.

Após entender e concordar em participar, a sua contribuição na pesquisa consistirá em fazer parte das oficinas, que validará o Modelo Lógico do programa, abordando vários aspectos relativos ao tema. O tempo estimado para participação nas oficinas é de 3 (três) dias. Uma vez que a entrevista é feita em grupo, não é possível garantia do sigilo de sua participação. Os resultados das oficinas serão utilizados exclusivamente nesta pesquisa e para publicações – dissertação, artigos em revistas científicas – e apresentações em eventos e reuniões científicas.

As oficinas somente serão gravadas se houver sua autorização. As gravações serão armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora.

Os possíveis riscos relacionados com sua participação podem ser constrangimento perante pessoas e instituições, caso sua identidade venha a público. Contudo, garantimos que este fato não ocorrerá sob hipótese alguma, pois serão tomados todos cuidados necessários para minimizar esses riscos. Vale

salientar que esses riscos se justificam pela importância do benefício planejado nesta pesquisa.

Os benefícios relacionados à sua participação serão: auxiliar na construção de um entendimento comum entre todos os envolvidos sobre o projeto de enfrentamento da obesidade, esclarecendo objetivos e resultados esperados, bem como na construção de perguntas que auxiliará as avaliações futuras.

Sua participação neste estudo é totalmente voluntária e sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com essa instituição de pesquisa. Também não lhe serão impostas nenhuma penalidade, prejuízo ou perda de benefício em seu local de trabalho. Após assinar o consentimento, você terá total liberdade de retirá-lo a qualquer momento e deixar de participar do estudo se assim o desejar, sem quaisquer prejuízos às suas relações de trabalho.

O conhecimento dos resultados do seu desempenho nas tarefas poderá ser obtido através do contato pessoal com a coordenadora da pesquisa e, caso seja do seu interesse, os resultados da pesquisa em geral serão publicados, sob a forma de relatório anual. Você não será identificado quando o material de seu registro for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pela pesquisador/a. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste centro de pesquisas, localizado na Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE - Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50.670-420, através do telefone (81) 2101-2639 ou pelo e-mail: [comiteetica@cpqam.fiocruz.br](mailto:comiteetica@cpqam.fiocruz.br). O horário de funcionamento é das 08:00 – 12:00 hrs / 13:00 – 15hrs. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Após a leitura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dou meu consentimento de livre e espontânea vontade, para participar como voluntário deste

estudo, assinando esse termo em duas vias, pois uma cópia pertencerá a mim e a outra ao pesquisador.

Nome do participante (em letra de forma): \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante.

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Para qualquer esclarecimento entrar em contato com:

Coordenadora da Pesquisa: Eduarda Ângela Pessoa Cesse.

Endereço: Av. Prof. Moraes do Rego. Cidade Universitária, s/n. Recife/PE. E.mail: educesse@cpqam.fiocruz.br

Telefone:(81)2101-2609.

**APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM INFORMANTES-CHAVE DO  
PROJETO DE SAÚDE NO TERRITÓRIO PARA ENFRENTAMENTO DA  
OBESIDADE EM RECIFE-PE.**

1ª. VERSÃO DO MODELO LÓGICO DO PROJETO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

NÚMERO DO ENTREVISTADO (A): \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_

1. Qual o problema ou situação de saúde gerou a necessidade de criação do PST?
2. Qual é a estratégia que a equipe adota para resolver este problema?
3. Quais os objetivos gerais e específicos do projeto?
4. Quais as metas que o projeto pretende alcançar?
5. Os objetivos e metas do projeto são consistentes com o problema?
6. Qual o público-alvo do projeto?
7. Quais os componentes do projeto?
8. Que atividades são realizadas no projeto?
9. Qual a integração do projeto com a gestão (coordenação das DCNT, do PAC e distrital)?
10. Como se dá a articulação do projeto com outros setores da sociedade?
11. De que estrutura (recursos humanos, financeira, leis, regulamentos, valores e crenças) o projeto precisa para funcionar?
12. Que produtos espera-se obter com a realização das atividades?
13. Quais os resultados o projeto pretende alcançar?
14. Que fatores podem influenciar (barreira e dificuldades) o alcance destes resultados, que não apenas os relacionados ao projeto?
15. Na sua opinião, para que serve avaliação? Você acredita que ela contribuirá para melhorar o projeto?

**APÊNDICE C - ROTEIRO DE INFORMAÇÕES PARA ANÁLISE E VALIDAÇÃO DO  
ML POR ATORES ENVOLVIDOS NO PROJETO: PROFISSIONAIS, RESIDENTES  
E GESTORES (ADAPTADO DE SILVA, R.N., 2017)**

**AVALIANDO O MODELO LÓGICO**

Prezado(a) avaliador(a),

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da avaliação, construção e validação do modelo lógico preliminar do Projeto de Saúde no Território para enfrentamento da obesidade da USF Coqueiral/Imbiribeira, produto da dissertação “AVALIABILIDADE DO PROJETO DE SAÚDE NO TERRITÓRIO PARA ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE EM UMA USF, RECIFE/PE” da aluna Renata Ferreira Tiné, sob orientação da professora Dr<sup>a</sup> Eduada Ângela Pessoa Cesse, no Programa de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães / FIOCRUZ.

Sua contribuição será requerida nas seguintes áreas:

**1. Leitura do aparato normativo existente:**

Nesta primeira etapa, sugerimos à V. Sra. que leia atentamente as normas que deram origem ao referido programa e ao modelo lógico em questão, avaliando se as mesmas são suficientes ou se há necessidade de acrescentar outros referenciais teóricos. Lembramos que os seguintes materiais podem ser utilizados para a construção do modelo:

- Leis e portarias;
- Resultados de avaliações anteriores;
- Planos e relatórios de gestão;
- Entrevistas com especialistas;
- Revisão de literatura (artigos e livros);

## 2. Definição do problema de saúde pública para o qual o programa foi criado.

Nesta etapa, V. Sra. irá propor uma definição para o (s) problema (s) para o qual o PST foi criado. Deve estar claramente definido o motivo pelo qual o programa foi implantado e quais resultados pretende-se alcançar;

## 3. Checagem da acurácia do modelo, verificando a consonância entre o aparato normativo existente e os elementos do modelo.

Nesta etapa, sugerimos a V. Sra. que realize uma leitura geral do modelo, avaliando o modo como foi construído em termos de componentes e demais elementos, comparando-se o que se encontra nas normas e o que está no modelo (completude). Para tanto, sugerimos: Distribuir as informações dentro da tabela abaixo, usando-se as categorias já definidas: recursos, processos/ ações, produtos, resultados imediatos, intermediários e finais;

Componentes	Insumos	Atividades	Produtos	Resultados Intermediários	Resultado final

## 4. Checagem da lógica do modelo:

Nesta etapa, enquanto os elementos do modelo lógico vão sendo alocados na tabela, V. Sra. deve checar o fluxo da lógica, desde os insumos até os resultados (da esquerda pra direita ou de cima para baixo). Para tanto, sugerimos:

- Como primeiro passo: selecionar a coluna dos resultados e ‘olhar para a esquerda ou para cima’, fazendo a seguinte pergunta, para cada um dos resultados: “Quais as atividades e os produtos que contribuem para chegar até a esses resultados?”
- Como segundo passo: selecionar a mesma coluna dos resultados e ‘olhar para direita ou para baixo’, fazendo a seguinte pergunta: “Que impacto estamos pretendendo causar com esses resultados?”

5. **Organizar as informações contidas no modelo**, fazendo o link entre cada uma das células da tabela, através de linhas e setas de forma que as relações causais entre as mesmas fiquem claras;

Solicitamos a V.Sra que, por favor, fique à vontade para propor quaisquer informações/sugestões que deseje acrescentar ou suprimir (texto em destaque na tabela proposta neste documento, no corpo do modelo lógico ou em documento em separado).

Agradecemos a sua participação, informando que sua colaboração será de grande importância para a realização desse trabalho.

Links dos documentos que norteiam o Projeto no site:

- [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_doenca\\_cronica\\_obesidade\\_cab38.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf)
- [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424\\_19\\_03\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html)
- [http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/seguranca\\_alimentar/estrategia\\_obesidade.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/seguranca_alimentar/estrategia_obesidade.pdf)
- [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcmt\\_2011.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcmt_2011.pdf)
- [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado\\_pessoas%20doencas\\_cronicas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf)
- [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps\\_revisao\\_portaria\\_687.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf)
- [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_alimentacao\\_nutricao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf)

**APÊNDICE D – VALIDAÇÃO DO MODELO LÓGICO DO PROJETO DE SAÚDE  
NO TERRITÓRIO PARA ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE EM RECIFE-PE  
(APRECIÇÃO DOS ATORES-CHAVES)**

- a) O nível de detalhamento foi suficiente para criar entendimento dos elementos e de suas relações?
- b) A lógica do programa está completa? Todos os elementos foram relacionados?
- c) Todos os elementos foram colocados de forma lógica?
- d) Foi incluída toda população-alvo?
- e) Foram incluídos todos os recursos necessários?
- f) As principais atividades estão sendo inseridas de forma pertinente?
- g) Com base nos documentos de referência para o PST de enfrentamento da obesidade, bem como na sua experiência como profissional e/ou gestor na área de estudo, você julga que as ações que compõem o modelo lógico são suficientes para alcançar o objetivo do Projeto?
- h) Quais outras ações você colocaria nesse modelo?
- i) Existem preocupações e dúvidas em relação ao ML?

## **APÊNDICE E - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM INFORMANTES-CHAVE PARA FORMULAÇÃO DAS PERGUNTAS AVALIATIVAS (GRUPO FOCAL).**

### **1- Fase Divergente:**

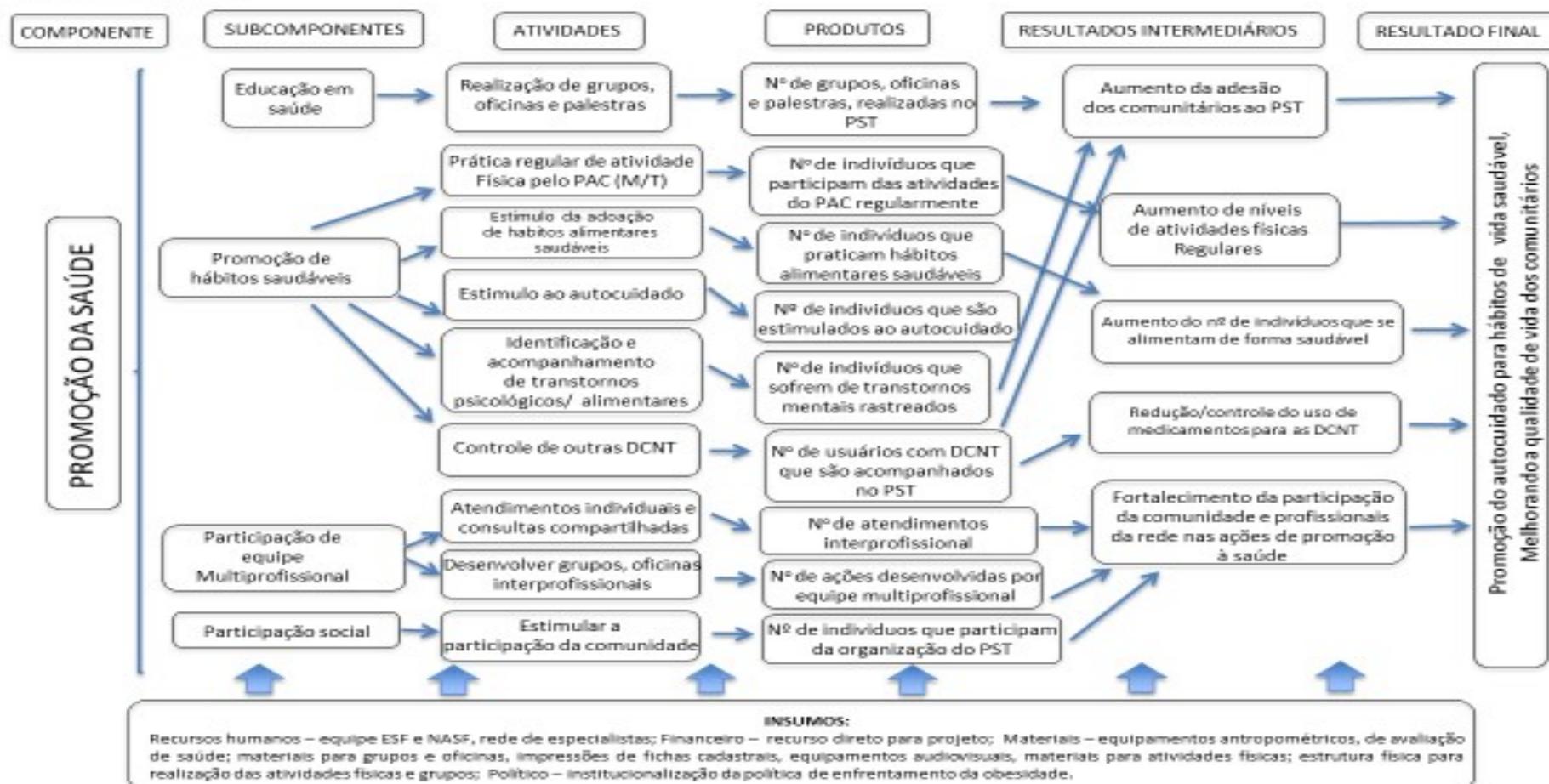
- Que perguntas ou preocupações a respeito deste projeto vocês gostariam que a avaliação respondesse?
- Que informações seriam uteis para vocês administrarem ou implementarem melhor o programa?
- O que mais vocês gostariam de saber?

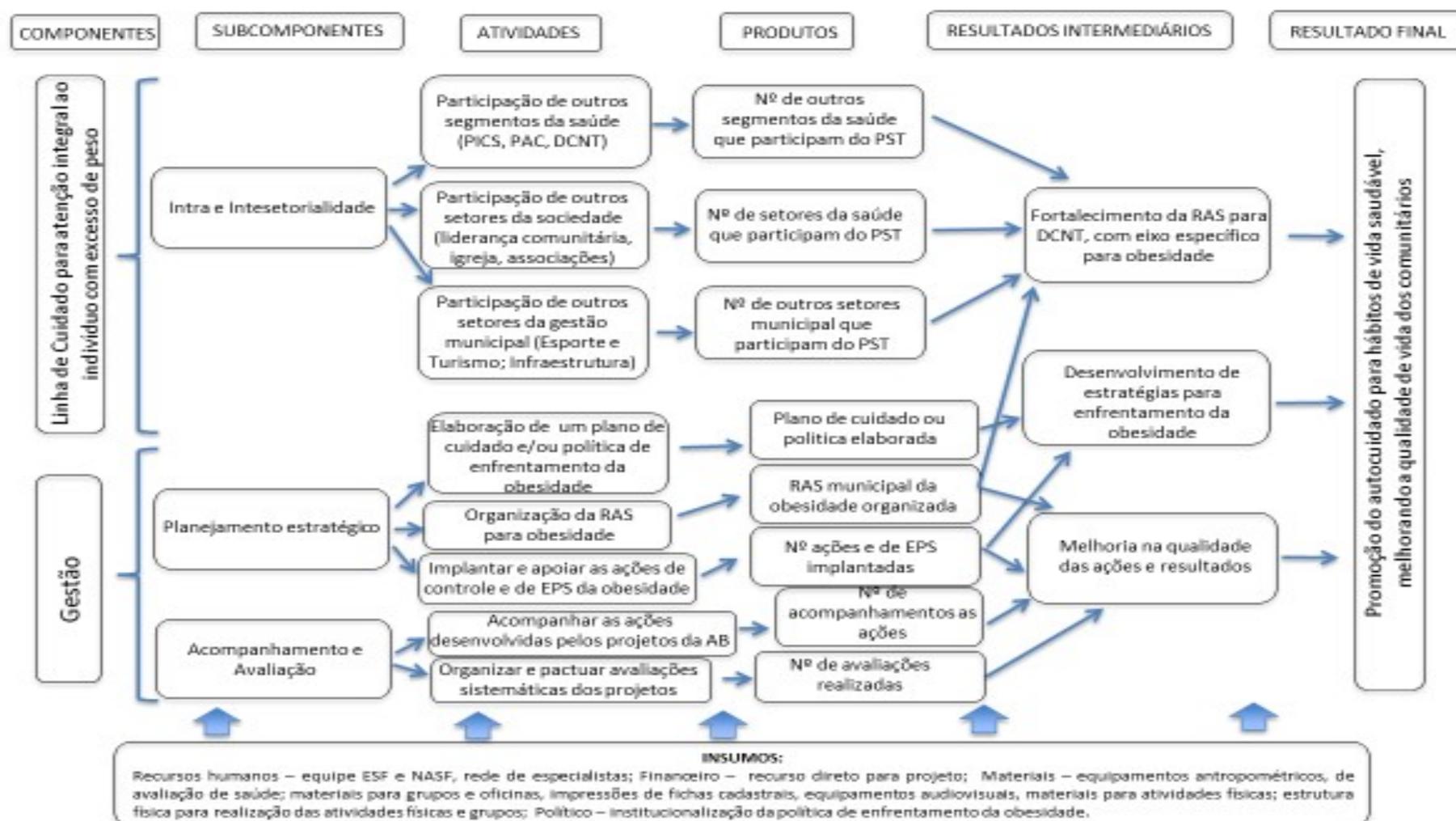
### **2- Fase Convergente:**

- A pergunta é prioritária?
- É útil? (Gera conhecimentos novo, ou seja, não tem resposta de antemão; alguém vai utilizar esta informação?)
- Gera informações importantes?
- É viável? (Considerando os aspectos de governabilidade, recursos financeiros, humanos, tecnológicos, etc.)

## APÊNDICE F - 1ª VERSÃO DO MODELO LÓGICO CRIADO PELA PESQUISADORA

**Figura 1:** Modelo lógico do Projeto de Saúde no Território para enfrentamento da obesidade, USF Coqueiral/Imbiribeira. Recife - PE, 2019.





**APÊNDICE G - PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**

**INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES**

**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

**RENATA FERREIRA TINÉ**

**PROJETO DE SAÚDE NO TERRITÓRIO PARA ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE NAS  
UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, RECIFE - PERNAMBUCO**

**RECIFE**

**2020**

**RENATA FERREIRA TINÉ**

**PROJETO DE SAÚDE NO TERRITÓRIO PARA ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE NAS  
UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, RECIFE - PERNAMBUCO**

Projeto de intervenção como contribuição a Gerência de Atenção Básica do município de Recife-PE, oriundo dos resultados da dissertação de mestrado profissional a ser apresentado ao curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães /Fundação Oswaldo Cruz.

**RECIFE**

**2020**

## 1 INTRODUÇÃO

Em 2017, buscando enfrentar o elevado número de usuários hipertensos e diabéticos com excesso de peso, a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Núcleo Ampliado à Saúde da Família (NASF) de uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Recife/PE, iniciou um Projeto de Saúde no Território (PST) para o Enfrentamento da Obesidade (PST-EO), com ações voltadas para esse público. Neste são realizadas práticas de atividades físicas, de educação em saúde e assistência, articuladas com ações intersetoriais, envolvimento de uma equipe multiprofissional e a participação popular.

É notório que a ESF é um espaço privilegiado de intervenções de promoção da saúde, de prevenção das condições crônicas e de manejo dessas condições, tornando-se local ideal para desenvolvimento de ações de promoção de saúde e enfrentamento do excesso de peso (MENDES, 2012; BRASIL, 2014).

Já o PST, se constitui numa ferramenta da ESF, visando a prevenção e o controle de situações de problemas e necessidades de saúde em grupos sociais vulneráveis. Equipes da ESF (eSF), potencializadas pela equipe do NASF (eNasf), articuladas com outros serviços de saúde e políticas sociais, investem na qualidade de vida de indivíduos e comunidades e no protagonismo dos sujeitos (BRASIL, 2014).

Realizou-se, recentemente, um Estudo de Avaliabilidade (EA) do PST-EO, o qual contribuiu para uma melhor definição dos objetivos, das metas e das estratégias para o enfrentamento da obesidade, onde a intervenção foi organizada e descrita de forma lógica e teórica, além de ter sido definido o seu futuro processo avaliativo (THURSON e RAMALIU, 2005).

Diante da relevância do problema de saúde pública; do desconhecimento de outra experiência formulada no município, como plano de ação e/ou linha de cuidado para o enfrentamento da obesidade; bem como pela inovação e produtos que o PST-EO revelou, este pode ser visto como um projeto piloto para outras USF do município. Portanto, esse Plano de Intervenção (PI) se propõe divulgar e implantar o PST-EO em outras USF de Recife/PE, visando contribuir com a redução da prevalência da obesidade no município.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral:**

Implantar o Projeto de Saúde no Território para enfrentamento da obesidade nas Unidades de Saúde da Família do município de Recife/PE.

### **2.2 Objetivos Específicos:**

- A) Apresentar os resultados do Estudo de Avaliabilidade do PST-EO da USF Coqueiral/Imbiribeira aos gestores da Gerência de Atenção Básica e dos Distritos Sanitários da Secretaria de Saúde do Recife;
- B) Propor aos gestores locais a divulgação e disseminação da intervenção a outras USF do município;
- C) Rastrear e capacitar equipes multiprofissionais da ESF aptas a desenvolverem a intervenção de controle da obesidade;
- D) Implantar o PST-EO na maioria das USF de Recife

### **3. CONTEXTO**

#### **3.1 PROBLEMA**

A obesidade foi apontada como um dos maiores problemas de saúde pública, principalmente para os países em desenvolvimento, sendo uma das principais responsáveis pela maioria das mortes e doenças em todo mundo, considerada uma epidemia mundial (OMS, 2000).

No Brasil, a obesidade vem crescendo cada vez mais, onde mais de 50% da população está acima do peso. Segundo dados da pesquisa realizada em 2018 da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), Recife está dentre as capitais do país com a maior frequência de sobrepesos (58,5%) e obesos (21%) em adultos maiores de 18 anos, estando acima da média nacional (BRASIL, 2018).

Além das consequências para a saúde, o sobrepeso e a obesidade também acarretam consequências socioeconômicas importantes, identificando altos custos para os sistemas de saúde, com o tratamento da obesidade e suas consequências, bem como a perda de renda pela redução da produtividade e do absenteísmo, devido à doença ou incapacidade e perda de renda por mortes prematuras (DHHS, 2001). Segundo um estudo internacional conduzido pelo McKinsey Global Institute (2014), a obesidade custa ao Brasil 2,4% do Produto Interno Bruto (PIB), e no mundo, 2,8% de todas as riquezas são gastos no enfrentamento da obesidade.

Em Recife, as frequências de sobrepeso (54,4%) e obesos (21%) em adultos acima de 18 anos, estão acima da média nacional (54% e 18,9% respectivamente), e dentre as capitais com maior índice de obesidade. Além desses fatores, observou-se que a capital pernambucana, está entre as três maiores frequências para práticas insuficientes de atividades físicas e/ou de inatividade (BRASIL, 2018).

Embora se reconheça que, fatores genéticos e metabólicos influenciam de maneira direta no ganho de peso, sabe-se que outros fatores como, inatividade física, dieta pouco saudável e estresse psicossocial aumentam o risco do desenvolvimento da obesidade, fazendo-se necessário intervenções orientadas para

esses fatores, como forma de prevenir ou reverter o quadro da obesidade no âmbito individual e populacional (KIVIMÄKI et al, 2015).

No Brasil, a obesidade torna-se objeto de políticas públicas nos últimos 15 anos, e o Ministério da Saúde (MS), por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), é o principal proponente de ações, seguindo a tendência internacional (DIAS et al, 2018). Face a importância que a Atenção Básica (AB) tem, por ser um local privilegiado para desenvolvimento de ações de promoção de saúde e enfrentamento do excesso de peso, em 2014, o MS lança o Caderno de Atenção Básica com estratégias para o cuidado da pessoa com obesidade. Este documento indica que a AB, além de acolher e tratar o indivíduo com excesso de peso, deve ser a ordenadora do cuidado e centro de comunicação entre os demais pontos da Rede de Atenção, garantindo o cuidado integral e humanizado (BRASIL, 2014).

### **3.2 INTERVENÇÃO**

O PST-EO foi implantado na área adscrita da USF Coqueiral/Imbiribeira, do município de Recife. Esta comunidade é situada no Distrito Sanitário VI, composto por aproximadamente 5.000 indivíduos cadastrados. A ESF foi implantada em 2004, representada por 2 equipes, onde cada equipe é composta por 01 médico, 01 enfermeiro, 01 técnico de enfermagem, 06 agentes comunitários de saúde. As eSF compartilham um Núcleo Ampliado à Saúde da Família (NASF) e um extra polo do Programa Academia da Cidade de Recife (PAC), recentemente implantado, os quais foram objeto deste estudo.

O extra polo do PAC Coqueiral/Imbiribeira está inserido na Igreja Presbiteriana (equipamento social) pertencente ao território de abrangência da ESF. Este espaço vem sendo utilizado para realização das ações de atividades físicas, bem como de educação em saúde, visto que não existe local apropriado, nem recursos financeiros para criação de um pólo fixo do PAC no território de estudo.

Sabe-se que o PST-EO atua com múltiplas ações, de forma interprofissional, o que é evidenciado, como fator essencial para alcançar efeitos positivos no controle da obesidade (SILVA et al, 2018; RABELO et al, 2018). Revisão sistemática sobre programas de tratamento multiprofissional da obesidade no Brasil, comprovou que os melhores resultados foram encontrados quando a ESF fornece sua assistência padrão aliada a programas multidisciplinares de promoção de hábitos saudáveis (MENDES et al, 2016).

Dentre as ações realizadas, destaca-se: educação em saúde (grupos e oficinas), promoção de atividades físicas e vigilância alimentar e nutricional, desenvolvidos de forma integral e multiprofissional, corroborando com outros estudos de controle da obesidade (SILVA et al, 2014; SOUZA, et al 2014; SILVA et al 2018). Estes autores comprovaram que o desenvolvimento de intervenções diferenciadas e com abordagem terapêutica ampliada, os quais consideram a complexidade envolvida no manejo do excesso de peso e favorecem a oferta qualificada do cuidado aos indivíduos, alcançam o maior sucesso das ações.

Outro fator importante na operação deste projeto é a participação social. Fator essencial para todo o processo de políticas públicas de saúde, pois estas políticas estarão alinhadas as reais necessidades da população, além do que, as intervenções planejadas de forma a incentivar a participação ativa dos indivíduos nas decisões sobre a sua saúde, favorecem o autocuidado apoiado e a corresponsabilização pelo alcance das metas do plano terapêutico (CAVALCANTI; OLIVEIRA, 2012).

Além das ações já citadas, outras são planejadas pelo PST-EO e reconhecidas como fundamentais para projetos de enfrentamento da obesidade, dentre elas: a participação social; integração com equipamentos sociais e outros órgãos de gestão na Atenção Básica, e; a organização da linha de cuidado de prevenção e tratamento da obesidade na RAS; as quais buscam maior efetividade das ações, através da construção de um cuidado longitudinal efetivo e de qualidade. Todas essas proposições para projetos como este, são elucidados no documento do MS, que traz experiências no país sobre o manejo da obesidade, levantando aspectos positivos e inovadores, além dos desafios apresentados (BRASIL, 2014).

### **3.3 RELEVÂNCIA DO TEMA**

O aumento da prevalência do excesso de peso no Brasil, em especial na capital pernambucana, é relevante, e o quadro epidemiológico nutricional necessita de estratégias de saúde pública, com ênfase na promoção da saúde, capazes de modificar padrões de comportamento alimentar e da atividade física, proporcionando melhor qualidade de vida para essa população.

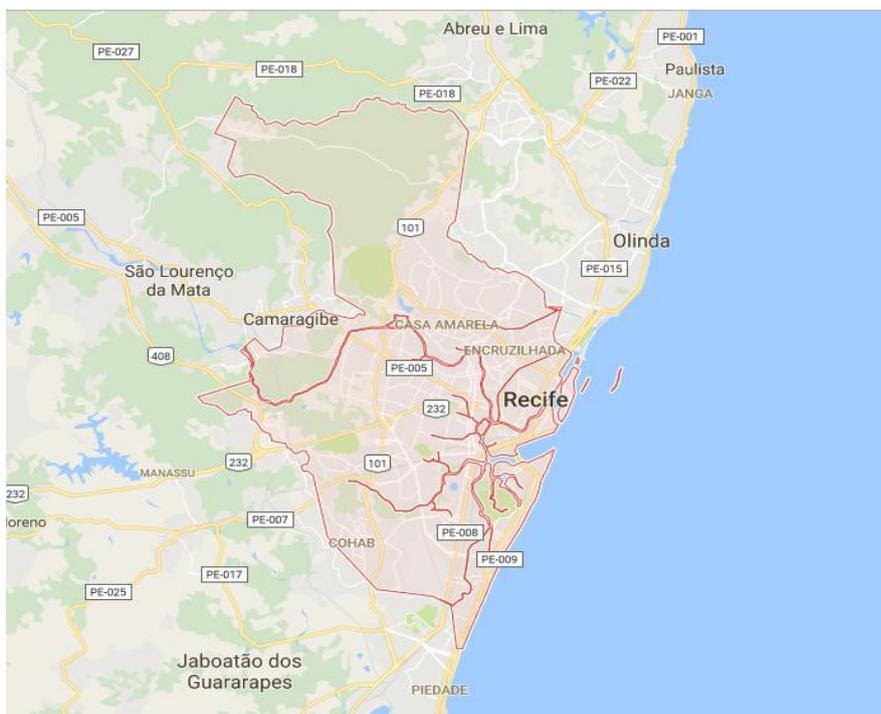
O PST-EO, mostrou-se, através de recente EA, ser capaz de contribuir com o município de Recife no enfrentamento deste agravo, visto que foi criado os modelos lógicos e teóricos da intervenção, os quais auxiliarão as demais USF na implementação das ações e linha de cuidado para indivíduos com excesso de peso, e aos gestores na implantação de uma RAS para obesidade

## 4 MÉTODO

### 4.1 Cenário da intervenção

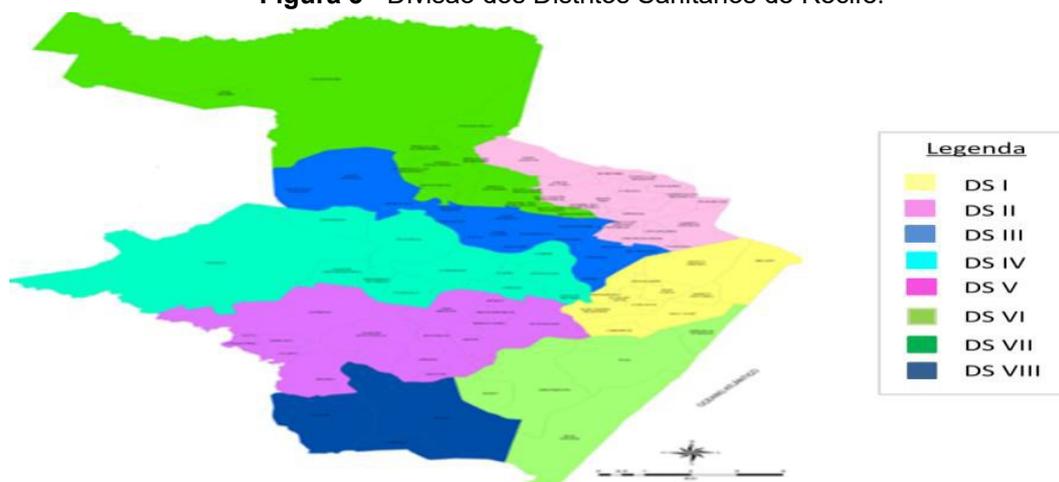
Este PI pretende ser implementado nas USF do município de Recife/PE (Figura 2), capital do estado de Pernambuco. Esse município tem uma área territorial de 218,435 km, no qual limita-se com as cidades de Olinda, Paulista, Jaboatão dos Guararapes, São Lourenço da Mata e Camaragibe. Sua densidade populacional foi estimada em 1.625.583 habitantes por km<sup>2</sup> (IBGE, 2016).

Figura 2 - Município do Recife.



Fonte: Google Maps (RECIFE, 2019).

O município está dividido em 94 bairros, que são agrupados em oito Regiões Político-Administrativas (RPA). Para a organização do setor de saúde, cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário (DS), totalizando oito DS (Figura 3).

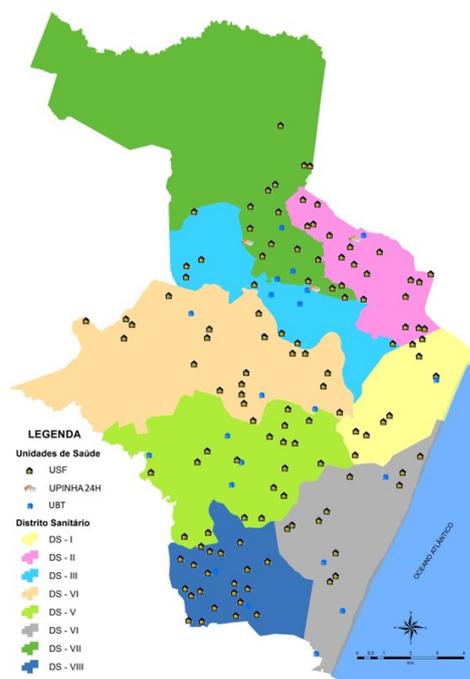
**Figura 3 - Divisão dos Distritos Sanitários de Recife.**

Fonte: Secretaria de Saúde do Recife.

De acordo com a Secretaria de Saúde do Recife, em 2018 o município possuía 276 equipes de Saúde da Família implantadas, com uma cobertura de 58% da população (**Figura 3**). Vinculada a essas equipes, o município conta com 20 equipes NASF, da modalidade tipo 1, distribuídas em todo o território coberto pela ESF. Além de 42 polos do Programa Academia da Cidade (PAC), também distribuídos nos oito distritos sanitários (**Tabela 1**).

**Figura 3 – Distribuição das USF e ESF pelos Distritos Sanitários, Recife/PE**

DISTRITOS SANITÁRIOS	UNIDADES	EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA
I	10	16
II	21	50
III	07	07
IV	20	40
V	17	33
VI	11	27
VII	21	48
VIII	23	55



Fonte: Secretaria de Saúde do Recife, GGAB.

A seguir, a Tabela 1, descreverá a distribuição das equipes da ESF (eSF), do NASF (eNASF) e do PAC, por distrito sanitário e cobertura populacional alcançada no município de Recife/PE.

<b>Tabela 1 – Distribuição das equipes de saúde por Distrito Sanitário, Recife, 2018.</b>									
<b>Nº TOTAL DE EQUIPES</b>	<b>DS I</b>	<b>DS II</b>	<b>DS III</b>	<b>DS IV</b>	<b>DS V</b>	<b>DS VI</b>	<b>DS VII</b>	<b>DS VIII</b>	<b>Total</b>
<b>eSF</b>	16	49	7	40	33	27	48	55	<b>275</b>
<b>ENASF</b>	2	3	1	3	3	2	3	3	<b>20</b>
<b>Número de USF cobertas</b>	16	25	7	26	24	17	26	25	<b>166</b>
<b>% Cobertura eSF</b>	<b>100%</b>	<b>51%</b>	<b>100%</b>	<b>65%</b>	<b>72,7%</b>	<b>63%</b>	<b>54,2%</b>	<b>45,5%</b>	<b>60,4%</b>
<b>Número de polos do PAC</b>	5	7	4	8	7	5	3	3	<b>42</b>
<b>Fonte: SISAB, 2018.</b>									

#### **4.2 Sujeitos envolvidos**

Profissionais da equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família (eSF, eNasf), profissionais do Programa Academia da Cidade; coordenação de área gestores dos distritos sanitários; e gestores da GAB (coordenação do PAC, das DCNT, das PICS).

#### **4.3 Estratégias**

O presente PI tem como propósitos: apresentar os resultados do EA do PST-EO aos gestores da GAB, distritais e Coordenadores de saúde do município, utilizando esse espaço para discursão sobre o problema, o contexto e a intervenção planejada para enfrentamento da obesidade. Após esse primeiro momento, espera-se fazer uma ampla divulgação e implementação do projeto para as demais USF do município.

Para melhor explicitar como serão as etapas de desenvolvimento deste PI, utilizou-se da ferramenta 5W2H.

#### **4.4 Recursos utilizados**

Para realização de todas as etapas será necessária a colaboração da Secretária de Saúde e o apoio técnico da gestão municipal no sentido de liberação de profissionais, suporte técnico e disponibilidade de facilitadores para conduzir as reuniões.

As reuniões ocorrerão na Secretaria Municipal de Recife e serão necessários:

- Recursos de mídia e áudio visual.
- Espaço físico que suporte todos os participantes
- Material de expediente
- Liberação dos profissionais envolvidos.

<b>Tabela 2 - Plano de Ação do Projeto de Saúde no Território para Enfrentamento da Obesidade nas Unidades de Saúde da Família, segundo o 5W2H.</b>						
Recife – Pernambuco, 2020.						
<b>Problema</b>	Excesso de peso					
<b>Macroproblema</b>	Elevada prevalência do sobrepeso e da obesidade em Recife					
<b>Nó-crítico</b>	Inexistência de linha de cuidado e RAS para enfrentamento da obesidade no município.					
<b>O que fazer</b>	<b>Como fazer</b>	<b>Por que fazer</b>	<b>Quem fará</b>	<b>Quando fazer</b>	<b>Onde fazer</b>	<b>Como medir</b>
1- Divulgar o EA realizado no PST-EO da USF Coqueiral/Imbiribeira	Reunião com gestores da GAB, gestores distritais e coordenadores de área.	Ampliar a divulgação sobre o PST-EO	Pesquisadoras	Abril/2020	Secretaria de Saúde de Recife	Percentual de profissionais participantes na reunião
2- Sensibilizar gestores, coordenadores e profissionais em relação ao problema da obesidade e seu enfrentamento	Reunião com gestores distritais; coordenadores de área e dos programas do PAC e DCNT; profissionais da ESF, NASF e PAC (pelos 8 DS)	Sensibilizar todos os atores em relação ao problema da obesidade e meios de enfrentamento	Pesquisadora e gestores da GAB	Maior a julho/2020	Por Distrito sanitários (a depender do espaço físico conseguido)	Porcentagem de gestores, coordenadores e profissionais sensibilizados em relação ao problema da obesidade e seu enfrentamento
3- Capacitar o máximo de equipes da ESF, NASF e PAC para a intervenção	Encontros quinzenais com as equipes de saúde e coordenadores de área triados e aptos para implantação do PST-EO	Ampliar o número de equipes e profissionais da ABS aptos a implantarem intervenções para enfrentamento da obesidade	Pesquisadora, coordenadores de área e gestores da ABS dos DS	Agosto a dezembro/2020	A definir pela GAB	Percentual de equipes e profissionais da ESF, NASF e PAC que foram capacitadas para a intervenção.
4- Implementar a intervenção nas áreas de cobertura das equipes de saúde capacitadas	Planejamento e organização do plano local de enfrentamento da obesidade, por ESF.	Aumentar estratégias de enfrentamento da obesidade no município, visando	Equipes da ESF + NASF + PAC + gestores distritais da ABS	Fevereiro a dezembro/2021	ESF capacitadas e polos do PAC adscritos a essas equipes.	Percentual de equipes de saúde os quais implementaram a intervenção em

		a redução da prevalência do agravo.				suas áreas de cobertura
5- Acompanhar as USF que implementaram a intervenção nas áreas de cobertura das equipes de saúde capacitadas	Visitas técnicas periódicas as ESF e polos do PAC que implantarem o projeto em seus territórios	Auxiliar as equipes no processo de planejamento e operacionalização da intervenção	Gestores e coordenadores distritais (PAC, DCNT, GT) e pesquisadora	Fevereiro a dezembro/2021	ESF capacitadas e polos do PAC adscritos a essas equipes	Percentual de visitas técnicas realizadas as USF que implementarem a intervenção nas áreas de cobertura
6- Monitorar a estrutura, o processo e os resultados das intervenções implementadas	Através da aplicação periódica da Matriz de Indicadores, a qual avaliará a estrutura, o processo e os resultados de cada intervenção implantada	Acompanhar sistematicamente o PST-EO, visando maior eficácia, eficiência e efetividade da intervenção.	Profissionais das ESF e NASF, gestores distritais capacitados	Julho/2021 a julho 2022	PST-EO implantados	Matriz de indicadores que será construído pelos atores envolvidos para acompanhar periodicamente a estrutura, os processos e resultados alcançados em cada USF.
7 – Avaliar os resultados alcançados pelo PI	Através de pesquisa avaliativa, avaliar a efetividade deste PI, em relação a prevalência da obesidade	Avaliar o impacto das intervenções implementadas no município	Pesquisadores e colaboradores	Julho 2022 até dezembro 2022	PST-EO implantados (Município de Recife)	Estudo sobre efetividade do PST-EO nas USF do Recife

## **5 RESULTADOS ESPERADOS**

Com a realização deste PI, espera-se o envolvimento dos gestores, coordenadores e equipe multiprofissional da saúde no planejamento, implementação e monitoramento da intervenção referente ao enfrentamento da obesidade. Além do mais, espera-se com este trabalho:

- Divulgar amplamente os produtos construídos do PST-EO da USF Coqueiral/Imbiribeira;
- Sensibilizar gestores, coordenadores e profissionais em relação ao problema da obesidade e seu enfrentamento;
- Capacitar o máximo de equipes da ESF, NASF e PAC para a intervenção;
- Implementar a intervenção nas áreas de cobertura das equipes de saúde capacitadas;
- Monitorar e avaliar a estrutura, o processo e os resultados das intervenções implementadas.

## **6 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Visando acompanhar o processo da intervenção, será realizada a coleta sistemática de dados para verificar se a intervenção está progredindo conforme o planejado e se os objetivos estão sendo alcançados. Após sua implementação, será realizada a avaliação, o qual resultará da verificação ou apreciação do projeto de intervenção, visando identificar se os resultados foram alcançados.

A seguir, estão os indicadores para acompanhamento do PI, segundo etapa desenvolvida.

### **Monitoramento**

1. Verificar a quantidade de gestores e coordenadores que participaram da divulgação do PST-EO;
2. Analisar a porcentagem de gestores, coordenadores e profissionais sensibilizados em relação ao problema da obesidade e seu enfrentamento;
3. Verificar quantas equipes e profissionais da ESF, NASF e PAC foram capacitadas para a intervenção;
4. Analisar quantas equipes de saúde implementaram a intervenção em suas áreas de cobertura;
5. Acompanhar as USF que implementaram a intervenção nas áreas de cobertura das equipes de saúde capacitadas;
6. Monitorar a estrutura, o processo e os resultados das intervenções implementadas, periodicamente.

### **Avaliação**

1. Implementação do PST-EO em outras USF do município de Recife;
2. Redução da prevalência da obesidade nas áreas de cobertura onde o projeto foi implantado;
3. Redução da prevalência do excesso de peso e da obesidade na capital pernambucana.

## 7 CONCLUSÃO

O PST-EO desenvolvido na USF Coqueiral/Imbiribeira, contribuirá com os demais profissionais da ESF e a gestão municipal de saúde, na medida em que permitirá um acompanhamento mais apropriado e legítimo da intervenção proposta, do entendimento comum a respeito da operacionalização e dos resultados esperados para o problema da obesidade.

O uso de metodologia participativa para discussão do contexto, da estrutura e da operacionalização do projeto contribuirá para um processo interativo e dialógico entre os profissionais, gestores e residentes de saúde no planejamento e implementação da intervenção. Este processo proporcionará aos envolvidos, uma visão mais clara acerca do projeto, dos objetivos, dos resultados esperados, além dos processos necessários para alcançá-los.

Portanto, este PI subsidiará a decisão dos profissionais de saúde em relação a intervenções locais e para a gestão municipal ao apoio institucional, fazendo com que haja a expansão de intervenções de enfrentamento da obesidade na ABS, impactando na redução da prevalência deste agravo no município.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. *Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde*/Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2017: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, Ministério da Saúde, 2018.

CAVALCANTI, A. M.; OLIVEIRA, A. C. L. (Org.). **Autocuidado apoiado: manual do profissional de saúde**. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2012, 96p.

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **The surgeon general's call to action to prevent and decrease overweight and obesity**. [Rockville, MD]: Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General, 2001.

DIAS, M.S.A. *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, v. 23, n. 1, p. 103-114, 2018.

KIVIMÄKI, M.; SINGH-MANOUX, A.; NYBERG, S.; JOKELA, M.; VIRTANEN, M. Job strain and risk of obesity: systematic review and meta-analysis of cohort studies. **International Journal of Obesity** 39: 1597–1600, 2015.

MENDES, E.V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2012. 512 p

MENDES, A.L. et al. Programas de tratamento multiprofissional da obesidade no Brasil: uma revisão sistemática. **Rev. Nutr., Campinas**, 29(6):867-884, nov./dez., 2016.

RABELO, R. P.C. et al. Implantação de um Programa Interdisciplinar para o controle da obesidade infantil na Secretaria de Saúde do Distrito Federal/DF. **Com. Ciências Saúde**, v. 29, Suppl 1, p. 65-69, 2018.

SILVA, D; SILVA, R; GUARDA, F; ARRUDA, S; PETRIBÚ, M. Projeto Cintura Fina: prevenção e controle da obesidade e demais doenças crônicas não transmissíveis. **Rev. bras. ativ. fís. saúde**; 19(6): 785-790, nov. 2014.

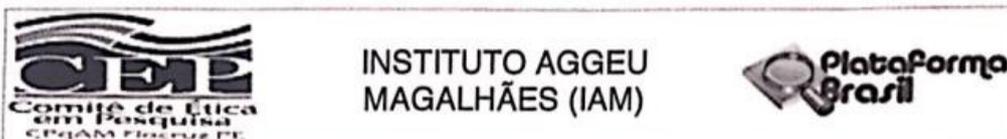
SILVA, S. B. et al. **Características de mulheres obesas assistidas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2018; 26:e22565.

SOUZA, T.F. et al. Projeto Saúde na Boa. **Revista Brasileira Cineantropometria e Desempenho Humano**, v. 16, Suppl. 1, p. 46-54, 2014.

THURSTON, W.; RAMALIU, A. Evaluability assessment of a survivors of torture program: lessons learned. **Canadian Journal of Program Evaluation**, v. 20, n. 2, p. 1-25, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva, Switzerland: WHO, 2000. (WHO Technical Report Series, n. 894).

## ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA IAM



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIABILIDADE DO PROJETO DE SAÚDE NO TERRITÓRIO PARA ENFRENTAMENTO DA OBESIDADE EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, RECIFE/PE

**Pesquisador:** RENATA FERREIRA TINÉ

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 12839319.0.0000.5190

**Instituição Proponente:** FUNDACAO OSWALDO CRUZ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.447.500

##### **Apresentação do Projeto:**

Já descritos em parecer anterior. Esse parecer refere-se a resposta de pendência relacionada a alteração de cronograma e equipe na plataforma.

##### **Objetivo da Pesquisa:**

Já descritos em parecer anterior.

##### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Já descritos em parecer anterior.

##### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Já descritos em parecer anterior.

##### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Cronograma no formulário da plataforma alterado conforme solicitado, considerando período de avaliação ética.

##### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto aprovado para execução.

##### **Considerações Finais a critério do CEP:**

Por se tratar apenas de alteração de cronograma e equipe e diante da adequação por parte da pesquisadora, a coordenação emite parecer de aprovação para posterior apreciação do colegiado.

**Endereço:** Av. Prof. Moraes Rego, s/nº

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 50.670-420

**UF:** PE

**Município:** RECIFE

**Telefone:** (81)2101-2639

**Fax:** (81)2101-2639

**E-mail:** comiteetica@cpqam.fiocruz.br

## ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA DO MUNICÍPIO DE RECIFE



### CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Renata Ferreira Tiné**, pesquisadora do Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães- IAM/Fiocruz, a desenvolver pesquisa na Política de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas; no Programa Academia da Cidade; USF Coqueiral / Imbiribeira – Distrito Sanitário VI e no NASF 6.1b DS VI, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: **"Avaliabilidade do projeto de saúde no território para enfrentamento da obesidade em uma Unidade de Saúde da Família, Recife/PE"** sendo orientada por **Eduarda Ângela Pessoa Cesse**.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

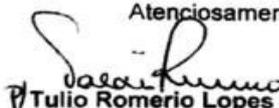
- O cumprimento das determinações éticas das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 29 de abril de 2019.

Atenciosamente,

  
Tulio Romero Lopes Quirino  
Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Valdearez Rôberto de Andrade  
Coordenador de Unidade de Gestão de  
Educação na Saúde (UGS) 11.553.546  
Matrícula 115 7547