

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

Andréa Cristina Maria da Silva

**AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO “BOM DIA,
RECIFE-PE” NO CONTROLE DA OBESIDADE INFANTIL**

RECIFE
2021

ANDRÉA CRISTINA MARIA DA SILVA

**AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO “BOM DIA,
RECIFE-PE” NO CONTROLE DA OBESIDADE INFANTIL**

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para a obtenção do grau de Mestre em ciências.

Orientadora: Dra. Sydia Rosana de Araújo Oliveira

RECIFE

2021

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

- S586a Silva, Andréa Cristina Maria da.
Avaliação da intervenção “Bom dia, Recife-PE” no controle da obesidade infantil/ Andréa Cristina Maria da Silva. –Recife: [s. n.], 2021.
136 p.: il.
- Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde da Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2021.
Orientadora: Sydia Rosana de Araújo Oliveira.
1. Obesidade pediátrica. 2. Modelos de assistência à saúde. 3. Avaliação em saúde. 4. Avaliação de resultados em cuidados de saúde.
I. Oliveira, Sydia Rosana de Araújo. II. Título.

CDU 613.25

ANDRÉA CRISTINA MARIA DA SILVA

**AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO “BOM DIA, RECIFE-PE”
NO CONTROLE DA OBESIDADE INFANTIL**

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para a obtenção do grau de Mestre em ciências.

Aprovada em: 5 novembro de 2021.

BANCA EXAMINADORA

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

Dra. Fabiana Brito Silva
University of Nebraska Medical Center

Dra. Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus pelo dom da vida e pela oportunidade, que com tantos desafios e vitórias/derrotas fazem-me, diariamente, um ser em evolução.

Muitas pessoas e lugares fizeram parte dessa trajetória. Assim, meu agradecimento a todos vocês que participaram, em especial: À minha orientadora, Prof^a. Dr. Sydia Rosana Oliveira, pela confiança para a condução desse trabalho, que nunca mediu esforços para que acontecesse e que, nos momentos mais difíceis, me ajudou a reconhecer minhas próprias forças e capacidades, e pela oportunidade de compartilharmos tantos momentos de aprendizados.

À minha família – mãe Ivonete, que sempre me apoiou de todas as formas possíveis e me ensinou o valor da luta pelos meus sonhos – as minhas filhas Ligia e Mariana e meu esposo Metuzael que compreenderam minhas ausências, angústias e estresse e me deram todo apoio emocional para superar os momentos mais difíceis; aos amigos, de longe e perto, que incentivaram, torceram, partilharam, ouviram, sugeriram, criticaram, compreenderam e aplaudiram.

A todos meus amigos do mestrado, que partilharam muitos momentos de dúvidas, angústias, medos, erros e acertos no decorrer desse estudo. Com essa turma, a caminhada foi mais leve e agradável. Obrigada pela parceria e pela amizade.

À toda equipe Bom Dia (profissionais e coordenadores) por acreditarem no projeto e apoiarem sua execução.

À secretaria acadêmica do Aggeu, em especial a Glauco, por todo o suporte.

Aos membros da banca avaliadora. Muito obrigada por disponibilizem do valioso e escasso tempo para contribuir com este estudo. Ser avaliada por vocês é uma honra.

Enfim, a todos que auxiliaram direta e indiretamente para a realização desse trabalho, os meus sinceros agradecimentos!

“A vontade de aprender conduz à sabedoria.

Apesar da falta de experiência, progressos
e sucessos são encontrados ao longo do caminho”.

(Autor desconhecido)

SILVA, Andrea Cristina Maria. **Avaliação da intervenção “Bom Dia, Recife -PE” no controle da obesidade infantil**. 2020. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

RESUMO

A obesidade infantil tem crescido de forma alarmante no Brasil e no mundo, tornando-se um dos maiores problemas de saúde pública. Nesse contexto, torna-se relevante desenvolver estudos de intervenções da saúde no controle na obesidade infantil. Este estudo avaliou o programa Bom Dia (Programa multiprofissional de cuidado ao paciente obeso, infantil), em Recife, Pernambuco, com base nas cinco dimensões norteadoras do Modelo RE-AIM: alcance, efetividade, adoção, implementação e manutenção. Trata-se de um estudo de caso, exploratório, que se utilizou de métodos mistos. Os resultados emergiram por meio de estatística descritiva e análise de conteúdo. Foi verificado um alcance de 0,95% do Programa em nível municipal, sendo os usuários crianças e adolescentes, na sua maioria do sexo feminino, com sobrepeso, na faixa etária de 10 a 14 anos, com baixa renda familiar. A principal barreira para o alcance da população-alvo observada foi a inflexibilidade do horário do Programa. Após seis meses de intervenção, os usuários do programa tiveram uma melhora nos marcadores bioquímicos (glicemia, colesterol, triglicerídeos, TGP), manutenção do Índice de Massa Corporal e melhora na qualidade de vida. O Programa apresentou boa adoção de todos os membros da equipe multiprofissional. A intervenção foi implementada com sucesso, embora algumas adaptações do modelo estrutural foram necessárias ao longo do tempo. Dentre as potencialidades encontradas para essa manutenção, destacam-se a atuação da equipe da intervenção e o apoio das organizações de saúde. Por fim, apesar do “alcance” ao público-alvo não ter conseguido resultados expressivos, vale ressaltar que a intervenção pode promover mudanças de hábitos e melhorias na qualidade de vida das crianças e adolescentes obesos. Portanto, acredita-se que os resultados deste estudo são importantes para as implicações práticas e podem auxiliar na implementação de programas de intervenções similares para o controle da obesidade no público infantil.

Palavras-chave: obesidade pediátrica; modelos de assistência à saúde; avaliação em saúde; avaliação de resultados em cuidados de saúde.

SILVA, Andrea Cristina Maria. **Evaluation of the intervention "Bom Dia, Recife -PE" in the control of childhood obesity**. Dissertation (Professional Master's in Public Health) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

ABSTRACT

Childhood obesity has been grown fastened in Brazil and worldwide, becoming a major public health problem. In this context, the development of health interventions studies in the control of childhood obesity becomes relevant. This study evaluated the “Bom Dia” program (a multidisciplinary program to care for obese children) in Recife, Pernambuco, Brazil, according to five dimensions of the RE-AIM model: reach, effectiveness, adoption, implementation, and maintenance. This is an exploratory case study that used mixed methods. The results were discussed by descriptive statistics and content analysis. It was verified a 0.95% reach at municipal level, and the participants were overweight female children and adolescents, aged 10 to 14 years, with low family income. The principal barrier to reach the target population was the inflexibility of the Program schedule. After six months of the intervention, the participants had reported improvements in biochemical markers (blood glucose, cholesterol, triglycerides and ALT levels) and Body Mass Index maintenance, as well as an improvement in quality of life. The program presented adoption by all members of the multiprofessional team. The intervention was successfully implemented, although some adaptations of the logic model were needed overtime. The potentialities that support this maintenance are the performance of the intervention team and the support from the health organizations. Finally, despite the reach to the target audience had not achieved expressive results, the intervention can promote positive changes in health habits and improvements in the quality of life of obese children and adolescents. Therefore, the results of this study are important for practical implications and could support the implementation of similar intervention programs to control obesity in children.

Keywords: pediatric obesity; healthcare models; health evaluation; outcome assessment, health care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma da estimativa do alcance das crianças e adolescentes com obesidade elegíveis para participar do projeto de intervenção do programa Bom Dia, Recife-PE a nível municipal.	45
Figura 2 - Categorias da percepção dos benefícios após a participação das crianças e adolescentes no Bom Dia, Recife-PE, 2020 (n = 6).	49
Figura 3 - Motivos para a adoção de um estilo de vida mais ativo e saudável, relatados pelos pais/responsáveis dos usuários do Bom Dia, Recife-PE, 2020 (n = 6).	50
Figura 4 - Porcentagem de abandono do programa Bom Dia, Recife-PE, 2020 (n = 6).	51
Figura 5 - Fluxograma da Adoção da equipe atuante no Bom Dia, Recife-PE, 2020.	53
Figura 6 - Modelo estrutural do Bom Dia, Recife-PE, 2020.	55

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dimensões do Modelo RE-AIM, traduzidas e adaptadas para o Brasil.....	26
Quadro 2 - Sistemática para condução da avaliação, de acordo com as dimensões do RE-AIM.	35
Quadro 3 - Organização semanal de turmas ofertadas pelo Bom Dia, Recife, 2020.	56
Quadro 4 - Roteiro da sessão de exercícios da FASE III do Bom Dia, Recife, 2020.	58
Quadro 5 - Barreiras e potencialidades no processo de implementação do Bom Dia, Recife- PE, 2020.....	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas, clínicas, antropométricas e de estilo de vida dos usuários do programa Bom Dia, Recife-PE, 2020 (n = 6).....	43
Tabela 2 - Características clínicas dos usuários do Bom Dia – perfil de exames bioquímicos e antropometria – na admissão (Momento 1) e após 6 meses de acompanhamento (Momento 2).	47
Tabela 3 - Percepção dos responsáveis pelas crianças/adolescente (n = 6) referente à qualidade de vida (positiva) antes e após acompanhamento de seis meses no Bom Dia, Recife-PE, 2020.	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABESO – Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica
BOM DIA - Programa multiprofissional de cuidado ao paciente obeso infantil
CDC – Controle de Prevenção de Doenças
CEP – Comitê de Ética e Pesquisa
CMEM – Centro Médico Senador José Ermírio de Moraes
CNS – Conselho Nacional de Saúde
DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis
DS – Distrito Sanitário
EBPS – Pesquisas Baseadas em Evidências
ESF – Estratégia Saúde da Família
HT – *Healthy Together*
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IMC – Índice de massa corpórea
IMC/I – Índice de massa corporal para a idade
NIH – Institutos Nacionais de Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPS – Organização Panamericana de Saúde
PAC- Programa Academia da Cidade
PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde
QUERI – Quality Enhancement Research Initiative
QV – Qualidade de vida
RAS – Rede de Atenção à Saúde
SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria
SISREG – Sistema de Regulação de Consulta
SM – Síndrome Metabólica
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TGO – Transaminase Oxalacética
TGP – Transaminase Pirúvica

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

USVA – Administração de Veteranos dos Estados Unidos

VAMOS – Vida Ativa Melhorando a Saúde

VEM – Vale Eletrônico Metropolitano

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

WHOQOL– World Health Organization Quality of Instrument

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 PERGUNTA CONDUTORA.....	17
2 OBJETIVOS	18
2.1 OBJETIVO GERAL.....	18
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3 MARCO CONCEITUAL.....	20
3.1 OBESIDADE INFANTIL	20
3.2 CIÊNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO.....	22
3.3 MODELO RE-AIM.....	25
4 CAMINHO METODOLÓGICO	29
4.1 DELINEAMENTOS DA PESQUISA.....	29
4.2. LOCAL DO ESTUDO	29
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	31
4.4 ESTRATÉGIAS DE PRODUÇÃO DE DADOS	31
4.4.1 Pesquisa documental	31
4.4.2 Observação direcionada.....	32
4.4.3 Questionário.....	33
4.4.4 Entrevista semiestruturada	33
4.5 ANÁLISES DOS DADOS	40
4.5.1 Análise Qualitativa	40
4.5.2 Análise Quantitativa.....	40
4.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS EM PESQUISA.....	41
5 RESULTADOS	42
5.1 ALCANCE	42
5.1.1 Descrição da população-alvo	42
5.1.2 Estimativa de alcance do programa.....	44
5.1.3 Barreiras e potencialidades para o alcance.....	45
5.2 EFETIVIDADE	47
5.2.1 Condições clínicas (marcadores da Síndrome Metabólica)	47
5.2.2 Percepção sobre os benefícios.....	48
5.2.3 Percepções sobre a qualidade de vida.....	50
5.2.4 Taxa de abandono.....	50

5.3 ADOÇÃO	51
5.3.1 Local do Programa	51
5.3.2 Taxa de participação dos profissionais da intervenção.....	52
5.3.3 Característica da equipe do Programa.....	53
5.4 IMPLEMENTAÇÃO.....	54
5.4.1 Estrutura de funcionamento do Bom Dia, Recife-PE	55
5.4.2 Fidelidade e adaptação da intervenção.....	58
5.4.3 Barreiras e potencialidades do processo de implementação.....	59
5.5 MANUTENÇÃO.....	64
5.5.1 Manutenção organizacional.....	64
5.5.2 Barreiras e potencialidades para manutenção a nível organizacional	64
6 DISCUSSÃO	67
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
REFERÊNCIAS.....	79
APENDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) destinado aos responsáveis das crianças	90
APÊNDICE B - Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) destinado aos profissionais do Centro Médico Ermírio de Moraes.....	92
APÊNDICE C - Roteiro de observação direcionada para avaliar a implementação do Programa.....	94
APÊNDICE D - Questionário utilizado para entrevista com responsáveis dos usuários do programa Bom Dia.	97
APÊNDICE E - Roteiro de entrevista semiestruturada com os profissionais do programa .	101
APÊNDICE F - Roteiro de entrevista semiestruturada com a coordenação do programa....	102
ANEXO A - Critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) para classificação do estado nutricional de crianças e adolescentes	104
ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP para o desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado Avaliação da intervenção do programa “Bom Dia Recife-PE” no controle da obesidade infantil.....	105
ANEXO C – Anuência da Prefeitura do Recife para realizar a pesquisa.....	108
ANEXO D – Artigo a ser submetido à Revista Brasileira de Epidemiologia.....	109

1 INTRODUÇÃO

A obesidade infanto-juvenil é considerada um grave problema de saúde pública a nível mundial (TENÓRIO et al., 2020). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 40 milhões de crianças com menos de 5 anos possuem obesidade e 340 milhões de crianças e adolescentes de 5 a 19 anos estão com sobrepeso ou obesidade no mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2021). O cenário atual do Brasil em relação à prevalência de excesso de peso é preocupante (BRASIL, 2019b). Estudos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional da população brasileira, demonstram que 27,13% das crianças (5 a 10 anos) e 27,7% dos adolescentes do sexo feminino (11 a 19 anos), assim como 29,3% das crianças (5 a 10 anos) e 25% dos adolescentes do sexo masculino (11 a 19 anos) estão com estado de sobrepeso e obesidade (SOUZA et al., 2021). Se essa situação não for controlada até o ano de 2030, o Brasil ocupará a 5 posição no ranking de países com o maior número de crianças e adolescentes com obesidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2021).

A obesidade é caracterizada pelo excesso de gordura corporal, conforme estabelecido pelo Índice de Massa Corpórea (IMC) do indivíduo para idade (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA ESTUDO DA OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA, 2020). Esse estado nutricional leva à uma condição complexa que pode causar prejuízos à saúde da criança, assim como, aumentar o risco de desenvolver outras doenças crônicas na vida adulta (PEREIRA et al., 2017; RABELO, 2018).

O comportamento e o ambiente são os principais fatores responsáveis pelo crescimento de crianças e adolescentes obesos, conseqüentemente, afetando a saúde física, emocional, social e todos os aspectos relacionados à sua saúde e a qualidade de vida (DAHMER; MACIEL, 2021).

Diante dessa problemática, em 2016, o relatório da Comissão para Acabar com a Obesidade Infantil da OMS, apela à implementação de um pacote integrado de recomendações ao longo da vida para fornecer serviços de prevenção e controle. São eles:

- Implementação de programas integrais que promovam a ingestão de alimentos saudáveis e reduzam o consumo de alimentos não saudáveis e bebidas açucaradas entre crianças e adolescentes;
- Implementação de programas integrais que promovam atividades físicas e reduzam comportamentos sedentários entre crianças e adolescentes;
- Integração e fortalecimento das orientações para a prevenção de doenças crônicas não-transmissíveis com orientações atualizadas para a concepção e cuidados pré-natais para reduzir o risco de obesidade na infância;
- Fornecimento de orientações e apoio para dietas saudáveis, sono e atividades físicas durante a primeira infância para assegurar que as crianças cresçam

apropriadamente e desenvolvam hábitos saudáveis.

- Implementação de programas integrais que promovam ambientes escolares saudáveis, aulas sobre saúde e nutrição e atividades físicas entre crianças e adolescentes na idade escolar;
- Oferecimento de serviços multicomponentes familiares na gestão de peso e estilo de vida para crianças e jovens que são obesos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2016, p. 9).

Sendo assim, prover serviços adequados no controle do peso com a implementação de intervenções que promovam atividades físicas e reduzam comportamentos sedentários entre crianças e adolescentes é uma das seis recomendações baseadas em evidências da OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2016c).

Nesse sentido, para a redução do IMC das crianças com sobrepeso e obesidade, esforços têm sido realizados para o desenvolvimento de políticas e estratégias que sejam capazes de impactar positivamente nesse cenário. Essas estratégias buscam contemplar não somente aspectos físicos ou genéticos, como também, questões sociais e econômicas, que igualmente impactam a saúde desse público (ANTUNES, 2018). Dentre as principais políticas e estratégias de promoção da saúde e enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), estão: a Estratégia Global em Alimentação Saudável; Atividade Física e Saúde (MALTA et al., 2016); o Plano de Ação Global para Prevenção e Controle de DCNT (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013) a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (BRASIL, 2016); a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2014a); o Plano Nacional de Enfrentamento de DCNT (BRASIL, 2011, 2018b) e o Programa Academia da Saúde (PAS) (BRASIL, 2014b; SÁ et al., 2016; SILVA et al., 2017).

Ainda dentro desse contexto, destaca-se as Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) 2011-2022 que englobaram metas para a redução da prevalência da obesidade em crianças e adolescentes, a partir do aumento da atividade física no lazer e aumento do consumo de frutas e hortaliças (BAUMAN; CRAIG, 2005; BRASIL, 2018b; MALTA et al., 2019); e o Programa Academia da Saúde, lançado em 2011 pelo Ministério da Saúde, que objetiva contribuir para a promoção da saúde pública, incentivando a prática regular da atividade física com a inserção de profissionais qualificados, promovendo ações voltadas às demandas do seu território, como também, propondo ações de promoção da alimentação saudável (BRASIL, 2011, 2014b, SÁ et al., 2016; SILVA et al., 2017).

Apesar das diversas iniciativas contribuírem no combate à obesidade, há evidências limitadas de intervenções populacionais para o controle da obesidade no público infantil nos países de baixa e média renda, pois a maioria dos programas nacionais bem-sucedidos estão

bem consolidados apenas em países de alta renda (FILIPE; GODINHO; GRAÇA, 2016; VIDGEN et al., 2018).

As estatísticas destacam que em Pernambuco (PE), 18,5 % das crianças entre 5 e 10 anos possuem excesso de peso e 14 % estão obesos; entre adolescentes de 11 e 19 anos, 22,1 % possuem sobrepeso e 15,8 % possuem obesidade (BRASIL, 2020; SOUZA et al., 2021). Pernambuco ocupa a quarta posição no ranking de crianças e a décima oitava para adolescentes obesos no Brasil alinhados às orientações das Políticas Públicas para o enfrentamento desse problema mundial. O Programa Bom Dia (Programa multiprofissional de cuidado ao paciente obeso infantil) foi criado como uma intervenção desenvolvida para assistir crianças e adolescentes no controle do sobrepeso e da obesidade, objetivando a promoção da saúde, a prevenção dos fatores de risco relacionados à ocorrência de DCNT e a melhoria da qualidade de vida da população infanto-juvenil em Recife-PE.

Dado à importância desse tema, faz-se necessário aprofundar o conhecimento científico que permita o aprimoramento de programas voltados para o enfrentamento da obesidade infantil no Brasil. Além disso, torna-se necessário fazer avaliações que possibilitem auxiliar o planejamento e a gestão de ações que aumentem o impacto dessas intervenções na saúde pública (RABELO, 2018).

Muitos estudos no campo da avaliação assumem uma abordagem dinâmica para análise de intervenção. Dentro desse contexto, destaca-se o RE-AIM, uma ferramenta avaliativa desenvolvida por Glasgow e colaboradores em 1999 que apresenta informações importantes para disseminar, implementar e/ou adaptar programas nas pesquisas em cuidados com a saúde. Essa ferramenta ou modelo utiliza cinco dimensões: *Reach* (Alcance), *Effectiveness* (Efetividade), *Adoption* (Adoção), *Implementation* (Implementação) e *Maintenance* (Manutenção) (GLASGOW; VOGT; BOLES, 1999).

O RE-AIM busca responder à tendência da investigação conduzida sob condições de efetividade, passando a avaliar, por exemplo, a implementação de um programa planejado com base na ciência. Por compreender que os usuários não são somente os responsáveis pelos resultados, o modelo propõe avaliar os diferentes níveis de ação, e incentiva a utilização de diferentes abordagens (quantitativa e qualitativa) para que se pontue de fato como tem se dado o programa, não se limitando à investigação apenas dos resultados relacionados à efetividade do programa (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013; BROWNSON; COLDITZ; PROCTOR, 2012; GLASGOW; VOGT; BOLES, 1999).

1.1 PERGUNTA CONDUTORA

A presente dissertação busca responder a seguinte pergunta: Como o programa de intervenção chamado “Bom Dia” que atua no controle da obesidade infantil, no Centro Médico Senador Ermírio de Mores (CMEM) em Recife-PE, tem sido operacionalizado quanto ao alcance dos usuários do programa, à adoção da equipe, à efetividade das ações, à fidelidade da implementação e à manutenção da intervenção ao longo do tempo?

2 OBJETIVOS

Dado o exposto, este trabalho apresenta os seguintes objetivos gerais e específicos.

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o programa Bom Dia quanto ao alcance, efetividade, adoção, implementação e manutenção, utilizando o modelo RE-AIM.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Quanto ao Alcance:

- Identificar a população-alvo para o programa Bom Dia;
- Quantificar a taxa de participação das crianças do programa Bom Dia, em relação à população-alvo do ambulatório de endocrinologia do CMEM;
- Identificar as barreiras e as potencialidades que afetam o processo de ingresso das crianças com sobrepeso e obesidade no Bom Dia.

b) Quanto à Efetividade:

- Comparar as condições clínicas (exames laboratoriais: colesterol, triglicerídeos, glicemia, TGO, TGP; peso e IMC) dos usuários do programa Bom Dia após seis meses de acompanhamento da intervenção;
- Descrever as principais percepções do efeito da intervenção do Bom Dia em relação aos benefícios gerados e qualidade de vida das crianças/adolescentes após seis meses de acompanhamento da intervenção;
- Quantificar a porcentagem de abandono dos usuários do programa Bom Dia, e destacar os principais motivos.

c) Quanto à Adoção:

- Apresentar as características do local do programa Bom Dia;
- Quantificar a taxa de participação dos membros da equipe do Bom Dia em relação à equipe multiprofissional do CMEM;

- Descrever as características dos membros da equipe que atuam no programa Bom Dia.

d) Quanto à Implementação:

- Descrever as características e os mecanismos das intervenções do programa Bom Dia conforme o protocolo de entrega;
- Descrever as adaptações feitas na intervenção do programa Bom Dia ao longo do tempo, destacando os principais motivos;
- Levantar as principais barreiras e potencialidades para o processo de implementação do Bom Dia no âmbito do CNEM.

e) Quanto à Manutenção:

- Verificar a manutenção a nível organizacional das ações do Bom Dia no CMEM;
- Identificar as principais barreiras e potencialidades para a manutenção a nível organizacional das atividades do Bom Dia.

3 MARCO CONCEITUAL

O marco conceitual versará sobre aspectos teóricos relativos a obesidade infantil, ciência da implementação e sobre as dimensões do modelo RE-AIM para fornecer o embasamento teórico desta pesquisa.

3.1 OBESIDADE INFANTIL

A obesidade atinge atualmente cerca de 40 milhões de crianças com menos de 5 anos e 340 milhões de crianças e adolescentes de 5 a 19 anos a nível mundial (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2021). Diante do rápido avanço do número de crianças e adolescentes acometidas por essa condição, esse problema se tornou uma questão de saúde pública emergente (BONFIM, 2016; SILVA et al., 2020a).

A obesidade infantil é considerada uma doença crônica complexa, caracterizada pelo aumento do peso corporal e acúmulo de tecido gorduroso localizado ou generalizado, devido a um desequilíbrio nutricional, associado ou não a distúrbios genéticos ou endócrino-metabólicos (DIAS et al., 2017). A obesidade infantil desencadeia várias consequências negativas para a saúde ao longo da vida. Estima-se que 60% dessas crianças se tornarão adultos obesos, com menor qualidade de vida e maior risco para doenças crônicas (BRASIL, 2019a, 2019b; RODRIGUES et al., 2015).

Dentro desse contexto, diversos determinantes estão relacionados a esse estado nutricional de obesidade como: natureza demográfica, socioeconômica, epidemiológica e cultural, além de temas ambientais, o que torna a obesidade uma doença multifatorial, que requer, por sua vez, um tratamento que englobe toda sua complexidade e determinação social (GOLKE, 2016). Entre os fatores que influenciam a obesidade em crianças e adolescentes, pode-se destacar: ambiente alimentar inadequado; baixa acessibilidade a alimentos saudáveis; fácil acesso a alimentos ultra processados (em especial bebidas adoçadas); excesso de publicidade infantil sobre alimentos não saudáveis; extensa jornada de trabalho dos pais; interrupção precoce do aleitamento materno; introdução inadequada da alimentação complementar e comportamento sedentário (ANTUNES, 2018; BRASIL, 2015). Além desses, Bonfim et al. (2016) destacam alguns fatores que estão diretamente relacionados à problemática do excesso de peso na infância. São eles: inatividade física desse público infanto-juvenil; presença de televisão, computador e videogame nas residências e má alimentação resultante de dietas com baixo consumo de verduras e frutas.

Tem sido bem discutido a relação da obesidade como um fator de risco para as DCNT, tais como doenças cardiovasculares, diabetes, distúrbios musculoesqueléticos e alguns tipos de câncer (incluindo câncer no endométrio, mama, ovário, próstata, fígado, vesícula biliar, rim e cólon). Esse problema na infância pode estar associado a uma maior chance de morte prematura e no desenvolvimento de problemas de saúde na idade adulta, incluindo problemas respiratórios, aumento do risco de fraturas, hipertensão, resistência à insulina e efeitos psicológicos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017).

Nesse contexto, no Brasil a prevalência de diabetes em adultos com peso normal/baixo peso é de 5,4%, posto que, na população com obesidade, observa-se uma prevalência de 14,0% (FERREIRA; SZWARCOWALD; DAMACENA, 2019). Uma das maiores preocupações geradas sobre a obesidade na infância é a precocidade de alterações na saúde, sobretudo, as doenças e complicações cardiovasculares, endócrinas, ortopédicas e respiratórias (DAHMER; MACIEL, 2021).

A obesidade infantil vem crescendo em números alarmantes em ambos os sexos, faixas etárias, e todos os níveis de renda, sendo a velocidade de desenvolvimento mais acelerada na população de baixa renda (DIAS et al., 2017). Convém destacar que na infância, o manejo da prevenção e tratamento pode ser ainda mais difícil do que na fase adulta, uma vez que há uma maior dependência das mudanças dos hábitos familiares, além da falta de entendimento da criança sobre os danos causados pela obesidade (ANTUNES, 2018). Portanto, a prevenção e tratamento dessas crianças e adolescentes implica considerá-las em seus contextos familiares e sociais, de maneira a compreender as complexas inter-relações entre os fatores biogenéticos, nutricionais, familiares e psicossociais (TASSARA et al., 2017). Além disso, promover a saúde é um método político e social que visa melhorar a saúde em todos os seus aspectos visando aumentar a qualidade de vida dos indivíduos (REIS et al., 2014).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2018), não se pode culpar o desenvolvimento da obesidade a partir, apenas, da responsabilidade individual; uma vez que essa responsabilidade só pode ser considerada com pleno efeito quando as pessoas têm acesso a um estilo de vida saudável. Portanto, torna-se importante disponibilizar as recomendações de mudança no estilo de vida pautadas sobre conhecimentos e habilidades em saúde e nutrição, através da implementação de políticas públicas que tornem a atividade física regular e das escolhas alimentares mais saudáveis disponíveis e acessíveis a todos (KOZICA et al, 2016).

Nesse contexto, a promulgação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em 2006 no Brasil, evidencia uma aproximação com esses objetivos. Em 2014, a PNPS foi revisada e propôs como prioridades a promoção da qualidade de vida e a melhoria das condições e dos

modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva, e, portanto, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrente dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL 2014a; MALTA et al., 2014; FURTADO; SZAPIRO, 2016).

Essa prática política visa estimular práticas humanizadas de cuidados pautadas nas necessidades locais e na integralidade do cuidado. Sendo assim, o Programa Academia da Saúde aparece como um novo equipamento da atenção básica com potencial de fortalecer e qualificar as ações de promoção da saúde nas comunidades (BRASIL, 2014b; COSTA et al., 2013; SÁ et al., 2016). Esse Programa, visto como uma nova porta de entrada na rede de serviços de saúde, tem promovido novas possibilidades de encontros e aproximações com os usuários. As ações do Programa articuladas com os demais serviços da rede de atenção possibilitam uma maior integração entre os projetos terapêuticos, incentivam o estabelecimento de vínculos e a corresponsabilização entre a comunidade local e os serviços (HALLAL et al., 2010; SILVA et al., 2017).

Por fim, as atividades desenvolvidas em Programa de controle e prevenção da obesidade devem ser culturalmente inseridas e adaptadas aos territórios, contemplando os seguintes eixos: práticas corporais e atividades físicas; produção do cuidado e de modos de vida saudáveis; promoção da alimentação saudável; práticas integrativas e complementares; práticas artísticas e culturais; educação em saúde; planejamento e gestão e mobilização da comunidade (SILVA et al., 2017; PADILHA; OLIVEIRA; FIGUEIRÓ, 2015).

3.2 CIÊNCIA DA IMPLEMENTAÇÃO

Estudos têm demonstrado que nem toda informação está disponível e é utilizada pelos indivíduos, instituições e sociedade na busca de melhorias para a saúde a nível individual e comunitário (BOMFIM, 2021; MADON et al., 2018). Sendo assim, busca-se compreender por qual razão, apesar de tantos dados e conhecimentos disponíveis, o comportamento humano em larga escala não se altera.

Nesse caminho, a ciência da implementação surge, especificamente englobando a área da saúde, como o estudo de métodos e estratégias que promovem a aceitação de intervenções que se mostraram eficazes na prática rotineira, com o objetivo de melhorar a saúde da população. Essa ciência também examina o que funciona, para quem e sob que circunstâncias, e como as intervenções podem ser adaptadas e ampliadas de maneiras acessíveis e equitativas (ECCLES; MITTMAN, 2006; LOTTA, 2019; PORTELA et al., 2016). Além disso, essa ciência leva a

entender que o comportamento dos atores envolvidos em uma problemática é uma variável importante na aceitação sustentável, na adoção e na implementação de intervenções baseadas em evidências (MELVIN et al., 2015).

O desenvolvimento da ciência da implementação surgiu nos últimos 15 anos, dentre algumas razões, a partir da necessidade de se responder algumas questões dos sistemas de saúde, responsáveis pela gestão de orçamentos fixos. Observa-se, portanto, que os sistemas de saúde se tornaram cada vez mais atentos aos problemas de implementação, a fim de maximizar o valor de seus fundos de saúde. Essas organizações incluem os serviços nacionais de saúde de vários países, e como resultado, as organizações federais de financiamento de pesquisa dos EUA desenvolveram, recentemente, um investimento em ciência de implementação para melhorar o impacto dos resultados da pesquisa por meio de estratégias científicas de implementação (SCHNEIDER; PEREIRA; FERRAZ, 2018).

Entre os mais antigos e mais extensos programas científicos focados na implementação está a Iniciativa *Quality Enhancement Research Initiative* (QUERI), que desde a sua criação em 1998, objetiva melhorar a saúde dos veteranos militares, apoiando o movimento mais rápido de intervenções eficazes na prática. A QUERI combina o rigor científico fornecido pelos principais pesquisadores acadêmicos com as parcerias com os líderes de operações da Administração de Veteranos dos Estados Unidos (USVA), que enfrentam questões urgentes de implementação. Esse programa está singularmente posicionado como um recurso científico de implementação dentro de um sistema nacional de saúde e, como resultado, fornece significativas sinergias acadêmico-operacionais. O QUERI se concentra em aumentar o impacto do sistema de saúde de Pesquisas Baseadas em Evidências (EBPs) de importância clínica e política. Através do rigor científico desse programa, ele contribui no conhecimento fundamental para o campo da ciência da implementação, que pode ter um impacto muito além do próprio sistema USVA (SCHNEIDER; PEREIRA; FERRAZ, 2018).

Embora tenha havido progresso, na última década, na conceituação da pesquisa com foco na implementação, uma considerável desordem ainda persiste sobre a sua terminologia e finalidade. A palavra “implementar” vem do latim “*implere*”, significando cumprir ou levar a efeito. Isso fornece uma base para a seguinte definição: Pesquisa de implementação é a investigação científica sobre questões relativas à implementação, diz respeito ao processo para colocar em uso ou integrar intervenções baseadas em evidências dentro de um cenário (TREICHEL et al., 2019).

Nesse sentido, pesquisa com foco na implementação busca compreender os processos e os fatores que estão associados à integração bem-sucedida das intervenções baseadas em

evidências dentro de programas, como o de controle da obesidade (BRASIL, 2014c). A investigação da execução, avalia se os componentes principais da intervenção original foram fielmente conduzidos para o cenário do mundo real, e se preocupa com a adaptação da intervenção implementada no contexto local, que embora muitas vezes negligenciado, constitui-se um componente essencial da pesquisa de implementação e envolve o aprimoramento da prestação através da criação de ambiente eficaz na organização ou na comunidade (BAUER et al., 2015; ZEPEDA et al., 2018).

Os métodos de pesquisa frequentemente utilizados na ciência de implementação, a fim de influenciar as práticas no mundo real e testar as intervenções complexas, incluem o uso de modelos conceituais e a utilização da abordagem de métodos mistos em pesquisa (FORMAN et al., 2017). Esses modelos e métodos captam a complexidade e a heterogeneidade dos mecanismos, os processos e os resultados das principais mudanças nos sistemas. As intervenções complexas englobam a mensuração de relações que apresentam interações variáveis, sobre as quais, por exemplo, existem incerteza e imprevisibilidade diante de comportamentos sociais (RAINE et al., 2016).

De tal modo, os métodos mistos ganham espaço, sendo substancial que os desenhos de intervenção e avaliação objetivem representar o contexto, o processo, a prática e os resultados das mudanças requeridas, implementadas, testadas e avaliadas nos sistemas de saúde. Esses métodos mistos se baseiam em procurar maneiras pelas quais os métodos quantitativos e qualitativos possibilitem a compreensão do fenômeno estudado. Os métodos mistos permitem uma aproximação que combina o uso quantitativo e qualitativo de informações para fornecer uma melhor compreensão sobre a pesquisa, incluindo o enfoque na coleta, na análise e no uso dos dados. Os desfechos do uso de mais de um método de pesquisa visam contribuir com a eficácia, aceitabilidade, viabilidade e adequação das estratégias de implementação sob a perspectiva dos atores envolvidos, que possuem experiências distintas, de forma a adaptar as melhores práticas de maneira sustentável (ZEPEDA et al., 2018).

Para alcançar o sucesso da implementação é necessário determinar uma variedade de fatores, incluindo as características das intervenções, os grupos envolvidos e o contexto no qual a intervenção é realizada. Com o objetivo de compreender o que, o porquê e como as intervenções funcionam em cenários do “mundo real”, faz-se necessário testar abordagens para melhorá-las dentro das condições desse mundo real. Por consequência, isso implica trabalhar com populações que serão afetadas por uma intervenção, em vez de selecionar beneficiários que não podem representar a população-alvo de uma intervenção (PETERS et al., 2014; TREICHEL et al., 2019).

Portanto, a pesquisa de implementação é uma importante ferramenta para o aperfeiçoamento dos programas de saúde, na busca de atingir seus propósitos, e garantir que os avanços nas ciências da saúde se tornem padrões de atendimento para toda a população e ambientes de assistência à saúde. Dentre os modelos teórico utilizado pela ciência da implementação, o RE-AIM se constitui como o mais conhecido e utilizado para pesquisas de implementação (BONFIM, 2021).

3.3 MODELO RE-AIM

Diversos modelos de avaliação foram desenvolvidos para facilitar a tradução de resultados de pesquisa. Alguns desses modelos têm a intenção de orientar o desenvolvimento e a avaliação de uma intervenção, enquanto outros, são projetados apenas para avaliação (BRITO et al., 2018).

No fim da década de 90, o pesquisador norte-americano Dr. Russell Glasgow e sua equipe, propuseram um modelo de avaliação conhecido por RE-AIM (GLASGOW; VOGT; BOLES, 1999). Esta estrutura de avaliação leva em consideração os níveis individuais e organizacionais para fornecer evidências sobre o impacto da implementação dos programas de promoção de saúde, possibilitando que comunidades e/ou organizações interessadas possam replicar as intervenções promissoras (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013; BENEDETTI et al., 2014; GLASGOW; VOGT; BOLES, 1999; KING; GLASGOW; LEEMAN-CASTILLO, 2010).

O modelo se apresenta como uma ferramenta para o desenvolvimento, implementação e avaliação de programas e políticas de saúde, servindo como guia para o planejamento, orientação e construção de novas propostas de intervenções e programas nos diversos níveis de atenção à saúde pública e privada (ALMEIDA; BRITO, 2014). Para avaliar os efeitos de programas de intervenções, o RE-AIM possui cinco dimensões norteadoras: “Alcance”, “Efetividade”, “Adoção”, “Implementação” e “Manutenção” (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013).

Inicialmente, esse modelo foi desenvolvido como uma metodologia para relatórios consistentes e para análises de resultados de pesquisa com uma visão ampla do indivíduo e do meio, e, posteriormente, esse modelo foi aplicado para organizar revisões de literatura sobre promoção da saúde e manejo da doença em diferentes contextos (GLASGOW et al., 2019).

Estudos posteriores ao de Glasgow, Vogt e Boles (1999), sugerem que o modelo de RE-AIM objetiva também incentivar uma visão mais crítica e eficiente dos planejadores de

programas, colaboradores, leitores dos artigos, financiadores de políticas públicas. Sobretudo, o modelo RE-AIM incentiva mais atenção aos elementos essenciais do programa, possibilitando assim, uma validade externa desse programa com maior representatividade, e conseqüentemente, melhorando a adoção sustentável e a implementação de ações mais abrangentes e eficazes (BENEDETTI et al., 2014).

Os componentes operacionais dessa estrutura têm sido cada vez mais aplicados ao longo dos anos. Dentre essas aplicações, destacam-se: planejamento, implementação e avaliação de mudanças ambientais; impacto dos programas de promoção de saúde, atividade física e nutrição; redução de tabagismo; programas de promoção de atividade física e nutrição na escola e nas políticas públicas (DUNTON; LAGLOIRE; ROBERTSON, 2009; GLASGOW et al., 2006; GLASGOW et al., 2019; JAUREGUI et al., 2015; JILCOTT et al., 2007; KING; GLASGOW; LEEMAN-CASTILLO, 2010).

Esse modelo de avaliação foi traduzido e adaptado culturalmente para a realidade brasileira em 2013, cujas dimensões estão descritas no Quadro 1 (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013).

Quadro 1 - Dimensões do Modelo RE-AIM, traduzidas e adaptadas para o Brasil.

DIMENSÕES	DEFINIÇÃO	NÍVEL DE ORGANIZAÇÃO
Alcance (<i>Reach</i>)	É o número absoluto, a proporção e a representatividade dos indivíduos que estão dispostos a participar de uma determinada iniciativa, comparada àqueles que desistem ou àqueles potencialmente elegíveis.	Individual
Efetividade (<i>Effectiveness</i>)	É o impacto de uma intervenção sobre desfechos importantes, incluindo qualidade de vida, potenciais efeitos positivos ou negativos e os resultados econômicos.	Individual
Adoção (<i>Adoption</i>)	É o número absoluto, a proporção e a representatividade das organizações e dos profissionais da intervenção que estão dispostos a iniciar um programa.	Organizacional (com os possíveis profissionais da intervenção)
Implementação (<i>Implementation</i>)	No nível organizacional, refere-se à fidelidade dos profissionais da intervenção aos vários elementos de um protocolo de intervenção. Isso inclui a consistência no fornecimento, conforme previsto, o tempo e o custo da intervenção. No nível individual, refere-se à medida que os profissionais utilizam as estratégias da intervenção.	Individual e Organizacional
Manutenção (<i>Maintenance</i>)	No nível organizacional, é à medida que um programa ou política torna-se institucionalizado ou parte das práticas de rotina e políticas organizacionais. No nível individual, a manutenção tem sido definida como os efeitos benéficos em longo prazo (seis ou mais meses após a implantação da intervenção).	Individual e Organizacional

Fonte: Almeida, Brito e Estabrooks (2013).

No contexto brasileiro, esse modelo também vem sendo um valioso instrumento para o planejamento e avaliação dos programas e ações em todas as esferas, uma vez que, as reflexões sobre os conceitos das dimensões se alinham com as doutrinas e os princípios do SUS: universalização, equidade, integralidade, descentralização e participação popular. Ademais, esses elementos se relacionam com as dimensões ao avaliar as peculiaridades e determinações locais (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013; ZEPEDA et al., 2018).

Os estudos que aplicaram o RE-AIM como ferramenta de avaliação de intervenção em promoção de saúde e atividade física, verificaram que o modelo pode proporcionar resultados como: *(i)* no caso do Programa VAMOS (Vida Ativa Melhorando a Saúde), a intervenção apresentava potencial de utilização para toda a população brasileira, sendo necessárias pequenas adaptações para usuários de outras faixas etárias ou regiões do país (BENEDETTI et al., 2012; KONRAD et al., 2018; QUADROS et al., 2020); *(ii)* na avaliação do Programa Universidade Aberta para a Terceira Idade, verificou-se que apesar do programa ter sido iniciado há bastante tempo, possui baixa adoção e alcance. O modelo RE-AIM verificou também que não há relatórios sobre a efetividade do programa, portanto, não há resultados em relação à manutenção em nível individual. Em contrapartida, o modelo também foi capaz de concluir que o programa é muito importante na promoção do envelhecimento saudável e sugeriu a realização de avaliações periódicas (BINOTTO; LENARDT; RODRIGUEZ-MARTINEZ, 2018).

Em uma revisão sistemática sobre estudos que abordassem a avaliação de promoção de atividade física na terceira idade, do total de 26 artigos analisados, relatou-se que 47% dos estudos apresentavam informações sobre o alcance dos programas, 36% relataram a sua efetividade/eficácia, 27% abordaram a implementação do programa, 6% destacavam a presença de informações referentes à adoção e apenas 4% descreveram sobre a manutenção do programa. A partir dessa revisão sistemática, foram encontrados apenas dois artigos que apresentaram todos os domínios do RE-AIM (KONRAD et al., 2018; SQUARCINI et al., 2015).

Um estudo brasileiro, utilizou a ferramenta RE-AIM no campo avaliativo na perspectiva das intervenções educativas em diabetes, a partir da utilização das cinco dimensões do modelo (ALMEIDA et al., 2010). Nesse estudo foi possível encontrar informações sob os fatores que podem afetar o sucesso do programa na prática clínica, como o alcance baixo da população, e sugeriu que esforços devem ser realizados para alcançar efetividade e manutenção das intervenções (TEIXEIRA et al., 2019). No estudo de Silva et al. (2019), que também utilizou a avaliação realizada por meio do RE-AIM, os autores recomendam que os pesquisadores executem esforços para maximizar a “manutenção” de futuras intervenções, a fim de contribuir com o processo de implementação e ampliação dos programas para atividade física nas escolas

do Brasil. Dessa forma, mais informações do modelo RE-AIM precisam ser levantadas para que os futuros gestores tenham a chance de tomar decisões favoráveis, visando determinar se uma intervenção é efetiva e se pode ser expandida para condições reais.

O RE-AIM atualmente tem sido identificado como o modelo ou estrutura mais frequentemente submetidos aos Institutos Nacionais de Saúde (NIH) e Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) entre 2000 e 2016. Esse uso difundido é atribuído, em grande parte, à flexibilidade de abordar diferentes questões de saúde pública de uma maneira prática e de fácil compreensão pelos profissionais e formuladores de políticas (HARDEN et al., 2018). Ainda nesse sentido, vale destacar que o modelo RE-AIM tem sido aplicado em pesquisa e na prática, há 20 anos, e embora muitos de seus componentes originais tenham permanecido, o modelo já passou por muitas evoluções e melhorias visando abordar questões emergentes como custos, adaptações para programas e a expansão do uso de métodos (GLASGOW et al., 2019).

Em síntese, vale considerar que apesar da eficácia do modelo RE-AIM como instrumento de planejamento e avaliação de intervenções em saúde pública, utilizado internacionalmente, ainda existe uma carência da aplicação dessa estrutura em estudos que abordem avaliações dos programas de promoção de saúde no Brasil (BENEDETTI et al., 2014; LEE et al., 2017). Portanto, torna-se necessário a continuidade das pesquisas sobre o relato destes elementos essenciais para prática em saúde pública, contribuindo assim, para a diminuição da lacuna entre a investigação e a prática. A decisão de utilizar o modelo RE-AIM no presente estudo foi tomada com base no exposto.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

Nesta seção será apresentado o percurso metodológico, com todas as etapas utilizadas nessa pesquisa.

4.1 DELINEAMENTOS DA PESQUISA

Este é um estudo de caráter exploratório, do tipo estudo de caso. Esse tipo de estudo consiste em aprofundar um contexto com o propósito de julgar o desempenho de uma intervenção em um programa (RIDDE; DAGENAIS, 2015; YIN, 2015), que no caso do presente estudo refere-se ao controle do sobrepeso e obesidade infantil. Este estudo está inserido dentro de um projeto de pesquisa intitulado “Obesidade Infantil: avaliação sobre a implementação de intervenções complexas”.¹

Neste estudo foram empregados métodos mistos de pesquisa (quantitativa e qualitativa), que, a partir da abordagem dos pontos positivos de cada um dos métodos, permitiu que os dados levantados se complementassem e enriquecessem os resultados. A combinação das abordagens ocorreu de maneira interligada, iniciando com a etapa quantitativa, seguida da qualitativa e finalizando-se com o diálogo entre as duas etapas (CRESWELL, 2010).

4.2. LOCAL DO ESTUDO

O Estudo foi desenvolvido no “Programa Bom Dia” (Programa multiprofissional de cuidado ao paciente obeso infantil), ofertado pelo Centro Médico Senador José Ermírio de Moraes (CMEM), uma policlínica que funciona sob a gestão da Secretaria Municipal de Saúde do Recife, localizado no Distrito Sanitário III, na cidade de Recife-PE. O programa Bom Dia atua no CMEM, desde 2004, no tratamento da obesidade dos pacientes adultos e idosos que são tratados no serviço, e desde 2016, o Programa têm estendido o atendimento às crianças e adolescentes obesos em acompanhamento no serviço de endocrinologia do CMEM.

Recife, capital de Pernambuco, está situada no Nordeste do Brasil; possui população estimada para 2020 em 1.653.461 habitantes, desses 13,6% (225.076 da população) são crianças e adolescentes na faixa etária de 5-14 anos (IBGE, 2020). Além disso, Recife possui 0,772 pontos para o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) para cidades, ou seja, um

¹ O estudo é financiado pelo CNPQ UNIVERSAL 2018, processo 405680/2018-0.

número considerado alto de desenvolvimento humano (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2021).

No Recife, o Programa academia da Cidade (PAC) foi implementado em 2002. Sendo que em 2011 esse programa passou a ter investimento do Programa Academia da Saúde (PAS), uma política nacionalmente implementada. Em 2020, o Recife possuía 43 polos distribuídos nos oito Distritos Sanitários (DS) do Município, sendo: DS1 - 5 polos, DS2 - 7 polos, DS3 - 4 polos, DS4 - 8 polos, DS5 - 6 polos, DS6 - 5 polos, DS7 - 3 polos, DS8 - 5 polos. O CMEM atualmente é referência para os oito DS no atendimento especializado na reabilitação do paciente Diabético, Hipertenso e Obeso.

Em 2004, o “Programa Bom Dia”, realizado em Recife/PE, surgiu da proposta de integração entre o CMEM e o Programa Academia da Cidade da Prefeitura da Cidade. O Programa tem o principal objetivo de proporcionar uma melhor qualidade de vida aos usuários adultos e idosos do CMEM, por meio da prática de exercícios físicos e/ou fisioterápicos, orientação nutricional, além de atividades educativas e de lazer com acompanhamento de equipe multiprofissional especializada. Essa equipe é composta por fisioterapeutas, profissionais de educação física especializados na reabilitação cardiopulmonar e nutricionista, com o objetivo de promover mudanças de comportamento dos usuários e consequentemente, alcançar um estímulo de vida mais ativo. Alinhado a essa perspectiva, em 2015, o Programa estendeu o atendimento para o público infantil (na faixa etária de 5 a 14 anos) com diagnóstico de obesidade ou sobrepeso, assistido no CMEM.

O “Programa Bom Dia” está estruturado em três encontros semanais, com duas horas de duração/cada. As ações desenvolvidas no grupo da ginástica são supervisionadas por profissionais de Educação Física, fisioterapeuta especializado e nutricionista. As atividades desenvolvidas são neuromusculares (treino de tonificação muscular e flexibilidade), aeróbios, jogos esportivos, e atividades culturais e de lazer específicas e individualizadas.

Os usuários beneficiados por esse Programa são acompanhados três vezes por semana para a realização das atividades e de consultas regulares por um endocrinologista pediátrico, nutricionista e psicóloga, caso sejam necessárias. As atividades de lazer, tais como passeios culturais, ecológicos, além de palestras com fins educativos sobre temas pertinentes (na área de cultura, saúde, cidadania, patologia, terapêuticas etc.) também são ofertadas visando complementar as atividades desenvolvidas pelos profissionais para a promoção da saúde dentro desse Programa.

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Para este estudo, a seleção dos participantes da pesquisa ocorreu de maneira intencional, sendo três tipos de participantes: **(1)** profissionais do Programa Bom Dia (Educador físico, endocrinologista pediátrico, nutricionista, psicólogo, assistente social, enfermeira e fisioterapeuta); **(2)** coordenadores do PAC e do CMEM; e **(3)** pais/responsáveis dos usuários do Programa.

Foram incluídos no estudo profissionais indicados que haviam participado do planejamento ou execução das atividades do Programa Bom Dia; e os pais/responsáveis pelas crianças/adolescentes usuárias das atividades do Programa há pelo menos 6 meses; e que assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) – Apêndices A (pais/responsáveis) e B (profissionais).

Os profissionais da intervenção indicados, mas que não haviam participado das atividades do Programa, ou que estavam afastados de suas atividades (férias ou licença por problemas de saúde) foram excluídos do estudo.

Os pais/responsáveis pelas crianças/adolescentes que após diversas tentativas de contato (pelo menos três vezes) não foram localizados, foram considerados como perdas de candidatos. As tentativas foram realizadas até a saturação das indicações dos usuários do programa e até a finalização das entrevistas. Os participantes da pesquisa entrevistados da pesquisa foram recrutados até que a saturação teórica da amostra fosse alcançada (GREEN; THOROGOOD, 2013).

4.4 ESTRATÉGIAS DE PRODUÇÃO DE DADOS

A produção de dados para esta avaliação ocorreu no período de fevereiro a dezembro de 2020, período de aproximadamente 4 anos após a implementação da intervenção. Vale ressaltar, que durante esse período de coleta houve a suspensão entre abril e julho, devido à pandemia do COVID-19. Conforme dito no subitem 4.1, para a coleta de dados foram utilizados métodos mistos de pesquisa (qualitativa e quantitativa), com triangulação de métodos (MINAYO et al., 2012) por meio de pesquisa documental, observação direcionada, diário de campo, aplicação de questionário e entrevistas semiestruturadas.

4.4.1 Pesquisa documental

A partir dos dados fornecidos pelo Censo Demográfico 2020 do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) foi obtida a estimativa da população de crianças/adolescentes na faixa etária de 5 a 14 anos residentes em Recife-PE. E, no SISREG (Sistema de Regulação de Consulta), foi possível obter o número dessa população infantil, referenciadas das Unidades Básicas de Saúde de Recife-PE para consulta com o endocrinologista pediátrico do CMEM no período de 2016 a 2020. Esses dados foram utilizados para calcular a proporção de crianças e adolescentes regulados para o atendimento no CMEM nesse período.

A Instrução Normativa do projeto do Bom Dia forneceu informações sobre o protocolo para implementação do Programa, dentre eles: os critérios de participação, insumos, atividades e programação proposta utilizada na descrição do Programa. Ademais, os documentos fornecidos pela Secretaria Administrativa do CMEM sobre a quantidade de profissionais regularmente vinculados no serviço foram utilizados para o cálculo da taxa de adoção profissional ao Programa. Além disso, os documentos concedidos pela Secretaria do Bom Dia, sobre os desistentes do Programa entre 2016 e 2020 foram utilizados para o cálculo da taxa do abandono individual. Os dados dos prontuários dos usuários do Programa foram utilizados para fazer um levantamento acerca dos dados clínicos norteadores para Síndrome Metabólica; o estado nutricional dos usuários do programa, como a massa corporal (kg) e IMC (Índice de Massa Corpórea); e sobre as análises laboratoriais realizadas de rotina de acompanhamento usuário do programa (glicemia de jejum, colesterol total, triglicérides e TGP). Para avaliar a relação da “efetividade” das ações do Programa, os dados foram recortados em dois momentos: no primeiro, durante a admissão no Programa e no segundo, após seis meses de acompanhamento. Importante ressaltar que a escolha de seis meses para o recorte da avaliação da efetividade, em contraste com o período de 4 anos de funcionamento do programa para avaliar as outras dimensões avaliadas nesse estudo, foi devido a inconsistência de anotações nos prontuários dos usuários do programa ao longo do tempo.

Por fim, as informações sobre local do Programa, estrutura física e características da intervenção foram retiradas dos documentos oficiais do CMEM por meio da planta física do local.

4.4.2 Observação direcionada

Esse processo foi sistematizado em oito visitas ao campo. O responsável por essa dissertação fez as visitas ao campo da intervenção para realizar as observações direcionadas,

com o auxílio de um formulário de coleta de dados que especificava as atividades propostas para a implementação do programa (Apêndice C “Roteiro de Observação Direcionada para Avaliar a Implementação do Programa”). E paralelo a observação direcionada foi construído um de diário de campo, que foi utilizado como instrumento quantitativo e qualitativo, a fim de pontuar a implementação da intervenção, avaliar as adaptações e descrever as principais barreiras e potencialidades encontrados no processo de implementação e manutenção organizacional.

O roteiro de avaliação possui questões abertas e fechadas com o intuito de pontuar as estratégias de trabalho implementadas do programa “Bom Dia”, como: dia da semana, horário, atividade desenvolvida, participação, análise do ambiente, práticas dos profissionais da intervenção e a participação dos usuários. Através desse, foi possível também pontuar os itens da implementação em relação à fidelidade e adaptação da intervenção; verificação dos objetivos do encontro (se foi atingido ou não); as impressões do observador em relação aos responsáveis das crianças e as impressões sobre os profissionais da intervenção durante as atividades realizadas.

4.4.3 Questionário

Os responsáveis dos usuários do Programa deste estudo responderam um questionário semiestruturado (Apêndice D), o qual contém questões fechadas sobre: local onde reside, idade, sexo, renda familiar e escolaridade do responsável) para avaliar o perfil sociodemográfico dos usuários do programa; autopercepção sobre a melhoria da qualidade de vida (por meio da seguinte pergunta: “Em geral, vocês considera que a qualidade de vida da criança após a entrada no programa: melhorou, piorou ou ficou igual”); questões abertas referentes ao Programa (motivo de ingresso, forma de conhecimento); frequência na prática de atividade física fora do Programa (por meio da seguinte pergunta: “A criança realiza atividade física fora da escola? Se sim, qual?”); e frequência de participação no Programa, visando nortear a avaliação do “Alcance” e “Efetividade”. Vale destacar que os questionários foram preenchidos pelos respondentes, com ajuda do pesquisador do estudo, logo após o esclarecimento dos objetivos e métodos da pesquisa, e com a assinatura do TCLE, sendo esses realizados individualmente nas dependências do CMEM enquanto aguardavam as crianças/adolescentes.

4.4.4 Entrevista semiestruturada

O roteiro de entrevista semiestruturada foi utilizado para permitir ao responsável do usuário do estudo uma maior flexibilidade na aplicação do instrumento, possibilitando o acesso de maneira mais aprofundada às informações, além da comparação dos pontos de vistas dos participantes do programa (MANZINI, 2003). As questões centrais do roteiro semiestruturado nortearam a avaliação de cada dimensão proposta pelo método RE-AIM. Para os profissionais e coordenadores do programa (Apêndices E e F, respectivamente), o roteiro apresentava questões referentes à “Adoção”, à “Implementação” e à “Manutenção”, e perguntas específicas sobre como o Programa foi “apresentado” ao participante da pesquisa; sobre as barreiras e potencialidades para a implementação e sustentabilidade do Programa; e sobre outras adaptações feitas no Programa desde o seu início. Ademais, nas entrevistas com os profissionais da intervenção, questões sobre “abandono ao Programa” foram indagadas.

No total, 17 entrevistas com roteiro semiestruturado foram realizadas, sendo duas conduzidas com coordenadores; nove com profissionais que atuam ou atuaram no Programa desde a sua implantação; e seis com pais/responsáveis dos usuários do Programa. As entrevistas foram realizadas individualmente, com aproximadamente 30 minutos de duração, gravadas e posteriormente transcritas. Todas as entrevistas ocorreram em um ambiente reservado e de forma individual, e a identidade de cada participante foi preservada (neste estudo os profissionais da equipe receberam a designação de “P”, os coordenadores de “C”, e os responsáveis de “R”, seguido de um número de ordem das entrevistas).

A sistemática para a condução da avaliação, apresentada no Quadro 2, descreve a operacionalização da estrutura RE-AIM, contendo as seguintes informações: as dimensões avaliadas, as variáveis utilizadas, questões norteadoras para coleta de dados, as fontes de dados e de que forma ocorreu a operacionalização para a avaliação.

Quadro 2 - Sistemática para condução da avaliação, de acordo com as dimensões do RE-AIM.

(continua)

DIMENSÃO	VARIÁVEL	QUESTÕES NORTEADORAS PARA COLETA DE DADOS	FONTE DE DADOS	OPERACIONALIZAÇÃO
ALCANCE	É o número de usuários que passam pelo Programa, a proporção da população que participa, e a representatividade dos usuários do programa em relação à população elegível.			
	R1. Descrição da população alvo.	R.1.1. Qual o número de usuários ativos cadastrado no programa?	R.1.1. Pesquisa documental no Programa.	R.1.1. O quantitativo de usuários do programa ativos foi obtido através da ficha cadastral contida nos arquivos do Programa (n = 6).
		R.1.2. Como se identifica a população-alvo do programa?	R.1.2. Entrevista com profissionais e coordenadores do Programa (Apêndices E-F) e pesquisa documental na normativa do Programa.	R.1.2. Para identificar a população-alvo foram realizadas entrevistas com profissionais e coordenadores que atuam diretamente no Programa para saber a quem o Programa está direcionado e como se identifica a população-alvo através de dados da normativa do Programa.
		R.1.3. Quais as características (perfil sociodemográfico, clínico, antropométrico e de estilo de vida) da população do programa?	R.1.3. Questionário aplicado aos pais/responsáveis das crianças/adolescentes.	R.1.3. Para mensurar as características da população-alvo foi aplicado um questionário (Apêndice D), aos pais/responsáveis dos usuários ativos do Programa (n = 6), utilizando as seguintes variáveis sociodemográficas: sexo, idade, escolaridade dos responsáveis (anos de estudo); dados econômicos: renda familiar per capita; condições da saúde e qualidade de vida; morbidade referida, uso de medicamentos, percepção e satisfação com a saúde e percepção da qualidade de vida.
	R.2. Taxa de participação.	R.2.1. Quantos são os elegíveis para o Programa?	R.2. Pesquisa documental através dos dados da Central da Regulação de Consulta do Município do Recife (os elegíveis para o Bom Dia) e dos dados da ficha cadastral individual dos usuários, disponível no polo da PAC (dados dos que iniciaram o Programa).	R.2. Para mensurar a taxa de participação no Programa, o número de elegíveis que iniciaram o Programa no período de 2016 a 2020 (n = 35) foi dividido pelo número da população elegível do CMEM (n = 3.969), nesse mesmo período.
		R.2.2. Quantos dos elegíveis participam do Programa?		
	R.3. Fatores que influenciaram negativamente o alcance.	R.3. Quais as principais barreiras para o alcance do Programa?	R.3. Entrevista aplicada aos profissionais e coordenadores da intervenção.	R.3. Os dados foram obtidos através de um questionário norteador para entrevista semiestruturada (Apêndice E-F), aplicado aos profissionais que atuam na intervenção e com os coordenadores do Programa (n = 17).

Quadro 2 - Sistemática para condução da avaliação, de acordo com as dimensões do RE-AIM.

(continuação)

DIMENSÃO	VARIÁVEL	QUESTÕES NORTEADORAS PARA COLETA DE DADOS	FONTE DE DADOS	OPERACIONALIZAÇÃO
EFETIVIDADE	Está relacionada ao quanto o Programa ocasiona mudanças nos resultados de saúde e na qualidade de vida dos usuários do programa.			
	E.3. Taxa de abandono individual.	E.3.1. Quantos elegíveis iniciaram o Programa?	E.3.1. / E.3.2. Pesquisa documental através da ficha cadastral individual dos elegíveis que iniciaram o Programa, disponível na Secretaria Administrativa do Programa.	E.3.1. / E.3.2. Cálculo da Taxa de abandono: para o cálculo da taxa, divide-se o número de usuários que iniciaram o Programa e desistiram no período entre 2016 a 2020 pelo número de elegíveis que iniciaram o Programa e permanecem ativos e multiplicados por 100.
		E.3.2. Quantos usuários do Programa desistiram?		
E.3.3. Quais os principais motivos para o abandono à intervenção?	E.3.3. Entrevistas com participantes do programa (profissionais e coordenadores).	E.3.3. Para o levantamento dos dados qualitativos referente ao abandono foram feitas entrevistas com os principais participantes do programa que atuam nas atividades, obtendo-se, assim, informações sobre os principais motivos que possam levar o abandono.		
ADOÇÃO	A proporção e a representatividade do local e dos profissionais elegíveis, de nível superior, que estão dispostos a implementar o Programa.			
	A.1. Descrição do local que adotou o Programa.	A.1. Quais as características do local que adotou o Programa (características do bairro, da população atendida etc.)?	A.1.1 Documentos institucionais do CMEM e dados do Plano Municipal do Recife (PMR), 2018-2021. A.1.2 Diário de campo.	A.1.1 Os dados foram coletados em documentos da instituição, cedido pelo coordenador do CMEM. Foram obtidos dados físicos do local, detalhamento populacional. Os dados sobre a abrangência geográfica foram retirados do PMR 2018-2021 disponível no site da Prefeitura do Recife. A.1.2 para complementar os dados sobre as características físicas do local do Programa foram realizadas oito visitas no campo e os dados foram anotados no diário de campo.
	A.2. Taxa de participação dos profissionais da intervenção.	A.2.1. Quantos são os profissionais elegíveis para atuar na intervenção? A.2.2. Quantos profissionais aceitaram participar da intervenção?	A.2. Entrevistas semiestruturadas com coordenador do CMEM e PAC (n=2).	A.2. Para calcular a taxa de participação no Programa, o número de participantes da equipe do Programa Bom Dia (n=10), foi dividido pelo número de profissionais-elegíveis para o Programa (n=10), multiplicado por 100.

Quadro 2- Sistemática para condução da avaliação, de acordo com as dimensões do RE-AIM.

(continuação)

DIMENSÃO	VARIÁVEL	QUESTÕES NORTEADORAS PARA COLETA DE DADOS	FONTE DE DADOS	OPERACIONALIZAÇÃO
ADOÇÃO	A proporção e a representatividade do local e dos profissionais elegíveis, de nível superior, que estão dispostos a implementar o Programa.			
	A.3. Característica dos profissionais da intervenção.	A.3. Formação profissional e vínculo no Programa: Qual sua formação profissional? Quando começou a trabalhar no Programa? Qual o maior nível de formação dos profissionais do Programa? Como os profissionais que trabalham no Programa são contratados (vínculo empregatício)? Quem os remunera? Quanto tempo cada profissional, em horas, depende no Programa? Os profissionais do Programa foram capacitados para atuar na função? Os profissionais participam de capacitações (formação continuada, cursos, palestras etc.)? Se sim, no que consistem? Por quem são oferecidas?	A.3. Entrevista semiestruturada com profissionais e coordenadores da intervenção (Apêndices E-F).	A.3. Para obter os dados que determinam as características da equipe, foram realizadas entrevistas, semiestruturada (Apêndices E-F), com os profissionais e coordenadores (n=11). Quantificou-se a distribuição, segundo a área de atuação, o tempo despendido em horas por semana no Programa, e fonte de renda. Questões relacionadas ao tempo de atuação no Programa, e os pontos positivos e limitações sobre a adoção a intervenção também foram levantadas. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas, posteriormente agrupadas as respostas nos seus codificadores.
IMPLEMENTAÇÃO	Medida em que as ações estão sendo postas em prática como pretendidas no Programa.			
	I.1. Estrutura e característica do Programa.	I.1.1 Relação entre insumos, atividades propostas e metas? I.1.2 Quais as características das atividades do Programa?	I.1. Pesquisa documental através] dos componentes normativos do programa Bom Dia. I.1. Observação direcionada.	I.1. Foi obtido através da observação guiada por um roteiro (Apêndice C) nos momentos das ações e das informações contidas na normativa do Programa, para detalhar a estrutura do Programa (número, frequência, duração do contato), e as propostas e metas das atividades.

Quadro 2 - Sistemática para condução da avaliação, de acordo com as dimensões do RE-AIM.

(continuação)

DIMENSÃO	VARIÁVEL	QUESTÕES NORTEADORAS PARA COLETA DE DADOS	FONTE DE DADOS	OPERACIONALIZAÇÃO
IMPLEMENTAÇÃO	Medida em que as ações estão sendo postas em prática como pretendidas no Programa.			
	I.2. Consistência da entrega.	I.2.1. Qual a frequência dos encontros do Programa?	I.2.1. / I.2.2. Observação direcionada.	I.2.1. / I.2.2. Relatórios detalhados sobre o desenvolvimento das atividades propostas, preenchidas por meio de um checklist (Apêndice C).
		I.2.2. Qual a duração e em que período são realizados cada encontro?		
		I.2.3. Como as atividades são entregues?	I.2.3. Diário de campo.	I.2.3 Foi utilizado um diário de campo, como instrumento qualitativo, a fim de descrever as principais atividades desenvolvidas nos encontros, iniciando-se pela obtenção do contato com os responsáveis das crianças que estavam na sala de espera, e posteriormente observando as atividades.
	I.3. Cumprimento do planejamento entre local e equipe da intervenção.	I.3.1. As atividades estão conforme o planejado?	I.3.1. / I.3.2. / I.3.5. / I.3.6. Observação direcionada.	I.3.1. / I.3.2. / I.3.5. / I.3.6. Os dados foram obtidos após observação no decorrer dos encontros, e os relatórios detalhados sobre as mudanças das atividades propostas foram preenchidos no diário de campo. Durante os encontros foram registradas as adaptações realizadas, tendo o projeto do Programa como base.
		I.3.2. Houve mudança do processo de implantação do Programa?		
		I.3.3. Que motivos levaram as adaptações do protocolo de execução da intervenção?		
		I.3.4. O local teve que se adaptar as atividades do Programa?		
		I.3.5. As atividades do Programa são realizadas pela equipe profissional conforme o planejamento? Que fatores influenciam o cumprimento do planejamento?		
		I.3.6. Os profissionais da intervenção conseguem realizar as atividades propostas sem dificuldades?		
		I.3.3. / I.3.4. / I.3.5. Entrevistas com os profissionais da intervenção.	I.3.3/I.3.4/I.3.5. Entrevista semiestruturada com os profissionais da intervenção (Apêndice E) para obter dados sobre cumprimento do planejado e quais motivos para adaptações no decorrer do tempo. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas, posteriormente agrupadas as respostas nos seus codificadores.	

Quadro 2 - Sistemática para condução da avaliação, de acordo com as dimensões do RE-AIM.

(conclusão)

DIMENSÃO	VARIÁVEL	QUESTÕES NORTEADORAS PARA COLETA DE DADOS	FONTE DE DADOS	OPERACIONALIZAÇÃO
IMPLEMENTAÇÃO	Medida em que as ações estão sendo postas em prática como pretendidas no Programa.			
	I.4. Barreiras e potencialidades do processo de implementação.	I.4.1. Quais fatores ajudaram na implementação do Programa? I.4.2. Quais fatores dificultaram a implementação do Programa?	I.4. Entrevista com coordenador e profissionais da intervenção (n=11).	I.4. Foi obtido através de entrevistas semiestruturadas com coordenador e profissionais do Programa (Apêndices E, F), com o objetivo de verificar os desafios e sucessos para a implementação do Programa. Assim, todas as entrevistas ocorreram em ambiente reservado e de forma individual, sendo a identidade de cada participante preservada (neste estudo cada pessoa membro da equipe recebeu a designação de “P” seguido de um número e os coordenadores recebeu “C” seguido de um número). Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas, posteriormente agrupadas as respostas nos seus codificadores.
MANUTENÇÃO	É a manutenção do Programa após a adoção e implementação.			
	M.1. Manutenção organizacional.	M.1. Como o Programa foi integrado ao sistema municipal de saúde?	M.1. Entrevista com coordenador do CMEM e do PAC (n=2).	M.1. Foi obtido através de entrevistas semiestruturadas com coordenadores do PAC e CMEM (Apêndice F), com o objetivo de verificar em que medida o Programa se torna parte do sistema de saúde do município, independente das mudanças políticas. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas, posteriormente agrupadas as respostas nos seus codificadores.
	M.2 Barreiras e potencialidades para a continuidade da intervenção.	M.2.1. Quais as barreiras para a intervenção se manter a nível organizacional ao longo do tempo? M.2.2 Quais as principais potencialidades para a manutenção a nível organizacional do Bom Dia?	M.2.1/M.2.2 Entrevista com coordenador do CMEM e do PAC (n=2).	M.2. Foi obtido através de entrevistas semiestruturadas com coordenadores do PAC e CMEM (Apêndice F), com questões relacionadas aos fatores influenciadores para continuidade da intervenção. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas, posteriormente agrupadas as respostas nos seus codificadores.

Fonte: O autor, 2021.

4.5 ANÁLISES DOS DADOS

As análises dos dados obtidos foram realizadas de duas formas: qualitativa e quantitativa.

4.5.1 Análise Qualitativa

A categorização das informações de acordo com as dimensões do RE-AIM foi realizada para a análise do conteúdo direcionado. Neste tipo de análise, a teoria existente estabelece o esquema da codificação inicial (HSIEH; SHANNON, 2005).

Para o tratamento dos dados foi utilizado o software NVIVO 12.0 e optou-se pela operacionalização da análise a partir das quatro fases definidas por Bardin (2010): pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação dos resultados. Na fase da pré-análise um contato prévio com os documentos foi realizado, visando definir categorias para a exploração do material. Na fase de exploração do material leituras foram realizadas para definir os objetivos e a caracterização da amostra. Para o tratamento dos resultados foi realizada a análise do conteúdo e a categorização dos temas pertinentes ao estudo.

Para manter o anonimato dos entrevistados participantes da pesquisa (de acordo com o Quadro 2), optou-se por codificá-los no texto por meio de combinação de letras e números (P1...; C1...; R1...). Ademais, a transcrição das entrevistas foi realizada, e para isso, foi estabelecido que os responsáveis por esta tarefa deveriam transcrever os áudios fielmente, inclusive mantendo no texto os erros de gramática, palavras repetidas, gírias, vícios de linguagem e onomatopéias. Por fim, todos os documentos gerados a partir das transcrições dos áudios das entrevistas foram revisados, visto que essa prática levou à uma familiarização com os discursos, temas centrais e termos abordados pelos participantes da pesquisa. Neste momento da revisão, os dados principais ou potenciais frases/palavras-chave foram grifados, pois poderiam vir a integrar o quadro de extração dos dados.

4.5.2 Análise Quantitativa

Para caracterização da amostra, os dados obtidos foram tratados por meio de estatística (frequência simples e relativa). As variáveis antropométricas foram obtidas por meio de medidas contidas nos prontuários dos usuários do programa como peso e IMCz. Essas variáveis foram avaliadas nas curvas de crescimento para crianças e adolescentes em escore Z, propostos

pela *World Health Organization*, por gênero e faixa etária (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2016a, 2016b). O ponto de corte considerado para a classificação do Estado Nutricional (EN) foi a massa corporal para a idade (IMC/I) para o público infanto-juvenil de 5 a 19 anos (Anexo A). Além disso, foi feita uma comparação dos dados antropométricos e do estado nutricional dos pacientes em dois momentos no Programa: no momento da admissão e após seis meses de acompanhamento ativo no Programa.

A percepção dos responsáveis da qualidade de vida das crianças e adolescentes usuárias do programa foi avaliada pela questão “Considerando as duas últimas semanas, como você avalia a qualidade de vida da criança?”. Esta questão foi obtida do questionário *World Health Organization Quality of Instrument versão Breef* (WHOQOL-BREEF), validado para a população brasileira. As opções de resposta eram: muito ruim; ruim; nem ruim nem boa; boa e muito boa. Para fins de análise, as respostas negativas (muito ruim/ruim) foram agrupadas. Por fim, foi possível calcular o percentual de usuários do programa com qualidade de vida positiva (boa e muito boa).

4.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS EM PESQUISA

O estudo atendeu o cumprimento dos preceitos éticos, conforme Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Este estudo é parte da pesquisa intitulada “Obesidade Infantil: avaliação sobre a implementação de intervenções complexas”, submetida e aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Aggeu Magalhães / Fiocruz - Pernambuco, CAAE (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética) nº 07609519.5.0000.5190, as quais estabelecem diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas envolvendo seres humanos (Anexo B). Participaram deste estudo apenas os indivíduos que ao aceitarem participar da pesquisa, após ciência dos objetivos e métodos, assinaram o TCLE (Apêndice A – pais/responsáveis pelas crianças/adolescentes; Apêndice B – profissionais e coordenadores do Bom Dia). Além disso, uma anuência formal para a realização desse estudo foi solicitada ao município de Recife-PE (Anexo C).

5 RESULTADOS

Esta seção está disposta conforme as dimensões do RE-AIM: Alcance, Efetividade, Adoção, Implementação e Manutenção, a fim de manter a fluidez da leitura e atender aos objetivos propostos.

5.1 ALCANCE

Essa dimensão buscou descrever a população-alvo do programa Bom Dia, calcular uma estimativa do alcance do programa e descrever as principais barreiras e potencialidades para o alcance.

5.1.1 Descrição da população-alvo

A população-alvo compreendeu crianças e adolescentes, de ambos os sexos, a partir dos 5 anos de idade, com diagnóstico de sobrepeso ou obesidade, cadastrados e em acompanhamento no ambulatório de endocrinologia pediátrica do CMEM. Os elegíveis chegavam ao CMEM através de encaminhamento da Estratégia Saúde da Família (ESF), dos oitos Distritos Sanitários do Município. A estratégia de recrutamento dos elegíveis foi realizada nas interconsultas de nutrição e endocrinologia pediátrica do CMEM, onde se oferta a intervenção multiprofissional como parte do tratamento de controle do sobrepeso e da obesidade. Ou seja, o ingresso no Programa ocorre por meio do encaminhamento do endócrino pediatra ou nutricionista do CMEM, para àqueles com diagnóstico de sobrepeso ou obesidade, cujo responsável demonstre interesse e disponibilidade para acompanhar a criança/adolescente nas atividades propostas da intervenção.

O universo da pesquisa constituiu-se de seis crianças/adolescentes, predominantemente do sexo feminino (66,6%), na faixa etária de 10 a 14 anos de idade (66,6%), residentes no DS VII (50%), de família da classe econômica baixa (66,6% com renda familiar em torno de 1 a 2 salários-mínimos), e responsável com baixa escolaridade (50,0% - fundamental incompleto). Possuíam morbidade 33,3%, e em relação ao estado nutricional, 83,3% estavam com sobrepeso. A maioria frequentava o Programa há mais de um ano (83,3%), com frequência de 2-3 dias por semana (50,0%), e com duração das sessões entre 30-60 minutos (83,3%), mas apenas 16,6% participavam de outras atividades físicas para o controle do peso (como caminhadas) fora do

ambiente escolar. Todos os responsáveis consideram que as atividades realizadas nas intervenções contribuíram para melhoria da saúde, e desses, 83,3% têm a percepção de que a saúde da criança é “boa” (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas, clínicas, antropométricas e de estilo de vida dos usuários do programa Bom Dia, Recife-PE, 2020 (n = 6).

(continua)		
Variáveis	Total (n)	%
Faixa etária (anos)		
05-09	2	33,3
10-14	4	66,6
Sexo		
Feminino	4	66,6
Masculino	2	33,3
Comorbidades/Morbidades		
Sim	2	33,3
Não	4	66,6
Estado nutricional		
Sobrepeso	5	83,3
Obesidade	1	16,6
Local de residência		
DS I	0	0
DSII	0	0
DSIII	1	16,6
DSIV	1	16,6
DSV	0	0
DSVI	0	0
DSVII	3	50,0
DSVIII	1	16,6
Escolaridade (responsável)		
Analfabeto	0	0
Fundamental incompleto	3	50,0
Médio completo	3	50,0
Superior completo	0	0
Renda familiar mensal (salário)		
< 1	2	33,3
1-2	4	66,66
> 3	0	0
Participa de outras atividades para o controle do peso		
Sim	1	16,6
Não	5	83,3
Tempo de participação (anos)		
< 1	1	16,6
1-2	2	33,3
>3	3	50,0
Frequência semanal (dias)		
1-2	3	50,0
2-3	3	50,0

Tabela 2 - Características sociodemográficas, clínicas, antropométricas e de estilo de vida dos usuários do programa Bom Dia, Recife-PE, 2020 (n = 6).

Variáveis	Total (n)	(conclusão)
		%
Duração das sessões (minutos)		
30	0	0
30-60	5	83,3
≥90	1	16,6
Percepção de saúde		
Boa	5	83,3
Regular	1	16,6
Programa contribui para saúde?		
Sim	6	100
Não	0	0

Fonte: O autor, 2021.

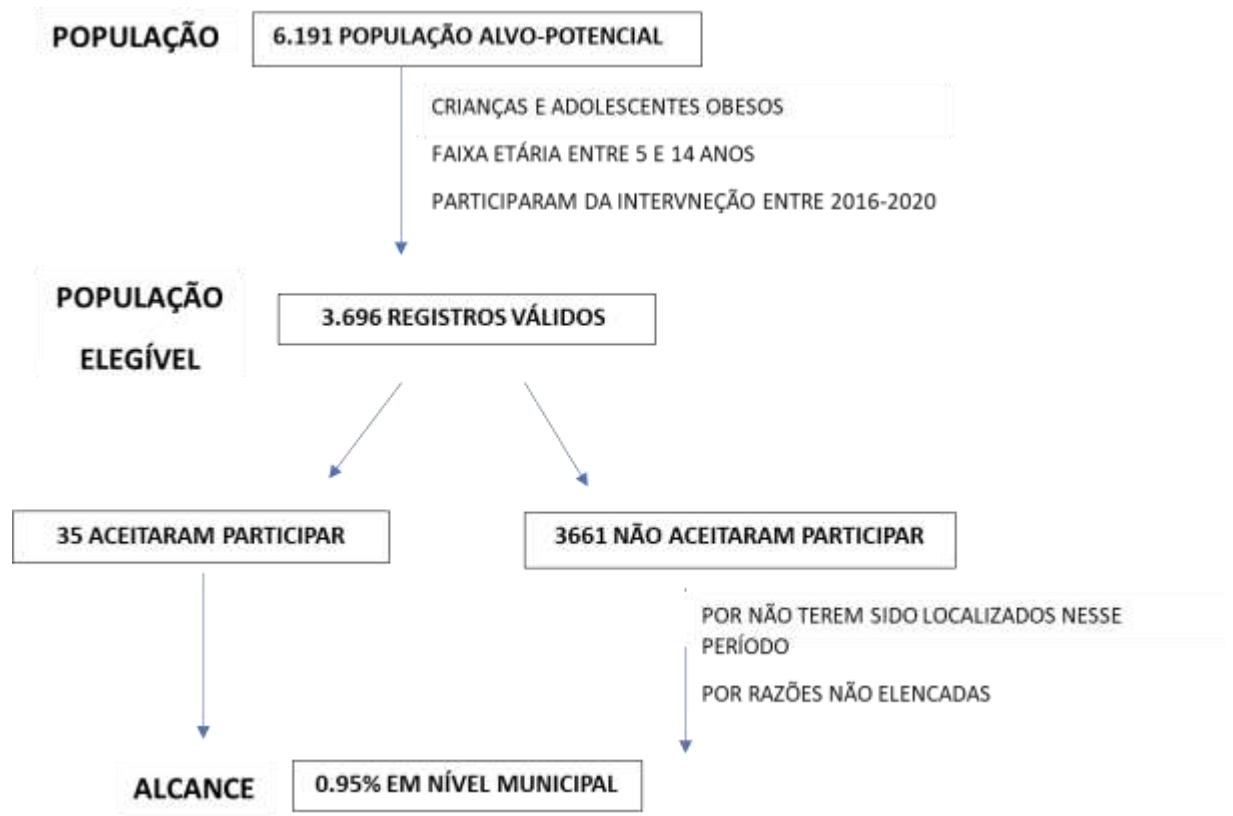
5.1.2 Estimativa de alcance do programa

Para calcular o alcance do Programa foi necessário obter as seguintes informações: a população-alvo estimada, o número estimado de pessoas expostas ao recrutamento no período de 2016 a 2020, pelo número real de pessoas que respondem ao recrutamento nesse mesmo período.

Com base nos dados da Central de Regulação de Consulta de Recife, entre 2016 e 2020, foram referenciados 6.161 crianças e adolescentes entre 5 e 14 anos para atendimento com a endocrinologista pediátrica do CMEM. Ou seja, em média foram referenciadas 102 crianças/adolescentes por mês e, portanto, 25 por semana. De acordo com informações colhidas, 60% desses atendimentos eram de crianças e adolescentes elegíveis com sobrepeso ou obesidade. Sendo assim, 3.696 crianças e adolescentes foram elegíveis no período estudado (2016-2020). Todavia, apenas 35 dos elegíveis aceitaram o recrutamento para o tratamento e controle da obesidade nesse período, conforme sistematizado na Figura 1. A partir desses dados, pode-se calcular a estimativa da taxa de alcance do programa Bom Dia em nível municipal, com a seguinte equação:

$$\text{Estimativa da Taxa de alcance em nível municipal: } 35/3.696 * 100 = \mathbf{0,95\%}$$

Figura 1- Fluxograma do da estimativa do alcance das crianças e adolescentes com obesidade elegíveis para participar do projeto de intervenção do programa Bom Dia, Recife-PE a nível municipal.



Fonte: O autor, 2021.

5.1.3 Barreiras e potencialidades para o alcance

As principais barreiras e potencialidades para o alcance do programa Bom Dia estão descritas detalhadamente a seguir.

5.1.3.1 Barreiras

Em virtude do baixíssimo alcance da população-alvo à intervenção do Programa, procurou-se identificar as barreiras que influenciaram esse alcance, identificando-se quatro barreiras, a saber:

- Horário do Programa:** A falta de flexibilidade na oferta de horário para a intervenção foi considerada a principal barreira para o alcance da população-alvo ao Bom Dia, uma

vez que o turno da manhã ofertado pelo Programa coincide com o horário escolar da maioria dos elegíveis;

- b) Dificuldade de acesso: A localização do CMEM é um aspecto que também influencia o baixo alcance da população-alvo ao Programa, posto a distância entre esse serviço de saúde e o domicílio dos pacientes, apesar de os usuários e seus responsáveis possuírem o VEM (Vale Eletrônico Metropolitano), alguns alegaram morar no extremo contrário da cidade, o que num município como Recife significa em torno de 14 km de distância e um tempo de locomoção médio de 80 minutos para chegar até o local do programa Bom Dia. Portanto, a precariedade dos serviços de transportes Municipal também tem influenciado negativamente o acesso ao Programa;
- c) Condições econômicas: Conforme demonstrado na Tabela 1, a maioria das famílias da população alvo fazem parte de um perfil socioeconômico baixo. Assim, muito dos responsáveis das crianças não tem condições em frequentar o Programa três vezes por semana devido ao custo do transporte e incompatibilidade com o horário de trabalho, portanto, diminuindo a taxa de adesão ao Programa.
- d) Fragilidade na integração com a Rede de Atenção à Saúde (RAS): Constatou-se fragilidade de articulação do Programa com os demais pontos da RAS, e principalmente, com os demais equipamentos que integram a Atenção Básica como a Unidade de Saúde da Família (USF) e os Polos do Academia da Saúde. Ou seja, no primeiro momento existiu uma percepção de que a melhora na referência e contrarreferência das consultas no sistema de regulação seria extremamente proveitosa para uma condução mais integral no cuidado às crianças, no entanto, foi observado que essa integração do sistema é fragilizada na prática. Além disso, foi observado que não houve maior divulgação da proposta para os serviços da atenção primária.

5.1.3.2 Potencialidades

Em relação as potencialidades do Programa, dois fatores foram verificados, são eles:

- a) Formato do Programa: Um aspecto considerado como uma potencialidade para o alcance da população-alvo é a proposta do Programa. O programa Bom Dia é uma intervenção que contém uma equipe multiprofissional e várias ações no cuidado da criança com sobrepeso e obesidade. Além disso, o Programa tem foco sobre a atividade

física e oferece sessões em educação e saúde e acompanhamento individual das crianças e adolescentes usuárias do programa.

- b) Recomendação do Bom Dia: A indicação por um profissional do CMEM, principalmente os profissionais endócrino pediátrica e nutricionista, foi considerado uma das potencialidades para o alcance do Programa.

5.2 EFETIVIDADE

Essa dimensão buscou avaliar as condições clínicas dos usuários do Bom Dia, descrever as percepções sobre os benefícios adquiridos após participação na intervenção e calcular a taxa de abandono.

5.2.1 Condições clínicas (marcadores da Síndrome Metabólica)

As características clínicas dos usuários do Bom Dia (colesterol total, triglicerídeos, TGP, glicemia de jejum, peso e IMC) antes e após 6 meses de acompanhamento estão apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2 - Características clínicas dos usuários do Bom Dia Recife-PE, 2020– perfil de exames bioquímicos e antropometria – na admissão (Momento 1) e após 6 meses de acompanhamento (Momento 2) (n = 6).

VARIÁVEIS	MOMENTO 1 (N = 6)							MOMENTO 2 (N = 6)						
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	Média	P1	P2	P3	P4	P5	P6	Média
EXAMES BIOQUÍMICOS (MG/DL)														
COL. T	181	182	160	170	155	176	170,6	160	154	125	173	132	184	154
TRIG.	156	137	90	112	113	144	125,3	124	102	83	122	104	111	107,6
TGP	14	11	16	17	15	22	15,8	12	13	12	14	13	20	14
GLIC. J	91	83	87	95	88	94	89,6	88	84	90	85	81	92	86,6
DADOS ANTROPOMÉTRICOS														
PESO (KG)	83,1	40,7	40,3	42,2	44,5	47,5	49,7	78	39,4	45,6	48,7	48,5	55,3	52,8
IMC (KG/M²)	33,2	25,4	22,4	22,2	22,4	29,9	25,9	31,2	23,7	23,2	21,4	22,1	29,5	25,1

Fonte: O autor, 2021.

Legenda: Col. T = colesterol total < 150mg/dl; trig. = triglicerídeos <100 mg/dl; TGP = transaminase pirúvica < 40 mg/dl; glic. j = glicemia de jejum < 100mg/dl – esses são os valores de referência em crianças e adolescentes de acordo com o manual do controle da obesidade infantil (MS, 2018); peso = massa corporal em quilograma (kg); icm = índice de massa corporal (kg = quilogramas; /m² = metros ao quadrado); cm = centímetros.

No que concerne as condições clínicas dos usuários do Bom Dia, segundo registro contidos nos prontuários (Tabela 2), foi possível analisar a diferença entre os resultados dos exames bioquímicos (colesterol total, triglicérides, TGP, glicemia de jejum) e dados antropométricos (peso corporal e IMC) das crianças e adolescentes em dois momentos distintos – na admissão no Bom Dia (Momento 1) e após 6 meses de acompanhamento (Momento 2) .

Para os dados clínicos laboratoriais não foi verificada diferença estatística após a intervenção em nenhum dos parâmetros bioquímicos analisados ($p > 0,05$). Todavia, apesar dos valores não terem sido estatisticamente significativos, nota-se uma tendência na redução dos níveis de colesterol total após acompanhamento de 6 meses do Programa.

Em relação aos dados referentes à avaliação antropométrica, notou-se que no segundo momento a média do IMC dos usuários ($25,1 \text{ kg/m}^2$) é indicativa de sobrepeso. Apenas um usuário permaneceu no estado de obesidade, sendo, portanto, um resultado positivo.

5.2.2 Percepção sobre os benefícios

Esta etapa permitiu compreender a percepção dos pais/responsáveis dos usuários sobre os benefícios gerados pela intervenção do Bom Dia nas crianças/adolescentes. Todos os respondentes dessa pesquisa ($n = 6$) relataram que tiveram benefícios. Agrupados em quatro categorias, os mais citados foram: disposição física, imagem corporal, socialização e alimentação (Figura 2), considerados fundamentais para motivar os responsáveis e usuários a permanecerem no Programa.

Figura 2 - Categorias da percepção dos benefícios após a participação das crianças e adolescentes no Bom Dia, Recife-PE, 2020 (n = 6).



Fonte: O autor, 2021.

Os benefícios descritos na Figura 2 foram relatados nas seguintes falas dos pais/responsáveis dos usuários do programa Bom Dia:

[...] A gente vem percebendo que ele está mais ativo, consegue correr, pular corda, ele até chama os primos pra brincar na rua de bicicleta, que antes ele só queria estar brincando no celular [...] (R3).

[...] Com o Programa ela está interagindo mais com as crianças daqui, acho que ela não gostava de brincar com as meninas da rua com vergonha, agora ela brinca mais com elas, eu acho que foi depois que começou com os amigos do Bom Dia (R5).

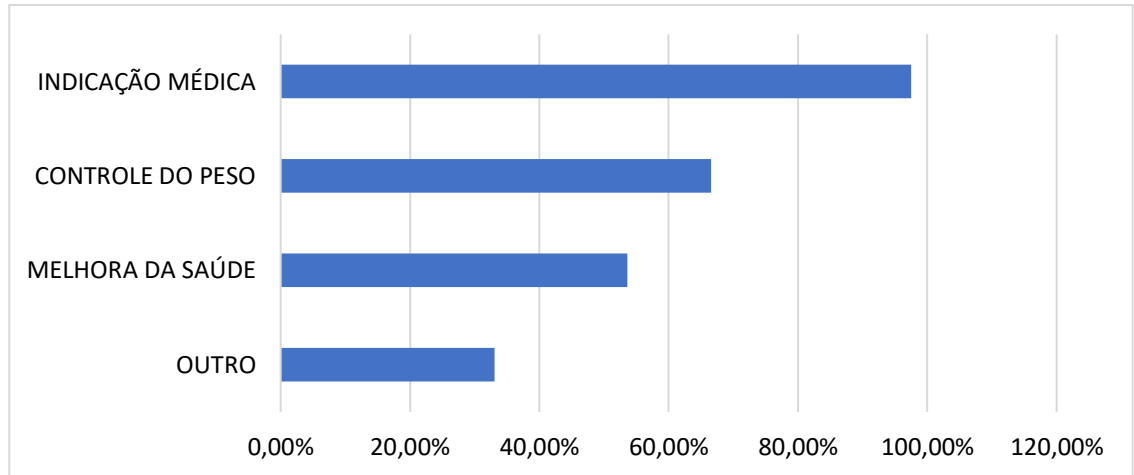
[...] Em relação ao peso, não baixou, mas a gente acha que o corpo dele está com a gordura mais bem distribuída. Também as roupas estão mais folgadas, ele está crescendo aí o peso não diminuiu (R1).

[...] Com as orientações da nutricionista a gente tenta mudar algumas comidas, ele entende que precisa comer melhor, e está deixando de comer mais besteira durante o dia [...] (R6).

Outro destaque evidenciado sobre os benefícios do Programa foi a motivação para a adoção de um estilo de vida mais ativo e saudável. Nesse contexto, dentre os principais motivos para a permanência dos responsáveis e usuários no acompanhamento do Bom Dia foram: indicação médica (97,3%), controle do peso (66,6%), melhora da saúde (53,6%) e outros

motivos (33,1%), como exemplo: influência de amigos; ter acesso mais fácil aos médicos/exames no serviço e atendimento especializado., conforme dados apresentados na Figura 3.

Figura 3 - Motivos para a adoção de um estilo de vida mais ativo e saudável, relatados pelos pais/responsáveis dos usuários do Bom Dia, Recife-PE, 2020 (n = 6).



Fonte: O autor, 2021.

5.2.3 Percepções sobre a qualidade de vida

A Tabela 3 apresenta a percepção dos pais/responsáveis das crianças/adolescentes referente à qualidade de vida após o acompanhamento no Bom Dia. Um resultado que merece destaque foi que todos os pais/responsáveis (100 %) tiveram uma percepção positiva na qualidade de vida dos usuários após o início das atividades no programa oferecido.

Tabela 3 - Percepção dos pais/responsáveis pelas crianças/adolescente (n = 6) referente à qualidade de vida (positiva) antes e após acompanhamento de seis meses no Bom Dia, Recife-PE, 2020.

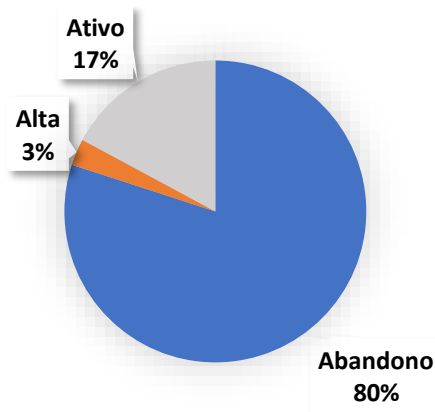
Qualidade de Vida (positiva)	% (n)
Antes do Bom Dia	66,6 (4)
No acompanhamento do Bom Dia	100,0 (6)

Fonte: O autor, 2021.

5.2.4 Taxa de abandono

A taxa de abandono foi de 80%. Ou seja, entre 2016 e 2020, nesse período 35 crianças e adolescentes iniciaram o Programa, todavia, no decorrer de quatro anos, 28 usuários abandonaram o acompanhamento, apenas uma criança recebeu alta e foi referenciada ao polo do PAC de sua região, e durante o período da coleta de dados dessa pesquisa, havia apenas 06 usuários ativos na intervenção (Figura 4).

Figura 4 - Porcentagem de abandono do programa Bom Dia, Recife-PE, 2020 (n = 6).



Fonte: O autor, 2021.

O principal motivo pelo alto índice de abandono, nos relatos dos profissionais da intervenção, foi a baixa condição econômica das famílias dos usuários. A maioria dos familiares não dispunham de condições de se manterem fora do trabalho durante o horário ofertado para a intervenção, e, portanto, as crianças precisavam ficar na escola ou com familiares para que os pais/responsáveis pudessem trabalhar. Além disso, também houve relatos sobre o horário da intervenção, que coincide com o horário escolar ofertado das crianças e adolescentes.

5.3 ADOÇÃO

Essa dimensão buscou descrever as características do local do programa e da equipe, e calcular a taxa de participação dos profissionais da intervenção.

5.3.1 Local do Programa

O Bom Dia funciona nas dependências do Centro Médico Senador Ermírio de Mores (CMEM), situado na Av. Dezanete de agosto, 2388 - Casa Forte, Recife - PE, em uma área

total de 9.143,17 m². Além desse espaço, foi disponibilizado uma área para as atividades, guarda de equipamentos, atividades fisioterapeuta e acomodações da equipe multidisciplinar no mesmo local. Há ainda, uma quadra coberta para as atividades físicas, uma pista de caminhada em torno do CMEM, com aproximadamente 300 m². Outrossim, a sala de atendimento individual, reuniões de grupo, reuniões para educação em saúde também utilizam as dependências do CMEM.

O Programa é uma iniciativa totalmente pública que tem recebido recursos do poder público municipal para sua instalação física e recursos humanos. A equipe multiprofissional é composta por servidores públicos lotados no CMEM e PAC que são responsáveis pelo recrutamento do público-alvo, coordenação e desenvolvimento da intervenção.

5.3.2 Taxa de participação dos profissionais da intervenção

O programa Bom Dia, em 2020, é composto por uma equipe multiprofissional com 10 profissionais graduados, distribuídos nas áreas: Educador Físico (n = 3), Nutricionista (n = 1), Enfermeiro (n = 1), Fisioterapeuta (n = 1), Psicólogo (n = 1), Assistente Social (n = 1), Endocrinologista Pediátrico (n = 1) e Coordenador (n = 1), conforme dados apresentados na Figura 5. Mas, vale ressaltar que o CMEM possui uma equipe multiprofissional elegível com: Nutricionista (n = 3), Enfermeiro (n = 6), Fisioterapeuta (n = 1), Psicólogo (n = 2), Assistente Social (n=2), Endocrinologista Pediátrico (n =1) e Coordenador (n = 1), totalizando 16 profissionais elegíveis. No PAC existem na equipe: Educadores físicos (n = 3) e Coordenador (n = 1) elegíveis para a intervenção. Convém ressaltar que após a apresentação da proposta do programa Bom Dia, e a necessidade de 10 profissionais compor a equipe necessária para a implementação da intervenção, seis profissionais do CMEM e os quatro profissionais do PAC aderiram ao Programa. Assim, 50% dos membros da equipe elegível compuseram o programa Bom Dia, de acordo com os critérios de elegibilidade tais como: ser profissional de nível superior e apresentar interesse em ser parceiro do Programa, conforme apresentado na Figura 5.

Figura 5 - Fluxograma da Adoção da equipe atuante no Bom Dia, Recife-PE, 2020.



Fonte: O autor, 2021.

5.3.3 Característica da equipe do Programa

Todos os profissionais da intervenção são servidores públicos lotados na Prefeitura do Recife. Dentre esses, um coordenador geral, três profissionais graduados em Educação física, e um Fisioterapeuta atuam exclusivamente na organização e nas atividades do programa Bom Dia. Os demais profissionais, que incluem o endocrinologista pediátrico, enfermeiro, assistente social, psicólogo e nutricionista são parceiros do Programa. Eles atuam nas práticas corporais e de atividades físicas; produção do cuidado e de modos de vida saudáveis; promoção da

alimentação saudável; práticas artísticas e culturais; educação em saúde; planejamento e gestão das atividades do programa de intervenção (RECIFE, 2015).

O recrutamento dos profissionais da intervenção para atuar no Bom Dia no controle da obesidade do público infantil foi realizado através de um convite após apresentação formal da proposta do Programa. Esse recrutamento levou em consideração o anseio dos profissionais na intenção de participar da intervenção e o vínculo que eles mantêm com o CMEM, uma vez que o Programa já realizava a intervenção para adultos desde 2004.

Os profissionais de educação física, que são um dos principais colaboradores do Bom Dia, foram alocados no PAC e foram selecionados para atuarem exclusivamente na gestão da intervenção no polo do CMEM. Eles são funcionários público efetivos do Município, com carga horária de 30 horas semanais exclusivas nas atividades do Programa. Os demais profissionais da equipe também são funcionários públicos efetivos alocados no CMEM, com regimento de 30 horas semanais de trabalho, sendo reservadas uma parte da carga horária para adesão e auxílio no desenvolvimento do Programa. Segundo os relatos de coordenadores do Programa, esses profissionais prestavam apoio vital ao desenvolvimento da intervenção, já que os envolvidos demonstravam interesse e consideravam a proposta do Programa importante no controle da obesidade em crianças e adolescentes. Além disso, os profissionais apontaram a importância do Programa como uma forma de tratamento não medicamentoso que amplia a forma de prevenção das complicações decorrentes da obesidade ao longo da vida.

Em relação ao grau de qualificação e experiência da equipe multidisciplinar, observou-se que eles possuíam formação acadêmica e/ou pós-graduação em áreas de saúde ou afins. Contudo, destaca-se que eles não possuíam capacitação específica para atuarem com o público infantil, a exceção da profissional endócrino pediátrica. Foi relatado que esses profissionais não tiveram uma capacitação específica para iniciarem a atuação com criança/adolescentes nesse formato do Programa, apenas foram realizadas reuniões multidisciplinares para a readaptação da proposta de reabilitação utilizadas nos pacientes obesos adultos para o público infantil.

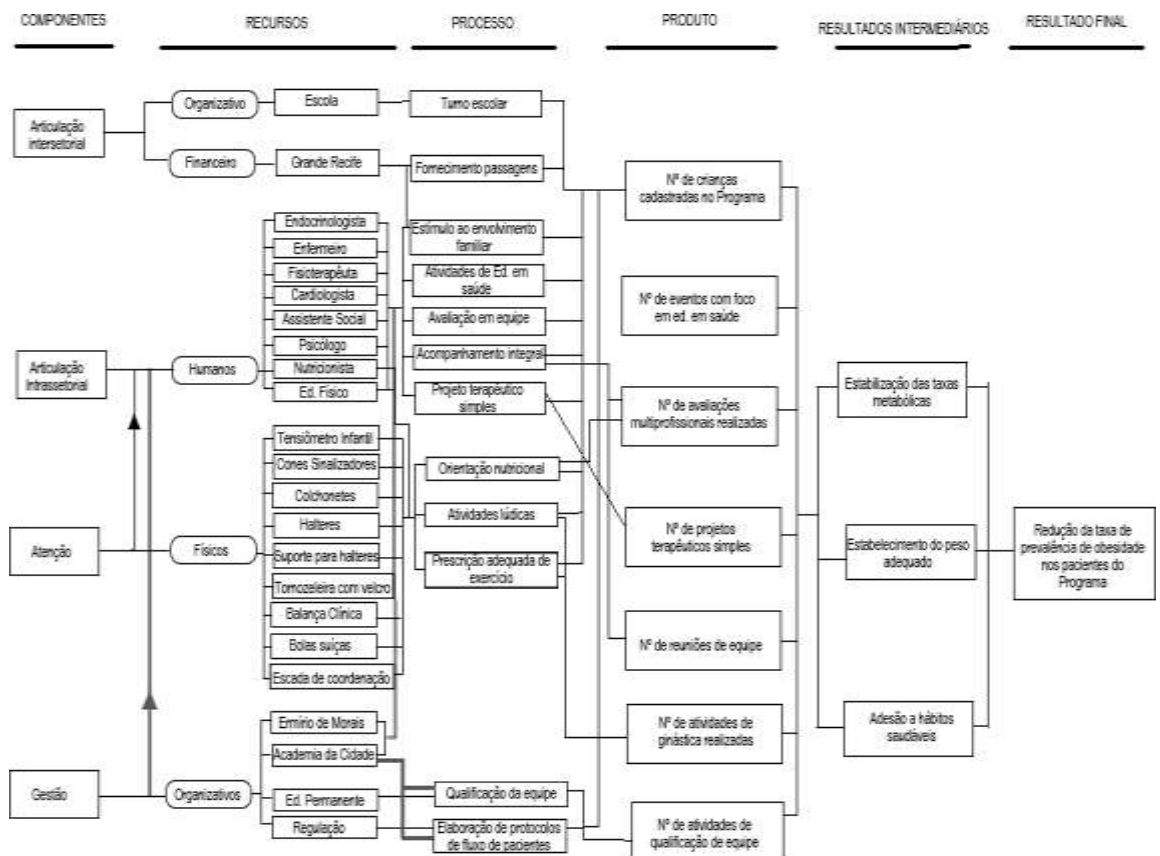
5.4 IMPLEMENTAÇÃO

Essa dimensão buscou avaliar a estrutura de funcionamento do Bom Dia, a fidelidade e adaptação da intervenção, assim como buscou descrever as principais barreiras e potencialidades no processo de implementação do programa.

5.4.1 Estrutura de funcionamento do Bom Dia, Recife-PE

Com o intuito de expor as relações existentes entre os insumos, as atividades propostas, as metas a serem alcançadas e os resultados esperados, a Figura 6 representa o modelo estrutural do Bom Dia no controle da obesidade infantil. Ao longo dos anos, algumas atividades da Programa sofreram alterações, principalmente sobre o número de usuários e atividades realizadas. No formato atual, o programa possui uma equipe de dez multiprofissionais, quatro profissionais para a intervenção, e seis profissionais parceiros.

Figura 6 - Modelo estrutural do Bom Dia, Recife-PE, 2020.



Fonte: Bento (2020).

As atividades do Bom Dia são planejadas por uma equipe multiprofissionais e acontecem em um polo do PAC no âmbito do CMEM, três vezes durante a semana, com duração de 1:30 h a 2 h (Quadro 3). A equipe multiprofissional, conforme descrita na seção 5.3.2 é composta por endocrinologista pediátrico, enfermeiro, educador físico, psicólogo, nutricionista, assistente

social e fisioterapeuta. Todos esses profissionais participam da avaliação inicial, individual dos usuários do Programa, possibilitando, assim, uma avaliação global, individual e da família.

Quadro 3 - Organização semanal das atividades ofertadas pelo Bom Dia, Recife, 2020.

FASE II Fisioterapia	As atividades são definidas de acordo com o surgimento da demanda e disponibilidade de vagas às Segundas e Quartas.		
FASE III Educação Física	3 ^a , 5 ^a e 6 ^a - feiras	HORÁRIOS 9:00h às 9:45h (5 a 10 anos) 9:45h às 10:30h (11 a 16 anos) 7:00h às 9:00h	VAGAS/ATIVIDADES 10 - 15 vagas 10 - 15 vagas Práticas de atividades físicas para todos os usuários do Bom Dia (adulto/crianças).
	3 ^o e 5 ^o -feiras	8:00h às 9:00h	Intervenções coletivas de Educação em Saúde.
Encontro da equipe	4 ^o -feiras	8:30h às 10h	Reunião de equipe, avaliativa e propositiva. Projeto terapêutico singular.

Fonte: Arquivos do programa Bom Dia, Recife-PE 2020.

As propostas de atividades da fase II e III, são norteadas pelo protocolo de reabilitação cardiopulmonar e metabólico, e a frequência das seções estão descritas no Quadro 4. Na FASE II, que fica sob a responsabilidade da fisioterapia cardiorrespiratória, as ações são desenvolvidas com programação terapêutica individualizada baseada na avaliação fisioterápica no protocolo de atendimento. Esse protocolo de atendimento é composto por alongamentos, exercícios aeróbios, exercícios de fortalecimento muscular, preservação de amplitudes articulares, exercícios respiratórios, estimulação proprioceptiva, coordenação e equilíbrio. Antes, durante e após estas ações, os parâmetros hemodinâmicos (pressão arterial-PA e frequência cardíaca-FC), frequência respiratória, além de sinais e sintomas de intolerância ao exercício físico e glicemia capilar eram aferidos, garantindo segurança e bem-estar ao usuário. Vale frisar que todas estas ações são supervisionadas por fisioterapeuta especializado.

Na FASE III, as atividades de educação física são supervisionadas por profissionais de educação física, com atividades neuromusculares (treino de tonificação muscular, flexibilidade), aeróbios, práticas esportivas, jogos, atividades culturais e de lazer específicas e individualizadas (Quadro 4). Nessas atividades, todos os usuários do programa recebiam um pedômetro (contador de passos) a serem utilizados no automonitoramento e motivação para a AF, além disso, os parâmetros hemodinâmicos (PA e FC) são monitorizados antes, durante e após atividades. Nessa fase III, as atividades sugeridas pelos profissionais englobam: prescrição e orientação de exercícios físicos de acordo com a idade e nível de condicionamento; gasto calórico com caráter lúdico garantindo a motivação das crianças; adequação da atividade voltada ao padrão de desenvolvimento motor; segurança; realização de atividades lúdicas esportivas. Além disso, em cada encontro eram feitas intervenções pontuais por profissionais, de acordo com a individualidade de cada paciente. Ademais, todos os usuários do Bom Dia, Recife-PE recebem uma avaliação e orientação nutricional individualizada e específica, feita por uma nutricionista, visando orientar a melhor forma possível as escolhas alimentares, para um melhor controle do peso corporal, levando em consideração a realidade socioeconômica de cada participante.

As intervenções socioeducativas são realizadas a partir de duas vertentes: assuntos pré-definidos e prioritários relacionados às causas da obesidade e assuntos relacionados aos interesses das famílias, visando o autoconhecimento e a autonomia. Às sextas-feiras são desenvolvidas ações interacionais para o público adulto e infantil do Programa, posto que as quartas-feiras são reservadas para o encontro de equipe para discutir sobre a avaliação das atividades realizadas, sobre o projeto terapêutico e sobre a programação das atividades. Também são desenvolvidas atividades de lazer, tais como: passeios culturais, ecológicos, palestras com fins educativos sobre temas pertinentes (na área de cultura, saúde, cidadania, patologia, terapêuticas etc.) empregando as orientações dos profissionais envolvidos e buscando estimular o envolvimento familiar.

Somente após aderência ao programa de exercícios físicos e ao programa alimentar, a criança/adolescente com uma redução sustentada de pelo menos 5% do excesso de peso, com um condicionamento físico satisfatório relacionado à idade, e com uma situação psicológica estável poderia receber alta do Bom Dia, e em seguida, ser referenciada para o polo do PAC mais próximo à residência.

Quadro 4 - Roteiro da sessão de exercícios da FASE III do Bom Dia, Recife, 2020.

ATIVIDADES RELACIONADAS A TEMÁTICA SEMANAL	DURAÇÃO	DIA DA SEMANA	TIPO
Dinâmica lúdica geral	5 minutos	3º e 5ª feiras	opcional
Dinâmica lúdica específica/circuito	10 minutos	3º e 5ª feiras	opcional
Caminhada orientada	10 minutos	3º e 5ª feiras	obrigatória
Dinâmica lúdica específica/circuito (com evolução)	10 minutos	3º e 5ª feiras	Obrigatório
Caminhada orientada	10 minutos	3º e 5ª feiras	opcional
Dinâmica lúdica livre/volta á calma (de escolha livre)	5 minutos	3º e 5ª feiras	Obrigatório
Aquecimento	5 minutos	6ª feira	obrigatório
Jogo esportivo (temática mensal)	20 minutos	6ª feira	obrigatório
Volta à calma	5 minutos	6ª feira	Obrigatório
Atividade sócia educativa intergeracional	30 minutos	6ª feira	opcional

Fonte: Arquivos do programa Bom Dia, Recife-PE 2020.

Os profissionais envolvidos no Bom Dia (PAC e CMEM) auxiliam na divulgação da intervenção, e, no incentivo aos usuários para participarem na intervenção, na organização do espaço físico, e realizam as adaptações necessárias para que os encontros ocorressem conforme o previsto.

As fontes de fornecimento para a implementação e funcionamento do Bom Dia provém do CMEM e PAC, os quais são cedidos pela Prefeitura de Recife. O CMEM disponibiliza o espaço físico necessário para as atividades acontecerem e o PAC disponibiliza os materiais necessários. Os participantes da pesquisa não souberam quantificar os gastos com o programa Bom Dia, e esses dados também não puderam ser localizados no portal de transparência da Prefeitura do Recife. A intervenção se caracteriza como um programa público.

5.4.2 Fidelidade e adaptação da intervenção

Após a avaliação de todos os itens em análise, o programa Bom Dia atingiu a média de 70% de fidelidade comparado com o projeto proposto para a implementação. Dessa forma, pode-se inferir que a intervenção foi aplicada com alta fidelidade.

Ao longo de quatro anos (2016-2020), houve a necessidade alterações/adaptações em algumas atividades programadas, tais como: as intervenções socioeducativas inicialmente programadas das 08 às 09h, nas terças e quintas-feiras, semanalmente, foram realizadas quinzenalmente, e atualmente acontecem em momentos pontuais devido à baixa adesão dos

usuários. Essa adaptação precisou ser realizada pelo Programa porque os pais/responsáveis alegaram que a longa distância de suas residências até o CMEM, assim como o horário dessa atividade (considerado horário de pico para o trânsito), causavam a baixa adesão nessa atividade.

Outro motivo relevante para o maior intervalo dessas atividades foi a incompatibilidade dos horários dos profissionais do CMEM (parceiros da intervenção). Esses profissionais relataram que precisavam cumprir a cota de atendimento no CMEM, comprometendo a realização das atividades no Bom Dia.

A demanda alta no ambulatório torna a ida ao Programa impraticável, fica muito complicado sair uma hora do ambulatório para o Bom Dia e quando chegamos lá a adesão tem sido muito baixa [...] (P 4).

Outra programação que sofreu alteração/adaptação foi a atividade direcionada a interação geracional dos usuários do Programa, que aconteciam às sextas-feiras, das 7hs às 9hs, e atualmente, vem acontecendo apenas em datas comemorativas, devido à baixa ou inexistência da adesão das crianças e adolescentes nesse horário. Os pais/responsáveis relataram os mesmos motivos apontados na atividade em educação e saúde, como: dificuldades de acesso ao serviço oferecido nesse horário, e indisposição das crianças a participarem das atividades num horário considerado cedo para eles.

Outrossim, as programações externas ao CMEM, como: atividades de lazer incluindo, passeios culturais, ecológicos, palestras com fins educativos sobre temas pertinentes (na área de cultura, saúde, cidadania, patologia, terapêuticas etc.) e visitas a supermercados para entender os rótulos dos alimentos, não estão sendo planejadas devido às dificuldades na aquisição dos recursos necessários.

5.4.3 Barreiras e potencialidades do processo de implementação

Os participantes da pesquisa (profissionais e coordenadores da intervenção) expressaram algumas barreiras e potencialidades no processo de *implementação* do Bom Dia no CMEM, as quais estão descritas no Quadro 5. Como barreiras principais, foram relatados: estrutura física/ambiental, recursos materiais, habilidade profissional e demanda de trabalho.

A “estrutura física e ambiental” foi citada como barreira ao processo implementação das atividades, porque o ambiente apresentava espaço pequeno com área coberta para as atividades

de educação física, e a pista de caminhada apresentava buracos na pavimentação. Além disso, foi destacado que esses espaços, muitas vezes, permitiam a circulação de automóveis, tornando, portanto, inseguro para a prática de atividades com as crianças.

Em relação aos “recursos materiais”, os participantes da pesquisa pontuaram que não foram disponibilizados materiais específicos para o público, se constituindo, portanto, uma barreira para a implementação de atividades mais lúdicas e atrativas.

Quanto a “habilidade profissional”, os profissionais mesmo sendo todos graduados em suas respectivas funções dentro do Programa, pontuaram como barreira para a implementação a falta de habilidade para trabalhar com a problemática da obesidade pediátrica, uma vez que não tiveram uma capacitação voltada à essa temática.

Já em relação a “demanda de trabalho”, ou seja, no que diz respeito ao cumprimento de agenda de atendimentos, os profissionais alegaram dificuldades para conciliar as atividades desempenhadas no CMEM com as desenvolvidas no programa Bom dia, dentro de sua carga horária semanal. A incompatibilidade de agenda dos diversos profissionais parceiros do Bom Dia, também tem dificultado as reuniões coletivas, apesar da boa receptividade desses profissionais. Por esse motivo, essas reuniões basicamente acontecem dentro do atendimento individual aos usuários encaminhados pelos profissionais de educação física.

Embora existam barreiras significativas à implementação do Programa, como as citadas, os participantes da pesquisa (profissionais e coordenadores da intervenção) notaram três potencialidades do programa Bom Dia: (1) a força das evidências; (2) suporte profissional disponível; e (3) compromisso/atitude da equipe na implementação/acompanhamento das atividades para o desenvolvimento do Programa.

A “força das evidências” reflete que foram elementos primordiais para a implementação do programa Bom Dia, a prevalência da obesidade infantil enquanto problema de saúde pública, e a alta procura para acompanhamento com o endocrinologista pediátrico do CMEM. Logo, a maioria dos profissionais e gestores acreditam que a intervenção tem grande potencial para contribuir com a mudança de hábitos e melhoria da qualidade de vida dos usuários do programa.

O “suporte profissional disponível” está diretamente relacionado à existência de recursos humanos pré-existentes. Nota-se que o Programa possui uma equipe multiprofissional bem estabelecida no CMEM, com profissionais disponíveis para atuarem exclusivamente no Programa, como os profissionais de educação física e fisioterapia. Além disso, o “compromisso/atitude da equipe na implementação/acompanhamento das atividades para o desenvolvimento do Programa”, naturalmente se revela no interesse e comprometimento dos

profissionais-alvo em desenvolver as ações voltadas para o controle da obesidade no público infantil do CMEM, sendo considerado um ponto potencializador no processo da implementação do programa Bom Dia.

Quadro 5 - Barreiras e potencialidades no processo de implementação do Bom Dia, Recife-PE, 2020.

(continua)

Domínio	Barreiras (B) ou Potencialidades (P)	Citações representativas (ID de entrevista)
Estrutura física / ambiental.	B	... “Os recursos físicos, não tem uma estrutura ideal, mas dentro do que a gente pode fazer... não é uma estrutura adequada dentro do espaço de unidade saúde para que a gente realmente trabalhe... a gente tem um piso que é irregular, a gente tem um trajeto de carros e motos.... Mas diante dessas dificuldades não impede que a gente faça, usamos alguns recursos que temos para que aconteçam essas ações, né. Mas a estrutura física deixa um pouco a desejar sobre as metas para que aconteçam essas ações” (P2).
Recursos materiais	B	... “Eu acho que a questão estrutural também, embora tenha requalificado aqui tinha deixado mais uma estrutura melhor para receber as atividades as crianças. Mas a questão estrutural às vezes é desafio. Às vezes o material que falta, o material que pudesse ser mais voltado mesmo para o público infantil, fosse mais atrativo, o material. Porque as aulas elas são bem montadas para o público, né, e é dentro do material que tem aqui as professoras conseguem fazer desenvolver ações bem específicas e atrativas e tal” (P5)
Habilidade profissional	B” O que a gente sente também é uma questão de Formação pessoal, pois os profissionais daqui não são especializados para atuar com crianças, nem eu, nem nenhuma da equipe é especializada nesse público infantil e adolescente. Já tem uma formação voltada para adultos e aí a gente teve que realmente correr atrás para gente se informar. Mas se a gente tivesse outro tipo de recursos em termos de formação profissional eu acho que a gente poderia desempenhar bem melhor essa acessibilidade” (P 3)
Demanda de trabalho	B	“interesse a gente tem sim, sabemos o quanto é rico para o usuário. O problema é quando fazer, acrescentar isso na carga horário do profissional é complicado” (P 1)

Quadro 5 - Barreiras e potencialidade no processo de implementação do Bom Dia, Recife-PE, 2020.

(conclusão)

Compromisso / atitude da equipe (interesse profissional)	P	... “Mas eu acho que ponto forte para implementação do Programa é a vontade dos profissionais em fazer acontecer porque senão já tinha acabado diante de tanta dificuldade que a gente tem. E a gente acredita que o Programa possa ajudar muito nessa questão de fazer que essas crianças tenham o hábito de fazer atividade física para ir para a academia da cidade” ... (P 2)
Suporte profissional disponível	P	... “Um ponto forte... é ele está dentro do Centro de Saúde, né, assim, com todos os profissionais no mesmo local, a dificuldade da gente nos polos tradicionais é essa articulação com os outros os outros profissionais, se a gente precisa encaminhamos a gente faz o encaminhamento, ele vai e demora voltar.... (P 3)
Força das evidências	P	... “a gente possa dar um formato da interdisciplinaridade ao Programa...é trabalhar não só a questão a obesidade voltada não só para a questão biológica, não só seu olhar biológico, mas uma maneira integral com atividades educativas principalmente voltadas para a promoção da Saúde” ... (P 2)

Fonte: O autor, 2021.

5.5 MANUTENÇÃO

Essa dimensão buscou avaliar a manutenção organizacional e descrever as barreiras e potencialidades para a manutenção a nível organizacional.

5.5.1 Manutenção organizacional

O Programa está em operação desde 2016, e de forma ininterrupta tem realizado uma intervenção visando diminuir a taxa de obesidade em crianças/adolescentes e prevenir as condições relacionadas à obesidade na infância. As evidências apontam que o Programa faz parte das rotinas do CMEM e que recebe apoio não só de gestores locais, mas municipais. Todavia, observou-se que o Programa não está integrado com a RAS, conforme destacado nas barreiras relacionadas ao alcance. Portanto, compreende-se que o Programa possui uma manutenção organizacional em relação ao CMEM, porém, não está institucionalizado a nível municipal.

5.5.2 Barreiras e potencialidades para manutenção a nível organizacional

Quanto aos resultados identificados percebe-se que há uma barreira principal que pode vir a comprometer a manutenção a nível organizacional é a baixa adesão. Devido ao baixo número de usuário, vale considerar que esse número pode estar relacionado diretamente as barreiras organizacionais em relação ao alcance do público-alvo e a não flexibilização na oferta de turnos da intervenção, uma vez que o turno manhã coincide com o horário escolar dos usuários do Programa.

Entre as principais potencialidades para manutenção a nível organizacional do Bom Dia, Recife-PE, a nível do CMEM, destacou-se:

- a) Equipe multiprofissional - Apesar da falta de capacitação dos profissionais da equipe da intervenção, pontuado pelos participantes do programa como uma barreira para o processo de implementação, a disponibilidade da equipe multiprofissional tem contribuído para a manutenção da intervenção. Esses profissionais são funcionários públicos da rede de saúde do município, sendo, portanto, fator considerado sustentável em relação a equipe do Programa. Também pode-se destacar, o envolvimento da equipe na tomada de decisões e nas negociações referentes à intervenção, assim como, a

integração pessoal da equipe. Além disso, a identificação e empatia com os usuários do Programa também são potencialidades para manutenção do programa Bom Dia, Recife-PE.

- b) Compromisso e apoio das organizações - O serviço de endocrinologia pediátrica do CMEM, por ser uma referência para os demais serviços da rede pública do Município no acompanhamento de crianças/adolescentes obesos, pode ser considerado um ponto facilitador para manutenção do Programa. Além disso, a proposta de tratamento para esse público está alinhada com as diretrizes do PAC e do MS, sendo o compromisso dessas instituições um facilitador para a manutenção do programa Bom Dia, Recife-PE.
- c) Apoio social - O CMEM é referência para os oito Distritos Sanitários do Município no atendimento específico a crianças/adolescentes obesos, e diante das baixas condições socioeconômicas dessa população, o Programa disponibiliza para os usuários e responsáveis que participam da intervenção um “Cartão VEM” (Vale Eletrônico Metropolitano, de uso pessoal e intransferível, que dá o direito a 44 créditos mensais, creditado pelo Governo de Pernambuco, que poderá ser utilizado em transporte público da região metropolitana do Recife, duas vezes ao dia, em dias úteis). Portanto, esse apoio social oferecido pelo Programa pode ser considerado um facilitador para manutenção a nível organizacional do Programa.
- d) Envolvimento das partes interessadas/parcerias - A intervenção foi estruturada através da parceria entre o CMEM, responsável pela manutenção estrutural do polo e por disponibilizar os profissionais necessários para compor a equipe multidisciplinar e o PAC, responsável pela coordenação do Bom Dia, Recife-PE, e por disponibilizar profissionais de educação física exclusivos para o polo no CMEM e por fornecer os equipamentos necessários para a implementação do Programa. A integração e envolvimento entre essas instituições parceiras foi relatado como um facilitador para manutenção do Programa.
- e) Percepção de benefícios – Vários benefícios foram observados em relação à estrutura da intervenção e das estratégias utilizadas pelo Programa – O foco na atividade física com acompanhamento individualizado e coletivo, apropriado para a idade, orientações multiprofissionais de educação em saúde, além de todo o suporte necessário para o restabelecimento da saúde dos usuários do programa, têm contribuído para os objetivos almejados na intervenção. Logo, quanto mais uma intervenção for direcionada a uma

necessidade real ou percebida pelos profissionais e/ou usuários, provavelmente ela será mantida com muito mais eficácia.

6 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo, de avaliação da intervenção para controle da obesidade de crianças e adolescentes realizada no programa Bom Dia, Recife-PE utilizando os critérios RE-AIM (alcance, efetividade, adoção, implementação e manutenção) apresentou “Alcance” insignificante da população alvo; “Implementação” bem-sucedida; “Efetividade” pouco sucedida, Adoção” por parte dos profissionais da intervenção bem-sucedida e evidências de “Manutenção” organizacional. A maioria dos estudos sobre obesidade infantil abordam temáticas sobre a prevalência, causas, consequências, e medidas de prevenção e tratamento da obesidade na infância (BARNES; ROGERS; TRAN, 2016; BOMFIM, 2021; DAHMER; MACIEL, 2021; FILHO et al., 2016; LOURENÇO et al., 2018; SILVA et al., 2020b). Além disso, estudos avaliativos que evidenciem o ciclo das intervenções não foram descritos na literatura nacional para essa população específica. Em contrapartida, os que utilizam a estrutura RE-AIM para avaliar intervenções em crianças obesas são bem documentados no cenário internacional (BOCK et al., 2014; BURKE et al., 2015; JUNG; BOURNE; GAINFORTH, 2018; FINLAYSON et al., 2014; KOZICA et al., 2016; LEW et al., 2019). Nesse sentido, esse estudo torna-se importante e necessário diante dos poucos documentos brasileiros sobre a estratégia de tratamento da obesidade infanto-juvenil nos serviços públicos de saúde, comparando-se com os trabalhos já desenvolvidos com a população adulta (PIMENTA et al., 2015; RABELO, 2018).

A avaliação do Bom Dia oferece um processo avaliativo abrangente com elementos envolvidos em todas as etapas da intervenção. Dos estudos nacionais que utilizaram o modelo RE-AIM para avaliar intervenções descritos na literatura, destacam-se os trabalhos realizados por Benedetti et al. (2012), Meurer (2016) e Sandreschi, Petreça e Mazo (2015), os quais utilizaram a estrutura do RE-AIM para analisar programas em mudança de comportamento e atividade física com o público adulto e idoso.

No presente estudo os resultados do Alcance apontaram para a representação de crianças/adolescentes de semelhante estado nutricional de sobrepeso, e que não participam de atividades físicas fora do ambiente escolar, caracterizando, portanto, condições que colocam essa população diante de diversos fatores de risco para obesidade e DCNT na fase adulta, conforme estudos prévios da literatura (DIAS et al., 2017).

Este estudo apresentou um perfil de crianças obesas, onde 37,4% dos pais/responsáveis tinham ensino médio completo, e 80,8% possuíam renda mensal familiar de um a dois salários-

mínimos, ou seja, um perfil enquadrado em situações de vulnerabilidade social. Em relação ao perfil dos responsáveis, as características de baixa escolaridade e baixo nível socioeconômico foram semelhantes nos achados de Jung, Bourne e Gainforth, (2018). Esses dados refletem a importância de se conhecer bem o perfil da população-alvo para entender as reais necessidades dessa população, e melhorar o processo de recrutamento de crianças e adolescente com excesso de peso para a devida intervenção (FRONTZEK; BERNARDES; MODENA, 2017; LEW et al., 2019; SANTOS, 2020). Nesse sentido, programas sociais que auxiliem financeiramente esses pais/responsáveis também se tornam uma necessidade. Com relação a esse aspecto, neste estudo a organização do programa Bom Dia vinculou parceria que fornecesse o VEM (Vale Eletrônico Metropolitano) para facilitar o acesso dos usuários e seus responsáveis ao referido programa de intervenção.

Das 3.696 crianças e adolescentes que foram elegíveis no período estudado, apenas 0,95% (35 desses elegíveis) aceitaram o recrutamento para a intervenção no Bom Dia. Esse percentual é extremamente insignificante quando comparado à taxa de alcance de 72% relatada no estudo de avaliação de um programa de obesidade infantil baseado na comunidade, realizado no Canadá, que também utilizou o modelo RE-AIM (BURKE et al., 2015). Contudo, o “Alcance” também foi insignificante nos estudos com população semelhante realizado na Suíça, o *Healthy Together* (HT) (LEW et al., 2019) e no Reino Unido (KOORTS; GILLISON, 2015).

Mesmo que uma intervenção apresente efetividade, se esta não apresentar um bom alcance e representatividade o seu impacto será limitado na saúde da população (ALMEIDA; BRITO, 2014). Nesse sentido, Glasgow, Vogt e Boles (1999) orientam a utilização de dados qualitativos no processo avaliativo do RE-AIM com o objetivo de entender os motivos que levam o baixo alcance nas intervenções de saúde. A observância dessa diretriz, no presente estudo, possibilitou identificar algumas barreiras organizacionais que possam ter interferido no alcance do Bom Dia, como por exemplo, a inflexibilidade do horário. Jung, Bourne e Gainforth (2018), também identificaram em seu estudo barreira semelhante interferindo o alcance. Outro exemplo de barreira organizacional que pode ter contribuído para a baixa adesão da população de crianças obesas do CMEM foi a dificuldade de acesso geográfico. Essa mesma barreira foi pontuada no estudo de Sandreschi, Petreça e Mazo (2015), os quais avaliaram uma intervenção universitária de atividade física pelo RE-AIM e relacionaram que a principal limitação no alcance era o distanciamento geográfico entre o local do Programa e a residência da população-alvo.

Convém destacar que o Bom Dia atendeu importantes informações propostas pelo modelo RE-AIM (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013; GLASGOW; VOGT; BOLES, 1999), como a taxa de participação, o perfil da população-alvo recrutada, a descrição do recrutamento (sem omitir as dificuldades), a partir de diálogos entre as abordagens (quanti e qualitativa).

Avaliar a efetividade de uma intervenção, não é apenas ir além do impacto sobre os desfechos clínicos e comportamentais, como também é verificar a repercussão sobre a qualidade de vida (QV) conferida ao paciente, possibilitando a comparação de diferentes delineamentos (BENEDETTI et al., 2014; SOUZA et al., 2020). Nessa mesma direção, Glasgow et al. (2013) orientaram a necessidade de pesquisadores em saúde pública avaliarem os resultados da QV dos usuários do programa, além dos marcadores fisiológicos. Com relação a QV, constatou-se que os usuários do programa Bom Bia apresentaram estabilidade ou discreta redução do IMC no período avaliado (seis meses após o início na intervenção). Todavia, a média do peso corporal teve um aumento. Esses achados sugerem que o período de crescimento linear da criança pode estar diretamente relacionado ao aumento da massa corporal, e que pode haver um aumento na massa muscular secundária com níveis elevados de atividade física, contribuindo para o aumento observado nesse estudo.

Considerar como positivo o resultado do tratamento da obesidade, independente da faixa etária, ainda é controverso segundo a literatura. Em adulto, acredita-se que uma redução de 10% do peso acarreta melhorias das comorbidades. Já em relação às crianças e aos adolescentes, um consenso internacional de especialistas aponta que qualquer diminuição no escore de peso e IMC podem ser considerados como pontos positivos que indicam a eficácia do tratamento (SILVA et al., 2019).

Diante da assustadora epidemia de obesidade infantil constatada no Brasil e no mundo, a Sociedade Brasileira de Pediatria propôs a realização de um perfil de exames laboratoriais para todas as crianças e adolescentes com excesso de peso, que inclui a dosagem da glicemia de jejum, dos lipídios (colesterol total, triglicerídeos) e TGP, que devem ser realizados para acompanhar a evolução da síndrome metabólica nesse grupo. Entende-se por síndrome metabólica, um grupo de distúrbios que incluem obesidade, resistência à insulina, hipertensão arterial e elevados níveis de triglicerídeos e colesterol (MARTINS et al., 2018). Nesse estudo, 100% dos usuários do programa Bom Dia apresentaram algum tipo de dislipidemia (aumento do colesterol total, triglicerídeos), o que aumenta o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Para exemplificar, em um estudo com crianças e adolescentes de 2 a 19 anos,

a presença de síndrome metabólica foi observada em 44,2% dos pacientes, prevalecendo alterações significativas nos níveis de colesterol total e IMC (FILHO et al., 2016).

Os resultados desse estudo indicaram que as crianças avaliadas pelo programa Bom Dia apresentaram além da dislipidemia, a glicose plasmática alterada, sendo esse último, um importante biomarcador do Diabetes *Mellitus*. Todavia, foi observado que essas taxas apresentaram possível estabilidade durante a participação das crianças/adolescentes da intervenção, sugerindo uma correlação com as atividades físicas realizadas, em conjunto com as orientações alimentares fornecidas aos usuários do programa e familiares durante a intervenção. Essa associação também foi relatada em um estudo similar, no qual crianças e adolescentes praticantes de atividades físicas regulares e mudanças de hábitos alimentares apresentaram melhora nos marcadores metabólicos (SILVA et al., 2020a).

Neste estudo foi observado uma discreta melhora nos marcadores laboratoriais (glicose, triglicerídeos, colesterol e TGP), sendo esse resultado considerado positivo para os profissionais da intervenção, uma vez que, uma melhora das condições clínicas é tida como uma das metas da equipe para diminuir os fatores de riscos metabólicos que desencadeiam as DCNT na fase adulta. Apesar da prevalência das doenças cardiovasculares e da síndrome metabólica mostrarem-se menores em crianças, o excesso de gordura corporal se constitui seu mais importante fator de risco (RABELO, 2018).

Em relação à percepção dos responsáveis pelas crianças/adolescentes sobre os benefícios adquiridos com a intervenção, os resultados obtidos neste estudo se assemelham aos identificados por outras intervenções para promoção de estilo de vida saudável (BOCK et al., 2014; DAHMER; MACIEL, 2021; SILVA et al., 2020a). Os usuários do programa Bom Dia relataram outros benefícios importantes, como a ampliação dos conhecimentos relacionados à alimentação e nutrição, visto que este conhecimento pode auxiliar nas escolhas alimentares saudáveis e contribuir para a autonomia alimentar do indivíduo (FERNANDEZ, 2012).

Para Martins et al. (2018), quando os responsáveis das crianças com excesso de peso ou obesidade percebem o quão esse estado pode ser prejudicial à saúde dos seus filhos(as), eles procuram por uma ajuda profissional. Tão logo feita essa procura, mais cedo a criança participa da intervenção para controle da obesidade e retarda o desenvolvimento de outras complicações, visto que as alterações metabólicas em crianças obesas quando ainda não detectadas, tendem a manifestar-se com o avanço da idade (CORRÊA et al., 2020).

Foi através dessa percepção dos responsáveis, e sob a orientação dos profissionais das USB de Recife-PE, que as crianças e adolescentes com problemas de saúde relacionados ao

excesso de peso ou obesidade chegaram ao serviço de endocrinologia do CMEM em busca do tratamento. Portanto, recomenda-se que os serviços de saúde expandam as suas estratégias para o tratamento desse problema, possibilitando ações e orientações na prevenção e/ou tratamento da obesidade e de suas comorbidades. Levando em consideração esse aspecto, o Bom Dia pode ter contribuído positivamente no tratamento das crianças e adolescentes com sobrepeso e obesos atendidos no CMEM, melhorando a percepção dos responsáveis em relação ao estado de saúde dessa população. Assim, autores nacionais e internacionais apontam que a influência de programas que associam atividades físicas a orientações para mudança de comportamento alimentar tende a ter melhores resultados (LEW et al., 2019; RABELO, 2018).

As sessões de educação em saúde foram pontuadas como efetivas na ótica dos responsáveis pelas crianças e adolescentes deste estudo, pois são reflexões relacionadas aos hábitos alimentares e sobre a importância das escolhas dos alimentos da família. Inclusive, este tema foi incluído em outros momentos no decorrer da intervenção, com foco principalmente na identificação de alimentos ultra processados a partir dos rótulos, em acordo com o Guia Alimentar Brasileiro. Silva et al. (2019) reforçam a necessidade de ampliação dos conhecimentos sobre alimentação e nutrição, para impactar na conscientização e, assim, na escolha de hábitos alimentares mais saudáveis.

Além dos resultados positivos sobre os desfechos das condições clínicas e comportamentais dos usuários do programa, é importante verificar o aspecto no que cerne a qualidade de vida (BENEDETTI et al., 2014). No presente estudo, o resultado positivo sobre a percepção da qualidade de vida dos usuários do programa Bom Dia após o acompanhamento vai de encontro aos resultados identificados por outras intervenções para promoção de estilo de vida saudável (DAHMER; MACIEL, 2021; YOUNG et al., 2010). Portanto, destaca-se aqui, a necessidade de avaliação da efetividade do Bom Dia, tanto para fornecer embasamento às atividades ofertadas e realizadas no programa, quanto para justificar a sua manutenção aos órgãos responsáveis pela sua execução. Sendo assim, esses dados possuem notória importância para dar o retorno a comunidade que participa das atividades, e consequentemente, atrair a parcela da população que ainda não foi atingida pela intervenção (FREITAS et al., 2017).

Neste estudo, com relação à taxa de abandono do Programa, 80% abandonaram o acompanhamento, sendo essa uma taxa alta quando comparado a outro estudo similar Suíço, realizado em 2014, que obteve um percentual de 40%. Sobre os motivos do abandono dos usuários do programa, segundo relatos dos profissionais da intervenção, destacam-se as condições econômicas do público-alvo e horário de oferta da intervenção. Esse problema foi

bem pontuado como barreira para o alcance aos elegíveis, tendo impactado na Implementação. Além disso, a não flexibilidade na oferta de turnos da intervenção vem contribuindo de forma negativa para a sustentabilidade do programa Bom dia. São diversas as causas que levam a desistência desse público, assim como encontradas em intervenção similares, como: as dificuldades dos pais e/ou responsáveis em comparecer, o não comprometimento por parte das crianças e adolescentes, o entendimento de que a proposta fosse algo mais “divertido” e/ou a não disponibilidade dos pais em mudar hábitos (AFONSO et al., 2008; TAVARES et al., 2016).

Quanto à “Adoção” da intervenção, apesar de diversos estudos descreverem o local onde o programa ocorreu, não foi encontrado nenhum indicativo sobre como ocorreu este processo e quais as reais necessidades em se adotar uma intervenção em uma organização (BINOTTO; LENARDT; RODRIGUEZ-MARTINEZ, 2018). O Bom Dia foi adotado por um serviço de média complexidade do Recife-PE, o CMEM, e por uma equipe multiprofissional já bem estruturada nesse serviço. Esse arranjo organizacional pode ter fortalecido a adoção dos profissionais da intervenção e por conseguinte, a implementação e a manutenção organizacional do referido Programa.

No que diz respeito à adoção por parte dos profissionais-alvo, a intervenção foi bem-sucedida e essa parceria entre equipe-programa foi considerada vital para a implementação do Programa. Outros autores já relataram que o sucesso de um programa ou intervenção no controle do peso e mudança de comportamento pode estar relacionado à adoção de uma multiplicidade de profissionais, desde o planejamento até a avaliação, auxiliando, assim, no desenvolvimento de intervenções com foco no estilo de vida, que sejam atraentes tanto para os usuários do programa, como para os profissionais da intervenção (ESTABROOKS et al., 2013).

Estudo brasileiro que também abordam intervenção para o controle da obesidade infantil não apresentam dados sobre a intenção em adoção de profissionais elegíveis (RABELO et al., 2018). Por sua vez, o presente estudo apresentou uma taxa de adoção de profissional-alvo de 100% desde a sua implementação. Já nos resultados dos programas de atividade física para idoso no Brasil, como o relatado no estudo de Binotto, Lenardt e Rodriguez-Martinez (2018), a taxa de adoção de profissional-alvo foi de 8%; e no de Sandreschi, Petreça e Mazo (2015) a taxa foi de 50%. Resultados semelhantes à taxa de adoção de profissional-alvo, encontrada neste estudo, foram observadas por Rahmawati e Bajorek (2015) e por Glasgow et al. (2013), com 100% e 95% de adoção, respectivamente.

Em relação ao perfil da equipe, a descrição de sua representatividade, e como a equipe foi capacitada, foram relatados por Binotto, Lenardt e Rodriguez-Martinez (2018). Neste

estudo, os relatos sobre a falta de capacitação profissional, específica para as atividades com crianças e adolescentes, não foi suficiente para impedir os resultados positivos constatados no Bom Dia. No presente estudo, o controle do peso, a diminuição do sedentarismo e melhora da qualidade de vida dos usuários do programa foram percebidos pelos responsáveis, e refletem a importância da intervenção. Para isso, a importância do conhecimento (base científica) da equipe multiprofissional em intervenção relacionada aos cuidados de crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade, e que sejam adequados especificamente para o contexto de cada pessoa foi apontado por Mello et al. (2004).

A capacitação profissional no contexto da obesidade infantil, pode ser elencado como um dos principais desafios a ser superado pela equipe da intervenção do Bom Dia. Essa mesma problemática foi abordada por Tenório et al. (2020) em seu estudo sobre os desafios e enfrentamentos do SUS para com a obesidade e sobrepeso em crianças e jovens em idade escolar no Brasil. Também nesse trabalho, mesmo não havendo uma capacitação profissional pôde-se observar uma equipe totalmente disposta a ofertar essa intervenção.

Sobre a Implementação, este estudo verificou que o Bom Dia foi criado a fim de englobar atividades que promovam o controle do sobrepeso e obesidade de crianças e adolescentes do CMEM. De um modo geral, a Implementação foi avaliada para determinar se o referido Programa foi entregue para a população como planejado, verificando-se que embora a porcentagem de atividades planejadas e implementadas tenha sido alta, a fidelidade das ações foi moderada, tanto para as crianças/adolescentes quanto para os profissionais da intervenção. Essa fidelidade pode ter sido causada por uma multiplicidade de fatores, que incluem uma possível falta de comprometimento do responsável pelo menor com o Programa, e as dificuldades organizacionais para o desenvolvimento do que havia sido planejado.

Era esperado que, dadas as limitações de tempo por parte dos profissionais parceiros do Bom Dia e da pouca disponibilidade das crianças/adolescentes de participarem das atividades nos horários programados, os profissionais da intervenção optassem por espaçar as sessões propostas de educação em saúde. Segundo Almeida, Brito e Estabrooks (2013), sabe-se que a fidelidade da implementação pode influenciar a eficácia do programa, pois a implementação é chave para o sucesso, ou seja, havendo uma maior fidelidade com o planejado, mais desfechos favoráveis relacionados à mudança de comportamento, e melhora na qualidade de vida são observados.

Ainda dentro do contexto sobre a implementação do Bom Dia, a equipe multiprofissional não teve um treinamento concentrado no método de facilitação para trabalhar com crianças e

adolescentes. A implementação de programas baseados na mudança de comportamento e atividade física voltado para crianças encorajam o trabalho com equipes especializadas, uma vez que essa equipe pode fornecer conteúdos e atividades específicas para a idade dos usuários do programa, contribuindo assim, para efetividade e adoção da intervenção (TENÓRIO et al., 2020).

Em relação às barreiras pontuadas no processo de implementação da intervenção foram destacadas a falta de capacitação profissional, a baixa adesão de usuários do programa, estrutura física limitada e a geografia em torno do polo da academia. Apesar desses desafios significativos à implementação, a vontade da equipe e o suporte profissional para a intervenção foram considerados essenciais para a implementação da intervenção no âmbito do CMEM. Em programas semelhantes de prevenção da obesidade infantil na comunidade, desenvolvido em 2018 no Canadá, também foi relatado a importância da disponibilidade da equipe multiprofissional para o desenvolvimento das ações planejadas na implementação do programa (JUNG; BOURNE; GAINFORTH, 2018).

A Manutenção do Bom Dia a nível organizacional foi avaliada após quatro anos de implementação. Em concordância, o estudo de Glasgow; Vogt; Boles (1999), refere que avaliar a manutenção a nível organizacional dois anos ou mais após o término da intervenção é mais coerente. Esse período talvez seja necessário, sobretudo, por considerar o momento demandado para a divulgação dos resultados e sensibilização de gestores/coordenadores e profissionais da rede da saúde (OLIVEIRA; POTVIN; MEDINA, 2015). Segundo Almeida, Brito e Estabrooks (2013), na manutenção dos programas a nível organizacional deve-se levar em consideração a estrutura administrativa e de operação, para que haja uma continuidade do que vem sendo proposto. Sendo assim, neste estudo os profissionais envolvidos no Programa foram considerados fator relevante para assegurar a manutenção da intervenção no CMEM, e sobretudo, para enfatizar que sem a presença deles seria muito difícil sustentar ou institucionalizar uma intervenção. Neste sentido, as principais potencialidades identificadas foram: a vontade/motivação dos profissionais parceiros e o apoio social para realizar as atividades do Programa. Dentro desse contexto, ainda foi destacado pelos participantes da pesquisa que a estabilidade e a vontade dos profissionais da intervenção envolvidos em realizar a intervenção do Bom Dia têm sido a base para a manutenção da intervenção durante esses anos. Esse resultado corrobora com afirmações já publicadas em outros estudos no Brasil, que destacam a estrutura administrativa e operacional e a manutenção organizacional como fatores necessários em uma intervenção para que haja uma continuidade do que vem sendo construído

(ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013; BENEDETTI et al., 2014). E, ainda no nível organizacional, foi verificado que a principal barreira percebida para a manutenção do Programa foi a adesão dos usuários do programa, citada por todos os entrevistados. Portanto, pode-se inferir que a ampliação do horário disponível para as ações possivelmente aumentará a adesão dos usuários ao programa Bom Dia. Almeida; Brito; Estabrooks (2013) referem ser fundamental identificar as barreiras e potencialidades que possam influenciar no processo de implementação e manutenção do serviço ofertado. O conhecimento associado as experiências bem e más-sucedidas irão oferecer subsídios para o aprendizado, e irá fortalecer a manutenção das futuras intervenções. E que além disso, estas informações serão importantes para guiar as instituições que tem interesse em replicar o Programa, ou implementar algo similar.

Almeida, Brito e Estabrooks (2013) afirmam que quando as dimensões do RE-AIM são analisadas em conjunto e em equilíbrio, permite que o Programa amplie o atendimento para uma maior quantidade de pessoas e instituições que poderiam ser beneficiadas pelas atividades do Programa. Ou seja, enquanto a dimensão de alcance preocupa-se em aumentar a taxa de participação de usuários, a adoção objetiva envolver mais profissionais no desenvolvimento do programa. Já a efetividade do programa depende do seu processo de implementação. Logo, é fundamental que haja a interação entre essas dimensões no processo de implementação e manutenção do programa. E, por esse motivo, torna-se necessário a descrição e a avaliação detalhada dessas dimensões, pois, através delas, se torna possível conhecer os elementos críticos e vitais ao desenvolvimento, e conseqüentemente, para se alcançar o êxito nos resultados do programa (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013).

Apesar das diversas contribuições que o Bom Dia possa proporcionar para o planejamento de futuras intervenções voltadas para o controle e prevenção da obesidade infantil, o presente estudo apresentou algumas limitações que poderão ser supridas em outros estudos. Para exemplificar, o pequeno tamanho da amostra do Programa limitou as investigações das relações entre as variáveis. Assim, devido à baixa representatividade amostral, os dados não podem ser generalizados para toda a população de crianças obesas. A segunda limitação refere-se a população-alvo, população elegível e adesão que não foram sistematicamente registrados, dificultando a confiabilidade em relação ao alcance do Programa. A terceira limitação foi a impossibilidade de a implementação ser avaliada com base nas informações de custos recomendadas no RE-AIM, devido à complexa estrutura financeira e organizacional do Programa e porque o custo total de entrega do Programa não estava disponível. E por fim, a não existência de um grupo controle foi um fator limitante deste estudo, pois apenas um estudo

controlado randomizado pode mostrar conclusivamente que a intervenção causou queda significativa nos escores z do IMC.

Todavia, vale ressaltar que a contribuição deste estudo foi muito mais positiva do que negativa. Avaliar um programa de exercício físico, em diferentes níveis, promove a divulgação de importantes informações para disseminar, implementar e/ou adaptar iniciativas de pesquisas em cuidados com a saúde, especialmente das pessoas com DCNT, uma vez que, atualmente as publicações de programas de exercício físico para este público-alvo carecem desse tipo de informação (FERNANDEZ et al., 2011).

Cabe destacar que por ser um estudo de caso único, pode-se explorar um fenômeno social no contexto em que ocorrem as atividades. Lembra-se ainda que a utilização do método misto nesta pesquisa, possibilitou no a complementação de informações para obter as condições reais dos resultados, sem esconder as dificuldades encontradas, como descrito por Koorts e Gillison (2015).

Em suma, acredita-se que o material apresentado a partir deste estudo servirá de referência para futuros trabalhos de intervenção, uma vez que, trata-se de um estudo realizado na região metropolitana de um país em desenvolvimento, que se propôs a avaliar um programa multiprofissional no controle da obesidade infantil, a partir dos cinco domínios do modelo RE-AIM, tornando-o de caráter inédito.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados identificados e relatados neste estudo, a partir do modelo RE-AIM, indicaram que as ações propostas pelo programa Bom Dia, Recife-PE no controle da obesidade de crianças e adolescentes pode ser relacionado com as alterações positivas na vida e saúde dos usuários do Programa. Para a adequada interpretação dos resultados é necessário considerar que os dados apresentados nesse estudo foram oriundos de relatos dos profissionais envolvidos no desenvolvimento do programa, de dados poucos sistematizados nos prontuários dos usuários do programa, das observações realizadas pelo pesquisador e de documentos institucionais do CMEM.

A taxa de alcance e as características da população-alvo expostas ao recrutamento permitiu ao pesquisador conhecer melhor as pessoas que estão sendo atendidas. Observou-se uma baixa taxa de participação das crianças/adolescentes obesas (0,95%) usuárias do programa Bom Dia, devido à dificuldade de localização da população-alvo, e quanto aos localizados, devido à falta de opção de horário. Nesse sentido, alguns direcionamentos podem ser feitos como a criação de uma nova estratégia para aumentar a taxa de participação da população-alvo, o desenvolvimento de trabalho em parceria com gestão na tentativa para ampliação de horários para as sessões de exercício físico.

A Adoção foi um dos pontos fortes, uma vez que foi adotada pela equipe-alvo, uma equipe multiprofissional que apresentou compromisso com o Programa, que contribuiu com significância para a implementação e manutenção a nível organizacional no CMEM. No entanto, a implementação e a manutenção organizacional do Programa, mostrou que as estratégias organizacionais utilizadas necessitam ser aprimoradas para melhorar o alcance ao público de crianças e adolescentes obesos do CMEM.

Sugere-se ainda que a intervenção do Bom Dia tenha acompanhamento da sua manutenção individual e organizacional no decorrer do tempo. Para tal, recomenda-se a realização de avaliações periódicas dos desfechos principais e da institucionalização da intervenção. Nesse sentido, sugerimos a criação da cartilha do Bom Dia, um material de acompanhamento dos dados clínicos dos usuários do programa, contendo as orientações dos profissionais.

Também se recomenda o acompanhamento de desfechos principais dos usuários que deixaram de participar do programa Bom Dia, visando fomentar com mais clareza as discussões referentes à autonomia e empoderamento dos usuários para com a sua saúde.

Diante dos resultados positivos identificados na avaliação pelo modelo do RE AIM, recomenda-se o desenvolvimento de estratégias similares ao Bom Dia, como tratamento e acompanhamento das crianças e adolescentes com o perfil nutricional de sobrepeso e/ou obesidade visando contribuir para a promoção da saúde dos usuários do programa e para melhoria da qualidade de vida. Para isto, recomenda-se que os elementos básicos da intervenção sejam mantidos em aplicações futuras, mas que a proposta esteja aberta a adaptações para a realidade em que for desenvolvida e às necessidades de melhorias identificadas.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, C. T.; CUNHA, C. F.; OLIVEIRA, T. R. P. R. Tratamento da obesidade na infância e adolescência: uma revisão da literatura. **Rev Med Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 4, n. 18, p. 131-138, 2008.
- ALMEIDA, F. A. *et al.* Reach and effectiveness of a weight loss intervention in patients with prediabetes in Colorado. **Preventing chronic disease**, [s.l.], v. 7, n. 5, p. 103, 2010.
- ALMEIDA, F. A.; BRITO, F. A.; ESTABROOKS, P. A. Modelo RE-AIM: Tradução e Adaptação cultural para o Brasil. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, Uberaba, v. 1, n. 1, p. 6-16, 2013.
- ALMEIDA, F. A.; BRITO, F. A. Planning and evaluating health programs: contributions of the re-aim framework to nursing. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, n. 22, v. 4, p. 527-528, 2014.
- ANTUNES, N. J. **Obesidade infantil: vivências familiares relativas ao processo de aconselhamento nutricional**. 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.
- ABESO - Associação Brasileira para o estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica. Mapa da obesidade. **ABESO**, Mar. 2020. Disponível em: <https://abeso.org.br/obsidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade/>. Acesso em: 20 jul. 2021.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 6. ed. São Paulo: Edições 70, 2010, 280 p.
- BARNES, A. S.; ROGERS, M.; TRAN, C. Obesity as a Clinical and Social Problem. *In*: KING, T. E.; WHEELER, M. B. **Medical Management of Vulnerable and Underserved Patients: Principles, Practice, and Populations**. New York: The McGraw-hill Companies, 2016. p. 464-476.
- BAUER, M. S.; DAMSCHRODER, L.; HAGEDORN, H.; SMITH, J.; KILBOURNE, A. M. An introduction to implementation science for non-specialists. **Psychology BMC**, [s.l.], v. 3, n. 32, p. 1-12, 2015.
- BAUMAN, A.; CRAIG, C. L. The place of physical activity in the WHO Global Strategy on Diet and Physical Activity. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, [s.l.], v. 2, n. 10, p. 1-6, 2005.
- BENEDETTI, T. R. B.; SCHWINGEL, A.; GOMEZ, L. S. R.; CHODZKO-ZAJKO, W. Programa “VAMOS” (Vida Ativa Melhorando a Saúde): da concepção aos primeiros resultados. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, [s.l.], v. 14, n. 6, p. 723-737, 2012.
- BENEDETTI, T. R. B.; SCHWINGEL, A.; CHODZKO-ZAJKO, W.; MEURER, S. T.; BRITO, F. A.; ALMEIDA, F. A. RE-AIM: uma proposta de avaliação de programas de atividade física 1 RE-AIM: a proposal for evaluating physical activity programs. **Revista**

Kairós Gerontologia, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 295–314, 2014.

BENTO, A. G. L. P. **Obesidade Infantil: Um Estudo de avaliabilidade do programa Bom Dia**. 2020. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Departamento em Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

BINOTTO, M. A.; LENARDT, M. H.; RODRIGUEZ-MARTINEZ, M. C. Fragilidade física e velocidade da marcha em idosos da comunidade: uma revisão sistemática. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52, e03392, 2018.

BOCK, D. E.; ROBINSON, T.; SEABROOK, J. A.; ROMBEEK, M.; NOROZI, K.; FILLER, G.; RAUCH, R.; CLARSON, C. L. The Health Initiative Program for Kids (HIP Kids): effects of a 1-year multidisciplinary lifestyle intervention on adiposity and quality of life in obese children and adolescents--a longitudinal pilot intervention study. **BMC Pediatrics**, [s.l.], v. 14, n. 296, p. 1-9, 2014.

BOMFIM, R. A (org.). **Introdução à ciência de implementação para profissionais da saúde**. Campo Grande, MS: Ed. UFMS, 2021.

BONFIM, N. S.; SAITO, J. A.; MONTEZANI, E.; GUILHERME, C. S. Obesidade Infantil: principais causas e a importância da intervenção nutricional. **Catussaba: Revista científica da escola da saúde**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 31-44, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n 719, de 07 de abril de 2011**. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0719_07_04_2011.html. Acesso em: 9 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html. Acesso em: 20 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa academia da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/academia_saude_cartilha.pdf. Acesso em: 21 jul. 2020.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade**: recomendações para estados e municípios. Brasília: CAISAN, 2014c.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da criança**: aleitamento materno e alimentação complementar. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/politicas/pnan/diretrizes> Acesso em: 21 jul. 2020.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf. Acesso em: 9 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/plano-de-acoes-estrategicas-para-o-enfrentamento-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt> Acesso em: 21 jul.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Com obesidade em alta e excesso de peso estável, população de Recife passa a adotar práticas saudáveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018c. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43702-com-obesidade-em-alta-e-excesso-de-peso-estavel-populacao-de-recife-passa-a-adotar-praticas-saudaveis>. Acesso em: 21 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atlas da Obesidade Infantil no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTQ00A==>. Acesso em: 09 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Obesidade infantil traz riscos para a saúde adulta**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45494-obesidade-infantil-traz-riscos-para-a-saude-adulta> Acesso em: 21 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2019**: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal em 2019. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf. Acesso em: 21 jul. 2021.

BRITO, F. A. *et al.* Tradução e adaptação do Check List RE-AIM para a realidade Brasileira. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 23, p. 1-8, 2018.

BROWNSON, R. C.; COLDITZ, G. A.; PROCTOR, E. K. **Dissemination and implementation research in health**: translating science to practice. Nova York: Oxford, 2012. p. 536.

BURKE, S. M. *et al.* Using the RE-AIM framework to evaluate a community-based summer camp for children with obesity: a prospective feasibility study. **Bmc Obesity**, [s. l.], v. 14, p. 2-21, 2015.

CORRÊA, V. P. *et al.* **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, [s. l.], v. 14, n. 85, p. 177-183, 2020.

COSTA, B. V. L. *et al.* Academia da Cidade: um serviço de promoção da saúde na rede assistencial do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n.1, p. 95–102, 2013.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed/Bookman, 2010.

DAHMER, A. S. F.; MACIEL, D. Morais. Obesidade infantil e os impactos na qualidade de vida. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 161-171, 2021.

DIAS, P. C. *et al.* Obesity and public policies: the Brazilian government's definitions and strategies. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, p. 1-11, 2017.

DUNTON, G. F.; LAGLOIRE, R.; ROBERTSON, T. Using the RE-AIM framework to evaluate the statewide dissemination of a school-based physical activity and nutrition curriculum: “exercise your options”. **American Journal of Health Promotion**, [s.l.], v. 23, n. 4, p. 229-232, 2009.

ECCLES, M. P.; MITTMAN, B. S. Welcome to Implementation Science. **Implementation Science**, Londres, v. 1, n. 1, p. 139-150, 2006.

FERNANDEZ, J. Autonomia e promoção da saúde. *In*: PELICIONI, M.; MIALHE, F. (ed.). **Educação e promoção da saúde: teoria e prática**. São Paulo: Santos, 2012. p. 20-21.

FERNANDEZ, S.; TOBIN, J. N.; CASSELLS, A.; DIAZ-GLOSTER, M.; KALIDA, C.; OGEDEGBE, G. The counseling African Americans to control hypertension (CAATCH) trial: baseline demographic, clinical, psychosocial, and behavioral characteristics. **Implementation Science**, London, v. 6, n. 100, p. 1.13, 2011.

FERREIRA, A. P. S.; SZWARCOWALD, C. L.; DAMACENA, G. N. Prevalência e fatores associados da obesidade na população brasileira: estudo com dados aferidos da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 22, p. e190024, 2019.

FILHO, V. C. B. *et al.* Presença isolada e combinada de indicadores antropométricos elevados em crianças: prevalência e fatores sociodemográficos associados. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 213-224, 2016.

FILIPE, J.; GODINHO, C. A.; GRAÇA, P. Intervenções comportamentais de prevenção da obesidade infantil: estado da arte em Portugal. **Psychology Community & Health**, [s.l.], v. 5, n. 2, p. 170-184, 2016.

FINLAYSON, M. *et al.* Applying the RE-AIM Framework to Inform the Development of a Multiple Sclerosis Falls-Prevention Intervention. **International Journal of MS Care**, [s.l.], v. 16, n. 4, p. 192-197, 2014.

FORMAN, J. *et al.* Development and application of the RE-AIM QuEST mixed methods framework for program evaluation. **Preventive Medicine Reports**, [s.l.], v. 6, p. 322-328, 2017.

FREITAS, M. G. *et al.* Avaliação da efetividade dos programas de prevenção da obesidade em adolescentes: revisão sistemática e metanálise. **Comunicação em Ciências Saúde**, Brasília, v. 1, n. 28, p. 250-261, 2017.

FRONTZEK, L. G. M.; BERNARDES, L. R.; MODENA, C. M. Obesidade infantil: compreender para melhor intervir. **Revista da Abordagem Gestáltica**, Goiânia, v. 23, n. 2, p. 167-174, 2017.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Deficit Habitacional no Brasil 2016-2019**. Belo Horizonte: FJP, 2021. Disponível em: http://fjp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2021/04/21.05_Relatorio-Deficit-Habitacional-no-Brasil-2016-2019-v2.0.pdf. Acesso em: 15 set. 2021.

FURTADO, M. A.; SZAPIRO, A. M. Política Nacional de Promoção da Saúde: os dilemas da autonomização. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 277-289, 2016.

GLASGOW, R. E.; VOGT, T. M.; BOLES, S. M. Evaluating the Public Health Impact of Health Promotion Interventions: The RE-AIM Framework. **American Journal of public Health**, [s.l.], v. 89, n. 9, p. 23-37, 1999.

GLASGOW, R. E. *et al.* Evaluating the impact of health promotion programs: using the RE-AIM framework to form summary measures for decision making involving complex issues. **Health Educational Research**, [s.l.], v. 21, n. 5, p. 688-694, 2006.

GLASGOW, R. E. *et al.* Use of RE-AIM to Address Health Inequities: application in a low-income community health center-based weight loss and hypertension self-management program. **Translational Behavioral Medicine**, New York, v. 3, n. 2, p. 200-210, 2013.

GLASGOW, R. E. *et al.* RE-AIM Planning and Evaluation Framework: Adapting to New Science and Practice with a 20-Year Review. **Frontiers in Public Health**, [s.l.], v. 29, n. 7, p. 64-72, 2019.

GOLKE, C. **Obesidade infantil**: uma revisão de literatura. 2016. Dissertação (Mestrado em Gestão e Organização em Saúde Pública) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2016.

GREEN J.; THOROGOOD, N. **Qualitative Methods for Health Research**. 4. ed. UK: SAGE Publications, 2018.

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

HARDEN, S.M. *et al.* RE-AIM in Clinical, Community, and Corporate Settings: Perspectives, Strategies, and Recommendations to Enhance Public Health Impact. **Frontiers in Public Health**, [s.l.], v. 6, n. 71, p. 1-10, 2018.

HSIEH, H. F.; SHANNON, S. E. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. **Qualitative Health Research**, [s.l.], v. 15, n. 9, p. 1277-88, 2005.

IBGE. **Projeção da População do Brasil e das unidades da federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm_source=portal&utm_medium=popclock&utm_campaign=novo_popclock . Acesso em: 9 set. 2021.

JAUREGUI, E. *et al.* Using the RE-AIM framework to evaluate physical activity public health programs in México. **BMC Public Health**, [s.l.], v. 15, n. 162, p. 1-9, 2015.

JILCOTT, S. *et al.* Applying the RE-AIM framework to assess the public health impact of policy change. **Annals of Behavioral Medicine**, [s.l.], v. 34, n. 2, p. 105-114, 2007.

JUNG, M. E.; BOURNE, J. E.; GAINFORTH, H. L. Evaluation of a community-based, family focused healthy weights initiative using the RE-AIM framework. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, [s.l.], v. 15, n. 13, p. 1-16, 2018.

KING, D. K.; GLASGOW, R. E.; LEEMAN-CASTILLO, B. Reaiming RE-AIM: Using the Model to Plan, Implement, and Evaluate the Effects of Environmental Change Approaches to Enhancing Population Health. **American Journal of Public Health**, [s.l.], v. 100, n. 11, p. 2076-2084, 2010.

KONRAD, L. *et al.* Avaliação de programas de mudança de comportamento usando a ferramenta RE-AIM: um estudo de revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 22, n. 5, p. 439-449, 2018.

KOORTS, H.; GILLISON, F. Mixed method evaluation of a community-based physical activity program using the RE-AIM framework: practical application in a real-world setting. **BMC Public Health**, [s.l.], v. 15, p.1102-1110, 2015.

KOZICA, S. L. *et al.* J. Evaluation of a large healthy lifestyle program: informing program implementation and scale-up in the prevention of obesity. **Implementation Science**, [s.l.], v. 11, n. 151, p. 1-13, 2016.

LEE, R. *et al.* Aplicando o modelo RE-AIM para a promoção da atividade física em países de baixa e média renda. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, p. 2923-2930, 2017.

LEW, M. S. *et al.* Evaluation of a childhood obesity program with reach, effectiveness, adoption, implementation, maintenance (RE-AIM). **Preventive Medicine Reports**, [s.l.], v. 13, p. 321-326, 2019.

LOTTA, G (org.). **Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil**. Brasília: ENAP, 2019.

- LOURENÇO, A. S. N. *et al.* Fatores associados ao ganho de peso rápido em pré-escolares frequentadores de creches públicas. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 292-300, 2018.
- MADON, S. *et al.* The accumulation of stereotype-based self-fulfilling prophecies. **Journal of Personality and Social Psychology**, [s.l.], v. 115, n. 5, p. 825-844, 2018.
- MALTA, D. C. *et al.* A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço de 2006 a 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4301–4312, 2014.
- MALTA, D. C. *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1683-1694, 2016.
- MALTA, D. C. *et al.* Avaliação do alcance das metas do plano de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2022. *In: ENCONTRO LUSO-BRASILEIRO DE AVALIAÇÃO EM SAÚDE E GESTÃO DO CONHECIMENTO*, 2019, Lisboa. **Anais [...]**. Lisboa: Instituto de Higiene e Medicina Tropical, 2019. p. 9-16.
- MANZINI, E. J. Considerações sobre a elaboração de roteiro para a entrevista semi-estruturada. *In: MARQUEZINE, M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE, S. Colóquios sobre pesquisa em educação especial*. Londrina: Eduel, 2003. p. 11-25.
- MARTINS, T. A. *et al.* Fatores de riscos metabólicos em crianças na atenção primária à saúde. **Revista Baiana De Enfermagem**, Bahia, v. 32, p. 1-9, 2018.
- MELLO, E. D.; LUFT, V. C.; MEYER, F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? **Jornal De Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 3, p. 173-182, 2004.
- MELVIN, A. J. *et al.* Plasma and Cerebrospinal Fluid Herpes Simplex Virus Levels at Diagnosis and Outcome of Neonatal Infection. **The Journal of Pediatrics**, [s.l.], v. 166, n. 4, p. 827-833, 2015.
- MEURER, S. T. **Avaliação da estratégia de promoção de atividade física e alimentação saudável - VAMOS - no Programa Academia da Saúde de Belo Horizonte**. 2016. Tese (Doutorado em Educação Física) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 408.
- OLIVEIRA, S. R. A.; POTVIN, L.; MEDINA, M. G. Sustentabilidade de intervenções em promoção da saúde: uma sistematização do conhecimento produzido. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 39, n. 107, p. 1149–1161, 2015.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Plano de ação para a prevenção e controle de doenças não transmissíveis, 2013- 2020**. Washington DC, 2013. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CD52-7-p.pdf>. Acesso em: 09 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Consideration of the evidence on childhood obesity for the Commission on Ending Childhood Obesity**. Geneva: WHO, 2016a. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/consideration-of-the-evidence-on-childhood-obesity-for-the-commission-on-ending/>. Acesso em: 9 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Report of the commission on ending childhood obesity**. Geneva: WHO, 2016b. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204176/9789241510066_eng.pdf. Acesso em: 9 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Obesidade entre crianças e adolescentes aumentou dez vezes em quatro décadas, revela novo estudo do Imperial College London e da OMS**. Geneva: OMS, 2016c. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5527:obesidade-entre-criancas-e-adolescentes-aumentou-dez-vezes-em-quatro-decadas-revela-novo-estudo-do-imperial-college-london-e-da-oms&Itemid=820. Acesso em: 21 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guideline assessing and managing children at primary health-care facilities to prevent overweight and obesity in the context of the double burden of malnutrition**. Updates for the Integrated Management of Childhood Illness. Geneva: World Health Organization, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Plano de ação para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes: Revisão Intermediária**. 162ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO: Relatório técnico. Geneva: OMS, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Obesity and overweight**. Geneva: OMS, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Acesso em: 21 set. 2021.

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**, Londrina, v. 39, n. 105, p. 375-386, 2015.

PEREIRA, I. F. S. *et al.* Estado nutricional de menores de 5 anos de idade no Brasil: evidências da polarização epidemiológica nutricional. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 3341-3352, 2017.

PETERS, D. H. *et al.* Republished research: Implementation research: what it is and how to do it. **British Journal of Sports Medicine**, [s.l.], v. 48, n. 8, p. 731-736, 2014.

PIMENTA, A. *et al.* Públicas de Intervenção na Obesidade Infantil no Brasil: uma Breve Análise da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e Política Nacional de Promoção da Saúde. **Ciências de Ciências Biológicas e da Saúde**, Iguazu, v. 17, n. 2, p. 1-10, 2015.

PORTELA, M. C. *et al.* Improvement Science: conceptual and theoretical foundations for its application to healthcare quality improvement. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, e00105815, 2016.

- QUADROS, E. N. *et al.* Avaliação da efetividade do “VAMOS” no contexto do programa academia da saúde: um estudo qualitativo. **Movimento**, Porto Alegre, v. 26, p. e26023, 2020.
- RABELO, R. P. C. Implantação de um Programa Interdisciplinar para o controle da obesidade infantil na Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 29, n. 1, p. 65-69, 2018.
- RAHMAWATI, R.; BAJOREK, B. A. community health worker-based program for elderly people with hypertension in Indonesia: a qualitative study, 2013. **Preventing Chronic Disease**, Atlanta, v. 12, p. E175, 2015.
- RAINE, A. *et al.* Nutritional supplementation to reduce child aggression: a randomized, stratified, single-blind, factorial trial. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, [s.l.], v. 57, n. 9, p. 1038-1046, 2016.
- RECIFE. Prefeitura Municipal. **Projeto Bom Dia**, Recife: Prefeitura Municipal, 25 maio 2015. Disponível em: <http://www2.recife.pe.gov.br/index.php>. Acesso em: 11 set. 2020.
- REIS, R. S. *et al.* Assessing participation in community-based physical activity programs in Brazil. **Medicine and science in sports and exercise**, [s.l.], v. 46, p. 92-98, 2014.
- RIDDE, V.; DAGENAIS, C. **Enfoques y prácticas en la evaluación de programas**. 2. ed. Santé Mondiale: Pontificia Universidad Javeriana, 2015.
- RODRIGUES, A. M. *et al.* Avaliação nutricional de crianças e adolescentes no início, fim e pós- tratamento multidisciplinar da obesidade. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, [s.l.], v. 9, n. 54, p.258-264, 2015.
- SÁ, G. B. A. R. *et al.* O Programa Academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vida saudáveis: cenário nacional de implementação. **Ciências & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1849-1860, 2016.
- SANDRESCHI, P.; PETREÇA, D.; MAZO, G. Avaliação de um programa universitário de atividade física para idosos pelo modelo RE-AIM. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 270, 2015.
- SANTOS, S. F. S. **Efetividade do programa escola em ação na promoção do estilo de vida ativo e controle da adiposidade corporal em adolescentes**. 2020. Tese (Doutorado em Ciências da Motricidade) - Faculdade de Ciências e Tecnologia do Campus de Presidente Prudente, Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente, 2020.
- SCHNEIDER, L. R.; PEREIRA, R. P. G.; FERRAZ, L. A prática baseada em evidência no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 594-605, 2018.
- SILVA, R. N. *et al.* Avaliabilidade do Programa Academia da Saúde no Município do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 4, p. 1-16, 2017.

SILVA, J. A. *et al.* Programas de intervenção para atividade física nas escolas brasileiras: revisão com base no modelo RE-AIM. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 3443-3456, 2019.

SILVA, W. G. *et al.* Estratégias de educação nutricional na prevenção e controle da obesidade infantil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s.l.], v. 50, e3376, 2020a.

SILVA, B. G. A. *et al.* Gestão do cuidado à criança/adolescente com doença crônica: (des)articulação da rede e fragmentação das ações. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Rio Grande do Sul, v. 10, p. 1-21, 2020b.

SOUZA, P. V. *et al.* Efetividade de uma intervenção na promoção de estilo de vida de servidores públicos. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Florianópolis, v. 25, p. 1-9, 2020.

SOUZA, N. P. *et al.* **Atlas da Situação alimentar e nutricional de Pernambuco**. Recife: ECOASUS-PE, 2021.

SQUARCINI, C. F. R. *et al.* Physical activity programs for elderly persons: an evaluation of Brazilian scientific production using the RE-AIM framework. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 909-920, 2015.

TASSARA, S. *et al.* Plume-subduction interaction forms large auriferous provinces. **Nature Communications**, [s.l.], v. 8, n. 1, p.1-7, 2017.

TAVARES, N. U. L. *et al.* Factors associated with low adherence to medicine treatment for chronic diseases in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 1-11, 2016.

TEIXEIRA, C. R. S. *et al.* Modelo RE-AIM na perspectiva das intervenções telefônicas educativas em diabetes. **Texto & Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 28, p. 1-10, 2019.

TENÓRIO, J. C. *et al.* **Obesidade e sobrepeso em crianças e jovens em idade escolar no Brasil: desafios e enfrentamentos do SUS**. In: IV CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, 2020, Campina Grande. **Anais [...]** Campina Grande: Realize Editora, 2020. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/72239>. Acesso em: 13 jul. 2021.

TREICHEL, C. A. S. *et al.* Comitê Gestor da Pesquisa como dispositivo estratégico para uma pesquisa de implementação em saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 35-47, 2019.

VIDGEN, H. A. *et al.* A description of health care system factors in the implementation of universal weight management services for children with overweight or obesity: case studies from Queensland and New South Wales, Australia. **Implementation Science**, [s.l.], v. 13, n. 1, p. 109-113, 2018.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

YOUNG, D. R. *et al.* Effects of the PREMIER interventions on healthrelated quality of life. **Annals of Behavioral Medicine**, [s.l.],v. 40, n. 3, p. 302– 12, 2010.

ZEPEDA, K. G. M. *et al.* Fundamentals of Implementation Science: an intensive course on an emerging field of research. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 1-8, 2018.

**APENDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
DESTINADO AOS RESPONSÁVEIS DAS CRIANÇAS**

INFORMAÇÕES SOBRE O ESTUDO

Título: Avaliação da intervenção do programa “Bom Dia Recife-PE” no controle da obesidade infantil

Prezado senhor(a), você e sua criança então sendo convidados(as) a participarem de um projeto de pesquisa a ser desenvolvido em parceria entre a CPqAM/Fiocruz, com anuência da Secretaria Municipal de Saúde do Recife, cujo objetivo é avaliar o alcance, a eficácia a adoção, a implementação e a manutenção de intervenção de controle a obesidade infantil realizada pelo programa “Bom dia” do Centro Médico Ermírio de Moraes.

Os procedimentos: Ao concordar em participar do projeto, o senhor(a) será submetido(a) aos seguintes procedimentos:

Responderá um questionário sobre aspectos sociodemográficos, condições de saúde e qualidade de vida.

As crianças serão submetidas as medidas de peso, altura, circunferências (tamanho) de cintura e quadril;

Estas medidas serão realizadas antes das atividades propostas para o dia.

Riscos e desconfortos: Os questionários e medidas a serem realizados no estudo são bem tolerados e não causam desconfortos ou riscos mínimos. Se por ventura você apresentar algum desconforto durante alguma avaliação ou no decorrer do programa, a equipe envolvida no estudo dará todo o suporte necessário.

Benefícios: Sem nenhum gasto, o senhor receberá os relatórios referentes às avaliações conduzidas, contando suas medidas antropométricas.

O sigilo: A sua identidade será preservada. Os resultados gerais da pesquisa serão divulgados apenas em eventos e publicações científicas, constando de números. O senhor(a) poderá se retirar do estudo quando melhor lhe convier, sem nenhum prejuízo à sua participação na Academia da Cidade, e toda e qualquer informação/ dúvida será esclarecida ao longo de todo o período do estudo.

Agradecemos antecipadamente a atenção dispensada e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente.

Nome e Assinatura do pesquisador

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____,
 RG/CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “
 Avaliação da intervenção no controle da obesidade infantil, do programa Bom dia, Recife-PE”.
 Que tem como um dos seus objetivos avaliar o programa Bom dia, intervenção de controle de
 obesidade infantil em Recife-PE, quanto ao alcance, eficácia, adoção, implementação e
 manutenção por meio do modelo RE-AIM. Fui devidamente informado e esclarecido pela
 pesquisadora Andrea Cristina sobre o processo de avaliação e os procedimentos nele
 envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-
 me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a
 qualquer penalidade.

Atenciosamente.

Recife, _____ de _____ de 2020.

Assinatura do participante

Coordenador: Prof^a. Dr^a. Sydia Rosana de Araújo Oliveira (CPqAM/Fiocruz)

Tel: (81) 997038153

E-mail: sydia@cpqam.fiocruz.br

Pesquisadora: Andrea Cristina Maria da silva

Tel: (81) 985657149

E-mail: metuzedea@yahoo.com.br

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
DESTINADO AOS PROFISSIONAIS DO CENTRO MÉDICO ERMÍRIO DE
MORAES**

INFORMAÇÕES SOBRE O ESTUDO

Título: Avaliação da intervenção do programa “Bom Dia Recife-PE” no controle da obesidade infantil

Prezado senhor(a), você está sendo convidado(a) a participar de um projeto de pesquisa a ser desenvolvido em parceria entre a CPqAM/Fiocruz, com anuência da Secretaria Municipal de Saúde do Recife, cujo objetivo é avaliar o alcance, a eficácia a adoção, a implementação e a manutenção de intervenção de controle a obesidade infantil realizada pelo programa “Bom dia” do Centro Médico Ermírio de Moraes.

Os procedimentos: Ao concordar em participar do projeto, o senhor(a) será submetido(a) aos seguintes procedimentos:

Responderá a uma entrevista semiestruturada relacionada à avaliação do Bom dia, com o objetivo de anualizar o alcance, a adoção, a implementação e a manutenção da intervenção realizada na cidade do Recife;

Riscos e desconfortos: As questões a serem abordadas na entrevista causam desconfortos ou riscos mínimos. Se por ventura você apresentar algum desconforto durante a avaliação, a equipe envolvida no estudo dará todo o suporte necessário.

Benefícios: Não haverá benefícios diretos decorrentes de sua participação na presente pesquisa. Os benefícios referem-se à possibilidade de, a partir de sua participação, o Programa Bom dia ampliar a possibilidade de expansão e continuidade, beneficiando diretamente os usuários que participarem de tal proposta.

O sigilo: A sua identidade será preservada. Os resultados gerais da pesquisa serão divulgados apenas em eventos e publicações científicas, constando de números. O senhor(a) poderá se retirar do estudo quando melhor lhe convier, sem nenhum prejuízo, e toda e qualquer informação/ dúvida será esclarecida ao longo de todo o período do estudo.

Agradecemos antecipadamente a atenção dispensada e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Nome e Assinatura do pesquisador

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____,
 RG/CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “ Avaliação da intervenção no controle da obesidade infantil, do programa Bom dia, Recife-PE “. Que tem como um dos seus objetivos avaliar o programa Bom dia, intervenção de controle de obesidade infantil em Recife-PE, quanto ao alcance, eficácia, adoção, implementação e manutenção por meio do modelo RE-AIM. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Andrea Cristina sobre o processo de avaliação e os procedimentos nele envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Atenciosamente.

Recife, _____ de _____ de 2020.

Assinatura do participante

Coordenador: Prof^ª. Dr^ª. Sydia Rosana de Araújo Oliveira (CPqAM/Fiocruz)

Tel: (81) 997038153

E-mail: sydia@cpqam.fiocruz.br

Pesquisadora: Andrea Cristina Maria da silva

Tel: (81) 985657149

E-mail: metuzedeadea@yahoo.com.br

APÊNDICE C - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DIRECIONADA PARA AVALIAR A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

DIA DA SEMANA: _____

DATA: ____ / ____ / _____

ATIVIDADE A SER ABORDADA: _____

—

EXECUTOR: _____

PROFISSÃO: _____

01 – Quantas participaram do encontro? Foram pontuais?

02 – Existe uma boa interação entre os usuários do programa? Existiu uma forma para incentivá-las?

03 - O profissional fez algum incentivo para os que usuários do programa aderissem a atividade proposta? Se sim, qual?

04 – Os usuários do programa demonstram interesse em participar das atividades?

05- A sessão foi dentro do horário previsto?

06 – Os usuários do programa estavam motivados?

07 - Assiduidade estava boa?

08 – Afirmações de acordo com a numeração a seguir:

(1) totalmente

(2) parcialmente

- a) () O ambiente estava bom quanto a luminosidade, limpeza, espaço, barulho;
- b) () O ambiente foi preparado apropriadamente pelo professor;
- c) () O ambiente era confortável;
- d) () O profissional estava bem humorado;
- e) () O profissional demonstrou domínio e conhecimento do grupo;
- f) () O profissional seguiu o modelo de instrução do programa na íntegra;
- g) () O profissional explicou o objetivo daquela sessão no início das atividades;
- h) () O profissional colocou os resultados esperados para aquela semana;
- i) () O profissional passou claramente as tarefas para a próxima semana;
- j) () Havia alguém da instituição além do professor que ministrou o conteúdo;
- k) () O profissional estava presente 10 minutos antes do horário programado para começar as atividades;

- l) () O profissional trouxe todo o material necessário para a atividade;
- m) () O profissional cobrou as tarefas ou atividades da semana anterior;
- n) () O profissional escutou as crianças e soube interromper com cautela quando necessário;
- o) () O profissional disponibilizou horário de atendimento durante a semana;
- p) () O profissional ligou para os responsáveis d que haviam faltado semana anterior.

09 - O programa vem sendo aplicado conforme previsto? Houve alguma modificação? Qual?

10 - O programa pode ser executado pela equipe com uma variedade de cargos, níveis e experiência do local?

11 - O programa é flexível (mantendo a fidelidade ao design original) para mudanças ou correções que possam ser necessárias no decorrer do estudo?

12 - Quais são as estratégias previamente planejadas para documentar e acompanhar o andamento do programa e as possíveis alterações feitas durante a sua execução?

13 - Qual é a maior dificuldade para a aplicação coerente e como a equipe vai lidar com isso?

14 - O programa requer a utilização de estratégias que são de fácil aprendizagem da população alvo?

15 - O programa dispõe de estratégias para ajudar na assiduidade contínua das crianças?

16 - O objetivo do encontro foi apresentado?

17 - Houve alguma tarefa referente à semana anterior? Como foi conduzida a retomada dessa atividade?

18- Houve algum momento que indicasse confusão/dilema/ponto negativo? Se sim, descreva a situação.

19 - Em algum momento estas pessoas se interessaram? Descreva este momento.

20 - Descreva momentos que demonstrem a intensidade da participação identificada.

21 - Houve adaptações na realização das atividades previstas? Se sim, descreva quais.

22 - Clima do encontro: Foi possível perceber a satisfação dos usuários com o encontro? Descreva os comentários que mostrem o nível de satisfação.

10 - Número de usuários:

Início do encontro: _____

Meio do encontro: _____

Final do encontro: _____

23 - O profissional teve auxílio de outras pessoas? Se sim, quem?

24- No geral, a receptividade dos usuários foi:

(1) Muito Boa

(2) Boa

(3) Regular

(4) Ruim

(5) Muito Ruim

24 - O objetivo do encontro foi alcançado?

25- No âmbito do CMEM foi modificado para adequa-se as atividades do programa bom dia?

26 - Observações e comentários adicionais.

**APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO UTILIZADO PARA ENTREVISTA COM
RESPONSÁVEIS DOS USUÁRIOS DO PROGRAMA BOM DIA**

ENTREVISTADOR: _____

Data da entrevista: ___ / ___ / ___

I – Perfil sociodemográfico e econômico
--

01 - Nome da criança: _____

02 – Data de Nascimento ___ / ___ / ___

03- idade (anos)

04 – Sexo: () feminino () masculino

05- Raça/Cor _____

06 - Endereço: _____

07-Escolaridade _____ da
criança: _____

08- _____ Nome _____ do
responsável _____ Parentesco: _____

09- Telefone:() _____

10- Idade: _____ 11 - Parentesco: _____

12 - Estado Civil: () Solteiro(a) () Viúvo(a) () Casado(a) () União Estável ()
Divorciado(a)

13 - Escolaridade do responsável:

() Analfabeto/sem escolaridade

() Fundamental incompleto/1 a 7 anos

() Fundamental completo/8 anos

() Médio incompleto/9 a 10 anos

() Médio completo/11 anos

() Ensino superior completo

() Ensino superior incompleto

() Pós-graduação completa (especialização, mestrado e/ou doutorado)

14 - Atualmente o responsável é:

() Aposentado

() Pensionista ativo

() Remunerado ativo

() Não remunerado ativo

15 - Qual é a renda média mensal da família:

() < 1 (menor que 1 salário mínimo)

() 1—2 (salários mínimos)

() 2—3 (salários mínimos)

() 3—4(salários mínimos)

() maior que 5 (salários mínimos)

16- Quantas pessoas incluindo você mora no domicílio: _____

17- Qual a Unidade de Saúde que está vinculado(a): _____

18-Como conheceu o programa: _____

—

II – História e percepção de saúde

19 - O(a) sr(a) diria que a saúde da criança está:

() Muito boa

() Boa

() Regular

() Ruim

() Muito ruim

20 - A criança tem alguma doença?

() Sim. Qual? _____

() Não

21 - A criança toma medicamentos?

() Sim. Qual? _____

() Não

III – Avaliação do estado nutricional

22-Estatura: _____

23 - Peso: _____

24 - Índice de Massa Corpórea (IMC) _____

25- Perímetro da cintura: _____

26 – Na participa de atividade física fora do ambiente escola? Ou em outro local?

() Sim. Qual? _____

() Não

IV– História e percepção da qualidade de vida relacionado a saúde
--

27 – Há quanto tempo a criança participa do programa: _____

28-Quantos dias da semana a criança participa do programa: _____

29 - A criança consegue realizar as atividades propostas do programa: _____

30- O responsável considera a criança com sobrepeso ou obeso no momento: _____

31 – A criança já frequentou outros serviços para controle de peso?

() Sim. Qual? _____

() Não

32– Marque os motivos que levaram a criança a participar das intervenções do programa:

() Controle de peso

() Questões estéticas

() Indicação médica

() Outros motivos. Quais? _____

33- O programa atingiu a expectativa do responsável e familiares?

34- A criança demonstra interesse em participar do programa?

35- O que você considera mais atrativo no programa para sua criança? O que sua criança gosta mais?

36 – Os membros da família perceberam alguma mudança no comportamento da criança ao participar do programa em relação a:

() perda de peso

() menos sedentário

() hábitos alimentares mais saudáveis

() outros. Quais _____

37- Como o responsável classifica o estado de saúde do participante antes de iniciar o programa?

() Muito ruim () Ruim () Regular () Boa () Muito boa

38- Como referência as duas últimas semanas, quão satisfeito o participante está satisfeito com sua saúde?

muito Insatisfeito insatisfeito pouco satisfeito satisfeito
 muito satisfeito

39- Como referência as duas últimas semanas, quão satisfeito o participante avalia sua qualidade de vida?

Muito ruim Ruim Nem ruim nem boa Boa Muito boa

**APÊNDICE E - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM OS
PROFISSIONAIS DO PROGRAMA**

NOME: _____

IDADE: _____

CURSO _____ DE _____ FORMAÇÃO

SUPEIOR: _____

Maior nível de formação:

() Superior completo

() Especialização

() Mestrado

() Doutorado

01- Quando começou atuar junto ao Programa Bom dia.

02- O que lhe motivou a trabalhar no programa?

03- Como você foi selecionado para trabalhar no programa?

04- Quais são suas responsabilidades no programa?

05- Qual a sua experiência/situação de trabalho atual, por exemplo, em termos de vínculos profissionais?

06- Recebeu algum tipo de capacitação (oportunidade de formação continuada)? Caso sim, como e por quem?

07- Quem lhe remunera pelo seu trabalho no programa?

08 – Existe dificuldade no recrutamento das crianças para esta intervenção? O que você pensa que facilitaria esse processo?

09 - Quais estratégias poderiam facilitar o processo de recrutamento?

10 - O que você apontaria como positivo na implantação do programa?

11 - O que você apontaria como negativo na implantação do programa?

12 - Você pensa que a equipe de saúde do CEMEM está preparada para oferecer o programa?

13 - Você percebeu (nas reuniões, conversa do dia-a-dia...) que as explicações/treinamento profissional foram suficientes para que a equipe do CMEM entendesse os objetivos do projeto e as razões pelas quais ele foi implementado o programa Bom dia com as crianças?

12 - Você tem algum outro comentário? Alguma sugestão?

APÊNDICE F - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM A COORDENAÇÃO DO PROGRAMA

- 01- Quais fatores que provocaram a implantação do programa Bom dia no CMEM?
- 02- o programa é adaptado de outro programa?
- 03- Quais objetivos do programa bom dia?
- 04- O programa tem alguma estratégia de divulgação? Se sim, que tipo?
- 05- As atividades do programa são baseadas em alguma teoria de mudança de comportamento? Se sim, qual?
- 06-Quais principais dificuldades encontradas para implantação do programa? houve solução?
- 07- O programa tem algum apoio? De quem?
- 08- Atualmente quais são as principais dificuldades ou desafios que o programa enfrenta?
- 09- Quais cargos e respectivas funções compõem a equipe administrativa do programa? quantos profissionais atuam no programa?
- 10 – A partir do que os profissionais do CMEM conheceram o programa? Quais os pontos positivos nessa intervenção? E de negativo?
- 11– Os profissionais do CMEM demonstram interesse em oferecer/mediar a estratégia junto às atividades que desenvolve no programa?
- 12 - Quantos profissionais da equipe de saúde do CEMEM preencheram os critérios de elegibilidade para fazer parte da equipe do programa?
- 13 - Quanto atrativo e viável é o Programa para os diferentes profissionais de saúde que trabalha no CMEM?
- 14 – Existem benefícios para os profissionais do CMEM elegíveis participarem do Programa?
- 15 – Quantos profissionais elegíveis do CMEM não aceitaram participar do programa?
- 16- Quais são as principais barreiras para outros profissionais participarem desse programa? Existem estratégias para superar essas barreiras?
- 17-Existe capacitação para os profissionais do programa?
Sim () Não() Se sim ,Quais? Quem oferece?
- 18- Existe alguma política que facilite e apoie a implementação do programa?
- 19- O programa foi integrado ao sistema municipal de saúde independentes das mudanças políticas?
- 20 - Com a verba atual para o CMEM, o programa tem condições de continuidade? Seria necessária verba adicional?

21 - A secretaria de saúde tem condições de oferecer o programa por longo tempo?

() Sim

() Não. Por quê?

22-O programa tem uma política de continuidade?

23-Em sua opinião, quais são os fatores que tornaram possível o programa se manter durante todos esses anos? (demanda da comunidade, recursos disponíveis, partes interessadas, apoio, política). MANUTENÇÃO EM NÍVEL ORGANIZACIONAL:

01 - O programa será sustentado em seu modelo atual um ano depois de ter sido implementado?

02 - Quais são os maiores desafios para as organizações continuarem a oferecer o programa?

03- Quais são os planos para a sustentabilidade da intervenção? Será necessário obter financiamento adicional? E seria possível?

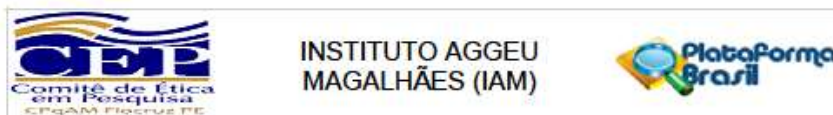
04 - Qual o compromisso das partes interessadas para continuar o programa se for bem-sucedido?

05- Como o programa está integrado à prática regular da organização?

**ANEXO A - CRITÉRIOS DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) PARA
CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES**

Idade (anos)	Índice de Massa Corporal 25 Kg / m ²		Índice de Massa Corporal 30 Kg / m ²	
	Meninos	Meninas	Meninos	Meninas
2	18,41	18,02	20,09	19,81
2,5	18,13	17,76	19,80	19,55
3	17,89	17,56	19,57	19,36
3,5	17,69	17,40	19,39	19,23
4	17,55	17,28	19,29	19,15
4,5	17,47	17,19	19,26	19,12
5	17,42	17,15	19,30	19,17
5,5	17,45	17,20	19,47	19,34
6	17,55	17,34	19,78	19,65
6,5	17,41	17,53	20,23	20,08
7	17,92	17,75	20,63	20,51
7,5	18,16	18,03	21,09	21,02
8	18,44	18,35	21,60	21,57
8,5	18,76	18,69	22,17	22,18
9	19,10	19,07	22,77	22,81
9,5	19,46	19,45	23,39	23,46
10	19,84	19,86	24,00	24,11
10,5	20,20	20,29	24,57	24,77
11	20,55	20,74	25,10	25,42
11,5	20,89	21,20	25,58	26,05
12	21,22	21,68	26,02	26,67
12,5	21,56	22,14	26,43	27,24
13	21,91	22,58	26,84	27,76
13,5	22,27	22,98	27,25	28,20
14	22,62	23,34	27,63	28,57
14,5	22,96	23,66	27,98	28,87
15	23,29	23,94	28,30	29,11
15,5	23,60	24,17	28,60	29,29
16	23,90	14,37	28,88	29,43
16,5	24,19	24,54	29,14	29,56
17	24,46	24,70	29,41	29,69
17,5	24,73	24,85	29,70	29,84
18	25	25	30	30

**ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP PARA O
DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE PESQUISA INTITULADO AVALIAÇÃO
DA INTERVENÇÃO DO PROGRAMA “BOM DIA RECIFE-PE” NO CONTROLE
DA OBESIDADE INFANTIL**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Obesidade Infantil: avaliação sobre a implementação de intervenções complexas

Pesquisador: Sydia Rosana de Araujo Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 07809519.5.0000.5190

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO-CNPQ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.380.117

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa com financiamento do CNPq.

O objetivo é avaliar o processo de implementação do controle da obesidade infantil, a partir da investigação do Programa Bom Dia, intervenção realizada pelo Programa Academia da Cidade do Recife.

Trata-se de uma pesquisa avaliativa que integra métodos quantitativos e qualitativos, e que utilizará o modelo lógico a partir de cinco dimensões da avaliação: alcance, eficácia/efetividade, adoção, implementação e manutenção, além dos fatores contextuais da implementação.

O estudo tem como hipótese "A implementação da intervenção de controle da obesidade infantil em Pernambuco é satisfatório".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o processo de implementação de intervenção de controle da obesidade infantil em Pernambuco.

Objetivo Secundário:

OE1. Delinear o modelo lógico de intervenção de controle a obesidade infantil em Pernambuco;

OE2. Analisar a avaliabilidade de intervenção de controle da obesidade infantil em Pernambuco.

OE3. Investigar o alcance, a eficácia/efetividade, a adoção, a implementação e a manutenção de

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



INSTITUTO AGGEU
MAGALHÃES (IAM)



Continuação do Parecer: 3.380.117

intervenção de controle a obesidade infantil em Pernambuco;

OE4. Entender os fatores contextuais que influenciam o processo de implementação de intervenção de controle a obesidade infantil em Pernambuco.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios estão devidamente descritos em "Informações Básicas do Projeto" e nos termos de consentimento.

"Os riscos associados à sua participação no estudo são mínimos. Pode haver constrangimento com algum questionamento feito durante as entrevistas, onde serão realizados todos os cuidados na abordagem do tema, evitando gerar estigmas, preconceito e discriminação para com todos os envolvidos. Pode haver ainda inconveniente em relação ao tempo de participação nas atividades de pesquisa que serão facilitadas tanto quanto possível pelo pesquisador responsável. Não há nenhuma desvantagem pessoal direta associada à sua participação no estudo. Também não há qualquer gasto sob sua responsabilidade.

Benefícios:

Os benefícios em participar da pesquisa estão relacionados ao apoio a intervenção em estudo, podendo seus resultados ajudar outras intervenções de mesma natureza, além de poder realizar reflexão sobre o programa que você participa, bem como colaborar com sua qualificação."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa considerada com relevância, com objetivos claros e com total condições de execução.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentadas todas as documentações e demais declarações exigidas pelo sistema CEP/CONEP.

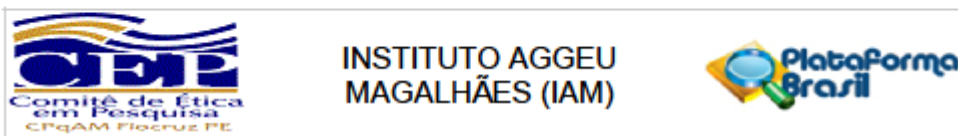
Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O referido projeto, nesta versão, apresenta todas as informações necessárias para compreensão do estudo. Não foram observados óbices éticos no que se refere ao envolvimento dos participantes da pesquisa, portanto considerado apto para sua execução.

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



Continuação do Parecer: 3.380.117

Considerações Finais a critério do CEP:

Vale ressaltar que, em relação ao protocolo de pesquisa, é previsto na Resolução 486/2012 no item XI - DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL, que o pesquisador deve apresentar ao CEP relatórios parciais e finais (subitem d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final). Pede-se que o pesquisador entregue os relatórios como previsto no texto da resolução. Informamos que a entrega dos relatórios parciais precisam ser feitas a cada semestre, conforme cronograma de execução da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Projeto_integra.docx	28/05/2019 15:58:38	Janaina Campos de Miranda	Aceito
Outros	Resposta_ao_CEP.docx	27/05/2019 16:06:38	Janaina Campos de Miranda	Aceito
Outros	Termo.pdf	27/05/2019 16:05:02	Janaina Campos de Miranda	Aceito
Outros	AnuenciaAnalucia.pdf	27/05/2019 16:03:57	Janaina Campos de Miranda	Aceito
Outros	Anuencia_Eduarda_Cesse.pdf	27/05/2019 16:03:21	Janaina Campos de Miranda	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1272559.pdf	26/04/2019 11:51:51		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	26/04/2019 11:50:38	Sydia Rosana de Araujo Oliveira	Aceito
Outros	TA.docx	26/04/2019 11:50:12	Sydia Rosana de Araujo Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	26/04/2019 11:49:58	Sydia Rosana de Araujo Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	07/02/2019 11:50:27	Sydia Rosana de Araujo Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaodecompromisso.pdf	07/02/2019 11:50:04	Sydia Rosana de Araujo Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

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



INSTITUTO AGGEU
MAGALHÃES (IAM)



Continuação do Parecer: 3.380.117

Não

RECIFE, 10 de Junho de 2019

Assinado por:
Maria Almerice Lopes da Silva
(Coordenador(a))

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 C – ANUÊNCIA DA PREFEITURA DO RECIFE PARA REALIZAR A PESQUISA



**PREFEITURA DO RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE**

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo Andrea Cristina Maria da Silva e Sydia Hosana Araujo Oliveira, pesquisadoras do Instituto Aggeu Magalhães/ FIOCRUZ, a desenvolverem pesquisa no Centro Médico Senador José Ermírio de Moraes, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: "Obesidade Infantil:

avaliação sobre a implementação de intervenções complexas", sob coordenação de Sydia Hosana Araujo Oliveira.

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;
- Antes de iniciar a coleta de dados o(a) pesquisador(a) deverá apresentar a esta instituição o parecer consubstanciado devidamente aprovado, emitido por comitê de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, credenciado ao sistema CEP/CONEP.

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, 06 de abril de 2021.

Atenciosamente,

e/Tulio Romeio Lopes Quirino
Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Vaiderez Ribell() oe Anui

**ANEXO D - ARTIGO A SER SUBMETIDO À REVISTA BRASILEIRA DE
EPIDEMIOLOGIA**

Avaliação da intervenção “Bom Dia Recife-PE” no controle da obesidade infantil

Evaluation of the intervention "Bom Dia, Recife -PE" in the control of childhood obesity

Silva, Andrea Cristina Maria²¹; Silva, Fabiana Brito²; Ana Lúcia Vasconcelos; Oliveira, Sydia Rosana de Araújo*³

*Autor correspondente: Sydia Rosana de Araújo de Oliveira. Departamento de Saúde Coletiva, Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães, Campus da UFPE - Av. Prof. Moraes Rego, s/n - Cidade Universitária, Recife - PE, Brasil. CEP 50.740-465. E-mail: sydia.oliveira@fiocruz.br

Conflito de interesses: Nada a declarar.

Fonte de financiamento: CNPQ UNIVERSAL 2018, processo nº 405680/2018-0.

Agradecimentos: Os autores gostariam de agradecer a FIOCRUZ, UFPE, CAPES e FACEPE.

Comitê de ética: CEP nº 07609519.5.0000.5190.

²Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães, Campus da UFPE - Av. Prof. Moraes Rego, s/n - Cidade Universitária, Recife - PE, Brasil. CEP 50.740-465. matuzedea@yahoo.com.br

²

³Departamento de Saúde Coletiva, Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães, Campus da UFPE - Av. Prof. Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária, Recife - PE, Brasil. CEP 50.740-465. sydia.oliveira@fiocruz.br

RESUMO

A obesidade infantil tem crescido de forma alarmante no Brasil e no mundo, tornando-se um dos maiores problemas de saúde pública. Este estudo objetiva avaliar o programa “Bom Dia” (Programa multiprofissional de cuidado ao paciente obeso infantil), em Recife, Pernambuco quanto ao alcance, eficácia, adoção, implementação e manutenção a partir do modelo RE-AIM. Nesse estudo utilizou-se para coleta de dados métodos mistos, com triangulação de métodos por meio de pesquisa documental, observação direcionada, diário de campo, questionários e entrevistas semiestruturadas, durante fevereiro a dezembro de 2020. Nesse estudo foi verificado um alcance de 0,95% do programa em nível municipal. Algumas barreiras como inflexibilidade do horário do programa, baixas condições econômicas, dificuldades de acesso e fragilidade na integração na RAS dificultaram o alcance da população-alvo. O programa apresentou adoção de todos os membros da equipe multiprofissional. A intervenção foi implementada com sucesso, embora algumas adaptações do modelo estrutural foram necessárias ao longo do tempo. Além disso, o programa Bom Dia se mantém a nível organizacional ao longo dos anos, devido as potencialidades encontradas para essa manutenção como a atuação da equipe da intervenção e apoio das organizações de saúde. Por fim, apesar do “alcance” ao público-alvo não ter conseguido resultados expressivos, esse estudo tem caráter inédito, e a intervenção desempenhou melhorias na qualidade de vida das crianças e adolescentes obesos. Portanto, os resultados desse estudo são importantes para as implicações práticas e podem auxiliar na implementação de programas de intervenções similares para o controle da obesidade no público infantil.

Palavras-chave: Obesidade infantil; intervenção; Programa Bom Dia; RE-AIM.

ABSTRACT

Childhood obesity has been grown fastened in Brazil and worldwide, becoming a major public health problem. This study aims to evaluate the “Bom Dia” program (a multidisciplinary program to care for obese children) in Recife, Pernambuco, Brazil, according to the reach, effectiveness, adoption, implementation, and maintenance using RE-AIM model. This study used mixed methods to collect data, with triangulation of methods, documentary research, directed observation, field journal, questionnaire, and semi-structured interviews, realized from February to December 2020. This program had a 0.95% reach at municipal level. Some barriers such as: inflexibility of the program schedule, low economic conditions, access difficulties, and fragility in the integration in the RAS had difficulted to reach the target population. The program presented "adoption" by all members of the multiprofessional team. The intervention was successfully implemented, although some adaptations of the logic model were needed overtime. The Bom Dia has been maintained at the organizational level over the years due to the potentialities such as the performance of the intervention team and the support from the health organizations. Finally, despite the "reach" to the target audience had not achieved expressive results, this study is unpublished and the intervention can promote improvements in the quality of life of obese children and adolescents. Therefore, the results of this study are important for practical implications and could support the implementation of similar intervention programs to control obesity in children.

Keywords: Childhood obesity, intervention; Bom Dia program; RE-AIM.

INTRODUÇÃO

A obesidade infanto-juvenil é considerada um grave problema de saúde pública a nível mundial¹. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 40 milhões de crianças com menos de 5 anos possuem obesidade e 340 milhões de crianças e adolescentes de 5 a 19 anos estão com estado nutricional de sobrepeso ou obesidade no mundo². O cenário atual do Brasil em relação à prevalência de excesso de peso é preocupante. Estudos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional da população brasileira, demonstram que 27,13% das crianças (5 a 10 anos) e 27,7% dos adolescentes do sexo feminino (11 a 19 anos), assim como 29,3% das crianças (5 a 10 anos) e 25% dos adolescentes do sexo masculino (11 a 19 anos) estão com estado de sobrepeso e obesidade (SOUZA et al., 2021). Se essa situação não for controlada até o ano de 2030, o Brasil ocupará a 5ª posição no ranking de países com o maior número de crianças e adolescentes com obesidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2021). Se essa situação não for controlada até o ano de 2030, o Brasil ocupará a 5ª posição no ranking de países com o maior número de crianças e adolescentes com obesidade³.

As estatísticas destacam que em Pernambuco (PE), 18,5% das crianças entre 5 a 10 anos possuem excesso de peso e 14 % estão obesos; entre adolescentes de 11 e 19 anos, 22,1 % possuem sobrepeso e 15,8% possuem obesidade (BRASIL, 2020; SOUZA et al., 2021).

A obesidade é caracterizada pelo excesso de gordura corporal, conforme estabelecido pelo Índice de Massa Corpórea (IMC) do indivíduo para idade⁴. Esse estado nutricional leva à uma condição complexa que pode causar prejuízos à saúde da criança, assim como, aumentar o risco de desenvolver outras doenças crônicas na vida adulta⁵. O comportamento e o ambiente são os principais fatores responsáveis pelo crescimento de crianças e adolescentes obesos, consequentemente, afetando a saúde física, emocional, social e todos os aspectos relacionados à sua saúde e a qualidade de vida⁶.

Diante dessa problemática, em 2016, o relatório da Organização Mundial de Saúde da Comissão para Acabar com a Obesidade Infantil apela à implementação de um pacote integrado de recomendações ao longo da vida para fornecer serviços de prevenção e controle da obesidade. Dentre as intervenções preconizadas, estabelece-se a implementação de intervenções que estimulem a prática de atividades físicas e reduzam comportamentos sedentários entre crianças e adolescentes⁷.

Nesse sentido, esforços têm sido realizados para o desenvolvimento de políticas e estratégias que sejam capazes de impactar positivamente esse cenário. Assim, objetivando a promoção da saúde, a prevenção dos fatores de risco relacionados à ocorrência de DCNT e a melhoria da qualidade de vida da população infanto-juvenil em Recife-PE, foi criado o Programa Bom Dia (Programa multiprofissional de cuidado ao paciente obeso infantil), intervenção desenvolvida para assistir crianças e adolescentes no controle do sobrepeso e da obesidade,

Dado à importância desse tema e intervenção, faz-se necessário aprofundar o conhecimento científico que permita o aprimoramento de programas voltados para o enfrentamento da obesidade infantil no Brasil. Além disso, torna-se necessário fazer avaliações que possibilitem auxiliar o planejamento e a gestão de ações que aumentem o impacto destas intervenções na saúde pública¹².

Muitos estudos no campo da avaliação assumem uma abordagem dinâmica para análise de intervenção. Dentro desse contexto, destaca-se o RE-AIM, uma ferramenta avaliativa desenvolvida por Glasgow e colaboradores em 1999, que apresenta informações importantes para disseminar, implementar e/ou adaptar programas nas pesquisas em cuidados com a saúde. Essa ferramenta ou modelo utiliza cinco (5) dimensões, são elas: *Reach* (Alcance), *Effectiveness* (Efetividade), *Adoption* (Adoção), *Implementation* (Implementação) e *Maintenance* (Manutenção)¹³.

Sendo assim, o RE-AIM busca responder à tendência da investigação conduzida sob condições de eficácia, passando a avaliar, por exemplo, a implementação de um programa planejado com base na ciência. Por compreender que os usuários do programa não são somente os responsáveis pelos resultados, o modelo propõe avaliar os diferentes níveis de ação, e incentiva a utilização de diferentes abordagens (quantitativa e qualitativa) para que se pontue de fato como tem se dado o programa, não se limitando à investigação apenas dos resultados relacionados à eficácia do programa^{14,15}.

O presente estudo objetiva responder como o programa de intervenção chamado “Bom Dia” que atua no controle da obesidade infantil, no Centro Médico Senador Ermírio de Moraes (CMEM) em Recife-PE, tem sido operacionalizado quanto ao alcance dos usuários do programa, à adoção da equipe, à efetividade das ações, à fidelidade da implementação e à sustentabilidade da intervenção ao longo do tempo.

METODOLOGIA

O Estudo foi desenvolvido junto ao “*Programa Bom Dia*” (*Programa multiprofissional de cuidado ao paciente obeso infantil*), ofertado pelo Centro Médico Senador José Ermírio de Moraes (CMEM), uma policlínica que funciona sob a gestão da Secretaria Municipal de Saúde do Recife, localizado no Distrito sanitário III, na cidade de Recife-PE. A intervenção criada em ,2004 objetivava proporcionar uma melhor qualidade de vida a adultos e idosos, sendo estendida, em 2015, para o controle da obesidade infanto-juvenil.

Para esse estudo, a seleção dos participantes da pesquisa ocorreu de maneira intencional, sendo três tipos de participantes: (1) profissionais do Programa Bom Dia (Educador físico, endocrinologista pediátrico, nutricionista, psicólogo, assistente social, enfermeira e fisioterapeuta); (2) coordenadores do PAC e do CMEM e (3) pais/responsáveis dos usuários do programa que frequentavam as atividades do Programa há pelo menos 6 meses e que apresentaram interesse para participação na pesquisa através da assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre Esclarecido).

A produção de dados ocorreu entre fevereiro e dezembro de 2020. Como estratégias de coleta de dados foram utilizados triangulação de métodos por meio de pesquisa documental (análise de documentos do censo do IBGE e Instruções normativas do Programa), observação direcionada, diário de campo, questionário e entrevistas semiestruturadas com os participantes de acordo com as 5 dimensões do modelo RE-AIM^{16,17}.

A partir dos dados fornecidos pelo Censo Demográfico 2020 do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) foi obtida a estimativa da população de crianças/adolescentes na faixa etária de 5 a 14 anos residentes em Recife-PE. E, no SISREG (Sistema de Regulação de Consulta), foi possível obter o número dessa população infantil, referenciadas das Unidades Básicas de Saúde de Recife-PE para consulta com o endocrinologista pediátrico do CMEM no período de 2016 a 2020. Esses dados foram utilizados para calcular a proporção de crianças e adolescentes regulados para o atendimento no CMEM nesse período.

A Instrução Normativa do projeto do Bom Dia forneceu informações sobre o protocolo para implementação do Programa, dentre eles: os critérios de participação, insumos, atividades e programação proposta utilizada na descrição do Programa. Ademais, os documentos fornecidos pela Secretaria Administrativa do CMEM sobre a quantidade de profissionais

regularmente vinculados no serviço foram utilizados para o cálculo da taxa de adoção profissional ao Programa. Além disso, os documentos concedidos pela Secretaria do Bom Dia, sobre os desistentes do Programa entre 2016 e 2020 foram utilizados para o cálculo da taxa do abandono individual. Os dados dos prontuários dos usuários do Programa foram utilizados para fazer um levantamento acerca dos dados clínicos norteadores para Síndrome Metabólica; o estado nutricional dos usuários do programa, como a massa corporal (kg) e IMC (Índice de Massa Corpórea); e sobre as análises laboratoriais realizadas de rotina de acompanhamento usuário do programa (glicemia de jejum, colesterol total, triglicérides e TGP). Para avaliar a relação da “efetividade” das ações do Programa, os dados foram recortados em dois momentos: no primeiro, durante a admissão no Programa e no segundo, após seis meses de acompanhamento. Importante ressaltar que a escolha de seis meses para o recorte da avaliação da efetividade, em contraste com o período de 4 anos de funcionamento do programa para avaliar as outras dimensões avaliadas nesse estudo, foi devido a inconsistência de anotações nos prontuários dos usuários do programa ao longo do tempo.

Por fim, as informações sobre local do Programa, estrutura física e características da intervenção foram retiradas dos documentos oficiais do CMEM por meio da planta física do local.

A observação direcionada foi sistematizada em oito visitas ao campo, além da confecção de um diário de campo, que foi utilizado como instrumento quantitativo e qualitativo, a fim de pontuar a implementação da intervenção, avaliar as adaptações e descrever as principais barreiras e potencialidades encontrados no processo de implementação e manutenção organizacional.

O roteiro de avaliação possui questões abertas e fechadas com o intuito de pontuar as estratégias de trabalho implementadas do programa “Bom Dia”, como: dia da semana, horário, atividade desenvolvida, participação, análise do ambiente, práticas dos profissionais da intervenção e a participação dos usuários. Através desse, foi possível também pontuar os itens da implementação em relação à fidelidade e adaptação da intervenção; verificação dos objetivos do encontro (se foi atingido ou não); as impressões do observador em relação aos responsáveis das crianças e as impressões sobre os profissionais da intervenção durante as atividades realizadas.

Os responsáveis dos usuários do Programa deste estudo responderam um questionário semiestruturado (Apêndice D), o qual contém questões fechadas sobre: local onde reside, idade, sexo, renda familiar e escolaridade do responsável) para avaliar o perfil sociodemográfico dos

usuários do programa; autopercepção sobre a melhoria da qualidade de vida (por meio da seguinte pergunta: “Em geral, vocês considera que a qualidade de vida da criança após a entrada no programa: melhorou, piorou ou ficou igual”); questões abertas referentes ao Programa (motivo de ingresso, forma de conhecimento); frequência na prática de atividade física fora do Programa (por meio da seguinte pergunta: “A criança realiza atividade física fora da escola? Se sim, qual?”); e frequência de participação no Programa, visando nortear a avaliação do “Alcance” e “Efetividade”. Vale destacar que os questionários foram preenchidos pelos respondentes, com ajuda do pesquisador do estudo, logo após o esclarecimento dos objetivos e métodos da pesquisa, e com a assinatura do TCLE, sendo esses realizados individualmente nas dependências do CMEM enquanto aguardavam as crianças/adolescentes.

O roteiro de entrevista semiestruturada foi utilizado para permitir ao responsável do usuário do estudo uma maior flexibilidade na aplicação do instrumento, possibilitando o acesso de maneira mais aprofundada às informações, além da comparação dos pontos de vistas dos participantes do programa (MANZINI, 2003). As questões centrais do roteiro semiestruturado nortearam a avaliação de cada dimensão proposta pelo método RE-AIM. Para os profissionais e coordenadores do programa (Apêndices E e F, respectivamente), o roteiro apresentava questões referentes à “Adoção”, à “Implementação” e à “Manutenção”, e perguntas específicas sobre como o Programa foi “apresentado” ao participante da pesquisa; sobre as barreiras e potencialidades para a implementação e sustentabilidade do Programa; e sobre outras adaptações feitas no Programa desde o seu início. Ademais, nas entrevistas com os profissionais da intervenção, questões sobre “abandono ao Programa” foram indagadas.

No total, 17 entrevistas com roteiro semiestruturado foram realizadas, sendo duas conduzidas com coordenadores; nove com profissionais que atuam ou atuaram no Programa desde a sua implantação; e seis com pais/responsáveis dos usuários do Programa. As entrevistas foram realizadas individualmente, com aproximadamente 30 minutos de duração, gravadas e posteriormente transcritas. Todas as entrevistas ocorreram em um ambiente reservado e de forma individual, e a identidade de cada participante foi preservada (neste estudo os profissionais da equipe receberam a designação de “P”, os coordenadores de “C”, e os responsáveis de “R”, seguido de um número de ordem das entrevistas).

A sistemática para a condução da avaliação, apresentada no Quadro 1, descreve a operacionalização da estrutura RE-AIM, contendo as seguintes informações: as dimensões avaliadas, as variáveis utilizadas, questões norteadoras para coleta de dados, as fontes de dados e de que forma ocorreu a operacionalização para a avaliação.

Quadro 1 - Sistemática para condução da avaliação, de acordo com as cinco dimensões do RE-AIM.

DIMENSÃO	VARIÁVEL	QUESTÕES NORTEADORAS PARA COLETA DE DADOS	FONTE DE DADOS	OPERACIONALIZAÇÃO
ALCANCE	É o número de usuários que passam pelo Programa, a proporção da população que participa, e a representatividade dos usuários do programa em relação à população elegível.			
	R1. Descrição da população alvo.	R.1.1. Qual o número de usuários ativos cadastrado no programa?	R.1.1. Pesquisa documental no Programa.	R.1.1. O quantitativo de usuários do programa ativos foi obtido através da ficha cadastral contida nos arquivos do Programa (n = 6).
		R.1.2. Como se identifica a população-alvo do programa?	R.1.2. Entrevista com profissionais e coordenadores do Programa (Apêndices E-F) e pesquisa documental na normativa do Programa.	R.1.2. Para identificar a população-alvo foram realizadas entrevistas com profissionais e coordenadores que atuam diretamente no Programa para saber a quem o Programa está direcionado e como se identifica a população-alvo através de dados da normativa do Programa.
		R.1.3. Quais as características (perfil sociodemográfico, clínico, antropométrico e de estilo de vida) da população do programa?	R.1.3. Questionário aplicado aos pais/responsáveis das crianças/adolescentes.	R.1.3. Para mensurar as características da população-alvo foi aplicado um questionário (Apêndice D), aos pais/responsáveis dos usuários ativos do Programa (n = 6), utilizando as seguintes variáveis sociodemográficas: sexo, idade, escolaridade dos responsáveis (anos de estudo); dados econômicos: renda familiar per capita; condições da saúde e qualidade de vida; morbidade referida, uso de medicamentos, percepção e satisfação com a saúde e percepção da qualidade de vida.
	R.2. Taxa de participação.	R.2.1. Quantos são os elegíveis para o Programa?	R.2. Pesquisa documental através dos dados da Central da Regulação de Consulta do Município do Recife (os elegíveis para o Bom Dia) e dos dados da ficha cadastral individual dos usuários, disponível no polo da PAC (dados dos que iniciaram o Programa).	R.2. Para mensurar a taxa de participação no Programa, o número de elegíveis que iniciaram o Programa no período de 2016 a 2020 (n = 35) foi dividido pelo número da população elegível do CMEM (n = 3.969), nesse mesmo período.
		R.2.2. Quantos dos elegíveis participam do Programa?		
	R.3. Fatores que influenciaram negativamente o alcance.	R.3. Quais as principais barreiras para o alcance do Programa?	R.3. Entrevista aplicada aos profissionais e coordenadores da intervenção.	R.3. Os dados foram obtidos através de um questionário norteador para entrevista semiestruturada (Apêndice E-F), aplicado aos profissionais que atuam na intervenção e com os coordenadores do Programa (n = 17).

Quadro 1 - Sistemática para condução da avaliação, de acordo com as dimensões do RE-AIM.

Continua

DIMENSÃO	VARIÁVEL	QUESTÕES NORTEADORAS PARA COLETA DE DADOS	FONTE DE DADOS	OPERACIONALIZAÇÃO
EFETIVIDADE	Está relacionada ao quanto o Programa ocasiona mudanças nos resultados de saúde e na qualidade de vida dos usuários do programa.			
	E.3. Taxa de abandono individual.	E.3.1. Quantos elegíveis iniciaram o Programa?	E.3.1. / E.3.2. Pesquisa documental através da ficha cadastral individual dos elegíveis que iniciaram o Programa, disponível na Secretaria Administrativa do Programa.	E.3.1. / E.3.2. Cálculo da Taxa de abandono: para o cálculo da taxa, divide-se o número de usuários que iniciaram o Programa e desistiram no período entre 2016 a 2020 pelo número de elegíveis que iniciaram o Programa e permanecem ativos e multiplicados por 100.
		E.3.2. Quantos usuários do Programa desistiram?		
E.3.3. Quais os principais motivos para o abandono à intervenção?	E.3.3. Entrevistas com participantes do programa (profissionais e coordenadores).	E.3.3. Para o levantamento dos dados qualitativos referente ao abandono foram feitas entrevistas com os principais participantes do programa que atuam nas atividades, obtendo-se, assim, informações sobre os principais motivos que possam levar o abandono.		
ADOÇÃO	A proporção e a representatividade do local e dos profissionais elegíveis, de nível superior, que estão dispostos a implementar o Programa.			
	A.1. Descrição do local que adotou o Programa.	A.1. Quais as características do local que adotou o Programa (características do bairro, da população atendida etc.)?	A.1.1 Documentos institucionais do CMEM e dados do Plano Municipal do Recife (PMR), 2018-2021. A.1.2 Diário de campo.	A.1.1 Os dados foram coletados em documentos da instituição, cedido pelo coordenador do CMEM. Foram obtidos dados físicos do local, detalhamento populacional. Os dados sobre a abrangência geográfica foram retirados do PMR 2018-2021 disponível no site da Prefeitura do Recife. A.1.2 para complementar os dados sobre as características físicas do local do Programa foram realizadas oito visitas no campo e os dados foram anotados no diário de campo.
A.2. Taxa de participação dos profissionais da intervenção.	A.2.1. Quantos são os profissionais elegíveis para atuar na intervenção? A.2.2. Quantos profissionais aceitaram participar da intervenção?	A.2. Entrevistas semiestruturadas com coordenador do CMEM e PAC (n=2).	A.2. Para calcular a taxa de participação no Programa, o número de participantes da equipe do Programa Bom Dia (n=10), foi dividido pelo número de profissionais-elegíveis para o Programa (n=10), multiplicado por 100.	

Quadro 1 - Sistemática para condução da avaliação, de acordo com as dimensões do RE-AIM.

Continua

DIMENSÃO	VARIÁVEL	QUESTÕES NORTEADORAS PARA COLETA DE DADOS	FONTE DE DADOS	OPERACIONALIZAÇÃO
ADOÇÃO	A proporção e a representatividade do local e dos profissionais elegíveis, de nível superior, que estão dispostos a implementar o Programa.			
	<p>A.3. Característica dos profissionais da intervenção.</p>	<p>A.3. Formação profissional e vínculo no Programa: Qual sua formação profissional? Quando começou a trabalhar no Programa? Qual o maior nível de formação dos profissionais do Programa? Como os profissionais que trabalham no Programa são contratados (vínculo empregatício)? Quem os remunera? Quanto tempo cada profissional, em horas, depende no Programa? Os profissionais do Programa foram capacitados para atuar na função? Os profissionais participam de capacitações (formação continuada, cursos, palestras etc.)? Se sim, no que consistem? Por quem são oferecidas?</p>	<p>A.3. Entrevista semiestruturada com profissionais e coordenadores da intervenção (Apêndices E-F).</p>	<p>A.3. Para obter os dados que determinam as características da equipe, foram realizadas entrevistas, semiestruturada (Apêndices E-F), com os profissionais e coordenadores (n=11). Quantificou-se a distribuição, segundo a área de atuação, o tempo despendido em horas por semana no Programa, e fonte de renda. Questões relacionadas ao tempo de atuação no Programa, e os pontos positivos e limitações sobre a adoção a intervenção também foram levantadas. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas, posteriormente agrupadas as respostas nos seus codificadores.</p>
IMPLEMENTAÇÃO	Medida em que as ações estão sendo postas em prática como pretendidas no Programa.			
	<p>I.1. Estrutura e característica do Programa.</p>	<p>I.1.1 Relação entre insumos, atividades propostas e metas?</p> <p>I.1.2 Quais as características das atividades do Programa?</p>	<p>I.1. Pesquisa documental através] dos componentes normativos do programa Bom Dia.</p> <p>I.1. Observação direcionada.</p>	<p>I.1. Foi obtido através da observação guiada por um roteiro (Apêndice C) nos momentos das ações e das informações contidas na normativa do Programa, para detalhar a estrutura do Programa (número, frequência, duração do contato), e as propostas e metas das atividades.</p>

Quadro 1 - Sistemática para condução da avaliação, de acordo com as dimensões do RE-AIM.

Continua

DIMENSÃO	VARIÁVEL	QUESTÕES NORTEADORAS PARA COLETA DE DADOS	FONTE DE DADOS	OPERACIONALIZAÇÃO
Medida em que as ações estão sendo postas em prática como pretendidas no Programa.				
IMPLEMENTAÇÃO	I.2. Consistência da entrega.	I.2.1. Qual a frequência dos encontros do Programa?	I.2.1. / I.2.2. Observação direcionada.	I.2.1. / I.2.2. Relatórios detalhados sobre o desenvolvimento das atividades propostas, preenchidas por meio de um checklist (Apêndice C).
		I.2.2. Qual a duração e em que período são realizados cada encontro?		
	I.3. Cumprimento do planejamento entre local e equipe da intervenção.	I.2.3. Como as atividades são entregues?	I.2.3. Diário de campo.	I.2.3. Foi utilizado um diário de campo, como instrumento qualitativo, a fim de descrever as principais atividades desenvolvidas nos encontros, iniciando-se pela obtenção do contato com os responsáveis das crianças que estavam na sala de espera, e posteriormente observando as atividades.
		I.3.1. As atividades estão conforme o planejado?		
	I.3. Cumprimento do planejamento entre local e equipe da intervenção.	I.3.2. Houve mudança do processo de implantação do Programa?	I.3.1. / I.3.2. / I.3.5. / I.3.6. Observação direcionada.	I.3.1. / I.3.2. / I.3.5. / I.3.6. Os dados foram obtidos após observação no decorrer dos encontros, e os relatórios detalhados sobre as mudanças das atividades propostas foram preenchidos no diário de campo. Durante os encontros foram registradas as adaptações realizadas, tendo o projeto do Programa como base.
		I.3.3. Que motivos levaram as adaptações do protocolo de execução da intervenção?		
		I.3.4. O local teve que se adaptar as atividades do Programa?		
		I.3.5. As atividades do Programa são realizadas pela equipe profissional conforme o planejamento? Que fatores influenciam o cumprimento do planejamento?		
	I.3. Cumprimento do planejamento entre local e equipe da intervenção.	I.3.6. Os profissionais da intervenção conseguem realizar as atividades propostas sem dificuldades?	I.3.3. / I.3.4. / I.3.5. Entrevistas com os profissionais da intervenção.	I.3.3/I.3.4/I.3.5. Entrevista semiestruturada com os profissionais da intervenção (Apêndice E) para obter dados sobre cumprimento do planejado e quais motivos para adaptações no decorrer do tempo. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas, posteriormente agrupadas as respostas nos seus codificadores.

Quadro 1 - Sistemática para condução da avaliação, de acordo com as dimensões do RE-AIM.

Continuação

DIMENSÃO	VARIÁVEL	QUESTÕES NORTEADORAS PARA COLETA DE DADOS	FONTE DE DADOS	OPERACIONALIZAÇÃO
IMPLEMENTAÇÃO	Medida em que as ações estão sendo postas em prática como pretendidas no Programa.			
	I.4. Barreiras e potencialidades do processo de implementação.	<p>I.4.1. Quais fatores ajudaram na implementação do Programa?</p> <p>I.4.2. Quais fatores dificultaram a implementação do Programa?</p>	I.4. Entrevista com coordenador e profissionais da intervenção (n=11).	I.4. Foi obtido através de entrevistas semiestruturadas com coordenador e profissionais do Programa (Apêndices E, F), com o objetivo de verificar os desafios e sucessos para a implementação do Programa. Assim, todas as entrevistas ocorreram em ambiente reservado e de forma individual, sendo a identidade de cada participante preservada (neste estudo cada pessoa membro da equipe recebeu a designação de “P” seguido de um número e os coordenadores recebeu “C” seguido de um número). Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas, posteriormente agrupadas as respostas nos seus codificadores.
MANUTENÇÃO	É a manutenção do Programa após a adoção e implementação.			
	M.1. Manutenção organizacional.	M.1. Como o Programa foi integrado ao sistema municipal de saúde?	M.1. Entrevista com coordenador do CMEM e do PAC (n=2).	M.1. Foi obtido através de entrevistas semiestruturadas com coordenadores do PAC e CMEM (Apêndice F), com o objetivo de verificar em que medida o Programa se torna parte do sistema de saúde do município, independente das mudanças políticas. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas, posteriormente agrupadas as respostas nos seus codificadores.
	M.2 Barreiras e potencialidades para a continuidade da intervenção.	<p>M.2.1. Quais as barreiras para a intervenção se manter a nível organizacional ao longo do tempo?</p> <p>M.2.2 Quais as principais potencialidades para a manutenção a nível organizacional do Bom Dia?</p>	M.2.1/M.2.2 Entrevista com coordenador do CMEM e do PAC (n=2).	M.2. Foi obtido através de entrevistas semiestruturadas com coordenadores do PAC e CMEM (Apêndice F), com questões relacionadas aos fatores influenciadores para continuidade da intervenção. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas, posteriormente agrupadas as respostas nos seus codificadores.

Fonte: Elaborado pelo autor (2021).

O estudo seguiu todos os preceitos éticos (CAAE nº.07609519.5.0000.5190)

RESULTADOS

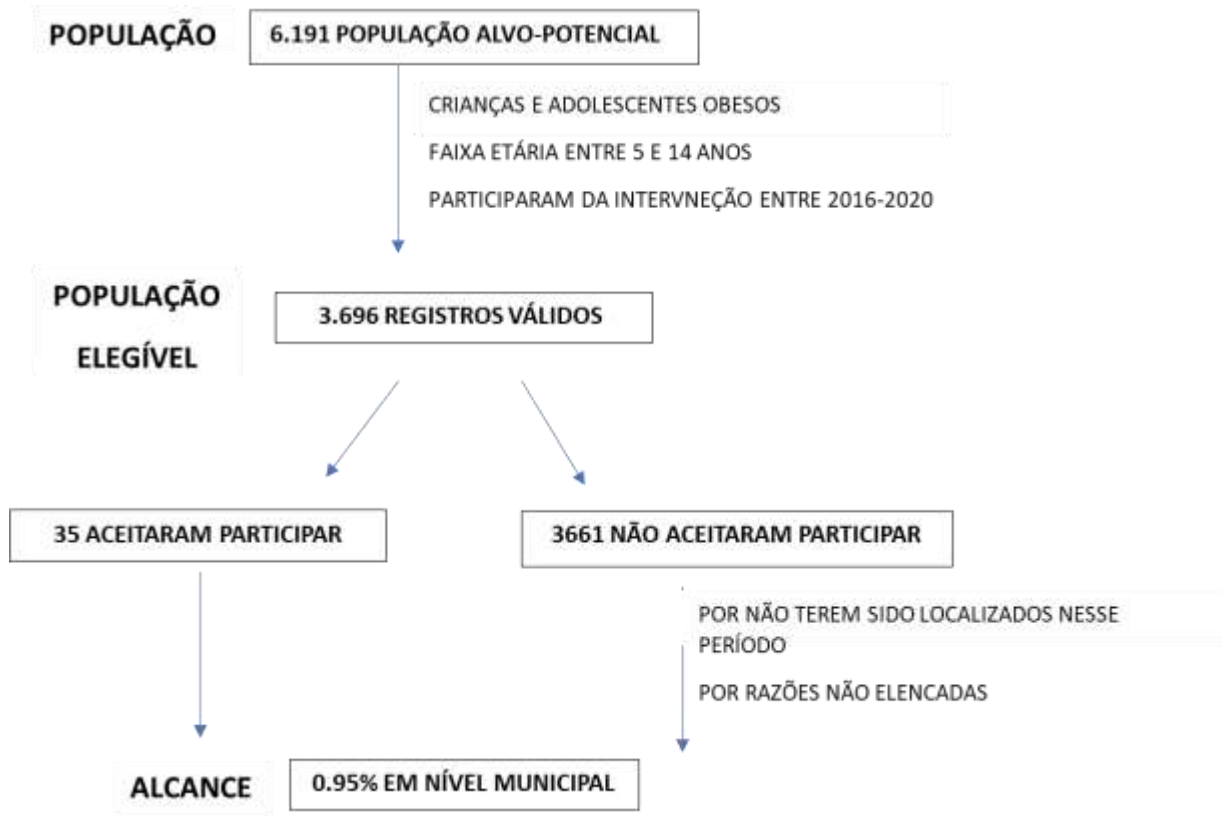
Quanto ao Alcance

A população-alvo compreendeu crianças cadastradas no ambulatório de endocrinologia do CMEM a partir de 5 anos, ambos os sexos, com diagnóstico de sobrepeso ou obesidade. Os elegíveis chegam ao CMEM através do encaminhamento da Estratégia Saúde da Família (ESF), dos doze Distritos Sanitários do Município. São realizadas consultas com nutrição e endocrinologia no CMEM, que ofertam o ingresso ao Programa Bom dia, como parte do tratamento no controle do sobrepeso e da obesidade.

Para calcular o alcance de programa foi necessário estabelecer alguns dados e critérios, são eles: a população-alvo estimada, o número estimado de pessoas expostas ao recrutamento, o número real de pessoas que respondem ao recrutamento, o número real de pessoas que são elegíveis e o número real de pessoas que participam do programa.

Com base nos dados da Central de Regulação de Consulta de Recife, entre 2016 e 2020, foram referenciados 6.161 crianças e adolescentes entre 5 e 14 anos para atendimento com a endocrinologista pediátrica para o CMEM, ou seja, em média foram referenciadas 102 crianças/adolescentes por mês e, portanto, 25 por semana. De acordo com informações colhidas, 60% dos atendimentos eram de crianças e adolescentes com sobrepeso ou obesidade, sendo assim, 3.696 crianças e adolescentes foram elegíveis no período estudado. Em contrapartida, apenas 35 dos elegíveis aceitaram o recrutamento para o tratamento e controle da obesidade nesse período. A partir desses dados, pode-se calcular a estimativa da taxa do alcance (TA) do programa Bom dia, conforme a Figura 1.

Figura 7- Fluxograma do da estimativa do alcance das crianças e adolescentes com obesidade elegíveis para participar do projeto de intervenção do programa Bom Dia, Recife-PE a nível municipal.



Fonte: O autor, 2021.

Em virtude do baixíssimo alcance da intervenção do Programa analisado nesse estudo (0,95%), procurou-se identificar as barreiras que influenciaram o alcance do Bom Dia à população-alvo. A partir desses dados, foram identificadas barreiras, a saber: a falta de flexibilidade na oferta de horário para a intervenção; dificuldade de acesso; baixa condições econômicas e fragilidade de articulação do programa com os demais pontos da RAS, e principalmente, com os demais equipamentos que integram a Atenção Básica, como a Unidade de Saúde da Família (USF) e os Polos do Academia da Saúde. E potencialidades: projeto do programa e triagem multiprofissional.

Quanto à efetividade

Os usuários do programa apresentaram diferenças clínicas nos principais biomarcadores bioquímicos (colesterol total, triglicerídeos, TGP, glicemia de jejum) e dados antropométricos (peso corporal e IMC), quando comparados momentos distintos no acompanhamento, na admissão no Bom Dia (Momento 1) e após 6 meses de acompanhamento (Momento 2), conforme Tabela 1, sem diferenças estatísticas ($p > 0,05$).

Tabela 1 - Características clínicas dos usuários do programa Bom Dia (perfil de exames bioquímicos e antropometria) na admissão no Bom Dia (Momento 1) e após 6 meses de acompanhamento (Momento 2).

VARIÁVEIS	MOMENTO 1 (N = 6)							MOMENTO 2 (N = 6)						
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	Média	P1	P2	P3	P4	P5	P6	Média
EXAMES BIOQUÍMICOS (MG/DL)														
COL. T	181	182	160	170	155	176	170,6	160	154	125	173	132	184	154
TRIG.	156	137	90	112	113	144	125,3	124	102	83	122	104	111	107,6
TGP	14	11	16	17	15	22	15,8	12	13	12	14	13	20	14
GLIC. J	91	83	87	95	88	94	89,6	88	84	90	85	81	92	86,6
DADOS ANTROPOMÉTRICOS														
PESO (KG)	83, 1	40,7	40,3	42,2	44,5	47,5	49,7	78	39,4	45,6	48,7	48,5	55,3	52,8
IMC (KG/M²)	33, 2	25,4	22,4	22,2	22,4	29,9	25,9	31,2	23,7	23,2	21,4	22,1	29,5	25,1

Legenda: Col. t = colesterol total < 150mg/dl; trig. = triglicerídeos < 100 mg/dl; tgp = transaminase pirúvica < 40 mg/dl; glic. j = glicemia de jejum < 100mg/dl – esses são os valores de referência em crianças e adolescentes de acordo com o manual do controle da obesidade infantil (ms, 2018) –; peso = massa corporal em quilograma (kg); icm = índice de massa corporal (kg = quilogramas; /m² = metros ao quadrado); cm = centímetros.

Além da evolução das taxas dos biomarcadores, evidências apontam para a percepção de benefícios, como pode ser observado nos extratos de fala:

[...] Agente vem percebendo que ele está mais ativo, consegue correr, pular corda, ele até chama os primos pra brincar na rua de bicicleta, que antes ele só queria estar brincando no celular [...] (R3).

[...] Com o Programa ela está interagindo mais com as crianças daqui, acho que ela não gostava de brincar com as meninas da rua com vergonha, agora ela brinca mais com elas, eu acho que foi depois que começou com os amigos do Bom Dia (R5).

Segundo os responsáveis dos usuários do programa, esses benefícios foram fundamentais para motivar responsáveis e usuários a permanecerem no programa e todos foram unânimes em relação a percepção positiva na qualidade de vida dos usuários após o início das atividades no programa oferecido.

Entretanto, a taxa de abandono da intervenção foi de 80%. Entre 2016 e 2020, 35 crianças e adolescentes iniciaram o programa, todavia, durante o período da coleta de dados dessa pesquisa, havia apenas seis (06) usuários ativos no programa. O principal motivo de

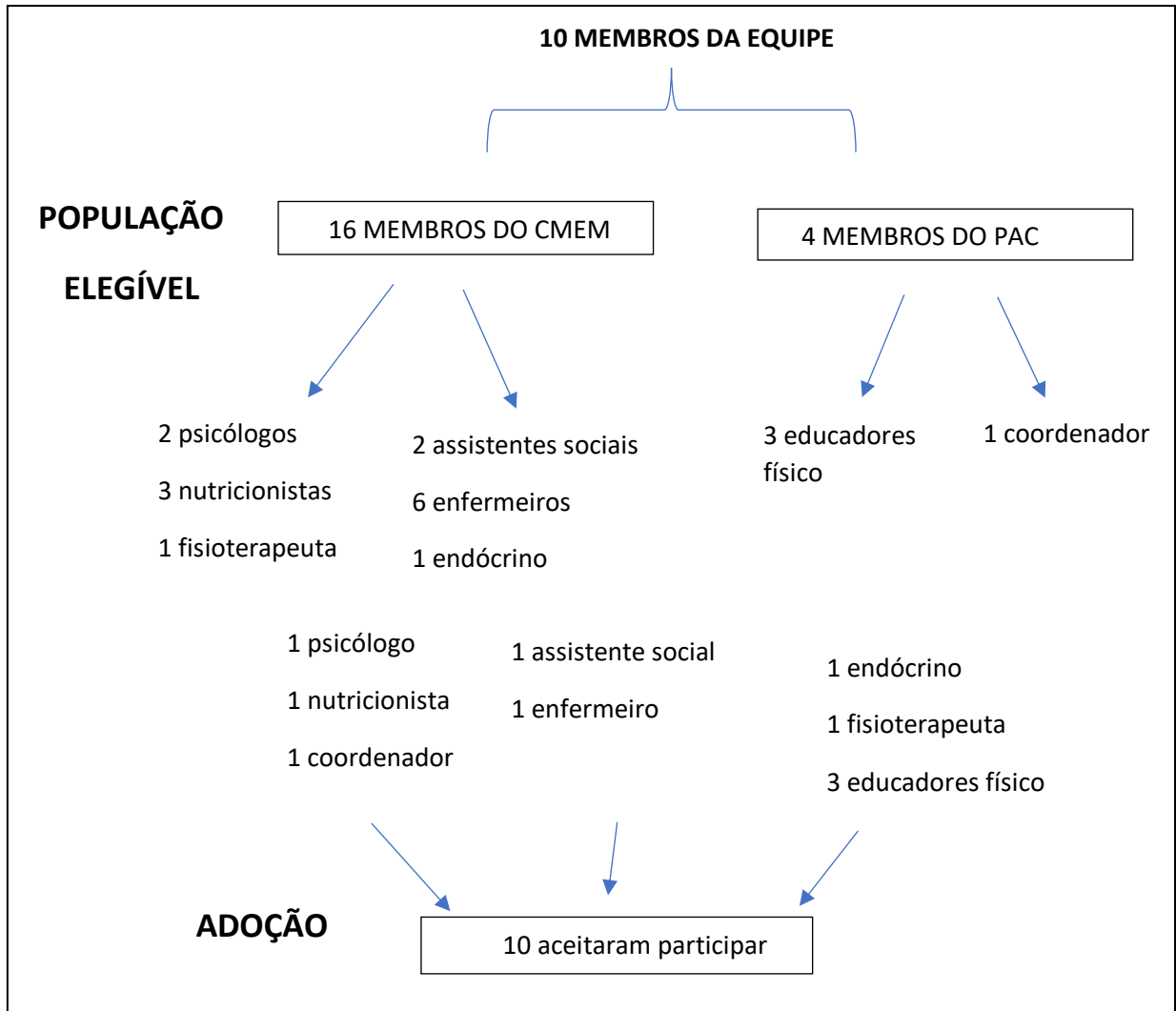
abandono foi relacionado a baixa condição econômica das famílias dos usuários do programa que dificultava o deslocamento, além da existência de um turno único para a intervenção que coincidia com o horário escolar de crianças e adolescentes.

Quanto à adoção

O programa Bom Dia, em 2020, era composto por uma equipe multiprofissional com 10 membros, distribuídos nas áreas: Educador Físico (n = 3), Nutricionista (n = 1), Enfermeiro (n = 1), Fisioterapeuta (n = 1), Psicólogo (n = 1), Assistente Social (n = 1), Endocrinologista Pediátrico (n = 1) e Coordenador (n = 1), conforme dados apresentados na Figura 4. Mas, vale ressaltar que o CMEM possui uma equipe multiprofissional elegível com: Nutricionista (n = 3), Enfermeiro (n = 6), Fisioterapeuta (n = 1), Psicólogo (n=2), Assistente Social (n=2) e Endocrinologista Pediátrico (n=1) e Coordenador (n = 1), totalizando 16 profissionais de nível superior elegível. No PAC existem na equipe: Educadores físicos (n = 3) e Coordenador (n = 1) elegíveis para a intervenção. Convém ressaltar que após a apresentação da proposta do programa Bom dia e a necessidade destes para compor a equipe necessária para a implementação da intervenção, 6 profissionais do CMEM e 4 profissionais do PAC aderiram ao programa. Assim, 50 % dos membros da equipe elegível compuseram o Programa Bom Dia, conforme apresentado na Figura 1.

Todos os profissionais da intervenção são servidores públicos lotados na Prefeitura do Recife. Dentre esses, um coordenador geral, três profissionais graduados em Educação física, e um Fisioterapeuta atuam exclusivamente na organização e nas atividades do Programa Bom dia. Os demais profissionais, que incluem o endocrinologista pediátrico, enfermeiro, assistente social, psicólogo e nutricionista são parceiros do programa. Eles atuam nas práticas corporais e de atividades físicas; produção do cuidado e de modos de vida saudáveis; promoção da alimentação saudável; práticas artísticas e culturais; educação em saúde; planejamento e gestão das atividades do programa de intervenção.

Figura 1 - Fluxograma da Adoção da equipe atuante no Bom Dia.



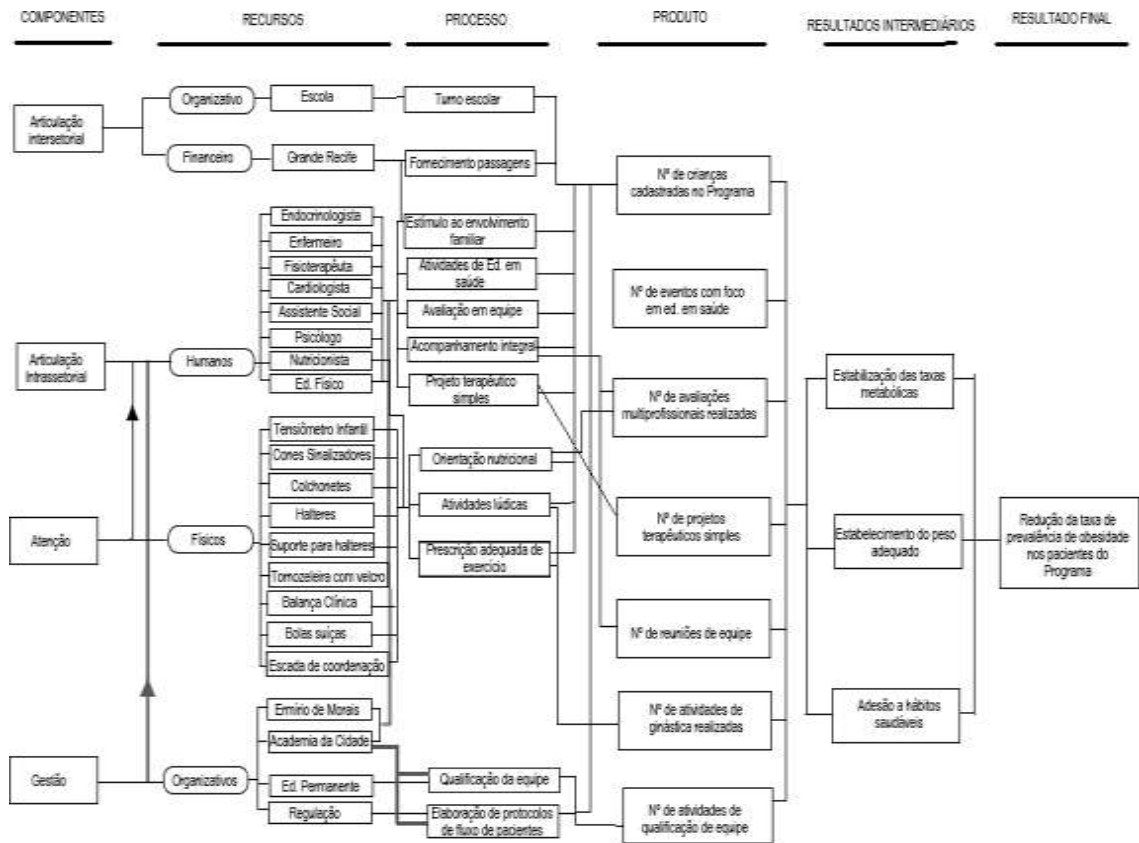
Os profissionais de educação física, que são um dos principais colaboradores do Bom Dia, foram alocados no PAC e foram selecionados para atuarem exclusivamente na gestão da intervenção no polo do CMEM. Eles são funcionários público efetivos do município, com carga horária de 30 horas semanais exclusivas nas atividades do programa. Os demais membros da equipe também são funcionários públicos efetivos alocados no CMEM, com regimento de 30 horas semanais de trabalho, sendo reservadas uma parte da carga horária para adesão e auxílio no desenvolvimento do programa.

Convém destacar que esses profissionais prestavam apoio vital ao desenvolvimento da intervenção, já que os envolvidos demonstravam interesse e consideravam a proposta do programa importante no controle da obesidade em crianças e adolescentes.

Quanto à implementação

Visando expor as relações existentes entre os insumos, as atividades propostas, as metas a serem alcançadas e os resultados esperados, a Figura 2 representa o modelo estrutural do Bom Dia no controle da obesidade infantil. Ao longo dos anos, o programa tem passado por alterações (principalmente sobre o número de usuários do programa e atividades realizadas), e no formato atual, o programa possui uma equipe de seis (6) multiprofissionais, quatro (4) profissionais exclusivos para a intervenção, e cinco (5) profissionais parceiros¹⁸.

Figura 2 - Modelo estrutural do Bom Dia, Recife, 2020.



Os encontros do Bom Dia são planejados por uma equipe multiprofissionais e acontece em um polo do PAC no âmbito do CMEM três vezes durante a semana, com duração de 1:30 h a 2 h (Quadro 3). A equipe multiprofissional, conforme descrita na seção 5.3.2 é composta por endócrino pediátrico, enfermeiro, educador físico, psicólogo, nutricionista, assistente social e fisioterapeuta. As avaliações individuais iniciais dos usuários do Programa eram feitas por todos os profissionais, possibilitando uma avaliação global do participante e da família.

A criança/adolescente após aderência ao programa de exercícios físicos e ao programa alimentar, com uma redução sustentada de pelo menos 5% do excesso de peso, com um condicionamento físico satisfatório relacionado à idade, e com uma situação psicológica estável poderia receber alta do Bom Dia e em seguida, ser referenciada para o polo do PAC mais próximo à residência.

Os profissionais envolvidos no Bom Dia (PAC e CMEM) não apenas auxiliam na divulgação da intervenção, com também, no incentivo aos usuários para participarem na intervenção, na organização do espaço físico, e realizam as adaptações necessárias para que os encontros ocorressem conforme o previsto.

Os participantes do programa (profissionais e coordenadores da intervenção) expressaram algumas barreiras e potencialidades no processo de *implementação* do Bom Dia no CMEM. Como barreira, destacaram-se: estrutura física/ambiental, recursos materiais, habilidade profissional e demanda de trabalho. Já as potencialidades observadas foram: a força das evidências, suporte profissional disponível, compromisso/atitude da equipe na implementação das atividades para o desenvolvimento e acompanhamento das atividades.

Foi notório que o Programa possui uma equipe multiprofissional bem estabelecida no CMEM, com profissionais disponíveis para atuarem exclusivamente no programa, como os profissionais de educação física e fisioterapia. Além disso, o interesse e comprometimento dos profissionais-alvo em desenvolver as ações voltadas para o controle da obesidade no público infantil do CMEM foi considerado um ponto potencializador no processo da implementação do programa Bom Dia.

Quanto à manutenção

O programa está em operação desde 2017, e de forma ininterrupta tem realizado uma intervenção visando diminuir a problemática da taxa de obesidade e prevenir as condições relacionadas à obesidade na infância dos pacientes, dentro da rotina de atendimentos do CNEM. Algumas potencialidades foram identificadas para a manutenção do programa Bom Dia, são eles: equipe multiprofissional disponível, motivada e qualificada; compromisso e apoio das organizações, como o serviço de endocrinologia pediátrica do CMEM; apoio social, uma vez que o programa disponibiliza um VEM para os usuários e responsáveis que participam da intervenção; envolvimento das partes interessadas/parcerias e as percepções dos benefícios em relação à melhoria de qualidade de vida dos usuários do programa.

DISCUSSÃO

Este estudo apresenta os resultados inéditos de uma avaliação da intervenção do controle da obesidade de crianças e adolescentes do programa Bom Dia, em Recife-PE. A avaliação dessa intervenção aconteceu de acordo com os critérios RE-AIM (alcance, efetividade, adoção, implementação e manutenção) através de triangulação de dados, podendo-se fornecer uma apreciação dos desafios e potencialidades desta abordagem de avaliação na prática.

A maioria dos estudos utilizam a estrutura RE- AIM para avaliar intervenções em crianças obesas são bem documentados no cenário internacional¹⁹⁻²¹. Nesse sentido, esse estudo

torna-se importante e necessário diante dos poucos documentos brasileiros sobre a estratégia de tratamento da obesidade infanto-juvenil nos serviços públicos de saúde, comparando-se com os trabalhos já desenvolvidos com a população adulta²².

Os resultados do Alcance apontaram para a representação de crianças/adolescentes com estado nutricional de sobrepeso e que não participam de atividades físicas fora do ambiente escolar. Em relação à característica da população alvo, destacam-se características de baixa escolaridade e baixo nível socioeconômico semelhantes aos achados por Jung, Bourne e Gainforth²⁰.

Apesar da taxa de alcance encontrado tenha sido de apenas 0,95%, esse “Alcance” insignificante nesse estudo se assemelha aos resultados encontrados nos estudos com população semelhante na Suíça, *Healthy Together* (HT)¹⁹ e no Reino Unido²³.

Quanto à efetividade, os usuários do programa Bom Bia apresentaram estabilidade ou discreta redução do IMC no período avaliado (seis meses após o início na intervenção) e uma discreta melhoria dos marcadores laboratoriais (glicose, triglicérides, colesterol e TGP), sendo esse resultado considerado positivo para os profissionais da intervenção, uma vez que, uma melhora das condições clínicas é tida como uma das metas da equipe para diminuir os fatores de riscos metabólicos que desencadeiam as DCNT na fase adulta. Em relação à percepção dos responsáveis sobre os benefícios adquiridos com a intervenção dos usuários do programa, os resultados obtidos nesse estudo se assemelham aos identificados por outras intervenções para promoção de estilo de vida saudável discutidas na literatura^{6,10,24}. Os usuários do programa relataram outros benefícios importantes, como a ampliação dos conhecimentos relacionados à alimentação e nutrição, visto que este conhecimento pode auxiliar nas escolhas alimentares saudáveis e contribuir para a autonomia alimentar do indivíduo²⁵.

Em relação à taxa de abandono do programa (80%), essa foi considerada alta quando comparado a outro estudo similar Suíço em 2014, que obteve um percentual de 40%. As condições econômicas do público-alvo e horário de oferta da intervenção foram pontuadas como as principais barreiras que dificultaram o alcance aos elegíveis e conseqüentemente, impactou na Implementação do programa.

Quanto à Adoção da intervenção, o Bom Dia foi adotado por um serviço de média complexidade do Recife-PE, o CMEM, e por uma equipe multiprofissional já bem estruturada no serviço. Esse arranjo organizacional pode ter fortalecido a adoção dos profissionais da intervenção, e por conseguinte, a implementação e a manutenção organizacional do programa.

Nos trabalhos brasileiros que também avaliaram a intervenção no controle da obesidade infantil não foram observados dados sobre a taxa de adoção de profissionais-alvo. Por sua vez, o presente estudo apresentou uma taxa de adoção de profissional-alvo de 100% desde a sua implementação.

Sobre a Implementação, o estudo verificou que o Bom Dia foi criado a fim de englobar atividades que promovam o controle no sobrepeso e obesidade das crianças e adolescentes do CMEM. De um modo geral, a Implementação foi avaliada para determinar se o programa foi entregue para a população como planejado. Nesse estudo verificou-se que embora a porcentagem de atividades planejadas implementadas tenha sido alta, a fidelidade das ações foi moderada, tanto para as crianças quanto para os profissionais da intervenção. Essa fidelidade pode ter sido causada por uma multiplicidade de fatores, que incluem uma possível falta de comprometimento do responsável do menor com o programa e as dificuldades organizacionais para o desenvolvimento do que havia sido planejado.

Em relação às barreiras pontuadas no processo de implementação da intervenção foram destacadas a falta de capacitação profissional, a baixa adesão dos usuários do programa, estrutura física limitada e a geografia em torno polo da academia. Apesar desses desafios significativos à implementação, a vontade da equipe e suporte profissional para a intervenção foram considerados essenciais para implementação da intervenção no âmbito do CMEM. Em programas semelhantes de prevenção da obesidade infantil na comunidade desenvolvido em 2018 no Canadá, também foi relatado a importância da disponibilidade da equipe multiprofissional para o desenvolvimento das ações planejadas na implementação do programa²⁰.

Segundo Almeida, Brito e Estabrooks (2013), a manutenção dos programas a nível organizacional deve-se levar em consideração a estrutura administrativa e de operação para que haja uma continuidade do que vem sendo proposto¹⁵. Sendo assim, nesse trabalho os profissionais envolvidos no programa foram considerados um fator relevante para assegurar a manutenção da intervenção no CMEM, e sobretudo, para enfatizar que sem a presença deles seria muito difícil sustentar ou institucionalizar uma intervenção. Neste sentido, as principais potencialidades identificadas foram: a vontade/motivação dos profissionais parceiros e o apoio social para realizar as atividades do programa.

Apesar das diversas contribuições que Bom Dia proporciona para o planejamento de futuras intervenções voltadas para o controle e prevenção da obesidade infantil, o presente estudo apresentou algumas limitações que poderão ser supridas em outros estudos, como

pequeno tamanho da amostra, ausência de grupo controle e impossibilidade da implementação ser avaliada com base nas informações de custos recomendadas no RE-AIM, devido à complexa estrutura financeira e organizacional do programa e indisponibilidade do custo total de entrega do programa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, os resultados identificados e relatados a partir do modelo RE-AIM nesse estudo indicaram que as ações propostas pelo programa Bom Dia no controle da obesidade de crianças e adolescentes na região de Recife, PE impactam positivamente na vida e saúde dos usuários do programa. Esse material apresentado servirá de referência para avaliação de futuros trabalhos de intervenção a partir dos cinco domínios do modelo RE-AIM.

REFERÊNCIAS

¹ TENÓRIO JC, SANTOS MR, ARAUJO SP, BARROS BJ. Obesidade e sobrepeso em crianças e jovens em idade escolar no Brasil: desafios e enfrentamentos do SUS. In: Anais do IV CONBRACIS; 2020, Campina Grande, Brasil. Campina Grande: Realize Editora, 2020.

² World Health Organization. Obesity and overweight. Geneva: World Health Organization; 2011.

³ SOUZA, N. P.; LEAL, V. S.; SANTANA, S. C. S.; OLIVEIRA, J. S.; COSTA, E. C.; LIRA, P. I. C (Org). Atlas da Situação alimentar e nutricional de Pernambuco. Recife: ECOASUS-PE, 2021.

⁴ Associação Brasileira para o estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica. Mapa da obesidade. ABESO (online). 2020 [acessado em 12 jul. 2020]. Disponível em: <https://abeso.org.br/obsidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade>.

⁵ PEREIRA IFS, ANDRADE LMB, SPYRIDES MHC, LYRA, CO. Estado nutricional de menores de 5 anos de idade no Brasil: evidências da polarização epidemiológica nutricional. *Ciência e Saúde Coletiva* 2017; 22(10): 3341-3352.

⁶ DAHMER ASF, MACIEL D. Moraes. Obesidade infantil e os impactos na qualidade de vida. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento* 2021; 12(4): 161-171.

⁷ World Health Organization. Obesidade entre crianças e adolescentes aumentou dez vezes em quatro décadas, revela novo estudo do Imperial College London e da OMS. Geneva: World Health Organization; 2016.

⁸ MALTA DC, MORAIS NETO OL, SILVA MMA, ROCHA D, CASTRO AM, REIS AAC, AKERMAN M. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. *Ciência & Saúde Coletiva* 2016; 21(6): 1683-1694.

⁹ SÁ GBAR, DORNELLES GC, CRUZ KG, AMORIM RCA, ANDRADE SSCA, OLIVEIRA TP, SILVA MMA, MALTA DC, SOUZA MFM. O Programa Academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vida saudáveis: cenário nacional de implementação. *Ciências & Saúde coletiva* 2016; 21(6): 1849-1860.

¹⁰ SILVA RN, GUARDA FR, HALLAL PC, MARTELLI PJ. Avaliabilidade do Programa Academia da Saúde no Município do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2017; 33(4): 1-16.

¹¹ BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2019: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal em 2019*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

¹² RABELO RPC. Implantação de um Programa Interdisciplinar para o controle da obesidade infantil na Secretaria de Saúde do Distrito Federal. *Comunicação em Ciências da Saúde* 2018; 29(1): 65-69.

¹³ GLASGOW RE, VOGT TM, BOLES SM. Evaluating the Public Health Impact of Health Promotion Interventions: The RE-AIM Framework. *American Journal of public Health* 1999; 89(9): 23-37.

¹⁴ BROWNSON RC, COLDITZ GA, PROCTOR EK. *Dissemination and implementation research in health: translating science to practice*. Nova York: Oxford; 2012, p. 512.

¹⁵ ALMEIDA FA, BRITO FA, ESTABROOKS PA. Modelo RE-AIM: Tradução e Adaptação cultural para o Brasil. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social* 2013; 1(1), 6-16

¹⁶ MINAYO MCS. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 14 ed. São Paulo: Hucitec; 2012.

¹⁷ GLASGOW RE, HARDEN SM, GAGLIO B, RABIN B, SMITH ML, PORTER GC, ORY MG, ESTABROOKS PA. RE-AIM Planning and Evaluation Framework: Adapting to New Science and Practice with a 20-Year Review. *Frontiers in Public Health* 2019; 29(7): 64-72.

¹⁸ BENTO AGLP. *Obesidade Infantil: Um Estudo de avaliabilidade do programa Bom Dia*. [Monografia]. Recife: Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); 2020.

- ¹⁹ LEW MS, L'ALLEMAND D, MELI D, FREY P, MAIRE M, ISENSCHMID B, TAL K, MOLINARI B, AUER R. Evaluation of a childhood obesity program with reach, effectiveness, adoption, implementation, maintenance (RE-AIM). *Preventive Medicine Reports* 2019; 13: 321-326.
- ²⁰ JUNG ME, BOURNE JE, GAINFORTH HL. Evaluation of a community-based, family focused healthy weights initiative using the RE-AIM framework. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2018; 15(13):1-16.
- ²¹ FINLAYSON M, CATTANEO D, CAMERON M, COOTE S, MATSUDA PN, PETERSON E, SOSNOFF JJ. Applying the RE-AIM Framework to Inform the Development of a Multiple Sclerosis Falls-Prevention Intervention. *International Journal of MS Care* 2014; 16(4): 192-197
- ²² PIMENTA A, MÁXIMO TA, ROCHA R, VIEIRA, M. Políticas Públicas de Intervenção na Obesidade Infantil no Brasil: uma Breve Análise da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e Política Nacional de Promoção da Saúde. *Ciências de Ciências Biológicas e da Saúde* 2015; 17(2):1-10.
- ²³ KOORTS H, GILLISON F. Mixed method evaluation of a community-based physical activity program using the RE-AIM framework: practical application in a real-world setting. *BMC Public Health* 2015; 15: 1102-1110.
- ²⁴ BOCK DE, ROBINSON T, SEABROOK JA, ROMBEEK M, NOROZI K, FILLER G, RAUCH R, CLARSON CL. The Health Initiative Program for Kids (HIP Kids): effects of a 1-year multidisciplinary lifestyle intervention on adiposity and quality of life in obese children and adolescents--a longitudinal pilot intervention study. *BMC Pediatrics* 2014; 296(14): 1-9.
- ²⁵ FERNANDEZ, J. Autonomia e promoção da saúde. In: PELICIONI, M.; MIALHE, F. (Eds.). *Educação e promoção da saúde: teoria e prática*. São Paulo: Santos, 2012.