

Revisão Rápida



Metodologias de monitoramento e avaliação de ações de Promoção da Saúde na Atenção Primária à Saúde

Quais são as metodologias que têm sido utilizadas para monitorar e avaliar o resultado e o impacto das ações de Promoção da Saúde na Atenção Primária à Saúde (APS)?

14 de julho de 2021

Preparada para:

Departamento de Promoção da Saúde
(DEPROS/SAPS/MS), Brasília, DF

Preparada por:

Fiocruz Brasília, Brasília, DF
Instituto de Saúde de São Paulo, São Paulo, SP

Elaboração:

Fernando Meirinho Domene
Jessica De Lucca Da Silva
Roberta Crevelário de Melo
Bruna Carolina de Araújo
Lais de Moura Milhomens
Letícia Aparecida Lopes Bezerra da Silva
Maritsa Carla de Bortoli
Tereza Setsuko Toma

Coordenação: Jorge Otávio Maia Barreto

Sumário

1.	Contexto.....	3
2.	Pergunta de pesquisa.....	3
3.	Métodos.....	4
3.1	Critérios de inclusão e exclusão.....	4
3.2	Bases de dados e estratégias de busca.....	4
3.3	Seleção de evidências	4
3.4	Extração e análise dos dados	4
3.5	Atalhos para a revisão rápida.....	4
4.	Evidências	4
5.	Síntese das evidências.....	5
5.1.	<i>FRAMEWORK</i> OU ESTRUTURA RE-AIM	5
5.2.	EXEMPLOS DE APLICAÇÃO DA ESTRUTURA RE-AIM	7
5.2.1.	Avaliação da efetividade de um programa de caminhada guiada.....	7
5.2.2.	Avaliação da efetividade de intervenções para promoção de atividade física	10
5.2.3.	Avaliação da efetividade de intervenção sobre obesidade infantil.....	13
5.2.4.	Avaliação da efetividade de intervenção sobre estilo de vida	16
5.3.	<i>FRAMEWORK</i> OU ESTRUTURA PRECEDE-PROCEED	21
5.4.	EXEMPLOS DE APLICAÇÃO DA ESTRUTURA PRECEDE-PROCEED	24
5.4.1.	Avaliação da adesão ao tratamento e controle de hipertensão arterial sistêmica	24
5.4.2.	Avaliação de fatores que otimizam o aconselhamento de atividade física.....	27
5.5.	<i>FRAMEWORK</i> OU ESTRUTURA DE PROCTOR E COLABORADORES.....	30
5.6.	EXEMPLO DE APLICAÇÃO DA ESTRUTURA DE PROCTOR E COLABORADORES.....	32
6.	Considerações finais.....	35
7.	Referências	37



Resumo executivo

Contexto

A Política Nacional de Promoção da Saúde reconhece a necessidade de implementação das ações de maneira integrada, transversal e intersetorial. A promoção da saúde é caracterizada como um conjunto de formas e estratégias, individuais e coletivas, de produzir saúde, em articulação intersetorial com forte participação social. Assim, seu processo de implementação contempla um novo paradigma da saúde e os processos que levam ao adoecimento, deslocando o foco da doença e acolhendo os modos e contextos de vida.

Muitos avanços ocorreram nas políticas e programas de promoção à saúde, no entanto há uma necessidade de metodologias para monitorar e avaliar as ações nesse campo. Uma metodologia estruturada serve como um modelo que possibilita um passo a passo a fim de construir e avaliar um programa de intervenção e sua implementação.

Pergunta

Quais são as metodologias que têm sido utilizadas para monitorar e avaliar o resultado e o impacto das ações de Promoção da Saúde na APS?

Métodos

Três *frameworks* para avaliação e monitoramento de ações de promoção da saúde foram identificados: RE-AIM, PRECEDE-PROCEED, PROCTOR e colaboradores. Buscas manuais foram realizadas nas fontes de informação Pubmed e Google Acadêmico para identificar artigos que abordassem os conceitos e o modo de operação desses *frameworks*, bem como exemplos de estudos que os tenham aplicado. As buscas foram realizadas por uma revisora e as extrações de dados por três revisores. Não foi realizada a avaliação da qualidade metodológica dos estudos. Os resultados são apresentados em síntese narrativa.

Resultados

As buscas manuais recuperaram treze publicações, das quais dez compuseram a síntese narrativa desta revisão rápida. Cinco artigos abordando o *framework* RE-AIM são apresentados, um que discorre sobre o modelo e quatro que ilustram suas possibilidades de aplicação (exemplos de estudos de desenhos diversos sobre intervenções em atividade física, obesidade infantil e mudanças no estilo de vida). Para o *framework* PRECEDE-PROCEED foram incluídos um artigo sobre o modelo e dois artigos que exemplificam sua aplicação na avaliação de programa de saúde comunitária para adultos hipertensos e aconselhamento de atividade física. O modelo de ciência de implementação proposto por Proctor e colaboradores é abordado em um artigo e exemplificado em outro sobre avaliação qualitativa de um programa de promoção de saúde para usuários com risco de desenvolver doenças.

Considerações finais

São apresentados três *frameworks* para avaliação de ações de promoção da saúde em ambientes de APS. Os modelos são distintos entre si e, de maneira geral, os estudos que os utilizaram indicam que eles podem ser boas ferramentas para planejar, implementar, monitorar e avaliar programas e ações de promoção de saúde.

1. Contexto

A Política Nacional de Promoção da Saúde, aprovada por meio da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006¹ e redefinida pela Portaria nº 2.446, de 13 de novembro de 2014², reconhece a necessidade de implementação de ações de promoção da saúde de maneira integrada, transversal e intersetorial.

Internacionalmente, a promoção da saúde é caracterizada como um conjunto de formas e estratégias, individuais e coletivas, de produzir saúde, em articulação intersetorial com forte participação social. Assim, seu processo de implementação contempla um novo paradigma da saúde e os processos que levam ao adoecimento, deslocando o foco da doença e acolhendo os modos e contextos de vida³.

A promoção da saúde, como processo de fortalecimento e capacitação de indivíduos e coletividades, contribui para que se ampliem as possibilidades de controle dos determinantes de saúde-doença. Nessa linha, a atenção primária à saúde (APS), entendida como o primeiro nível de atenção nos sistemas de saúde, necessita de práticas profissionais que incorporem esse conceito mais moderno de promoção da saúde⁴.

Muitos avanços ocorreram nas políticas e programas de promoção à saúde em todo o mundo, no entanto há necessidade de metodologias para implementar, monitorar e avaliar as ações no campo da saúde pública⁵. Uma metodologia estruturada serve como modelo que possibilita um passo a passo a fim de construir e avaliar um programa de intervenção em promoção à saúde⁶.

A ciência da implementação tem caminhado no sentido de incorporar abordagens teóricas que podem facilitar a compreensão sobre sucessos e falhas na implementação de políticas e programas. Segundo Nielsen e colaboradores (2015)⁷ os objetivos dessas abordagens teóricas são: descrever e/ou orientar o processo de tradução da pesquisa em prática (modelos de processo); compreender e/ou explicar o que influencia os resultados da implementação (estruturas determinantes, teorias clássicas, teorias de implementação); e avaliar a implementação (*framework* ou estrutura ou arcabouço de avaliação).

Esta revisão rápida tem como finalidade apresentar três *frameworks* de avaliação que especificam os aspectos da implementação que podem ser avaliados para determinar o seu sucesso: RE-AIM⁵; PRECEDE-PROCEED⁶; framework de Proctor e colaboradores⁸.

2. Pergunta de pesquisa

Quais são as metodologias que têm sido utilizadas para monitorar e avaliar o resultado e o impacto das ações de Promoção da Saúde na APS?

Quadro 1. Acrônimo PCCS de acordo com a pergunta de interesse.

P Problema	Necessidade de realizar monitoramento e avaliação das ações de promoção da saúde na APS
C Conceito	Metodologias para monitoramento e avaliação de resultado e impacto
C Contexto	Ações de promoção da saúde
S Desenho de estudo (study design)	Revisão, revisão sistemática, estudos primários

3. Métodos

Um protocolo de pesquisa foi elaborado previamente e submetido ao Departamento de Promoção da Saúde (DEPROS/SAPS/MS).

3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos estudos publicados em inglês, espanhol e português, que discutem métodos para monitoramento e avaliação de ações de promoção da saúde no contexto de atenção primária à saúde. Não houve restrição em relação ao ano e ao tipo de publicação.

3.2 Bases de dados e estratégias de busca

As buscas manuais foram realizadas em 06 de julho de 2021, na base de dados PubMed, tanto para artigos sobre a metodologia dos *frameworks* RE-AIM, PRECEDE-PROCEED e Proctor e colaboradores, quanto sobre relatos de sua aplicação. Exemplos de estudos utilizando o Proctor foram buscados também no Google Acadêmico.

3.3 Seleção de evidências

O processo de seleção e elegibilidade dos estudos foi realizado de forma manual por uma revisora.

3.4 Extração e análise dos dados

Os dados foram extraídos em planilha eletrônica, sendo registradas informações relacionadas à autoria, ano de publicação, objetivo do estudo, contexto de realização, métodos utilizados para avaliação, resultados sobre qualidade do método, limitações, conflito de interesses e último ano da busca. A extração dos estudos foi feita por três revisores.

3.5 Atalhos para a revisão rápida

Por se tratar de uma revisão rápida produzida em 16 dias, a busca manual foi realizada por uma revisora, não foi feita extração de dados em duplicidade, nem avaliação metodológica dos estudos incluídos⁹.

4. Evidências

Foram recuperadas 13 publicações das buscas manuais, que foram lidas na íntegra e 3 excluídas¹⁰⁻¹² por não abordarem o contexto de interesse. Desta forma, 10 estudos foram incluídos nesta síntese narrativa^{5,6,8,13-19}.

5. Síntese das evidências

Esta revisão rápida trouxe estudos que abordam as definições, métodos com base em estruturas de avaliação, impacto de intervenções e desfechos orientados pelos seguintes *frameworks*: RE-AIM^{5,13,14,17,19}, PRECEDE-PROCEED^{6,15,16} e Proctor^{8,18}.

Nesta síntese, cada um dos *frameworks* é apresentado separadamente, com breve relato sobre a estrutura, seguido de exemplos de sua aplicação.

5.1. FRAMEWORK OU ESTRUTURA RE-AIM

A estrutura RE-AIM avalia o impacto de uma intervenção de acordo com cinco fatores: **Reach** (Alcance), **Efficacy** (Efetividade), **Adoption** (Adoção), **Implementation** (Implementação) e **Maintenance** (manutenção). Cada uma das cinco dimensões é representada em uma escala de 0 a 1 (ou 0% a 100%). Os efeitos combinados das cinco dimensões avaliativas indicam o impacto final de uma intervenção⁵. Os fatores e seus significados são apresentados no Quadro 2.

Os dados coletados por meio do RE-AIM podem servir a vários propósitos de avaliação: (1) avaliar o impacto de uma intervenção na saúde pública, (2) comparar esse impacto nas unidades organizacionais ou ao longo do tempo, (3) comparar duas ou mais intervenções, e (4) tomar decisões sobre redistribuição de recursos para programas⁵.

Algumas características do RE-AIM são elencadas pelos autores⁵:

- Fornece uma estrutura para determinar quais programas valem um investimento sustentado.
- E também para identificar os programas que funcionam em ambientes do mundo real.
- Pode ser usado para avaliar estudos controlados randomizados, bem como estudos com outros desenhos.
- É compatível com a medicina baseada em evidências.
- As evidências devem ser ampliadas para incluir dimensões além da eficácia.
- Pode ser usado para orientar os esforços de pesquisa qualitativa.
- Os tomadores de decisão terão informações mais completas para decidir sobre adoção ou descontinuação de programas.

Quadro 2. Dimensões e níveis de avaliação da estrutura RE-AIM⁵.

Dimensão	Significado
<p>Alcance Nível: individual</p>	<p>Mede a proporção de indivíduos da população-alvo que receberam a intervenção. É uma medida de nível individual (por exemplo, paciente ou funcionário) de participação. Se refere à porcentagem e características de risco de pessoas que recebem ou são afetadas por uma política ou programa. É medido comparando-se os registros dos participantes do programa e as informações completas da amostra ou do "censo" para uma população definida (por exemplo, todos os membros de uma determinada clínica de saúde, organização de saúde ou local de trabalho).</p>
<p>Efetividade Nível: individual</p>	<p>Mede a taxa de sucesso da implementação segundo protocolos, sendo definida como resultados positivos menos resultados negativos. Além dos desfechos clínicos, devem ser avaliados os resultados comportamentais para os participantes (por exemplo, cessação do tabagismo, padrões alimentares, atividade física), para a equipe que realiza uma intervenção (abordagem do paciente, entrega de instruções e aconselhamento, contatos para acompanhamento) e para os provedores que apóiam a intervenção (adoção de uma intervenção, mudança de políticas). Deve-se incluir também uma perspectiva de qualidade de vida centrada no participante para permitir a avaliação do funcionamento, saúde mental e satisfação do usuário.</p>
<p>Adoção Nível: Organizacional</p>	<p>Mede a proporção de ambientes, práticas e planos (como locais de trabalho, departamentos de saúde ou comunidades) que adotam uma determinada política ou programa. Geralmente é avaliada por observação direta, entrevistas estruturadas ou pesquisas. Na avaliação de ambientes que não adotaram a política devem ser analisadas também as barreiras de implementação.</p>
<p>Implementação Nível: Individual e organizacional</p>	<p>Mede a extensão em que um programa é entregue no mundo real como planejado. A efetividade pode ser avaliada nos níveis de indivíduos e de programas. No nível individual são necessárias medidas de acompanhamento do participante ou de adesão às recomendações para interpretar resultados do estudo. No nível de ambiente é importante avaliar a extensão em que os membros da equipe entregam a intervenção planejada.</p>
<p>Manutenção Nível: Individual e organizacional</p>	<p>Mede a extensão em que um programa individual ou organizacional é sustentado ao longo do tempo; em que medida as inovações tornam-se uma parte relativamente estável e duradoura do repertório comportamental de um indivíduo (ou organização ou comunidade). No nível individual sabe-se que a recaída após a mudança inicial de comportamento é onipresente, sendo necessário monitorar. No nível organizacional é importante verificar até que ponto uma prática ou política de promoção da saúde tornam-se rotina e parte da cultura cotidiana e das normas de uma organização. No nível da comunidade a avaliação da manutenção é necessária para documentar em que medida as políticas são aplicadas ao longo do tempo (por exemplo, leis relativas à venda de álcool, políticas antifumo).</p>
<p>Combinação das dimensões</p>	<p>A pontuação do impacto na saúde pública, representada como uma combinação multiplicativa das dimensões dos componentes, é provavelmente a melhor representação geral da qualidade. No RE-AIM é admissível qualquer resultado quantificável, confiável, válido e importante para as comunidades científicas, de cidadãos e profissionais. Implícito nos conceitos de implementação e manutenção está a duração do período durante o qual os dados são coletados: um mínimo de 6 meses a 1 ano para implementação e 2 anos ou mais para manutenção. A frequência da avaliação deve ser baseada no problema, nos objetivos e nos cenários específicos.</p>

Fonte: Adaptado de Glasgow et al. (1999)⁵.

5.2. EXEMPLOS DE APLICAÇÃO DA ESTRUTURA RE-AIM

Os quatro estudos selecionados como exemplos de utilização do referencial RE-AIM na avaliação de programas apresentam diferentes desenhos: estudos quase-experimentais^{13,19}, ensaio clínico randomizado¹⁴, estudo piloto de implementação¹⁷. Dois estudos realizados no Brasil tiveram como foco atividade física (AF): programa de caminhada guiada em contexto de alta vulnerabilidade social¹³; aulas de ginástica convencionais e programas de mudança comportamental para a promoção da AF¹⁴. Os outros dois estudos, com abordagem de promoção de estilo de vida saudável, foram realizados na Suécia e Suíça, respectivamente, com foco em obesidade infantil¹⁷ e com envolvimento de equipe multidisciplinar¹⁹. A seguir são apresentadas sínteses desses estudos.

5.2.1. Avaliação da efetividade de um programa de caminhada guiada

Baba e colaboradores (2017)¹³ realizaram um estudo quase-experimental, de métodos mistos, com o objetivo de avaliar a efetividade de um programa de caminhada guiada em um contexto de alta vulnerabilidade social. O programa teve duração de seis meses e acompanhamento de seis meses após a intervenção. A frequência das sessões era cinco vezes por semana, e consistiam de atividade física supervisionada combinada com sessões educacionais.

No Quadro 3 observa-se que o alcance do projeto foi baixo, mostrou-se efetivo ao melhorar a prática de atividade física, houve engajamento dos trabalhadores de saúde que encaminharam usuários para o programa, a implementação foi adequada para a maioria dos itens essenciais do projeto, porém o programa não foi mantido ao longo do tempo.

A respeito dos resultados, os autores comentaram que grande parte dos residentes da área estudava ou trabalhava em tempo integral, o que possivelmente explicaria o baixo índice de adesão e alto índice de evasão do programa. O estudo também esperava encontrar dificuldades para os centros de saúde continuarem o programa imediatamente após a saída da equipe. A falta de recursos e a ausência de um profissional especializado para aplicar as intervenções de AF pode ter afetado a continuidade do programa. O entendimento da população de baixa renda sobre o papel de todos os profissionais envolvidos na atenção básica e na prevenção e promoção da saúde deve ser reforçado, uma vez que a adesão dos participantes diminuiu após a saída do grupo de pesquisa¹³.

Sobre a experiência de utilização do *framework* RE-AIM, os autores citam algumas limitações. O domínio Alcance foi medido no primeiro dia da intervenção, o que pode não refletir o número real de sujeitos que realizaram o programa ao longo do tempo. Os desafios de seguir rigorosamente os protocolos de aplicação de uma intervenção podem ocorrer devido ao processo dinâmico em que esta se dá ao longo do tempo. O delineamento não randomizado, baixa adesão populacional, barreiras estruturais de local de residência, alto índice de evasão, foram limitações relevantes para as análises¹³.

Os autores argumentam sobre a importância de continuar a medir e avaliar mais de um domínio do *framework* RE-AIM para garantir uma análise sensível de todas as variáveis. Isso geraria uma riqueza maior de detalhes para a discussão e resultados. Por fim, sugerem que uma avaliação de intervenção mais completa deveria incluir uma análise de custo, para facilitar sua aplicabilidade nos serviços de saúde e permitir a comparação de custo-efetividade de diferentes intervenções¹³.

Quadro 3. Aplicação do framework RE-AIM: método e resultados do estudo de Baba et al. (2017)¹³.

Método	Resultados
Alcance	
<p>As seguintes estratégias de publicidade foram utilizadas:</p> <p>As equipes dos centros de saúde foram solicitadas a encaminhar os pacientes; painéis publicitários foram exibidos no bairro; um carro de som transmitiu mensagens na vizinhança; convites foram distribuídos porta a porta e convites pessoais foram distribuídos nas salas de espera dos centros de saúde.</p> <p>Mídia social e site com informações sobre o programa foram usados para promover o programa durante a intervenção de 6 meses.</p> <p>A maior parte das ruas do entorno dos postos de saúde foi coberta por estratégias publicitárias.</p>	<p>O alcance do projeto foi de 0,3%.</p> <p>Isso foi calculado como uma proporção entre o número de participantes no primeiro dia do programa (n = 27) e o número de pessoas que provavelmente ouviram falar sobre o programa (n = 7.480).</p> <p>Este último foi calculado com base no número de residências no entorno dos postos de saúde e na média de moradores por domicílio.</p>
Efetividade	
<p>As mudanças nos níveis de atividade física (AF) foram mensuradas por meio do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ - <i>International Physical Activity Questionnaire</i>), validado para uso no Brasil, sendo coletado a duração de AF em minutos por semana no domínio lazer e a soma de todos os domínios (AF total).</p> <p>Um acelerômetro foi usado para calcular o número de contagens por minuto por dia em uma semana média. Os voluntários usaram o dispositivo na cintura por 8 dias consecutivos.</p> <p>Os dados coletados foram analisados pelo software Active Life versão 6.8. O tempo de uso necessário para a inclusão foi de 9 horas por pelo menos 4 dias por semana, incluindo pelo menos um dia de fim de semana. Os cortes propostos por Freedson foram usados no software Active Life.</p> <p>Ambas as avaliações do nível de AF (IPAQ e acelerômetro) foram realizadas nos tempos T0, T1 e T2.</p>	<p>Uma diferença significativa na AF total e contagens por minuto foi encontrada para o grupo de intervenção nos três encontros para coleta de dados T0, T1 e T2.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ambos os grupos, intervenção (n = 74) e controle (n = 100) aumentaram gradualmente a prática de AF de início para 12 meses em atividade física total de lazer total (AFL). ➤ Apesar de ter havido uma diminuição em minutos por semana entre 6 meses e 12 meses, a AFL total permaneceu maior do que no início do estudo.

Metodologias de monitoramento de ações de Promoção da Saúde na APS

Método	Resultados
Indivíduos que realizavam menos de 150 minutos de AF no lazer (AFL) por semana no IPAQ foram classificados como “insuficientemente ativos”.	
Adoção	
<p>Para analisar o envolvimento organizacional na intervenção foi aplicado um questionário de cinco itens, sendo coletadas informações sobre o envolvimento direto ou indireto de todos os profissionais com o grupo intervenção nos centros de saúde.</p> <p>O questionário foi deixado nos centros por 15 dias e os profissionais foram orientados a respondê-lo de forma anônima e voluntária.</p>	<p>19 questionários foram preenchidos e analisados, representando 59,3% dos profissionais que trabalhavam nos centros de saúde envolvidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ A maioria das respostas foi positiva. ➤ Grande parte da equipe comentou sobre o programa e todos os profissionais respondentes haviam referido pessoas para o programa. ➤ A maioria dos entrevistados viu os benefícios do programa.
Implementação	
<p>Um questionário foi elaborado contendo os itens essenciais do projeto, para ser respondido por participantes que aderiram ao programa (> 80% de participação) e aqueles mais envolvidos das equipes do centro de saúde (conforme percebido por todos os membros envolvidos no programa). Foram coletados dados sobre: o número de participantes na intervenção; a escala de Borg que mediu o esforço dos participantes e o monitor de frequência cardíaca; medidas de pressão arterial antes das atividades; publicidade do projeto por duas semanas; as diversas formas de publicidade (sites, folhetos, painéis, convites pessoais, visitas domiciliares na comunidade); aconselhamento para diabéticos; medições mensais de glicemia; e a oferta de iniciativas educacionais.</p> <p>Além disso, foi realizado um grupo focal ao final da intervenção para analisar informações sobre a implementação do programa. Um mediador previamente treinado aplicou as técnicas do grupo focal, formando um pequeno grupo de participantes e profissionais com maior aderência ao programa. O mediador não participou em nenhum momento do programa e recebeu um checklist sobre os itens essenciais dividido em quatro dimensões: divulgação, adesão, protocolo da aula e avaliações.</p>	<p>Os questionários foram aplicados a dois Agentes Comunitários de Saúde e três pessoas que participaram da intervenção.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 80% relataram ter observado mais de 44 participantes que atenderam aos critérios de inclusão; ➤ 20% lembraram de manter a intensidade dos exercícios usando a escala de Borg; ➤ 100% relataram o uso do monitor de frequência cardíaca; ➤ 100% lembraram que houve medição da pressão arterial antes das atividades; ➤ 80% relataram que a campanha publicitária ocorreu por duas semanas; ➤ 60% lembraram ter visto todas as modalidades de publicidade: sites, folhetos, painéis, convites pessoais, visitas domiciliares dentro da comunidade e sites do programa; ➤ 80% lembraram que houve sessões de orientação para diabéticos; ➤ 40% relataram que a equipe solicitou verificação de glicemia 1 vez/ mês; ➤ 100% lembraram da aplicação de iniciativas educacionais.
Manutenção	
No nível organizacional, verificou-se a continuidade do programa nos centros de saúde. As condições estruturais (recursos humanos e físicos) que contribuem para a manutenção do programa foram exploradas em entrevistas estruturadas.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ O programa foi promovido de forma independente pelas equipes do centro de saúde por mais 4 meses após a intervenção. ➤ Decorridos esses 4 meses, com base no relato dos profissionais de saúde, optou-se pela suspensão do Programa devido ao aumento da

Método	Resultados
<p>As seguintes perguntas foram feitas: O projeto continuou após o término da intervenção de 6 meses quando a equipe de pesquisa se retirou? Em caso negativo, quais foram as principais dificuldades?</p> <p>No nível individual, a AF dos participantes foi analisada após 6 meses de intervenção usando a mesma metodologia aplicada para o domínio de efetividade. Mudanças comportamentais foram determinadas, comparando-se esses dados com T0 e T2, bem como com o grupo controle.</p>	<p>carga horária e baixa frequência das sessões, além das limitações de infraestrutura e recursos humanos na dinâmica operacional dos centros.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Os profissionais também relataram falta de tempo para executar e liderar o Programa considerando suas demais atividades operacionais nos centros de saúde. ➤ A baixa adesão dos participantes imediatamente após a intervenção de 6 meses levou à desmotivação dos profissionais de saúde que decidiram não continuar a atividade.

Fonte: elaboração própria. Nota: AF - atividade física; AFL - atividade física no lazer; AFL - atividade física total no lazer; IPAQ - Questionário Internacional de Atividade Física.

5.2.2. Avaliação da efetividade de intervenções para promoção de atividade física

Benedetti e colaboradores (2020)¹⁴ conduziram um ensaio randomizado com o objetivo de avaliar o potencial dos centros de saúde comunitários para a oferta de duas intervenções de promoção da atividade física para idosos:

(1) Grupo de exercícios tradicionais (GET), cujas aulas foram ministradas três vezes por semana, com duração de 60 minutos, durante doze semanas, incluindo aquecimento de 5 a 10 minutos, 25 minutos de exercícios aeróbicos a 50–80% do máximo de potência aeróbica, treinamento de resistência por 20 minutos e um desaquecimento de 5 minutos.

(2) Grupo de mudança comportamental (GMC) cujo programa foi adaptado de *Active Living Every Day* (ALED) e estruturado em doze reuniões semanais de 1,5-2 horas de duração, incluindo uma série de tópicos relacionados à mudança de comportamento com o objetivo de alcançar um estilo de vida mais ativo.

(3) Grupo controle (GC) sem nenhuma intervenção, com orientação para continuar suas atividades de rotina. Ao término da avaliação pós-randomização, os participantes deste grupo receberam a oferta de participação nas aulas de exercícios tradicionais.

No Quadro 4 pode-se observar os seguintes resultados: o alcance do programa foi baixo; no GMC houve redução do comportamento sedentário, mantido após 3 e 9 meses; no GMC houve aumento da atividade física moderada a vigorosa, mantido após 3 meses do programa; no GMC, após 9 meses, houve melhoria da qualidade de vida. Por outro lado, não houve diferença em nenhum dos três grupos em relação ao índice de massa corporal. Observou-se também uma redução da atividade física moderada a vigorosa nos GET e GC após 3 meses do programa. O programa foi aprovado pela Secretaria Municipal da Saúde, aceito por dois de cinco distritos de saúde e seis dos dezoito centros de saúde. A implementação foi adequada para a maioria dos itens do programa, todavia os gestores consideraram o processo custoso.

Quadro 4. Aplicação do framework RE-AIM: método e resultados do estudo de Benedetti et al. (2020)¹⁴.

Método	Resultados
Alcance	
<p>O alcance foi avaliado por meio de dados quantitativos de recrutamento, taxa de participação e representatividade da população. Para calcular a taxa de participação, foi usado o número de participantes presentes na avaliação inicial, dividido pelo número de indivíduos potencialmente elegíveis para o programa.</p> <p>Barreiras e facilitadores foram avaliados qualitativamente. Entrevistas com funcionários de centros de saúde e administradores municipais buscaram entender suas percepções sobre os participantes idosos, centros de saúde e fatores do programa que poderiam ter influenciado o alcance.</p> <p>Perguntas incluídas: Após a divulgação do projeto, quantos idosos compareceram para a primeira reunião? Quantos idosos completaram toda a avaliação inicial (por exemplo, realizaram o teste físico e responderam ao questionário)? Quantos idosos participaram dos programas a uma taxa > 75% de atendimento? Quantos idosos abandonaram os programas, o que significa assistir a três ou menos sessões?</p>	<p>114 indivíduos completaram a avaliação inicial, representando um alcance de 11,5%. Quase metade (49%) dos participantes compareceu a pelo menos 75% das sessões. Os casos de abandono ocorreram principalmente nas primeiras três semanas do estudo (42%). O Grupo de Exercícios Tradicionais (GET) apresentou maior alcance (15,3%), seguido de 12,1% do Grupo de Mudança Comportamental (GMC) e grupo controle (8,1%).</p> <p>As barreiras de alcance do programa foram:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ instabilidades no âmbito do sistema que muitas vezes levam a um apoio inconsistente para os serviços de saúde. ➤ resistência dos idosos à mudança. ➤ falta de familiaridade do profissional de saúde com os programas de mudança de comportamento no momento do recrutamento. ➤ programa inovador, de difícil entendimento. <p>Os facilitadores apontados foram:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ médicos e outros profissionais de saúde encorajaram a participação do usuário. ➤ materiais do programa foram considerados atraentes. ➤ distribuição de folhetos e convites pessoais foram maneiras eficazes de alcançar os participantes.
Efetividade	
<p>Para avaliar a efetividade, medições de saúde e aplicação de questionários aos participantes foram realizados por pesquisadores treinados em dois períodos (linha de base e imediatamente após a intervenção). A avaliação incluiu inquérito sociodemográfico, avaliação da qualidade de vida, medidas antropométricas e participação em AF.</p> <p>Grupos focais (GF) foram conduzidos para entender as percepções dos participantes, por meio das seguintes perguntas: O que você achou do programa? Quais são seus pensamentos sobre o programa? Como você vê seu comportamento (ou seja, atividade física) depois de participar do programa? Você acha que está mais fisicamente ativo agora? O programa ajudou você a melhorar seu estilo de vida? E quanto à sua qualidade de vida, você percebeu alguma mudança?</p>	<p>Houve redução do comportamento sedentário após a intervenção para GCM. Este resultado foi mantido nas avaliações pós-intervenção de 3 e 9 meses.</p> <p>Os participantes do GCM aumentaram seu comportamento AFMV (atividade física moderada a vigorosa) na avaliação pós-programa e mantiveram seus níveis de participação em atividades físicas aos 3 meses pós-intervenção.</p> <p>Nem o GET, nem o Grupo Controle (GC) aumentaram seu AFMV, experimentando quedas significativas no AFMV ao longo do tempo.</p> <p>Nenhuma diferença foi observada entre os três grupos (GET, GCM e GC) e nenhum efeito do tempo foi observado no IMC.</p>

Método	Resultados
<p>Medições antropométricas: O peso foi medido com o auxílio de uma balança clínica. A estatura foi medida com estadiômetro. Os escores do IMC foram calculados e os participantes foram classificados como abaixo do peso (<18,5), peso normal (18,5–24,9) e com sobrepeso / obesidade (25,0 ou mais).</p> <p>Atividade física: A AF foi avaliada por acelerômetros e o software ActiLife® foi usado para analisar os dados. Cada participante foi orientado a usar o acelerômetro por sete dias consecutivos, retirando-o apenas para dormir, tomar banho ou realizar atividades envolvendo água. Os dados de atividade física foram incluídos apenas quando os participantes haviam acumulado um mínimo de 10 horas / dia de registro, por pelo menos quatro dias, incluindo um dia de fim de semana.</p> <p>Qualidade de vida: A qualidade de vida foi avaliada pelo instrumento <i>World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)</i> composto por 26 itens, que medem os seguintes domínios amplos: saúde física, saúde psicológica, relações sociais e meio ambiente. Utilizou-se também o questionário WHOQOL-OLD para avaliar a qualidade de vida de idosos, composto por 24 itens que medem os seguintes domínios: habilidades sensoriais, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte/morrer, e intimidade.</p>	<p>Os participantes do GMC mostraram melhorias significativas na qualidade de vida (WHOQOL- BREF) aos 9 meses pós-intervenção em relação à linha de base.</p>
Adoção	
<p>A adoção foi avaliada com base nas informações do banco de dados do projeto sobre o interesse em adotar os programas, desde o nível distrital regional até a equipe dos centros de saúde públicos.</p> <p>Explorou-se a adoção do programa nos níveis hierárquicos do departamento de saúde, por meio de entrevistas e grupos focais.</p> <p>As seguintes questões foram utilizadas: Qual a sua opinião sobre o programa que foi implantado neste centro de saúde nos últimos três meses? Como o programa mudou a rotina do centro de saúde? O que você acha da formação e experiência dos profissionais do centro de saúde e o grau de confiança com que estão preparados para oferecer o programa? Os profissionais do centro de saúde dispõem de tempo suficiente para realizar o programa? Qual você acha que foi o aspecto mais interessante do programa? Como você vê os benefícios do programa? O que você</p>	<p>O programa foi aprovado pelo diretor da Secretaria Municipal de Saúde e pela gestão dos NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família).</p> <p>Três dos cinco distritos de saúde recusaram-se a participar devido a compromissos anteriores ou nenhum interesse no estudo.</p> <p>Dos 18 centros de saúde localizados nos dois distritos participantes, seis concordaram em participar do estudo.</p> <p>As alegações para a não participação foram: recusa de educadores de saúde por motivos de trabalho ou saúde (n = 5), centros de saúde com espaço físico insuficiente para oferecer os programas (n = 5) e recusa de profissionais (número não informado). As citações ilustraram a pesada carga de trabalho relatada pelas equipes do centro de saúde.</p>

Método	Resultados
acha do custo do programa?	
Implementação	
<p>Foram utilizadas as estratégias de implementação (por exemplo, treinamento) sugeridas pelos desenvolvedores do programa <i>Active Living Every Day</i> (ALED). O check-list da ALED inclui 24 questões de implementação abrangendo temas como fidelidade ao programa, conhecimento do instrutor, sala de aula, programação, atenção dos participantes, assiduidade, entre outros. A implementação dos programas foi avaliada duas vezes em cada local do programa por dois observadores independentes.</p> <p>Entrevistas e grupos focais com funcionários de centros de saúde buscaram entender suas percepções sobre a implementação do programa, por meio das perguntas: Como foi ensinar o programa? O que foi mais difícil e desafiador? O que foi fácil? O que você acha que motiva a participação dos adultos mais velhos?</p>	<p>A avaliação de todos os itens atingiu em média 98% de fidelidade.</p> <p>O custo estimado por participante por três meses do programa GMC foi de 65 reais, enquanto o do GET foi de 50 reais por mês.</p> <p>No geral, 47% dos participantes do GET compareceram a pelo menos 75% das sessões, em comparação com 27,3% dos participantes do GMC.</p> <p>Os gestores consideraram que os programas foram custosos.</p>
Manutenção	
<p>Com relação à manutenção, o foco foi no nível individual.</p> <p>Uma coleta de dados semelhante à do domínio efetividade, foi realizada aos 3 e 9 meses após a conclusão da intervenção.</p>	<p>A redução do comportamento sedentário foi mantida nas avaliações pós-intervenção de 3 e 9 meses.</p> <p>Os participantes do GMC aumentaram seu comportamento AFMV (atividade física moderada a vigorosa) na avaliação pós-programa e mantiveram seus níveis de participação em atividades físicas aos 3 meses pós-intervenção.</p> <p>Nem o GET, nem o GC aumentaram seu AFMV, experimentando quedas significativas no AFMV ao longo do tempo ($P < 0,05$).</p> <p>Nenhuma diferença foi observada entre os três grupos e nenhum efeito do tempo foi observado no IMC.</p> <p>Os participantes do GMC mostraram melhorias significativas na qualidade de vida aos 9 meses pós-intervenção em relação à linha de base.</p>

Fonte: elaboração própria. Nota: AF - atividade física; AFMV - atividade física moderada a vigorosa; ALED - “Active Living Every Day”; GET - grupo de exercícios tradicionais (Traditional Exercise Group); GC - grupo controle; GF - grupos focais; GMC - grupo de mudança comportamental (Behavioral Change Group); IMC - índice de massa corporal; NASF - núcleo de apoio à saúde da família.

5.2.3. Avaliação da efetividade de intervenção sobre obesidade infantil

Lew e colaboradores (2019)¹⁷ conduziram um estudo piloto de implementação, com o objetivo de avaliar os componentes críticos de uma intervenção em obesidade infantil na

atenção primária.

Dieta, exercício e vida cotidiana foram os principais componentes da intervenção, que consistiu em dez sessões conduzidas por um médico de cuidados primários. O esperado era um intervalo de 2-3 semanas entre as três primeiras sessões e 2-6 semanas após a terceira sessão.

Em cada consulta seria abordado um assunto: atividades de lazer, hábitos de compra de alimentos ou hábitos alimentares obtidos por meio de questionário, pequenos trabalhos de casa como escrever um diário alimentar ou exercícios físicos, e um breve aconselhamento sobre o assunto pelo provedor de cuidados primários.

Pais e filhos foram questionados sobre hábitos nutricionais e de exercícios, vida cotidiana, motivação e qualidade de vida. As crianças visualizaram seu progresso por meio de registro em um gráfico.

No Quadro 5 observa-se que o alcance variou conforme o objetivo em cada nível, a intervenção foi efetiva em algumas medidas, porém foi inefetiva em outras, a implementação foi adequada e houve uma aceitação e manutenção consideráveis por parte de pacientes e profissionais durante e após o término do programa.

Quadro 5. Aplicação do framework RE-AIM: método e resultados do estudo de Lew et al. (2019)¹⁷.

Método	Resultados
Alcance	
<p>Nível de usuários: contou-se o número de crianças que foram selecionadas, de crianças com sobrepeso, de crianças que receberam um folheto informativo sobre o programa e de crianças incluídas no estudo de intervenção.</p> <p>Nível de médicos: contou-se o número de médicos convidados a participar do estudo e o número de médicos participantes.</p>	<p>Nível de usuários:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 864 crianças de 6 a 8 anos de idade tiveram sua altura, peso e índice de massa corporal (IMC) medidos; ➤ 65 crianças (7,5%) apresentavam sobrepeso e obesidade. ➤ 52 (80%) das crianças com sobrepeso receberam um folheto informativo e informações de contato para os médicos que ofereceram o programa de intervenção; ➤ 13 (20%) das crianças com sobrepeso não receberam folheto informativo, geralmente por estarem desinteressados ou por haver barreira de idioma; ➤ 26 crianças foram incluídas neste estudo: 40% foram identificadas com excesso de peso durante o processo de triagem e, destas, 50% receberam um folheto informativo sobre o programa. <p>Nível de médicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 320 clínicos gerais e 74 pediatras foram contatados para participar do estudo; ➤ 38 estavam dispostos a participar: 22 clínicos (6,8%) e 16 pediatras (21,6%); ➤ 14 médicos incluíram crianças no estudo.

Metodologias de monitoramento de ações de Promoção da Saúde na APS

Método	Resultados
Efetividade	
<p>Foram medidas as mudanças no escore z do IMC, relação cintura / altura, hábitos nutricionais, hábitos de exercícios, consumo de mídia (TV / DVD, internet e uso de computador) e qualidade de vida.</p> <p>O questionário de qualidade de vida consistiu em 15 questões, algumas sobre qualidade de vida geral e outras sobre qualidade de vida específica para peso.</p> <p>Os médicos registraram peso, altura e IMC nas consultas 2, 4, 6, 8 e 10. Posteriormente, calculou-se o escore z do IMC (ajustado para sexo, idade e assimetria de distribuição) usando o software AnthroPlus da OMS.</p> <p>A circunferência da cintura foi registrada nas consultas 2 e 10.</p> <p>Os hábitos nutricionais e de exercícios, o consumo de mídia e a qualidade de vida foram registrados em questionários nas consultas 1, 6 e 10.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ O escore z do IMC diminuiu significativamente (5,4%), assim como a relação cintura-altura (2,8%) desde o início até a conclusão do estudo. ➤ Houve aumento de IMC e peso. ➤ As crianças comeram menos doces e lanches, consumiram menos mídia e fizeram mais exercícios. A qualidade de vida específica para o peso também melhorou um pouco. ➤ A ingestão de bebidas açucaradas não diminuiu e não houve melhora em outras categorias de qualidade de vida.
Adoção	
<p>Descreveram-se as características das crianças e médicos participantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 26 crianças foram incluídas no estudo, sendo 12 meninos e 14 meninas. ➤ 1 criança estava entre o percentil 90 e 97 do IMC, 7 estavam entre o percentil 97 e 99 e 18 estavam no percentil > 99. ➤ Dos 14 médicos participantes, 9 eram pediatras e 5 clínicos gerais.
Implementação	
<p>Foram contabilizadas as consultas realizadas.</p> <p>Observou-se se o IMC foi medido com a frequência pretendida.</p> <p>Foi determinado quem cobriu os custos da intervenção.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Embora a intervenção tenha compreendido 10 consultas, o número médio de consultas foi de 8. ➤ O IMC foi medido regularmente a cada duas consultas, em 92% dos pacientes. ➤ O seguro saúde cobriu o custo da intervenção para todo o programa. ➤ Os médicos receberam dos organizadores do estudo um adicional financeiro quando devolveram a documentação do estudo.
Manutenção	
<p>As crianças que desistiram do estudo foram contabilizadas e determinados os motivos da desistência.</p> <p>Determinou-se a porcentagem de pais que recomendariam o programa a outros pais e a porcentagem de médicos que recomendariam o</p>	<p>Nível de usuários</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dos 26 pacientes, 9 (35%) interromperam o programa antes de chegar a 10 consultas. ➤ Seis não relataram o motivo para desistência e não puderam ser contatados. ➤ A família de uma criança mudou-se para um local diferente, mas sentiu que o programa tinha

Método	Resultados
<p>programa aos colegas.</p> <p>Os médicos foram acompanhados por meio de contato telefônico, dois anos após o término do estudo, para ver se eles continuaram a usar componentes da intervenção ou a modificaram.</p>	<p>ajudado a criança.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Outra família disse que o programa dava muito trabalho e que tinham dificuldade em seguir as recomendações. ➤ Uma família sentiu que o programa não os ajudou. ➤ Ao final do programa (consulta 10), 92% dos pais que preencheram o questionário (12 de 13 pais) disseram que recomendariam o programa a outros pais de crianças com sobrepeso. ➤ Na consulta 6, esse percentual havia sido de 85%, incluindo uma família que desistiu posteriormente do programa. <p>Nível de profissionais</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Foram acompanhados 12 dos 14 médicos, dos quais 10 (83%) disseram que recomendariam este programa aos colegas. ➤ Esse percentual é semelhante ao que o recomendaria imediatamente após o estudo (86%). ➤ Metade dos médicos participantes (7/14) relatou que ainda utilizava componentes do programa de intervenção. Alguns haviam modificado o programa original. ➤ Três médicos realizaram consultas menos frequentes, um médico fez consultas mais longas e um utilizou a estrutura e as ideias do programa.

Fonte: elaboração própria. Nota: IMC - índice de massa corporal; TV - televisão; DVD - *digital video disc*; OMS - Organização Mundial da Saúde.

5.2.4. Avaliação da efetividade de intervenção sobre estilo de vida

Thomas e colaboradores (2014)¹⁹ realizaram um estudo quase experimental, com o objetivo de avaliar o impacto em longo prazo de uma intervenção coordenada para promoção do estilo de vida saudável.

A intervenção, com abordagem de equipe multidisciplinar em ambiente de atenção primária, envolveu a triagem de comportamentos de risco, oferta de conselhos breves e, quando necessário, encaminhamento para membros da equipe multidisciplinar especializada em promoção de estilo de vida.

O impacto da intervenção foi investigado após 3 e 5 anos. Os autores fizeram as seguintes considerações a respeito das dimensões combinadas¹⁹:

- Os resultados foram consistentes ao longo do tempo em relação a todos os desfechos.
- O alcance de pacientes ou adoção entre a equipe não ocorreu em uma taxa mais alta nos centros de intervenção em comparação com os centros de controle no acompanhamento de 3 ou 5 anos.

Metodologias de monitoramento de ações de Promoção da Saúde na APS

- A equipe de intervenção foi inicialmente mais positiva na maioria dos resultados de efetividade, mas apenas dois dos oito itens permaneceram significativos no acompanhamento de 5 anos. Esses dois itens mostraram que a promoção do estilo de vida saudável é priorizada e que há competência suficiente no centro com relação à promoção do estilo de vida saudável.
- A intervenção foi implementada de forma consistente com o protocolo original, que incluiu oportunidades estruturais para cuidados coordenados. No entanto, os procedimentos de encaminhamento para promoção do estilo de vida foram usados de forma inconsistente pela equipe.

No Quadro 6 são apresentados o método e os resultados alcançados por meio da aplicação da estrutura RE-AIM.

Quadro 6. Aplicação do framework RE-AIM: método e resultados do estudo de Thomas et al. (2014)¹⁹.

Método	Resultados
Alcance	
<p>O alcance foi avaliado usando dados de uma pesquisa nacional sueca, na qual uma amostra aleatória de pacientes com idade igual ou superior a 16 anos que visitaram centros de atenção primária foi convidada a responder à pesquisa. Foram convidados 300 pacientes por centro de atenção primária.</p> <p>A proporção de pacientes que receberam ações de promoção de estilo de vida saudável nos últimos seis meses foi coletada por meio de questionário.</p> <p>A pergunta "O médico ou outra equipe discutiu [o comportamento do estilo de vida] com você?" foi repetida para hábitos alimentares, atividade física, consumo de tabaco e álcool.</p> <p>Havia três opções de resposta por comportamento de estilo de vida: (1) sim, na visita atual; (2) sim, em uma visita durante os últimos 6 meses; e (3) não. As respostas (1) e (2) foram consideradas como pacientes que receberam promoção de estilo de vida.</p> <p>Dois itens sobre idade e sexo foram incluídos para investigar as características dos respondentes.</p>	<p>Para todos os comportamentos de estilo de vida combinados, uma proporção significativamente maior de pacientes em centros de controle, em comparação com centros de intervenção, recebeu promoção de estilo de vida no acompanhamento de 3 anos, mas não no acompanhamento de 5 anos.</p> <p>No acompanhamento de 3 anos, diferenças significativas permaneceram apenas para a promoção da atividade física ao analisar comportamentos de estilo de vida ajustados separadamente para um efeito de agrupamento de centros.</p> <p>No acompanhamento de 5 anos, os números mostram que os pacientes nos centros de controle receberam, significativamente, com mais frequência ações de promoção de estilo de vida para todos os comportamentos, exceto para aconselhamento sobre tabagismo.</p>
Efetividade	
<p>Atitudes autorreferidas e competência da equipe em relação à promoção de estilo de vida saudável e ao modelo de atenção coordenada, foram coletadas por meio de questionário.</p> <p>Todos os funcionários com contato com os pacientes</p>	<p>Diferenças significativas foram encontradas entre os centros de intervenção e controle para cinco dos oito itens de competência e atitude no acompanhamento de 3 anos e para dois itens no acompanhamento de 5 anos.</p>

Método	Resultados
<p>nos centros participantes (médicos, profissionais de enfermagem, nutricionistas e terapeutas comportamentais) foram convidados a preencher o questionário da equipe.</p> <p>A efetividade foi avaliada por meio de atitudes autorreferidas e competência entre os funcionários em relação à prática de promoção do estilo de vida. Oito itens foram usados com uma escala de resposta de quatro pontos (de 1 = concordo totalmente a 4 = discordo totalmente) e a alternativa “não sei”.</p>	<p>Nos acompanhamentos de 3 e 5 anos, a equipe de intervenção foi significativamente mais propensa a concordar que as questões relativas à promoção de estilo de vida saudável são priorizadas em seu centro e que há competência suficiente (conhecimento, habilidades) para gerenciar a promoção do estilo de vida.</p>
Adoção	
<p>Por meio de um questionário foi analisada a proporção de funcionários que se envolveram na prática de promoção de estilo de vida saudável, incluindo o encaminhamento de pacientes para uma equipe especializada diariamente.</p> <p>Todos os funcionários com contato com os pacientes nos centros participantes (médicos, profissionais de enfermagem, nutricionistas e terapeutas comportamentais) foram convidados a preencher o questionário da equipe.</p> <p>A adoção foi avaliada por meio de dois itens: (1) Com que frequência você pergunta aos pacientes sobre seus comportamentos de estilo de vida (atividade física, hábitos alimentares e consumo de tabaco ou álcool? (2) Com que frequência você encaminha os pacientes para profissionais especializados em promoção de estilo de vida?</p> <p>As opções de resposta para todos os itens foram (1) diariamente, (2) uma vez / várias vezes por semana, (3) uma / várias vezes por mês, (4) menos frequentemente e (5) nunca.</p> <p>Adoção de promoção de estilo de vida foi definida como prática diária, porém a prática semanal também foi relatada.</p>	<p>Perguntar diariamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Não foram encontradas diferenças significativas entre os centros intervenção e controle em qualquer acompanhamento em relação à prática diária de promoção do estilo de vida. ➤ No acompanhamento de 3 anos, 47% da equipe de intervenção e 59% da equipe de controle relataram que perguntavam aos pacientes sobre seus estilos de vida diariamente. ➤ No acompanhamento de 5 anos, esses números foram 36% e 45% para os centros intervenção e controle, respectivamente. <p>Encaminhamento a especialistas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tanto a equipe de intervenção quanto de controle encaminharam os pacientes para outras profissões especializadas em promoção de estilo de vida. ➤ No acompanhamento de 3 anos, 27% da equipe de intervenção e 31% da equipe de controle fizeram isso semanalmente. ➤ No acompanhamento de 5 anos, 25% da equipe de intervenção e 21% da equipe de controle fizeram isso semanalmente.
Implementação	
<p>Todos os gerentes (gerentes de prática e gerentes de equipe de estilo de vida) dos seis centros foram convidados e participaram de entrevistas individuais realizadas por telefone.</p> <p>Um roteiro de entrevista estruturado foi utilizado com base no protocolo da equipe de estilo de vida.</p> <p>Foram incluídas quatro questões fechadas que</p>	<p>Em termos do protocolo original, as equipes de estilo de vida foram implementadas nos centros de intervenção em 2011 e ainda existiam em 2013.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Todos os três centros de intervenção implementaram estruturas de equipes multidisciplinares de estilo de vida, gestores de equipe, reuniões regulares de equipe e procedimentos de encaminhamento.

Método	Resultados
<p>representavam o conteúdo do protocolo: equipes multiprofissionais, chefes de equipe, reuniões regulares de equipe e procedimentos de encaminhamento interno.</p> <p>Outras oito questões abertas foram feitas para explorar o grau de implementação em relação às equipes (tamanho, profissões incluídas e o que foi discutido nas reuniões); desenvolvimento da equipe (significado das equipes, revisão e divulgação dos objetivos da equipe); e procedimentos de encaminhamento (disseminação e uso dentro da equipe).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ O tamanho da equipe variou entre 2011 e 2013: equipe A (6 e 7 membros), equipe B (10 e 15 membros) e equipe C (10 e 11 membros). ➤ A maioria dos membros da equipe era composta por mulheres, mas todas as equipes tinham 1 ou 2 homens. ➤ As profissões incluídas foram: terapeutas comportamentais, nutricionistas, enfermeiras distritais, enfermeiras especializadas e gerentes de prática. Duas equipes também incluíam médicos (A e B) e secretários médicos (B e C). ➤ As reuniões da equipe proporcionaram a oportunidade de compartilhar conhecimento e discutir eventos atuais e melhorias no projeto. ➤ Tópicos concretos como dias temáticos e delegação de tarefas também foram discutidos. ➤ Quanto ao grau de implementação, as estruturas para os procedimentos de encaminhamento foram criadas, mas utilizadas de forma inconsistente entre os funcionários. ➤ As equipes de estilo de vida foram relatadas como o veículo para impulsionar o trabalho de promoção do estilo de vida e um fórum importante para a troca de conhecimento.
Manutenção	
<p>Alcance, eficácia, adoção e resultados de implementação cinco anos após as equipes de estilo de vida terem sido implementadas, foram avaliadas por meio dos questionários com pacientes e equipes e entrevistas com gerentes.</p>	<p>Os resultados mostram que as equipes de estilo de vida tiveram impacto limitado na taxa de promoção do estilo de vida quando comparadas com os centros de controle.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pelo menos cerca de 25% dos pacientes receberam promoção de estilo de vida em ambos os centros de intervenção e controle. ➤ As diferenças conceituais entre a equipe de intervenção e controle diminuíram no acompanhamento de 5 anos. ➤ Apenas uma atitude e um item de competência tiveram concordância significativamente maior nos centros de intervenção em comparação com os centros de controle: como a promoção do estilo de vida foi priorizada no centro e se havia competência suficiente em relação à promoção do estilo de vida saudável. ➤ Considerando que essas diferenças foram resilientes ao longo do tempo, eles sugerem que as equipes de estilo de vida tiveram um impacto sobre esses aspectos. Dados da entrevista mostraram que as equipes de estilo de vida tiveram um papel importante no nível central, impulsionando o trabalho de promoção do estilo de vida. ➤ As equipes de estilo de vida podem ter oferecido oportunidades concretas para a prática de promoção do estilo de vida (por exemplo,

Metodologias de monitoramento de ações de Promoção da Saúde na APS

Método	Resultados
	<p>recursos de referência) e contribuído para apoiar as condições no nível central (por exemplo, senso compartilhado de competência). Embora os resultados sugiram que as equipes de estilo de vida reduziram as barreiras institucionais, as equipes não tiveram nenhum impacto adicional no comportamento da prática quando comparadas com os centros de controle.</p> <p>Uma equipe de estilo de vida ou intervenção semelhante teria que ser combinada com intervenções destinadas a visar as barreiras inter-relacionais da prática.</p> <p>As equipes de estilo de vida foram implementadas de acordo com o conteúdo do protocolo original. No entanto, os dados da entrevista sugeriram que os funcionários usaram os procedimentos de encaminhamento de forma inconsistente.</p> <p>A pesquisa mostrou que a implementação de componentes estruturais não resulta necessariamente em cuidados coordenados, o que requer o comprometimento de todos os grupos de funcionários.</p>

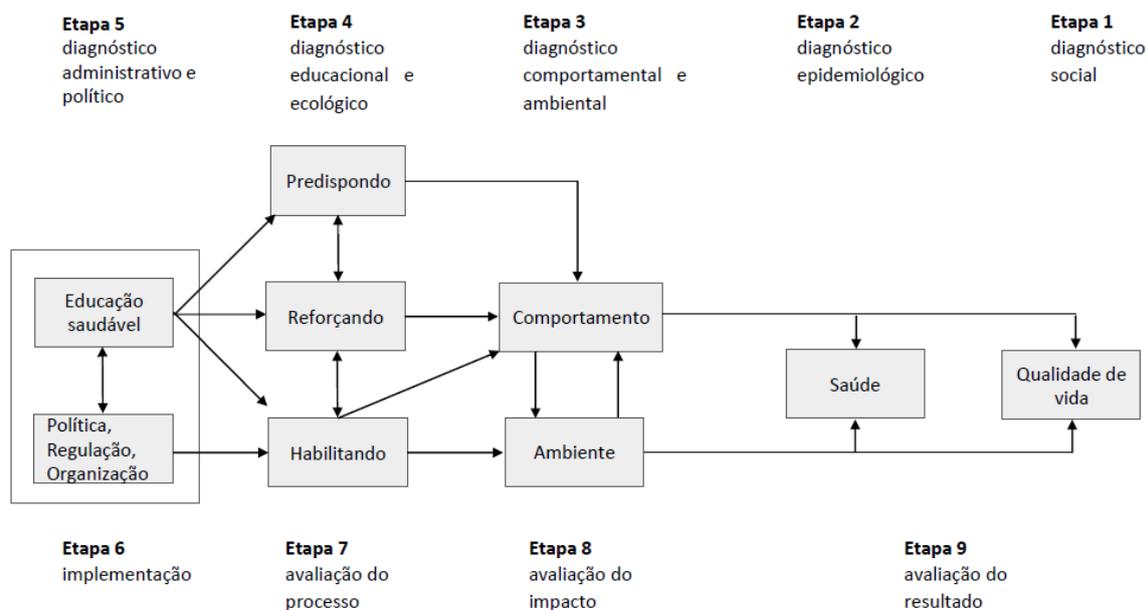
Fonte: elaboração própria.

5.3. FRAMEWORK OU ESTRUTURA PRECEDE-PROCEED

O modelo de planejamento PRECEDE-PROCEED⁶ é uma abordagem ecológica para a promoção da saúde, que incorpora dois aspectos-chave da intervenção: (1) planejamento e (2) avaliação. Este modelo tem como proposta orientar o planejador do programa a pensar logicamente sobre o ponto final desejado e trabalhar “do fim para o começo” para atingir essa meta.

A figura 1 expõe as etapas do modelo. A fase PRECEDE abarca as etapas de 1 a 4 e se traduz como Predispondo, Reforçando e Habilitando Construtos em Diagnóstico e Avaliação Educacional/Ambiental (*Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational/environmental Diagnosis and Evaluation*). A fase PROCEED inicia-se na etapa 5 e refere-se a Política, Regulação e Construtos Organizacionais em Desenvolvimento Educacional e Ambiental (*Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development*).

Figura 1. Etapas PRECEDE-PROCEED



Fonte: Adaptado de Crosby & Noar (2011)⁶.

O *framework* PRECEDE-PROCEED auxilia na implementação de intervenções no campo da saúde e avalia seus impactos utilizando-se de nove etapas: (1) diagnóstico social, (2) diagnóstico epidemiológico, (3) diagnóstico comportamental e ambiental, (4) diagnóstico educacional e ecológico, (5) avaliação administrativa e política, (6) implementação, (7) avaliação do processo, (8) avaliação do impacto e (9) avaliação do resultado⁶.

Crosby e Noar (2011)⁶ utilizam o tema saúde bucal para ilustrar as etapas e exemplos de planejamento e avaliação do modelo PRECEDE-PROCEED (Quadro 7).

Quadro 7. Etapas de planejamento e avaliação do modelo PRECEDE-PROCEED⁶.

TAREFAS	EXEMPLOS
PRECEDE Etapa 1: Diagnóstico social	
<p>Fazer perguntas e dar resposta às principais perguntas relacionadas ao problema de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quanto as pessoas valorizam seus dentes, incluindo aspectos superficiais (por exemplo, brancura), bem como aspectos de saúde (por exemplo, cáries)? • Como é a cultura em termos de alimentação, higiene bucal, atitudes quanto aos cuidados dentários, crenças sobre a prevenção de problemas de saúde bucal, etc.? • Os profissionais de odontologia são confiáveis? Por que sim ou por que não? • Quais são as principais barreiras que impedem as pessoas de proteger sua saúde bucal e quais são os fatores de risco predominantes? • Quem são os prováveis líderes comunitários com quem você pode trabalhar para alavancar os esforços iniciais de mudança? • Qual é a proporção de pessoas da comunidade que possuem seguro odontológico? • Quantos prestadores de serviços odontológicos existem por 1.000 residentes? • Como um conselho consultivo comunitário (CAB) pode ser desenvolvido e mantido para ajudar a melhorar esta área de saúde?
PRECEDE Etapa 2: Diagnóstico epidemiológico	
<p>Criar objetivos mensuráveis e limitados no tempo relacionados à saúde. O sucesso do programa será, em última análise, julgado por esses objetivos.</p>	<p>Até o ano de 2015, o número de pessoas que vivem na comunidade com diagnóstico de doença periodontal será reduzido em 30%.</p>
PRECEDE Etapa 3: Diagnóstico comportamental e ambiental	
<p>Identificar os principais fatores ambientais e comportamentais; estes serão sub-objetivos que direcionam o planejamento para atividades de intervenção.</p>	<p>Ambientais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de 6 meses, reduzir em 50% o número de painéis publicitários, pôsteres e anúncios na mídia local que promovem o uso de tabaco sem fumaça. • Dentro de 6 meses, fornecer fio dental gratuito a pelo menos 75% das drogarias, salões de cabeleireiro, bancos e outros locais públicos comumente visitados. • Dentro de 6 meses, fornecer “redes de segurança” para pessoas sem seguro saúde e ajudar aqueles que têm seguro a pagar pelos custos diretos associados à consulta com dentista. <p>Comportamentais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Em 12 meses, dobrar a prevalência de uso do fio dental entre residentes da comunidade de todas as idades. • Em 9 meses, reduzir em 30% o consumo de bebidas com alto teor de sacarose. • Em 12 meses, reduzir em 50% o consumo de produtos de tabaco sem fumaça.
PRECEDE Etapa 4: Diagnóstico educacional e ecológico	
<p>Desenvolver um plano exclusivo para atingir cada sub-objetivo da etapa 3. Considerar fatores de predisposição, reforço e</p>	<p>Ambientais (fatores facilitadores):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Construir uma coalizão de cidadãos interessados para fazer lobby junto ao governo local para impor restrições ao número permitido de painéis publicitários, pôsteres e anúncios na mídia local que promovam o uso de tabaco sem fumaça.

Metodologias de monitoramento de ações de Promoção da Saúde na APS

<p>habilitação e aplicar a teoria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Distribuir suprimentos de fio dental a pelo menos 75% das drogarias, salões de cabeleireiro, bancos e outros locais públicos comumente visitados. • Fornecer acesso gratuito a atendimento odontológico para pessoas que ganham menos de 20.000 dólares ao ano e apoiar aqueles que estão nesta faixa de renda e que investem recursos próprios. <p>Comportamentais (fatores predisponentes):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver e implementar uma campanha de marketing social “boca saudável, corpo saudável” com foco no uso de fio dental, consumo de bebidas não açucaradas e eliminação do uso de produtos de tabaco. • Usar a Teoria Cognitiva Social como base para o esforço de marketing social; focalizar as mensagens no aumento das expectativas de resultados positivos desses comportamentos, reduzindo as expectativas de resultados negativos dos comportamentos e construindo a autoeficácia para se envolver nesses comportamentos.
PROCEED Etapa 5: Diagnóstico administrativo e político	
<p>Avaliar a capacidade e os recursos disponíveis para implementar programas e políticas de mudança, de modo que os sub-objetivos da etapa 4 possam ser cumpridos.</p>	<p>Política, regulação, estruturas organizacionais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a capacidade e organizar recursos e apoio para lobby junto ao governo local, distribuição de fio dental e atendimento odontológico para indivíduos de baixa renda. <p>Comportamento de saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a capacidade e organizar os recursos para o esforço de marketing social.
PROCEED Etapa 6: Implementação	
<p>Elaborar e finalizar o plano de avaliação do programa antes de sua implementação.</p>	<p>Detalhar o plano de implementação, incluindo atividades de avaliação de processos, impactos e resultados.</p>
PROCEED Etapa 7: Avaliação do processo	
<p>Monitorar o programa para garantir a fidelidade aos seus planos . Fornecer feedback corretivo quando mudanças são necessárias</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A coalizão de cidadãos está fazendo lobby junto ao governo local? O que poderia ser feito melhor? • O plano de fornecer fio dental a pelo menos 75% das drogarias, salões de cabeleireiro, bancos e outros locais públicos comumente visitados está sendo executado? • Nesses locais, o fio dental está sendo colocado onde os clientes podem vê-los? Os clientes estão usando o fio dental distribuído gratuitamente? Quanto fios estão sendo levados por cliente e por dia? • Um programa está sendo criado para fornecer acesso gratuito a atendimento odontológico para pessoas que ganham menos de 20.000 dólares ao ano? • A campanha de marketing social “boca saudável, corpo saudável” está sendo implementada conforme planejada? • O público-alvo está sendo exposto de forma significativa às mensagens da campanha?
PROCEED Etapa 8: Avaliação do impacto	
<p>Avaliar se os sub-objetivos comportamentais e ambientais (desenvolvidos na etapa 3) foram</p>	<p>Ambiental</p> <ul style="list-style-type: none"> • O fio dental está sendo fornecido a pelo menos 75% das drogarias, salões de cabeleireiro, bancos e outros locais públicos comumente visitados? • Estão sendo impostas novas restrições ao número permitido de painéis

atendidos.	<p>publicitários, pôsteres e anúncios na mídia local que promovem o uso de tabaco sem fumaça?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Há acesso gratuito a cuidados dentários para pessoas que ganham menos de 20.000 dólares ao ano? Com que frequência as pessoas estão aproveitando esse novo programa? <p>Comportamental</p> <ul style="list-style-type: none"> • As pessoas estão melhorando seu comportamento de usar fio dental, reduzir a ingestão de bebidas com alto teor de sacarose, reduzir o uso de produtos de tabaco sem fumaça, conforme declarado nas metas? • O que mostra uma avaliação rigorosa da campanha de marketing social?
PROCEED Etapa 9: Avaliação do resultado	
Avaliar se o programa teve o impacto pretendido na saúde pública.	Em 2015, o número de pessoas que vivem na comunidade com doença periodontal foi reduzido em 30%?

Fonte: Adaptado de Crosby & Noar (2011)⁶.

5.4. EXEMPLOS DE APLICAÇÃO DA ESTRUTURA PRECEDE-PROCEED

Dois estudos selecionados utilizaram o modelo para implementação e/ou avaliação de ações de promoção da saúde. Um estudo quase-experimental com foco em adesão ao tratamento e controle de hipertensão arterial sistêmica foi conduzido nas Filipinas¹⁵. Uma revisão sistemática realista, com foco em ações de promoção de atividade física, avaliou dez estudos em diferentes países: Austrália (n=1); Canadá (n=2); Espanha (n=1); Finlândia (n=1); Reino Unido (n=3); Suíça (n=2)¹⁶. A seguir são apresentadas sínteses desses estudos.

5.4.1. Avaliação da adesão ao tratamento e controle de hipertensão arterial sistêmica

Calano e colaboradores (2019)¹⁵ conduziram um estudo quase experimental, com o objetivo de determinar a efetividade de um programa de saúde com foco no conhecimento, adesão e controle da hipertensão arterial sistêmica (HAS) de adultos residentes na comunidade. O estudo foi realizado em uma comunidade rural, com a participação de cinquenta adultos hipertensos (60% mulheres), com idades de 40 a 59 anos.

A avaliação por meio do modelo PRECEDE-PROCEED indicou que o programa de saúde comunitário foi benéfico para os adultos com HAS, promovendo o conhecimento e adesão ao regime de tratamento e melhorando o controle da pressão arterial. Os autores relatam que o modelo foi aplicado apenas até a etapa 7, portanto os benefícios de longo prazo e a sustentabilidade do programa não podem ser garantidos (avaliados nas etapas 8 e 9). O quadro a seguir mostra o processo utilizado e alguns achados de cada etapa.

Quadro 8. Etapas e resultados investigados por Calano e colaboradores (2019)¹⁵.

Etapas e objetivos	Resultados
Etapa 1: Diagnóstico social	
<p>A avaliação social de adultos da comunidade teve como objetivo:</p> <p>(a) estabelecer a importância da saúde como parte do bem-estar para a melhor qualidade de vida das pessoas da referida comunidade por meio de um programa educacional.</p>	<p>Diagnóstico conforme o objetivo:</p> <p>(a) A situação de emprego desempenha um fator significativo no processo de tratamento, pois a preocupação com o trabalho resulta na incapacidade de tomar os medicamentos.</p>
Etapa 2: Diagnóstico epidemiológico	
<p>A avaliação da prevalência de HAS na comunidade, por meio do Sistema de Informação de Serviço de Saúde (<i>Field Health Service Information System - FHSIS</i>), teve como objetivos: (a) diminuir em 20% a taxa de morbidade por HAS na comunidade nos primeiros dois anos de implementação do programa. (b) estender o programa a outras comunidades adotadas pela instituição.</p>	<p>Diagnóstico conforme os objetivos:</p> <p>(a) O foco foi a HAS, considerando que é a principal causa de morbidade para pessoas entre 40-59 anos nas Filipinas, especialmente na comunidade rural.</p> <p>b) Não informado.</p>
Etapa 3: Diagnóstico comportamental e ambiental	
<p>A avaliação da adesão ao tratamento foi feita por meio da Escala de Conformidade de Pressão Alta (HBCS - <i>High Blood Pressure Compliance Scale</i>). A avaliação dos principais comportamentos e atitudes foi feita por meio de entrevistas com informantes.</p> <p>A avaliação de serviços de saúde foi feita por meio de pesquisa para-brisa (pesquisa informal em que o profissional de saúde dirige pela comunidade / área que está pesquisando e registra suas observações). Os objetivos foram:</p> <p>(a) aumentar a compreensão dos participantes sobre as técnicas de promoção da saúde e de prevenção de doenças para melhorar os resultados futuros da saúde.</p> <p>(b) 80% dos participantes irão realizar atividade física por pelo menos 30 minutos, 3 vezes por semana.</p> <p>(c) 50% dos participantes irão plantar vegetais e produtos da estação em seu quintal para um abastecimento saudável e econômico de produtos frescos após 3 meses.</p> <p>(d) A prevalência do consumo excessivo de álcool irá diminuir em 30%.</p> <p>(e) O consumo de alimentos com alto teor de gordura e açúcar irá diminuir em 40%.</p>	<p>Diagnóstico conforme os objetivos:</p> <p>(a) Quanto mais os participantes não experimentam sintomas alarmantes de sua doença, menos eles mantêm e utilizam tratamentos de saúde adequados.</p> <p>(b) Falta de equipamentos públicos que estimulem a atividade física.</p> <p>(c) Abundância de lojas de conveniência e padarias que são sua principal fonte de alimentação devido ao orçamento limitado.</p> <p>(d) Há muita exposição a um grande número de pontos de venda de álcool na comunidade, evidenciado pela disponibilidade de bebidas alcoólicas em quase todas as lojas nas proximidades; as sessões de consumo aparentes em cada esquina das ruas podem levar a uso de álcool por residentes e tornar-se fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.</p> <p>e) A maioria dos produtos vendidos na comunidade são <i>junk food</i> (alimentos ricos em caloria e pobres em nutrientes), macarrão instantâneo, produtos enlatados, doces, tortas e similares, levando a hábitos nutricionais inadequados e alimentação pouco saudável.</p>
Etapa 4: Diagnóstico educacional e ecológico	
<p>A avaliação de fatores predisponentes, precipitantes e reforçadores por meio de questionário padronizado, entrevistas com informantes e</p>	<p>Diagnóstico conforme os objetivos:</p> <p>(a) Os participantes estavam cientes e conhecedores do processo de adoecimento.</p>

Etapas e objetivos	Resultados
<p>pesquisa visual na comunidade rural, teve os seguintes objetivos:</p> <p>(a) Cognitivo: Ao final do programa, 80% dos participantes irão identificar as áreas do conhecimento a respeito da HAS.</p> <p>(b) Afetivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - melhorar em 25% -35% como eles cumprem seu regime de tratamento individual; - melhorar de 18% para 25% pessoas que se sentem satisfeitas com o modo como administram o que comem; - ao final do programa, 70% dos participantes irão acreditar que: o manejo da hipertensão deve ser um processo lento que eles podem influenciar; o estilo de vida saudável é importante para uma vida melhor; a atividade física é importante para manter um estilo de vida saudável. <p>(c) Psicomotor: ao final do programa, 60% estarão aptos a fazer escolhas saudáveis e se engajar em atividades físicas que promovam um coração mais saudável.</p>	<p>(b) Os participantes têm suas próprias crenças sobre a eficácia dos medicamentos tradicionais e suplementos alimentares.</p> <p>(c) O programa de tratamento da HAS encontrado na comunidade limitava-se à medição da pressão arterial e distribuição de medicamentos.</p> <p>(d) O apoio familiar foi a principal força motriz para que cumprissem a rotina atual.</p> <p>(e) Estiveram presentes agentes comunitários de saúde ou agentes de saúde, o que de certa forma os encorajou a participar ativamente de seu tratamento.</p> <p>(f) A maioria dos participantes não vai aos centros de saúde devido a vários fatores, como dificuldade de locomoção, agenda lotada e falta de preocupação com a condição atual.</p>
Etapa 5: Diagnóstico administrativo e político	
<p>As avaliações das políticas nacionais implementadas na comunidade e da alocação financeira do governo local para saúde na comunidade tiveram como objetivo:</p> <p>Ao final do programa, 100% dos participantes estarão aptos a utilizar os recursos disponíveis na comunidade para o manejo e tratamento da hipertensão.</p> <p>A colaboração com os funcionários e a unidade de saúde será bem estabelecida e as linhas de controle serão definidas.</p>	<p>Diagnóstico conforme o objetivo:</p> <p>(a) A disponibilidade e o fornecimento de medicamentos na comunidade não respondem constantemente à demanda das necessidades da comunidade e dependem da extensão do orçamento alocado dos setores superiores do governo.</p>
Etapa 6: Implementação	
<p>O programa foi composto por quatro sessões entregues com duas semanas de intervalo:</p> <p>(1) Monitoramento da pressão arterial: avaliação pré-programa de conhecimento, adesão e pressão arterial; educação em saúde sobre os fatos e mitos da HAS; e entrevista motivacional com planos preliminares individualizados de modificação do estilo de vida.</p> <p>(2) Educação direcionada à saúde: ensino de saúde sobre estilo de vida e entrevista motivacional com planos finais individualizados de modificação do estilo de vida.</p> <p>(3) Entrevistas motivacionais com planos individualizados de modificação do estilo de vida: ensino de saúde sobre medicamentos para HAS.</p> <p>(4) Visitas de casa em casa: avaliação pós-programa de conhecimento, adesão e pressão arterial.</p>	<p>Implementação conforme os objetivos:</p> <p>O programa foi implementado por dois meses.</p> <p>(1) O monitoramento da pressão arterial, primeiro componente do programa, foi realizado a cada sessão (intervalo de duas semanas) por dois membros da equipe por meio de esfigmomanômetro e estetoscópio aneróides calibrados.</p> <p>(2) As sessões de educação em saúde, segundo componente do programa, incluíram conteúdos direcionados a temas específicos identificados durante as fases do PRECEDE: fatos e mitos da hipertensão, modificação do estilo de vida, atividades físicas e medicamentos para hipertensão. Essas sessões foram ministradas a pequenos grupos, compostos de 8 a 10 entrevistados, por todos os membros da equipe, e materiais educacionais em</p>

Etapas e objetivos	Resultados
	<p>papel também foram distribuídos. Cada sessão durou aproximadamente 30-45 minutos. O conteúdo dos planos de educação em saúde foi avaliado por três especialistas em conteúdo antes de ser implantado.</p> <p>(3) Entrevistas motivacionais com planos individualizados de modificação do estilo de vida foram o terceiro componente de intervenção, que envolveu uma conversa informativa semelhante a uma entrevista, com foco no desenvolvimento de planos de modificação em seu estilo de vida, ingestão de medicamentos e regime de exercícios físicos. Esses planos foram desenvolvidos considerando o estilo de vida no momento da entrevista, condição da doença, medicamentos, recursos disponíveis e objetivos de saúde de curto prazo. Cada entrevista motivacional e desenvolvimento de plano durou aproximadamente 30 minutos, dependendo da disposição do entrevistado em compartilhar e receber informações.</p> <p>(4) As visitas de casa em casa, último componente do programa, foram realizadas para lembrar os entrevistados sobre a sessão agendada a cada duas semanas.</p>
Etapa 7: Avaliação do processo	
<p>Acompanhamento de conhecimento, adesão e pressão arterial na última sessão.</p>	<p>Os resultados mostraram que após o programa de dois meses houve melhoras substanciais na pressão arterial e adesão de adultos com HAS. Em contraste, o programa causou apenas uma pequena melhora nas pontuações de conhecimento dos entrevistados.</p>

Fonte: Elaboração própria. Nota: FHSIS - *Field Health Service Information System*; HBCS - High Blood Pressure Compliance Scale (Escala de Conformidade de Pressão Alta).

5.4.2. Avaliação de fatores que otimizam o aconselhamento de atividade física

Gagliardi e colaboradores (2014)¹⁶ conduziram uma revisão sistemática realista com o objetivo de examinar os fatores que otimizam o fornecimento e o impacto do aconselhamento de atividade física (AF) na atenção primária. As intervenções avaliadas nos dez estudos incluídos foram: aconselhamento de AF; aconselhamento associado com educação e prescrição de AF; aconselhamento médico de sessão única associado com aconselhamento de acompanhamento por médico ou especialista em AF, informações, ferramentas (diário de bordo, pedômetro) e / ou prescrição de AF. Esses estudos, realizados em serviços de cuidados primários de saúde, incluíram amostras de 120 a 9.853 participantes com idades de 16 a 92 anos.

A revisão utilizou apenas a Etapa 4 do modelo PRECEDE-PROCEED para categorizar as intervenções dos cinco ensaios clínicos randomizados (ECR) e dois estudos observacionais de

acordo com os construtos Predispondo, Reforçando e Habilitando (Figura 1). As intervenções das três revisões sistemáticas (RS) incluídas não foram categorizadas.

O construto Predispondo refere-se aos fatores que os pacientes levam para o ambiente de atenção primária: conhecimentos, atitudes, crenças, valores, idade, estado de saúde. O construto Reforçando refere-se aos fatores que os profissionais de atenção primária levam para a consulta do paciente: valores, hábitos pessoais de atividade física, promoção da saúde e prática de aconselhamento. O construto Habilitando inclui a disponibilidade de recursos, protocolos e estruturas de serviços. O Quadro 9 apresenta as categorias utilizadas e avaliadas pelo estudo.

Os ECR, estudos observacionais e RS apontaram que a partir de estratégias de aconselhamento realizadas de forma isolada ou combinada houve aumento na realização de AF autorreferida aos 3, 6, 12 e 24 meses. Aos 12 meses, porém, foram observados resultados contraditórios, e não houve diferença aos 14 meses.

Quadro 9. Fatores e resultados investigados por Gagliardi e colaboradores (2014)¹⁶.

Etapas e categorias	Resultados
Etapa 4: Diagnóstico educacional e ecológico	
<p>Predispondo</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Preparação por um breve aconselhamento inicial mais prontidão para a mudança (2 ECR). ➤ Prontidão para a mudança (2 ECR, estudo observacional). <p>Reforçando</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aconselhamento médico e aconselhamento especializado em AF, avaliação dos objetivos e barreiras do paciente com base na teoria de autodeterminação e teoria social cognitiva (1 ECR). ➤ Aconselhamento médico, discussão de barreiras e soluções (1 ECR). ➤ Aconselhamento médico, avaliação dos objetivos do paciente e motivação com base em “avaliar, aconselhar, concordar, ajudar, organizar” (1 ECR). ➤ Aconselhamento médico, avaliação da motivação com base no modelo transteórico (1 ECR). Aconselhamento médico sobre os benefícios da AF (1 ECR). ➤ Aconselhamento especializado em mudança de estilo de vida com base no modelo transteórico que incluiu a discussão de barreiras, soluções e opções de AF (1 estudo observacional). Aconselhamento médico com base na avaliação de pacientes com modelo transteórico (1 estudo). <p>Habilitando</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Prescrição de AF personalizada mais aconselhamento de acompanhamento (2 ECR). 	<p>Os cinco ECR envolveram aconselhamento médico em sessão única combinado a aconselhamento de acompanhamento por médico ou especialista em AF, informações, ferramentas (diário de bordo, pedômetro) e / ou prescrição de AF.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ AF autorreferida aumentou aos três meses com base em várias sessões em comparação com sessão breve única e prescrição de AF. ➤ AF autorreferida aumentou e foi mantida por 24 meses entre aqueles que receberam sessões de aconselhamento de acompanhamento após breve sessão única em comparação com o tratamento usual. ➤ AF autorreferida aumentou com base no aconselhamento e prescrição em comparação com o automonitoramento do paciente mais pedômetro e diário de bordo. ➤ AF autorreferida aumentou, mas aos 14 meses não diferiu entre aqueles que receberam aconselhamento apenas e aconselhamento mais informações mais oferta de uma sessão subsidiada com um especialista em AF. ➤ AF autorreferida aumentou aos 6 meses com aconselhamento mais informações e prescrição de AF em comparação com aqueles que receberam os cuidados habituais. <p>Um estudo observacional analisou sessão única de aconselhamento por um facilitador de mudança de estilo de vida treinado com até 12 sessões de aconselhamento de acompanhamento a critério do paciente</p>

Etapas e categorias	Resultados
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pedômetro, log de AF versus prescrição de AF (1 ECR). ➤ Folheto sobre os benefícios da AF, diretrizes de AF, opção para aconselhamento de acompanhamento (1 ECR). ➤ Livro sobre os benefícios da AF baseado em modelo transteórico, prescrição de AF (1 ECR). ➤ Opção para aconselhamento de acompanhamento (1 estudo observacional). ➤ Folhetos informativos sobre como aumentar a AF, opção para aconselhamento de acompanhamento (1 estudo). 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ AF aos 6 meses aumentou particularmente entre aqueles que participaram de mais sessões de aconselhamento. <p>Outro estudo observacional sobre sessão única de aconselhamento médico de duração não especificada baseou-se na avaliação da motivação do paciente complementada com informações e opção de aconselhamento adicional.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aos 12 meses, 37,2% autorreferiram aumento da AF, mas muitos disseram que não usaram o folheto ou aconselhamento adicional. <p>Duas RS sobre aconselhamento breve mostraram que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ AF autorreferida aumentou aos 12 meses em dois estudos; e em outro estudo aumentou aos 6, mas não aos 12 meses. <p>Em uma RS: 10 ECR envolveram aconselhamento de atenção primária, sendo que várias sessões de aconselhamento foram oferecidas em cinco estudos e a entrevista motivacional em sete estudos. Outra RS avaliou qual membro da equipe de atenção primária deveria fornecer aconselhamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ A AF autorreferida aumentou aos 6 e 12 meses quando realizada por médicos, profissionais de saúde aliados ou educadores de saúde apenas, ou alguma combinação destes. No entanto, esse achado não foi consistente em todos os estudos elegíveis, e a interpretação foi confundida pelo fato de que o aconselhamento às vezes era baseado em uma avaliação da motivação do paciente e às vezes acompanhado por informações ou prescrição de AF. <p>Em outra RS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ A AF autorreferida aumentou em quatro ensaios em menos de 8 semanas de acompanhamento, tanto para aconselhamento sozinho quanto aconselhamento combinado com informações ou prescrição.

Fonte: Elaboração própria. Nota: AF - atividade física; ECR - ensaio clínico randomizado; RS - revisão sistemática.

5.5. FRAMEWORK OU ESTRUTURA DE PROCTOR E COLABORADORES

Proctor e colaboradores (2010)⁸ propõem uma taxonomia elaborada com base em oito desfechos de implementação conceitualmente distintos: aceitabilidade, adoção, adequação, viabilidade, fidelidade, custo de implementação, penetração e sustentabilidade (Quadro 10). O conceito de “desfechos de implementação” utilizado é distinto dos desfechos de serviços e de tratamento clínico, sendo considerados como “os efeitos de ações deliberadas e intencionais para implementar novos tratamentos, práticas e serviços”. Os desfechos de implementação teriam três funções importantes: (1) servir como indicadores de sucesso da implementação; (2) serem indicadores proximais de processos de implementação; (3) serem desfechos intermediários importantes em relação aos serviços ou tratamento clínico.

A estrutura distingue esses três tipos de desfechos, que embora distintos são inter-relacionados: implementação, serviços e pacientes (Figura 2).

Figura 2. Tipos de desfechos na pesquisa de implementação



* Padrões de atendimento do Instituto de Medicina

Fonte: Adaptado de Proctor e colaboradores (2010)⁸.

Os autores argumentam que conceituar e medir esses resultados poderá trazer contribuições para a compreensão dos processos de implementação, com aumento da eficiência de pesquisa nessa área, além de permitir a condução de estudos de eficácia comparativa das estratégias de implementação⁸.

Quadro 10. Definições sobre avaliação de resultados de implementação⁸

Desfechos	Conceituação
1. Aceitabilidade:	Refere-se à percepção entre as partes interessadas da implementação de que determinado tratamento, serviço, prática ou inovação é satisfatório. A aceitabilidade deve ser avaliada com base no conhecimento da parte interessada ou na experiência direta com as várias dimensões do tratamento a ser implementado, como seu conteúdo, complexidade ou conforto. A aceitabilidade pode ser medida pela perspectiva de várias partes interessadas, como administradores, pagadores, provedores e consumidores. Presume-se que a aceitabilidade nominal seja dinâmica, mudando conforme a experiência.

Desfechos	Conceituação
2. Adoção	É definida como a intenção, decisão inicial ou ação para tentar ou utilizar uma inovação ou prática com base em evidências. Adoção também pode ser referida como "aceitação" e pode ser medida da perspectiva do provedor ou da organização.
3. Adequação	Configura-se a adequação percebida, relevância ou compatibilidade da inovação ou prática com base em evidências para determinado ambiente de prática, provedor ou consumidor; e / ou adequação percebida da inovação para tratar de uma questão ou problema específico. A adequação é um construto considerado importante por ter potencial para capturar algumas "resistências" aos esforços de implementação, como pode ser visto quando os provedores sentem que um novo programa é um "alongamento" da missão do ambiente de saúde ou não é consistente com o conjunto de habilidades, funções ou expectativas de trabalho dos provedores.
4. Viabilidade	É a extensão em que um novo tratamento, ou inovação, pode ser usado ou executado com sucesso em determinado contexto. Normalmente, o conceito de viabilidade é invocado retrospectivamente como uma explicação potencial do sucesso ou fracasso de uma iniciativa, conforme refletido em taxas de triagem, retenção ou participação insuficientes. Embora a viabilidade esteja relacionada à adequação, os dois construtos são conceitualmente distintos.
5. Fidelidade	Refere-se ao grau em que uma intervenção foi implementada. É medida com mais frequência do que os outros resultados de implementação, em geral comparando a intervenção original com base em evidências e a intervenção disseminada/implementada em termos de (1) adesão ao protocolo do programa, (2) dose ou quantidade de programa entregue, e (3) qualidade da entrega do programa. A fidelidade tem sido a principal preocupação dos pesquisadores que se esforçam para mover os tratamentos do laboratório clínico (estudos de eficácia) para sistemas de aplicação do mundo real (efetividade). A literatura identifica cinco dimensões de fidelidade de implementação: adesão, qualidade de entrega, diferenciação de componentes do programa, exposição à intervenção e capacidade de resposta ou envolvimento do participante.
6. Custo de implementação	Refere-se ao impacto do custo de um esforço de implementação. Os custos de implementação variam de acordo com três componentes: (1) como os tratamentos variam amplamente em sua complexidade, os custos de aplicá-los também variam; (2) os custos de implementação irão variar dependendo da complexidade da estratégia de implementação específica; (3) como os tratamentos são administrados em ambientes de complexidade e despesas gerais variáveis (que vão desde o consultório de um médico autônomo até uma unidade de atendimento terciário), os custos gerais de entrega variam de acordo com o ambiente. O verdadeiro custo de implementação de um tratamento, portanto, depende dos custos de uma intervenção específica, da estratégia de implementação usada e da localização da prestação do serviço.
7. Penetração	Termo definido como a integração de uma prática dentro de um ambiente de serviço e seus subsistemas.
8. Sustentabilidade	É indicada pela extensão em que um tratamento recém-implementado é mantido ou institucionalizado dentro das operações estáveis e contínuas de um ambiente de serviço. *Os resultados de "penetração" e "sustentabilidade" podem ser relacionados conceitualmente e empiricamente, de modo que maior penetração pode contribuir para a sustentabilidade de longo prazo.

Fonte: Adaptado de Proctor et al. (2010)⁸.

5.6. EXEMPLO DE APLICAÇÃO DA ESTRUTURA DE PROCTOR E COLABORADORES

Pons-Vigués et al., 2019¹⁸ realizaram uma pesquisa de avaliação qualitativa, que teve como objetivo avaliar a implementação e o desenvolvimento de uma intervenção complexa (projeto EIRA) na promoção da saúde e mudanças nos comportamentos promotores da saúde na atenção primária à saúde, segundo profissionais e assistentes de saúde.

O Projeto EIRA começou na Espanha em 2012, seguindo a estrutura do MRC (*Medical Research Council*) para intervenções complexas. O Projeto tinha como propósito projetar, conduzir e avaliar uma intervenção multifuncional complexa para melhorar a adesão à dieta mediterrânea, aumentar a atividade física insuficiente e reduzir o tabagismo, fatores de risco cardiovascular e risco de depressão em pessoas com idade entre 45-75 anos que entraram em contato com os serviços de APS, apresentando pelo menos dois desses comportamentos ou fatores de risco. Os participantes receberam recomendações individuais sobre seu comportamento e fatores de risco, e foram convidados a participar de sessões de grupo e prescrição social de bens comunitários com promotores de saúde.

O estudo incluiu serviços de APS de sete regiões da Espanha, uma amostra de 81 profissionais de saúde/administrativo e 13 usuários que apresentavam comportamentos não saudáveis. Os participantes tinham de 30 a 75 anos, e 69% eram mulheres. Eles participaram de entrevistas semi-estruturadas e grupos de discussão. A avaliação foi modelada segundo a estrutura de Proctor e colaboradores (2010)⁸.

Em geral, os participantes tiveram uma percepção positiva do projeto, e relataram que recomendariam a familiares e amigos. Os profissionais de saúde e usuários perceberam o significado da entrevista motivacional, especialmente para promoção da saúde, e enfatizaram a prescrição social de atividades físicas, como também apresentaram recomendações para melhorar a triagem, seleção e retenção de participantes. Para alcançar a sustentabilidade, os profissionais de saúde relataram ser fundamental adequar as agendas e envolver toda a equipe¹⁸.

Os resultados detalhados da pesquisa são apresentados no Quadro 11. Ressalta-se que nem todos resultados foram elencados de acordo com o estabelecido por Proctor e colaboradores (2010)⁸, mas os autores usaram a mesma descrição das definições das etapas.

Quadro 11. Resultados do estudo de Pons-Vigués e colaboradores (2019)¹⁸.

Aceitabilidade
<p>Usuários: Houve satisfação em participar e uma avaliação final positiva. Os usuários mostraram-se agradecidos aos profissionais por seu apoio e explicaram que se sentiram mais confiantes para tomar decisões sobre o processo de mudança. Eles recomendariam o projeto a familiares e amigos. Além do mais, salientaram que a participação requer estar pronto para prestar atenção, ouvir e refletir.</p> <p>Profissionais: Os profissionais de saúde não consideraram o conteúdo da intervenção inovador mas acreditavam na promoção da saúde. Indicaram que a ação altera as práticas de trabalho, a sistematização das recomendações</p>

<p>e o reforço da prescrição social. No entanto, eles permaneceram críticos e sublinharam que o projeto era muito ambicioso e longo, pouco claro e desorganizado, o que gerou confusão durante a implementação. Houve destaque acerca das dificuldades na abordagem do risco de depressão. Além disso, em algumas equipes de atenção básica surgiu a tensão entre os profissionais participantes e seus colegas não participantes.</p>
<p>Adoção</p>
<p>Não foi descrito/avaliado no estudo.</p>
<p>Adequação e Viabilidade</p>
<p>Os resultados foram apresentados de acordo com as fases do estudo: treinamento, coordenação, triagem, primeira visita com o profissional de saúde, intervenção individual, intervenção em grupo, intervenção comunitária, folhetos de educação sanitária, SMS e site de educação em saúde, formulários de relato de caso on-line, acompanhamento, avaliação da intervenção (inicial e final).</p> <p>Treinamento</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Alguns profissionais consideraram que o treinamento realizado na intervenção prévia foi adequado e forneceu novos conceitos. ➤ Eles apontaram que o treinamento foi insuficiente para implementação efetiva da intervenção, especialmente em relação à entrevista motivacional e à abordagem do risco de depressão. ➤ Destacaram que não houve treinamento prático para uso de formulários de relato de caso (CRF - <i>Case Report Form</i>) on-line e, em um dos centros, o treinamento foi realizado muito cedo. ➤ Alguns aspectos teóricos não puderam ser traduzidos na prática por falta de tempo ou habilidade. <p>Coordenação</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Os profissionais consideraram úteis as reuniões com a equipe de pesquisa. ➤ Às vezes, não estava claro como proceder, como marcar consultas e encaminhar os usuários para acompanhamento ou para o responsável pela revisão dos testes do estudo. ➤ Alguns procedimentos foram alterados após o início do estudo. ➤ A reiteração de dúvidas e a perda de seguimento foram geradas pela complexidade dos circuitos e pela falta de comunicação entre os profissionais. <p>Triagem</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ A maioria dos profissionais referiu que a triagem gerou uma carga de trabalho maior do que o previsto e que ocorreu em espaço curto de tempo. ➤ Comentaram que foi difícil explicar o estudo e incentivar a participação dos usuários e que muitos se inscreveram por se sentirem comprometidos com seus profissionais. ➤ Os usuários relataram ter participado porque acharam interessante, tiveram tempo e sentiram compromisso com os seus profissionais de saúde habituais. ➤ Os profissionais apontaram para um viés de seleção causado pela triagem de usuários frequentes, em geral mais controlados e motivados. ➤ Não foi aplicada amostragem aleatória sistemática, e qualquer motivo para consulta foi aceito. ➤ Vários profissionais dos centros de atenção primária selecionados recusaram-se a participar. ➤ Poucos funcionários administrativos optaram por participar, e seu envolvimento foi muitas vezes apressado e descoordenado, o que aumentou a carga de trabalho dos profissionais envolvidos no estudo. <p>Primeira visita com o profissional de saúde (priorização de comportamentos a serem modificados e plano de intervenção)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ A maioria dos usuários avaliou positivamente seu envolvimento na tomada de decisões e relataram ter participado da priorização de comportamentos e riscos que precisavam ser mudados. ➤ Os pacientes afirmaram que a confiança no profissional de saúde facilita a mudança. ➤ Os profissionais de saúde consideraram positiva a avaliação dos pacientes sobre seus próprios comportamentos de risco, seguida da decisão sobre quais comportamentos modificar. ➤ Os profissionais também indicaram que o algoritmo de priorização foi útil.

Intervenção individual

- Os usuários afirmaram que o conselho foi útil e aplicável e sentiram que os profissionais de saúde realmente se importaram e os ouviram.
- Os usuários ressaltaram que em comparação com as visitas habituais os profissionais de saúde tiveram mais tempo para atendê-los sem pressa e para fazer uma avaliação holística.
- Os usuários que habitualmente já recebiam recomendações de promoção da saúde as confundiram com a intervenção de aconselhamento do estudo.
- Os usuários também confundiram a intervenção clínica com a coleta de informações para o estudo.
- Os usuários acharam que o período de acompanhamento deveria ser estendido e incluir mais pessoas.
- Os profissionais foram positivos quanto à abordagem centrada na pessoa e tornaram-se mais conscientes do significado da entrevista motivacional e da promoção da saúde.

Intervenção em grupo

- Foram realizadas intervenções em grupo com foco em atividade física e nutrição.
- Os usuários relataram que compartilhar experiências foi positivo e que foram estabelecidos novos relacionamentos e organização de grupos de caminhada.
- Alguns profissionais informaram que as atividades são de difícil execução devido à falta de tempo.
- Para outros profissionais essas atividades não se enquadravam nas suas atribuições (consideram-nas atividades complementares, por exemplo).

Intervenção comunitária

- Embora poucos centros utilizassem atividades já populares na comunidade local, a prescrição social foi avaliada de forma muito positiva tanto pelos usuários quanto pelos profissionais de saúde.
- A maioria das atividades físicas prescritas foi organizada pelas prefeituras.
- Para os profissionais, a prescrição social foi um conceito inédito, e eles enfatizaram que a adesão era desconhecida, pois o atendimento não foi registrado.

Folhetos de educação sanitária

- Os usuários preferiram o contato pessoal aos folhetos informativos.
- Os poucos comentários recebidos sobre os folhetos foram todos positivos, especialmente aqueles sobre alimentação ou saúde mental.
- Os profissionais de saúde consideraram os folhetos uma ferramenta útil, principalmente com relação à alimentação.
- Mesmo os pacientes que não participaram do estudo receberam os folhetos.
- Os profissionais relataram que os usuários apreciaram também informações por escrito.

SMS e página de educação em saúde

- Poucos usuários concordaram em receber SMS, mas aqueles que aceitaram explicaram que o SMS foi útil e encorajador.
- A página da web foi pouco acessada por usuários e profissionais de saúde devido a: falta de recomendação, falta de acesso a computadores/Internet, falta de motivação e desconforto ao sentar-se em frente a uma tela.

Formulários de relato de caso on-line

- Os profissionais relataram que o estudo de CRF on-line era muito complicado, muito lento e que era difícil registrar contratos personalizados.
- Como o programa era separado dos registros eletrônicos de saúde, eles tinham que trabalhar com os dois programas simultaneamente.
- Além disso, a conexão ruim com a internet atrasou o trabalho de alguns profissionais.

Acompanhamento

- Os profissionais de saúde indicaram que os dados de acompanhamento, como as taxas de adesão, eram pouco claros e estavam interessados em saber mais sobre os resultados finais.
- Avaliaram que a retenção dos usuários pode ser determinada por dificuldades em comparecer às visitas de intervenção, perda de interesse e a percepção de que não há valor agregado a essas intervenções.

<p>Avaliação da intervenção (inicial e final): papel dos pesquisadores assistentes</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Os usuários avaliaram positivamente os questionários e exames realizados pelos pesquisadores (exames de sangue, avaliação da saúde vascular e assim por diante), porque se sentiram ouvidos e tiveram mais tempo para conversar. ➤ Os profissionais relataram que os usuários sentiram-se bem atendidos porque o tempo dedicado às entrevistas foi suficiente. ➤ Os pesquisadores assistentes indicaram que tiveram que administrar muitos questionários. ➤ Também apontaram os seguintes problemas: informações insuficientes, falta de local de trabalho próprio, acesso irregular ao CRF e falta de autorização para consultar o histórico médico dos atendidos.
Fidelidade
Não foi descrito/avaliado no estudo.
Custo de implementação
Não foi descrito/avaliado no estudo.
Penetração
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Os usuários relataram maior motivação e conhecimento sobre comportamentos saudáveis e um sentimento mais positivo em relação à mudança. ➤ Os que participaram de atividade física e nutrição relataram ter implementado mudanças e descreveram altos níveis de satisfação: caminharam mais, sentiram-se menos cansados e mais em forma, tiveram alimentação mais saudável (porções menores, mais verduras, frutas e nozes e uso de azeite) e alguns afirmaram ter bebido menos álcool. Afirmaram também menor consumo de cigarros. ➤ Os profissionais concordaram que os usuários se esforçaram para cumprir seus objetivos, implementar mudanças e iniciar hábitos mais saudáveis. ➤ As barreiras para a mudança de acordo com os usuários foram: responsabilidades familiares (cuidar dos doentes, cuidar dos netos, tarefas domésticas e assim por diante), desequilíbrio vida-trabalho, condições climáticas e falta de força de vontade. ➤ Os profissionais concordaram com essas barreiras e acrescentaram questões financeiras e desconhecimento da necessidade de mudança. ➤ Os facilitadores da mudança segundo os usuários foram: atividades em grupo e confiança nos profissionais de saúde. ➤ Para os profissionais de saúde, cabe aos usuários decidir quais comportamentos modificar, pois seu comprometimento implica em autonomia e empoderamento e facilita a mudança.
Sustentabilidade
<p>Alguns profissionais consideraram importante estender essa intervenção a outros centros de atenção primária, mas ressaltaram a necessidade de apoio das instituições, de extensão das consultas e do envolvimento de todos os profissionais.</p> <p>O risco de depressão continuou sendo um componente controverso da intervenção. Alguns profissionais sugeriram excluir este tema, enquanto outros relataram que seria necessária uma abordagem diferente.</p>

Fonte: elaboração própria. Nota: CRF - *Case Report Form* (formulários de relato de caso).

6. Considerações finais

Políticas e programas de promoção da saúde têm sido cada vez mais postos em prática, tendo como base intervenções que se mostram eficazes em ensaios clínicos randomizados ou estudos observacionais. Sabe-se, no entanto, que nem todas as intervenções consideradas eficazes em ambientes controlados dos estudos funcionam bem no mundo real, onde muitos fatores competem entre si e podem dificultar o alcance dos resultados desejados.

A ciência da implementação contribui nos processos de avaliação, por meio de abordagens teóricas que possibilitam uma melhor compreensão sobre sucessos e falhas ao colocar em prática políticas e programas complexos como os de promoção à saúde.

Esta revisão rápida identificou três *frameworks*, apresentados a seguir, e exemplos que ilustram modos de aplicação desses modelos em contextos de APS.

- RE-AIM avalia o impacto de uma intervenção de acordo com cinco fatores: *Reach* (Alcance), *Efficacy* (Efetividade), *Adoption* (Adoção), *Implementation* (Implementação) e *Maintenance* (manutenção). Estudos de diferentes desenhos, que avaliaram programas de AF, obesidade infantil e estilo de vida saudável, mostram as possibilidades de aplicação deste *framework*.
- PRECEDE-PROCEED é considerado um modelo de planejamento, contendo duas fases: PRECEDE abarca as etapas Predispondo, Reforçando e Habilitando Construtos em Diagnóstico e Avaliação Educacional/Ambiental (*Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational/environmental Diagnosis and Evaluation*); PROCEED refere-se a Política, Regulação e Construtos Organizacionais em Desenvolvimento Educacional e Ambiental (*Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development*). Dois exemplos ilustram como esse modelo pode ser utilizado, um estudo que implementou e avaliou um programa de saúde comunitária para adultos hipertensos e um estudo que examinou fatores que influenciam no impacto de aconselhamento de AF na APS.
- PROCTOR e colaboradores propõem uma taxonomia elaborada com base em oito desfechos de implementação conceitualmente distintos: aceitabilidade, adoção, adequação, viabilidade, fidelidade, custo de implementação, penetração e sustentabilidade. O exemplo mostrou um estudo de avaliação qualitativa sobre mudanças nos comportamentos promotores da saúde.

Os três modelos são distintos entre si e, de maneira geral, os estudos que os utilizaram indicam que eles podem ser boas ferramentas para planejar, implementar, monitorar e avaliar programas e ações de promoção de saúde em contextos de APS.

7. Referências

1. Brasil. Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. [internet] 2006 [acesso em: 01 out. 2020]. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0687_30_03_2006.html
2. Brasil. Portaria nº 2.446, de 13 de novembro de 2014. [internet] 2014. [acesso em: 01 out. 2020]. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006.] [internet] 2015. [acesso em: 01 out. 2020]. Disponível em:
<http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/12/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Promo%C3%A7%C3%A3o-da-Sa%C3%BAde.pdf>
4. Demarzo M, Zilbovicius C, Gonçalves D. Reorganização dos sistemas de saúde: promoção da saúde e Atenção Primária à Saúde. 2011. Disponível em:
https://www.researchgate.net/profile/Marcelo-Demarzo/publication/341941217_Reorganizacao_dos_sistemas_de_saude_promocao_da_saude_e_Atencao_Primaria_a_Saude/links/5eda5a8992851c9c5e81a929/Reorganizacao-dos-sistemas-de-saude-promocao-da-saude-e-Atencao-Primaria-a-Saude.pdf
5. Glasgow RE, Vogt TM, Boles SM. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *Am J Public Health*. setembro de 1999;89(9):1322–7.
6. Crosby R, Noar S. What is a planning model? An introduction to PRECEDE-PROCEED. *Journal of public health dentistry*. 1o de dezembro de 2011;71 Suppl 1:S7-15.
7. Nilsen P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implement Sci*. 2015 Apr 21;10:53.
8. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, et al. Outcomes for Implementation Research: Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. *Adm Policy Ment Health*. 2011;38(2):65–76.
9. Silva MT, Silva EN da, Barreto JOM. Rapid response in health technology assessment: a Delphi study for a Brazilian guideline. *BMC Med Res Methodol* 2018; 18: 51.
10. Aminpour M, Aryankhesal A, Seyfori N. Investigating the Effective Factors on Implementation of World Health Organization Package of Essential Non communicable Disease Interventions for Primary Health Care in Low Resource Settings: A Scoping review. *Research Square*, 2020.
11. Escaron AL, Martinez C, Vega-Herrera C, Enger SM. RE-AIM analysis of a community-partnered policy, systems, and environment approach to increasing consumption of healthy foods in schools serving low-income populations. *Translational Behavioral Medicine*. 1o de outubro de 2019;9(5):899–909.
12. Moshki M, Dehnoalian A, Alami A. Effect of Precede–Proceed Model on Preventive Behaviors for Type 2 Diabetes Mellitus in High-Risk Individuals. *Clin Nurs Res*. 1o de abril de 2017;26(2):241–53.

13. Baba CT, Oliveira IM, Silva AEF, Vieira LM, Cerri NC, Florindo AA, et al. Evaluating the impact of a walking program in a disadvantaged area: using the RE-AIM framework by mixed methods. *BMC Public Health*. 15 de setembro de 2017;17:709.
14. Benedetti TRB, Rech CR, Konrad LM, Almeida FA, Brito FA, Chodzko-Zajko W, et al. Re-thinking Physical Activity Programs for Older Brazilians and the Role of Public Health Centers: A Randomized Controlled Trial Using the RE-AIM Model. *Front Public Health*. 5 de março de 2020;8:48.
15. Calano BJD, Cacal MJB, Cal CB, Calletor KP, Guce FICC, Bongar MVV, Macindo JRB. Effectiveness of a community-based health programme on the blood pressure control, adherence and knowledge of adults with hypertension: A PRECEDE-PROCEED model approach. *J Clin Nurs*. 2019 May;28(9-10):1879-1888.
16. Gagliardi AR, Faulkner G, Ciliska D, Hicks A. Factors contributing to the effectiveness of physical activity counselling in primary care: A realist systematic review. *Patient Education and Counseling*. 1o de abril de 2015;98(4):412–9.
17. Lew MS, L'Allemand D, Meli D, Frey P, Maire M, Isenschmid B, et al. Evaluating a childhood obesity program with the Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance (RE-AIM) framework. *Prev Med Rep*. 24 de janeiro de 2019;13:321–6.
18. Pons-Vigués M, Berenguera A, Coma-Auli N, et al. Qualitative evaluation of a complex intervention to implement health promotion activities according to healthcare attendees and health professionals: EIRA study (phase II). *BMJ Open*. 2019;9(3):e023872. Published 2019 Mar 23.
19. Thomas K, Krevers B, Bendtsen P. Long-term impact of a real-world coordinated lifestyle promotion initiative in primary care: a quasi-experimental cross-sectional study. *BMC Family Practice*. 16 de dezembro de 2014;15(1):201.

Responsáveis pela elaboração

Elaboradores

Fernando Meirinho Domene

Psicólogo, especialista em Saúde Coletiva
Assistente de pesquisa, Instituto de Saúde -
SES/SP

<http://lattes.cnpq.br/3288793666561127>

Jessica De Lucca Da Silva

Psicóloga, especialista em Saúde Coletiva
Assistente de pesquisa, Instituto de Saúde -
SES/SP

<http://lattes.cnpq.br/0778220737989360>

Roberta Crevelário de Melo

Gerontóloga, pós-graduada em Saúde Coletiva e
Avaliação de Tecnologia em Saúde e especialista
em Informática em Saúde.

Assistente de pesquisa, Instituto de Saúde -
SES/SP

<http://lattes.cnpq.br/3707606192544178>

Bruna Carolina de Araújo

Fisioterapeuta, especialista em Micropolítica da
Gestão e do Trabalho em Saúde, pós-graduada
em Saúde Coletiva e Avaliação de Tecnologias
em Saúde

Assistente de pesquisa, Instituto de Saúde -
SES/SP

<http://lattes.cnpq.br/3259907478560577>

Lais de Moura Milhomens

Psicóloga, especialista em Saúde Coletiva
Assistente de pesquisa, Instituto de Saúde -
SES/SP

<http://lattes.cnpq.br/652379396477603>

Letícia Aparecida Lopes Bezerra da Silva

Obstetriz, especialista em Saúde Coletiva
Assistente de pesquisa, Instituto de Saúde -
SES/SP

<http://lattes.cnpq.br/0923884031059013>

Maritsa Carla de Bortoli

Diretora do Centro de Tecnologias de Saúde
para o SUS/SP

Instituto de Saúde - SES/SP

<http://lattes.cnpq.br/7215886815063954>

Tereza Setsuko Toma

Pesquisadora Científica VI

Instituto de Saúde - SES/SP

<http://lattes.cnpq.br/3621675012351921>

Coordenação

Jorge Otávio Maia Barreto

Pesquisador em Saúde Pública, Fiocruz Brasília

<http://lattes.cnpq.br/6645888812991827>

Declaração de potenciais conflitos de interesse dos elaboradores

Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

Financiamento

Esta revisão rápida foi comissionada e subsidiada pelo Ministério da Saúde, no âmbito do projeto GEREB-010-FIO-20.

Link de acesso ao protocolo desta Síntese Rápida:

https://www.dropbox.com/s/p0hpedgpwbw0zce/15_Protocolo_M%26A_Promocao_Saude_APS.pdf