

**JULIANA RAFAELA ANDRADE DA SILVA**

**PRÁTICAS DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO NAS INTERVENÇÕES  
PARA PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO  
ESTADO DE PERNAMBUCO**

**Recife, 2015**

**JULIANA RAFAELA ANDRADE DA SILVA**

**PRÁTICAS DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO NAS INTERVENÇÕES  
PARA PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO  
ESTADO DE PERNAMBUCO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa Associado de Pós-graduação em Educação Física UPE/UFPB como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Saúde, Desempenho e Movimento Humano

Linha de pesquisa: Epidemiologia da Atividade Física

Orientador: Prof. Dr. Mauro Virgílio Gomes de Barros

**Recife, 2015**

## DEDICATÓRIA

Aos meus pais Walter Moreira e Rosangela Andrade pelo imenso amor e dedicação. Ao meu esposo Hamilton Brito, por estar ao meu lado em todas as decisões da minha vida.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por se fazer presente em cada momento dessa trajetória, por me manter firme diante dos desafios e me presentear com esse trabalho e com a equipe na qual participei.

Aos meus amados pais, fonte de inspiração e exemplo de humildade e amor, por me ajudarem sempre, seja por meio de uma palavra carinhosa e de incentivo, ou nas muitas vezes que participaram literalmente desse trabalho. Foram muitas madrugadas acompanhando uma rotina puxada de viagens. Painho o senhor foi o motorista oficial dessa coleta e minha mãe meu apoio para cuidar da minha casa durante a minha ausência.

Ao meu esposo Hamilton, pelo seu companheirismo, amizade e amor. Obrigada por ser meu ombro amigo, meu terapeuta e por entender que precisei em muitas situações ficar ausente. Você sempre me deu incentivo para arriscar e não desistir. Essa conquista também é sua!

Ao meu orientador, professor Mauro, muito obrigada pelas inúmeras oportunidades que o senhor fez questão que eu vivenciasse. A experiência no estágio em docência me fez enxergar o que eu realmente quero ser. Foi a partir do seu esforço que pude desenvolver esse projeto, que vai além da dimensão territorial. Obrigada pela sua paciência, dedicação e cuidado. O senhor é um exemplo de profissional e de ser humano.

Aos meus eternos amigos e companheiros de vida pessoal e acadêmica, em especial Rildo e Simone. Não tenho palavras para expressar toda admiração que sinto por vocês. Rildo você é do tipo que ajuda sem medir esforços e esteve do meu lado em tudo!! Inclusive nas inúmeras análises que você fez questão que eu fizesse. Simoninha sou tua fã! Você é uma das pessoas mais especiais que já conheci.

A todos os integrantes do Grupo de Pesquisa em Estilos de Vida e Saúde por embarcarem literalmente na ideia do projeto SUS+Ativo. Apesar de todo o cansaço, foi muito divertido compartilhar esses momentos com todos vocês. Agostinho e Anísio muito obrigada por assumirem a função de conduzir sobre quatro rodas os

ideais do SUS+Ativo para mais de 100 municípios do estado de Pernambuco. Aos demais companheiros que madrugaram e mantiveram a alegria e esperança que conseguiríamos alcançar o objetivo desse projeto.

A todos os estudantes de pós-graduação, graduação e iniciação científica, que ao longo desses dois anos participaram da minha vida e deste trabalho. Silvio você foi uma pessoa que chegou e num piscar de olhos fez com que o SUS+Ativo fosse desabrochando... foi tudo tão rápido e intenso, mas muito rico; Carlinha com suas orientações...perdi as contas de quantas vezes você me ajudou. Sua bondade e inteligência são virtudes admiráveis.

Manu o que falar de você? Minha querida você é uma verdadeira inspiração profissional e com uma energia positiva que contagia. É do tipo de pessoa que eu diria assim: missão dada é missão cumprida. Obrigada por sempre estar disponível para tirar tantas dúvidas que eu tive (dúvidas eternas né?!).

Aos órgãos de financiamento, Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (FACEPE) e Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Ensino Superior (CAPES), pela concessão da bolsa de estudos e por tornar possível a realização desse projeto de pesquisa.

A Secretaria Municipal de Saúde do Paulista, em especial ao coordenador Valdir Santos que me acolheu e me ajudou a tornar possível a junção de duas necessidades que fazem parte da minha vida: trabalhar e continuar estudando.

As demais secretarias municipais de saúde do estado de Pernambuco, que possibilitaram a execução desse trabalho, em especial a todos profissionais, gestores e usuários das intervenções de atividade física. Obrigada pela paciência e disponibilidade. Foi muita rica essa experiência. Espero que de alguma forma o resultado desse trabalho possa verdadeiramente contribuir com a qualificação das ações desenvolvidas no nosso Sistema Único de Saúde.

Aos amigos do Grupo de Pesquisa em Estilos de Vida e Saúde pelo acolhimento, companheirismo e dedicação. Vocês foram fundamentais para a concretização desse trabalho. Tenho imenso orgulho de fazer parte dessa equipe. Força grupo!!!!

## RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar as ações de monitoramento e avaliação (M&A) como componente das intervenções para promoção da atividade física (AF) na Atenção Básica à Saúde (ABS) no estado de Pernambuco, Brasil. Para isso, foi realizado um estudo transversal, de abrangência estadual, resultante de um projeto denominado SUS+Ativo (Avaliação dos programas e intervenções relacionadas à atividade física na rede de Atenção Básica à Saúde no estado de Pernambuco). Para descrever os elementos que caracterizam as ações de M&A, foram utilizadas as seguintes informações reportadas pelos gestores municipais das intervenções para promoção da AF: presença, periodicidade e participação de usuários e profissionais nas ações de M&A, utilização dos resultados do M&A no planejamento, tipo de instrumento utilizado, grau de importância atribuído, percepção de barreiras e nível de competência técnica dos profissionais para a realização de ações de M&A. Entre os profissionais, avaliaram-se o nível de conhecimento e a habilidade para as ações de M&A; entre os usuários, a frequência da participação nas ações de M&A. Posteriormente, utilizou-se o somatório de seis variáveis reportadas pelos gestores sobre as ações de M&A (presença, periodicidade, participação dos usuários, participação dos profissionais, existência do monitoramento dos usuários, aplicabilidade dos resultados do M&A no planejamento) para construção da variável dependente intitulada “capacidade avaliativa” – após o cálculo dos escores, a variável dependente foi discretizada em duas categorias: os gestores que se encontravam abaixo do tercil superior foram classificados com baixa capacidade avaliativa, e aqueles que estavam acima do tercil superior foram classificados com alta capacidade avaliativa. As variáveis independentes, identificadas a partir dos dados dos gestores, foram organizadas em fatores individuais (percepção do nível de competência dos profissionais) e organizacionais (percepção de barreiras, grau de importância e tipo de instrumento). Dos 145 gestores avaliados, 82,4% informaram que realizavam M&A; no entanto, apenas 46,5% utilizavam os resultados do M&A para apoiar as ações de planejamento da intervenção de promoção da AF. Essas proporções não apresentaram diferença significativa entre os gestores das diferentes intervenções para promoção da atividade física. Quanto às competências técnicas dos 481 profissionais, apenas 21,5% indicaram possuir nível de

conhecimento satisfatório sobre ações de M&A. Com relação aos 942 usuários, 44% informaram que nunca participaram das ações de M&A da intervenção de promoção da AF. Entre os gestores, 67,4% (n=98) apresentaram baixa capacidade avaliativa. Na análise de associação, pôde-se verificar que a utilização de instrumentos não padronizados para ações de M&A estava associada à baixa capacidade avaliativa (OR=3,55; IC95%:1,0-12,1; p=0,04). Apesar da elevada frequência de realização de ações de M&A por parte da gestão municipal, fatores como pouca utilização dos resultados das ações M&A no planejamento e reduzida participação de usuários nessas ações ainda parecem comprometer a institucionalização das práticas avaliativas nas intervenções para promoção da atividade física. Além disso, a maioria dos municípios investigados apresentou baixa capacidade avaliativa associada à utilização de instrumentos sem padronização.

**Palavras-chave:** Promoção da saúde. Atividade física. Atenção primária. Gestão em saúde. Avaliação em saúde.

## ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the actions of monitoring and evaluation (M&E) as component of physical activity interventions conducted in the Primary Health Care (PHC) in the state of Pernambuco. For this, we performed a cross-sectional statewide study into a larger project called SUS+ Ativo (Evaluation of the programs and interventions related to physical activity in PHC network in the state of Pernambuco). To describe the indicators related to the practice of M&E, the following variables were measured: attendance; users and professionals participation on the M&E activities; use of the results from M&E to planning the PA interventions; instrument type, importance degree attributed and perception of barriers to perform M&E activities; professionals' technical competence to work in M&E activities. Posteriorly, for this objective (analysis of factors associated with evaluation capacity), we used the dependent variable named "evaluative capacity". It was created from the construction of a score generated by the sum of issues shares of M&E (attendance, frequency, participation, utility). From the 145 evaluated managers, 82.4% of them carry out M&E activities. However, only 46.5% used the results of M&E to support AF intervention of action planning. These proportions were not significantly different between managers of different interventions to promote physical activity. Regarding the technical skills of professionals involved in the PA of intentions, only 21.5% indicated having satisfactory knowledge level on M&E activities. For users, 44% reported they had never took part in the actions of M&E of PA intervention. The results of the second study indicated that 67.4% of managers had a low evaluative capacity. In association analysis can be seen that the lack of standardized instruments to M&E actions was associated to low evaluative capacity (OR = 3.5; 95% CI: 1.0 to 12.1;  $p = 0.04$ ). Despite the high frequency of application of M&E by the municipal management, most managers had low evaluative capacity. Part of this result can be attributed to organizational factors, such as lack of appropriate instruments. In addition, other factors such as low level of knowledge and ability of health professionals to work in the actions of M&E and the non-use of evaluation results in planning, hinder the institutionalization of evaluation practices in the PA promotion interventions.



**Keywords:** Health Promotion. Physical Activity. Primary Care. Health Management. Health Evaluation.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Modelo lógico das intervenções comunitárias de promoção da atividade física proposto por Baker.....	23
Figura 2. Modelo lógico da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica.....	30
Figura 3. Distribuição das Gerências Regionais de Saúde (GERES) do estado de Pernambuco.....	32
Figura 4. Modelo de construção da variável dependente “Capacidade avaliativa” por meio do agrupamento de seis variáveis relacionadas aos fatores que expressam a prática de M&A .....	40

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Descrição das Categorias do Community Guide de intervenções em Atividade Física.....	21
quadro 2. Dimensionamento da amostra de usuário de acordo com o porte do município e a existência de intervenções de atividade física em funcionamento.....	34
Quadro 3. Organização dos componentes e dimensões dos instrumentos de coleta de dados do projeto “SUS+Ativo” nas versões gestor, profissional e usuário.....	36
Quadro 4. Quadro 4. Distribuição das variáveis analisadas de acordo com os diferentes subgrupos investigados.....	39

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) e dos programas Academia das Cidades/ Academia da Saúde (PACID/PAS) nas 10 regiões de saúde do estado de Pernambuco, em 2014 .....33

### Artigo 1

Tabela 1. Características sociodemográficas dos gestores, profissionais e usuários das intervenções para promoção da atividade física na Atenção Básica à Saúde do estado de Pernambuco, 2014 .....54

Tabela 2. Distribuição das variáveis que caracterizam as ações de M&A, segundo os gestores, profissionais e usuários das intervenções para promoção da atividade física na Atenção Básica à Saúde do estado de Pernambuco, 2014 .....56

Tabela 3. Análise de associação entre as variáveis que caracterizam as ações de M&A e os diferentes tipos de intervenções para promoção da atividade física na Atenção Básica à Saúde, segundo dados reportados pelos gestores municipais de saúde do estado de Pernambuco, em 2014.....57

### Artigo 2

Tabela 1. Características da formação inicial, educação permanente e atuação profissional dos gestores municipais das intervenções de promoção da atividade física na ABS do estado de Pernambuco .....98

Tabela 2. Fatores associados à capacidade avaliativa dos gestores municipais de intervenções de atividade física na ABS de Pernambuco .....77

Tabela 3. Regressão logística bruta e ajustada para a análise de associação entre os fatores individuais e organizações e a baixa capacidade avaliativa dos gestores dos municípios de intervenções de atividade física na Atenção Básica à Saúde de Pernambuco .....78

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	13
1.2 Objetivos específicos .....	15
1.3 Definição de termos .....	16
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	18
2.1 A promoção da atividade física no contexto da saúde pública: um recorte para a Atenção Básica à Saúde do Brasil .....	18
2.2 Estratégias populacionais para promover a prática de atividade física .....	20
2.3 A prática do monitoramento e avaliação na rotina das intervenções de saúde...27	
<b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	32
3.1 Caracterização do estudo.....	32
3.2 Campo de estudo e seleção dos participantes.....	32
3.3 Coleta de dados .....	35
3.4 Instrumento de medida.....	35
3.5 Variáveis analisadas .....	38
3.6 Tabulação e análise de dados.....	42
3.7 Considerações éticas .....	42
<b>4 RESULTADOS</b> .....	42
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	85
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	86
<b>ANEXOS</b> .....	94

## 1 INTRODUÇÃO

A promoção da atividade física no contexto da saúde pública vem alcançando destaque em diversos países (SALINAS; VIO, 2003; MALTA et al., 2009; EVENSON et al., 2013; FASKUNGER, 2013) a partir da criação de políticas de saúde que consideram a atividade física um importante componente da atenção integral à saúde (WHO, 2004; NEIRA; ONIS, 2006; PATE, 2009; BRASIL, 2010). Essas políticas favorecem a criação de ambientes de apoio para possibilitar que as pessoas possam ter uma vida mais ativa (BELLEW et al., 2011). No entanto, Rütten *et al.* (2012) alertam que a maioria das políticas para promoção da atividade física tem sido descrita como inconsistente e com operação e avaliação assistemáticas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2008), o planejamento de intervenções para promoção da atividade física deve levar em consideração a necessidade de incorporação do monitoramento e avaliação (M&A) como um macroprocesso da gestão dessas intervenções, a fim de mensurar o impacto das medidas adotadas e nortear processos decisórios.

De acordo com Tamaki *et al.* (2012), por “monitoramento” compreende-se o acompanhamento sistemático de informações relevantes, como de indicadores de saúde e de execução de políticas, ações e serviços de saúde. Ainda segundo esses autores, o monitoramento busca identificar a existência de mudanças mas não os motivos que levaram a essas mudanças. Para Carvalho *et al.* (2012), o monitoramento é traduzido como uma ação que possibilita a observação, a medição e a avaliação contínua de um processo ou fenômeno, podendo ser utilizado para acompanhamento tanto das informações relacionadas ao processo de implantação de um programa quanto dos resultados alcançados (COSTA et al., 2013).

No que diz respeito ao campo da avaliação, embora exista uma pluralidade de conceitos, resultante dos diferentes tipos de avaliação (formativa, de processo, de impacto, de resultado), que podem ser utilizados num programa de promoção da saúde (LOBO; PETRICH; BURNS, 2014), o presente estudo adotou a definição apresentada por Contandriopoulos (2006), que conceitua “avaliação” como ato de se fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção (programas, projetos, serviços ou políticas), mediante dispositivos que forneçam informações seguras e possibilitem aos diferentes atores envolvidos utilizar esse julgamento para uma

ação. Esse julgamento pode ser conduzido por meio da utilização de critérios e normas estabelecidos (avaliação normativa), buscando-se avaliar os recursos empregados, a estrutura, os serviços e os resultados de determinada intervenção; ou a partir de procedimentos científicos (pesquisa avaliativa) que visam à determinação de relações causais. Segundo Pinto e Gerhardt (2013), a avaliação do tipo normativa é utilizada com maior frequência no sistema de saúde brasileiro e é reconhecida como elemento inerente ao processo de gestão e controle dentro das organizações (CHAMPAGNE et al., 2011, p. 77-94).

Apesar de conceitos teoricamente distintos, Vasconcelos *et al.* (2008) acreditam que existe uma estreita vinculação entre o monitoramento e a avaliação (M&A) quando se pensa na implantação e no desenvolvimento de programas de saúde. Nesse sentido, o M&A tem como objetivo principal subsidiar processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, a partir da identificação de problemas, da avaliação de novas práticas sanitárias e do impacto das ações na saúde da população (BRASIL, 2005). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2010), o M&A das intervenções para promoção da atividade física se justifica pelas necessidades de identificar informações importantes que subsidiem o planejamento; assegurar o cumprimento de metas estabelecidas para o programa, política ou ação; contribuir para aprendizagem e melhoria contínua das ações implantadas; e possibilitar a transparência e prestação de conta.

No entanto, apesar da relevância do M&A, sua incorporação na rotina dos serviços e programas de saúde ainda parece ser um desafio. Segundo Carvalho *et al.* (2012), a avaliação não é reconhecida como um elemento da cultura organizacional e, quando existe, é conduzida de maneira assistemática, contribuindo pouco com os processos decisórios. No Brasil, dados do estudo conduzido por Amorim *et al.* (2013) com 748 coordenadores de programas da Rede Nacional de Atividade Física mostraram que menos de 7% deles utilizavam a avaliação dos usuários sobre os programas como uma forma de M&A. Para Malta *et al.* (2014), embora nos últimos anos tenham sido conduzidos estudos de avaliação da efetividade de intervenções comunitárias de atividade física, como os programas Academia da Cidade, CuritibaAtiva, Serviço de Orientação ao Exercício, um dos principais desafios desses programas é o fortalecimento de um sistema de M&A local.

Além das discussões sobre a importância da adoção do M&A na rotina das intervenções para promoção da atividade física, pesquisadores têm investigado os fatores que contribuem para a capacidade avaliativa das organizações. De acordo com Bourgeois *et al.* (2008), a capacidade avaliativa é mensurada pela capacidade que as organizações têm para fazer e utilizar os resultados da avaliação. Para Nickel *et al.* (2014), o contexto organizacional, constituído por recursos humanos, físicos e financeiros, tem grande influência na capacidade avaliativa, uma vez que as secretarias municipais de saúde não preveem a utilização do M&A como um elemento integrante das ações de saúde, tampouco criam estratégias para desenvolver uma cultura avaliativa.

Como estratégia para superar os desafios da institucionalização do M&A, o Ministério da Saúde, em parceria com as secretarias estaduais e municipais, criou um sistema de monitoramento *on-line* (FormSUS) do programa Academia da Saúde. Em Pernambuco, a Secretaria Estadual de Saúde também vem utilizando o FormSUS para monitorar o programa Academia das Cidades (LEMOS *et al.*, 2015).

Apesar desses avanços, não se sabe até o presente momento como as ações de M&A são conduzidas nas intervenções para promoção da atividade física, tampouco qual é a capacidade avaliativa da gestão municipal dessas intervenções. Nesse sentido, o presente estudo buscou analisar os elementos que caracterizam as ações de M&A, assim como os fatores associados à capacidade avaliativa da gestão municipal das intervenções para promoção da atividade física na Atenção Básica à Saúde de Pernambuco.

## **1.1 Objetivos específicos**

- Descrever os elementos que caracterizam as ações do monitoramento e avaliação nas intervenções para promoção da atividade física na Atenção Básica à Saúde de Pernambuco.

- Analisar os fatores associados à capacidade avaliativa da gestão municipal das intervenções para promoção da atividade física na Atenção Básica à Saúde de Pernambuco.



### 1.3 Definições operacionais de termos

- **Avaliação:** avaliação é o julgamento que se faz sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) (Contandriopoulos, 1997)
- **Monitoramento:** Compreende-se como parte do processo avaliativo, que envolve coleta, processamento e análise sistemática e periódica de informações e indicadores de saúde selecionados com o objetivo de observar se as atividades e ações estão sendo executadas conforme o planejado e, estão tendo os resultados esperados (BRASIL, 2005).
- **Capacidade avaliativa:** inclui tanto a capacidade para fazer estudos avaliativos como a capacidade que as organizações têm para usar os resultados e processos da avaliação (COUSINS et al, 2011).
- **Gestão em saúde:** prática administrativa que tem a finalidade de aperfeiçoar o funcionamento das organizações de forma a obter máxima eficiência, eficácia e efetividade (TANAKA e TAMAKI, 2012).
- **Efetividade:** é a extensão de quanto uma determinada intervenção, procedimento, programa ou serviço produz um resultado benéfico, quando empregado no mundo real, em uma população definida (PEREIRA, 1995).
- **Avaliação como componente da gestão em saúde:** elemento de suporte para os processos decisórios no âmbito do sistema de saúde que deve subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2005).
- **Institucionalização da avaliação:** incorporação da avaliação na rotina das organizações, sendo entendida como uma demanda interna de acompanhamento de todo o processo de planejamento e gestão das políticas e programas (FELISBERTO 2006).
- **Política pública de saúde:** ação governamental idealizada, formulada e desenhada em atenção aos propósitos de agenda dos governos, permeados

pelos os anseios e demandas de grupos da sociedade, resultando em programas, ações, estratégias, planos, que terão efeitos e buscarão transformações e resultados positivos e benéficos para pessoas numa dada realidade (FERNANDES et al., 2011).

- **Planejamento em saúde:** é entendido como ferramenta organizacional que assume um papel vital para o direcionamento das ações a fim de que se atinja ou alcance o resultado previamente estabelecido (VIEIRA, 2009).
- **Cogestão:** é o compartilhamento de poder, a partir da constituição de uma rede em que os diferentes espaços convertem-se em instâncias de poder relativo, sujeitos a essas pressões, mas não inteiramente determinados por elas (GUIZARDI e CAVALCANTI, 2010).
- **Intervenção:** é um sistema organizado de ação que visa, em determinado ambiente e período, a modificar o curso previsível de um fenômeno para corrigir uma situação problemática, e tem os componentes: estrutura, atores e suas práticas, processos de ação e uma ou várias finalidades (CHAMPAGNE et al., 2011).
- **Programa:** é uma série de atividades apoiadas por um grupo de recursos com a intenção de atingir resultados específicos entre indivíduos, grupos e comunidades (BAKER et al., 2002).

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 A promoção da atividade física no contexto da saúde pública: um recorte para a Atenção Básica à Saúde do Brasil

O baixo nível de atividade física está associado com maior risco de morte e surgimento de doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade e câncer (WHO, 2010). Apesar disso, indicadores do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas mostram que os níveis de atividade física da população brasileira são baixos e apenas 33,5% dessa população pratica atividade física no tempo livre (BRASIL, 2013). Tal cenário tem contribuído com as mudanças no perfil de morbimortalidade da população e configurado a inatividade física como um dos principais problemas de saúde pública da atualidade (RÜTTEN et al., 2013).

Especificamente no Brasil, a aprovação da Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), em 2006, fortaleceu a institucionalização da atividade física no SUS (MALTA et al., 2009). Entre as ações prioritárias dessa política, com ênfase na atividade física, podem-se destacar os seguintes direcionamentos: 1) realização de ações na rede básica de saúde e na comunidade, através de mapeamento, apoio e criação de espaços para a prática de atividade física nos serviços de ABS e na Estratégia de Saúde da Família; 2) ações de aconselhamento/divulgação sobre a importância da adoção de estilos de vida saudáveis; 3) ações de intersetorialidade e mobilização de parceiros, com intuito de fortalecer e resgatar práticas de atividade física nos diversos espaços públicos da comunidade; 4) ações de monitoramento e avaliação para produzir evidências sobre a efetividade das estratégias de promoção da atividade física (BRASIL, 2010).

Além do lançamento da PNPS, outros instrumentos legais ratificam a incorporação da temática atividade física no contexto do SUS, e mais especificamente na ABS. A aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), através da portaria n. 2488 de 21 de outubro de 2011, ampliou as ações de promoção da saúde nesse nível de atenção, definindo que

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da

saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2012, p. 19).

Nesse contexto, a ABS torna-se um espaço singular para o desenvolvimento de práticas de saúde diferenciadas e que extrapolem o cuidado centrado no modelo médico-higienista, pois prioriza as atividades de promoção da saúde e atuação multiprofissional, o que a torna um espaço favorável para promoção da atividade física como elemento de cuidado à saúde (GOMES, 2008). Dados da pesquisa de avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) mostraram que, entre as mais de 17 mil equipes da ABS no Brasil, 63% realizavam ações de promoção da atividade física (TEIXEIRA et al., 2014). Em outro estudo, realizado por Amorim *et al.* (2013) com 748 gestores e coordenadores de programas e projetos municipais da Rede Nacional de Atividade Física (RNAF), pôde-se observar que cerca de 30% dessa rede utilizavam a estrutura das Unidades Básicas de Saúde para realizar atividades direcionadas à prática de atividade física.

A ABS é considerada o primeiro nível de contato de indivíduos e comunidade com ações de promoção, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação da saúde (GIOVANELLA et al., 2009), o que pode favorecer um maior alcance das ações de promoção da atividade física nesse nível de atenção à saúde. De acordo com Orrow *et al.* (2012), a promoção da atividade física na ABS pode ocorrer de diferentes maneiras, como a partir da realização de ações de aconselhamentos, entrega de materiais educativos e encaminhamento para programas de atividade física (ORROW et al., 2012).

No Brasil, a ABS tem a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como seu modelo prioritário de reorientação das ações de saúde, a partir de um olhar mais ampliado do processo de saúde-doença, tendo a família como foco de cuidado e considerando o território de atuação um espaço interdisciplinar para a promoção da saúde (BRASIL, 2007). Outro importante elemento de disseminação da atividade física nesse contexto foi a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), através da portaria GM n. 154 de 24 de janeiro de 2008. O NASF é formado por uma equipe com profissionais de diferentes áreas do conhecimento e atua conjuntamente com os profissionais da ESF, sendo corresponsável pelos cuidados

de saúde no território de abrangência das ESF (BRASIL, 2009). Nesse sentido, a implantação do NASF na ABS potencializa a atuação multiprofissional e interdisciplinar das equipes de saúde com ênfase na promoção da atividade física. Entre as áreas estratégicas de atuação do NASF, pode-se destacar o eixo prática corporal/atividade física, mediante

[...] ações que promovam a inclusão social e que tenham a intergeracionalidade, a integralidade do sujeito, o cuidado integral e a abrangência dos ciclos da vida como princípios de organização e fomento das práticas corporais/atividade física [...] (BRASIL, 2009, p. 147).

Nesse sentido, a promoção da atividade física ganhou força ao longo dos anos, sendo priorizada nas políticas públicas de saúde, através do incentivo de ações refletidas na criação de intervenções comunitárias de atividade física (HALLAL et al., 2009).

## **2.2 Estratégias populacionais para promover a prática de atividade física**

A Organização Mundial de Saúde lançou em 2004 a *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*, que tem como um dos principais objetivos incentivar o desenvolvimento, fortalecimento e implantação de políticas públicas e planos de ações para promover a alimentação saudável e a atividade física, de forma sustentável e abrangente, envolvendo ativamente todos os setores da sociedade (WHO, 2004). Especificamente em relação à atividade física, esse documento enfatiza que os governos devem ser responsáveis por incluir estratégias de atividade física no trabalho, no ambiente comunitário e escolar, além de pelos aspectos de planejamento urbano, transporte, segurança e acesso a atividade física durante o lazer.

De acordo com *The Guide to Community Preventive Services*, as estratégias para a promoção da atividade física podem ser classificadas em abordagem informativa; abordagem comportamental e social; e abordagem política e ambiental. A descrição de cada uma dessas abordagens está apresentada no quadro 1:

Quadro 1. Descrição das Categorias do Community Guide de intervenções em Atividade Física.  
 Fonte: HOEHNER et al. (2008).

Abordagem	Descrição
Informativa	Campanhas comunitárias abrangentes
	Estímulo para a tomada de decisão
	Educação sanitária em sala de aula
	Campanha de comunicação de massas
	Divulgação de mensagens curtas relaciona à AF
Comportamental e sociais	Mudanças comportamentais de saúde personalizadas; Intervenção de apoio social em ambientes comunitários
	Educação sanitária com o componente de desligar a TV/vídeo games
	Educação física para estudantes de curso superior
	Apoio social baseado na família
	Educação física na escola
	Aulas de educação física em ambientes comunitários
Política e ambiental	Criação ou intensificação do acesso a locais para prática de AF combinada com atividade de alcance informativo
	Políticas e práticas de urbanização de ruas e regulamentação do uso de áreas para aumentar a AF
	Políticas e práticas de transportes e viagens
	Planejamento e políticas abrangentes para comunidades

Entre as abordagens apresentadas nesse quadro, observa-se que a maioria está pautada em estratégias educativas que buscam “ensinar” a população sobre a importância e os benefícios de um estilo de vida ativo. No entanto, as abordagens intersectoriais parecem ser as estratégias mais adequadas para aumentar o nível de atividade física (BAUMAN et al., 2012). De acordo com Yancey *et al.* (2007), as estratégias de promoção da atividade física com caráter político e ambiental vêm se tornando uma área de interesse dos governos, porém ainda se encontram numa fase inicial de desenvolvimento. Um estudo de revisão sistemática conduzido por Wu *et al.* (2011) reforça a importância das abordagens comunitárias, visto que estas apresentam melhor relação custo-efetividade e um grande potencial de serem ampliadas a custos mais baixos. Ainda, de acordo Baker *et al.* (2011), as intervenções comunitárias chamam a atenção pelo fato de serem direcionadas para toda uma população, envolvendo ações de investimento em infraestrutura e de planejamento, com o objetivo de produzir resultados sustentáveis. Na tentativa de compreender as abordagens encontradas nas intervenções comunitárias de

atividade física, Baker *et al.* (2011) propuseram um modelo lógico para essas intervenções (figura 1).

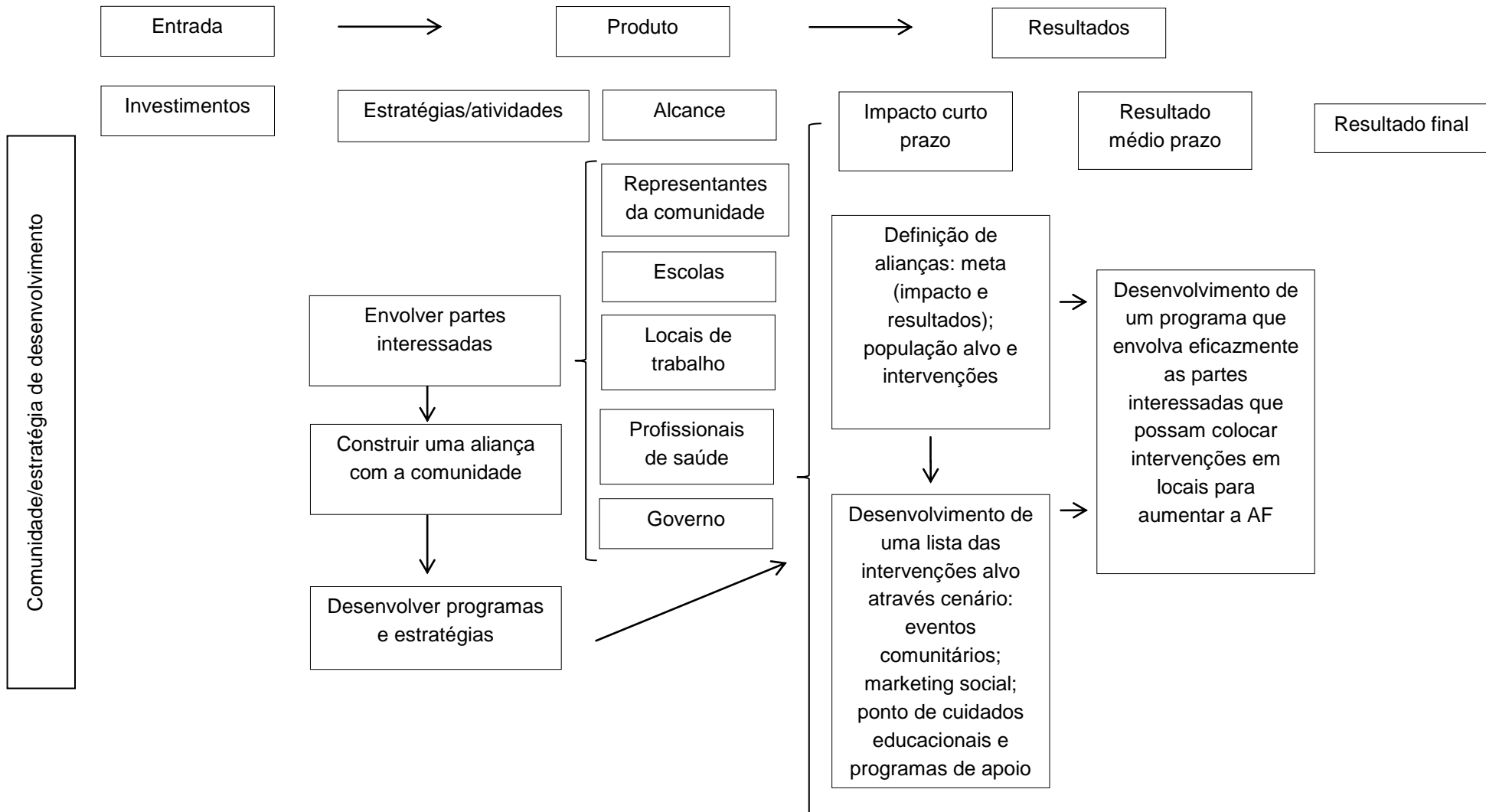


Figura 1. Modelo lógico das intervenções comunitárias de promoção da atividade física proposto por Baker et al., (2011).



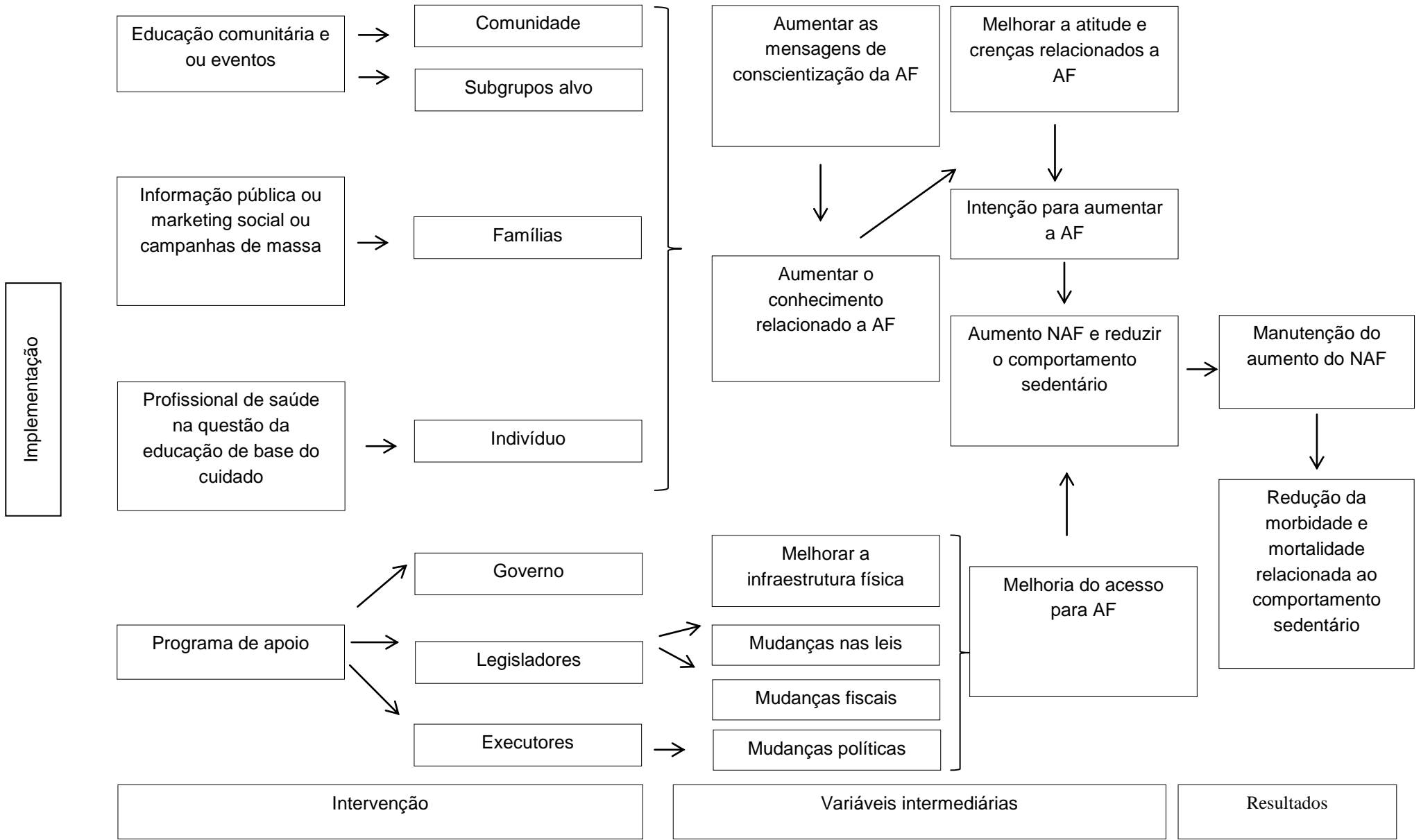


Figura 1 (cont.). Modelo lógico das intervenções comunitárias de promoção da atividade física proposto por Baker et al., (2011).

As intervenções para promoção da atividade física em larga escala no Brasil são anteriores à própria PNPS. Um dos primeiros programas populacionais de promoção de atividade física foi o Programa Nacional de Educação e Saúde através do Exercício Físico e do Esporte, lançado conjuntamente pelos Ministérios da Saúde, da Educação e do Desporto em 1986 (FERREIRA; NAJAR, 2005). Esse programa foi pensado com o objetivo de aumentar o envolvimento da população com as práticas esportivas e de atividade física através da conscientização sobre os benefícios dessas práticas para a saúde. Dez anos mais tarde foi lançado o programa Agita São Paulo. De acordo com Matsudo *et al.* (2009), esse programa tem como objetivos combater o baixo nível de atividade física da população do estado de São Paulo, ampliar o número de municípios com intervenções para promoção da atividade física e aumentar o conhecimento das pessoas sobre os benefícios da adoção de comportamentos fisicamente ativos.

Com o intuito de ampliar essas ações para o nível nacional, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Promoção da Atividade Física – Agita Brasil (Portaria GM 1.893/2001). Esse programa, de forma muito similar ao Agita São Paulo, buscou aumentar o conhecimento da população sobre os benefícios da prática de atividade física, assim como fortalecer o envolvimento dessa população com a atividade física (BRASIL, 2002). Além desses programas de promoção de atividade física com abordagem informativa, outras experiências foram realizadas em outras cidades do Brasil, como o programa CuritibaAtiva, que incentiva a prática de atividade física nos diversos centros de esporte e lazer de Curitiba (PR) (HALLAL *et al.*, 2009), e o programa Saúde Ativa Rio Claro, no estado de São Paulo, que oferece práticas orientadas de atividade física aos usuários das Unidades de Saúde da Família em parceria com a Fundação Municipal de Saúde e a Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (NAKAMURA *et al.*, 2010).

Além dessas iniciativas locais para a promoção da atividade física, o Ministério da Saúde iniciou, em 2005, uma série de repasses financeiros com o objetivo de apoiar e fomentar ações direcionadas para a prática de atividade física. Esse apoio permitiu a implantação de projetos e programas de atividade física no Brasil, contemplando, em 2009, cerca de 1500 entes federados, constituindo a Rede Nacional de Promoção da Saúde. As ações desenvolvidas por essa rede enfatizaram projetos de atividade física baseados nas áreas estratégicas da PNPS (KNUTH *et al.*, 2010).

Especificamente no estado de Pernambuco, o programa Academia da Cidade, criado a partir da experiência-piloto da Universidade de Pernambuco com o projeto de extensão intitulado “Exercício e Saúde”, ganhou reconhecimento nacional. Esse programa foi implantado em 2002 pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Recife, com o objetivo de promover atividades físicas e lazer para a comunidade (HALLAL et al., 2010), tendo sido reconhecido como uma política de promoção à saúde da ABS da Secretaria Municipal de Saúde (Portaria n. 122 /2006). Posteriormente, em 2007, o governo do estado de Pernambuco lançou o programa Academia das Cidades, como o objetivo de requalificar os espaços públicos para a prática de atividade física, lazer e outras formas de cultura em todo o estado (Diário Oficial do Estado de Pernambuco, n. 230, de 7 de dezembro de 2007).

A consolidação dessas experiências e a necessidade de continuação e integração das ações de Vigilância em Saúde, Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis com a Estratégia de Saúde da Família fizeram com que o Ministério da Saúde lançasse, em 2011, o programa Academia da Saúde em âmbito nacional (Portaria GM n. 719, 11 de abril de 2011, revogada pela Portaria GM n. 2.681, de 7 de novembro de 2013). O programa Academia da Saúde surgiu a partir dos resultados de experiências exitosas de cidades como Recife, Aracaju e Belo Horizonte (SANTOS et al., 2014), e tem como objetivo oferecer a prática de atividade física em ambientes comunitários, sem custos para os indivíduos, em 4000 municípios brasileiros. As Academias da Saúde são espaços com infraestrutura, equipamentos e recursos humanos para estimular e orientar os indivíduos à prática de atividade física (MALTA et al., 2012). Ainda, o referido programa está integrado com a ABS, articulando-se com toda a rede de atenção à saúde e outros equipamentos sociais, sendo que foram investidos US\$ 150 milhões no primeiro ano do seu lançamento (BRASIL, 2011; MALTA et al., 2011).

Apesar da expansão de programas e projetos de promoção da atividade física de caráter populacional e no contexto da saúde pública, muitas dessas intervenções não foram avaliadas ou tiveram seus resultados divulgados (HOEHNER et al., 2008; AMORIM et al., 2013). Nesse sentido, torna-se necessário aprofundar as discussões sobre a utilização da avaliação como componente fundamental para qualificar essas intervenções voltadas à promoção da atividade física.

### 2.3 A prática do monitoramento e avaliação na rotina das intervenções de saúde

Segundo Champagne *et al.* (2011), uma intervenção pode ser compreendida como “um sistema organizado de ação que visa, em um determinado ambiente e durante um determinado período, modificar o curso previsível de um fenômeno para corrigir uma situação problemática”. Nesse sentido, uma intervenção pode ser representada por programas, projetos, serviços ou políticas. No cenário do poder público, uma política trata-se das ações governamentais construídas a partir de uma agenda de governo, sendo incluídos os anseios e necessidades da sociedade civil, o que resulta em programas, ações, estratégias e planos que buscam trazer benefícios à saúde numa dada realidade (FERNANDES *et al.*, 2011).

No entanto, apesar da importância dessas políticas no contexto social, em especial das políticas públicas de saúde, muitas são alvos constantes de questionamentos acerca de sua efetividade (relação entre o impacto real e o impacto potencial) e eficiência (relação entre o impacto real e o custo das ações), sugerindo a necessidade de avaliações sistemáticas (CARVALHO *et al.*, 2012).

Uma definição clássica de “avaliação” foi utilizada por Contandriopoulos *et al.* (1997):

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

A utilização da avaliação na gestão dos programas e serviços de saúde favorece o julgamento de uma determinada situação, auxiliando na tomada de decisão em prol da melhoria de programas, projetos ou políticas de saúde (CARVALHO *et al.*, 2012). No entanto, o processo de avaliar não se deve restringir a apenas fazer julgamento de valor; a avaliação deve ser capaz de produzir transformações positivas (FERNANDES *et al.*, 2011).

Nesse sentido, o processo avaliativo possui algumas finalidades específicas, tais como: finalidade estratégica, que busca auxiliar o planejamento e a elaboração de uma intervenção; finalidade formativa, que tem como objetivo fornecer dados para melhorar a intervenção; finalidade somativa, que visa determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se deve ser mantida, transformada ou interrompida; finalidade transformadora, com o intuito de utilizar os resultados da avaliação para

transformar uma situação problemática; finalidade fundamental, que busca contribuir para o avanço dos conhecimentos empíricos e teóricos sobre a intervenção (CHAMPAGNE et al., 2011).

Como identificado por Contandriopoulos *et al.* (1997), uma determinada intervenção pode ser objeto de dois tipos de avaliação: a avaliação normativa ou a pesquisa avaliativa. Na avaliação normativa, pretende-se avaliar cada componente da intervenção, como os recursos empregados, a estrutura, os serviços e resultados das ações, a partir de critérios e normas estabelecidos. Esse tipo de avaliação, assim como as dimensões somativa e formativa, tornou-se mais predominante no SUS (PINTO; GERHARDT, 2013). Já na pesquisa avaliativa são utilizados procedimentos científicos para verificar as relações de causa e efeito (CHAMPAGNE et al., 2011). Logo, a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa são duas atividades diferentes, que possuem métodos e finalidades específicas – esse primeiro tipo de avaliação é inerente ao processo de gestão e está relacionado ao controle dentro das organizações (CHAMPAGNE et al., 2011, p 77-94).

Como mencionado anteriormente, a avaliação normativa toma como referência a comparação de todos os componentes de uma intervenção com critérios e normas estabelecidos. Nesse tipo de avaliação, procura-se verificar se uma intervenção correspondente às expectativas, no que diz respeito à estrutura (recursos implantados e sua organização), aos processos (serviços e bens produzidos) e aos resultados da intervenção em comparação com determinadas normas (CHAMPAGNE et al., 2011, p 77-94).

Outro importante instrumento utilizado na rotina dos serviços de saúde e que permite uma maior agilidade na correção de determinadas situações-problema é o monitoramento (BRASIL, 2006). De acordo com Hartz e Silva (2008), monitoramento é um acompanhamento contínuo de informações. Essa atividade faz parte do processo avaliativo, sendo considerada fundamental para o acompanhamento de dados relevantes, tanto durante o processo de implantação de um programa quanto para o acompanhamento dos resultados (CARVALHO et al., 2012). Ainda, segundo Felisberto (2004), a avaliação dos serviços de saúde decorre, na maioria das vezes, das atividades de monitoramento conduzidas no cotidiano desses serviços.

Apesar disso, segundo Costa *et al.* (2013), em muitas situações, o monitoramento é posto como algo anterior à avaliação ou apenas compreendido como elemento de apoio a ela, sendo pouco exploradas suas potencialidades de uso

dentro da gestão em saúde. No entanto, Vasconcelos *et al.* (2008) acreditam que os termos “monitoramento” e “avaliação” (M&A), apesar de apresentarem conceitos distintos, expressam estreita vinculação quando se pensa na implantação e desenvolvimento de programas de saúde. Ainda, de acordo com Lahey (2010), o sistema canadense de M&A, uma referência mundial, considera essas duas ferramentas como complementares, e não concorrentes, o que as torna fundamentais para o processo de mensurar o desempenho da gestão dos serviços públicos.

Nesse sentido, o gestor em saúde deve organizar e utilizar informações provenientes do M&A para redirecionar processos de tomada de decisão, de planejamento e de organização logística (MIRANDA *et al.*, 2012). A realização do M&A na gestão em saúde pode possibilitar a identificação de informações que subsidiem a definição de estratégias (TAMAKI *et al.*, 2012), uma vez que a avaliação não necessariamente reflete-se numa decisão, mas as informações produzidas a partir dela contribuem para o melhor reconhecimento da situação e assim influenciam positivamente nas decisões (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

De acordo com Carvalho *et al.* (2012), algumas situações despertaram o interesse pela realização de avaliação no âmbito das políticas, programas e serviços de saúde no Brasil, tais como: descentralização da gestão do SUS, complexidade do perfil epidemiológico do País, maior cobrança e fiscalização dos gastos públicos em saúde. Nesse sentido, o Ministério da Saúde, a partir de inúmeras discussões sobre a importância da utilização do M&A na gestão dos serviços de saúde, elaborou em 2003 a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica. Essa política busca institucionalizar a prática do M&A na rotina dos serviços e ações da ABS.

A figura 2 traz um esboço do modelo lógico de implantação da política nacional de monitoramento e avaliação para ABS.

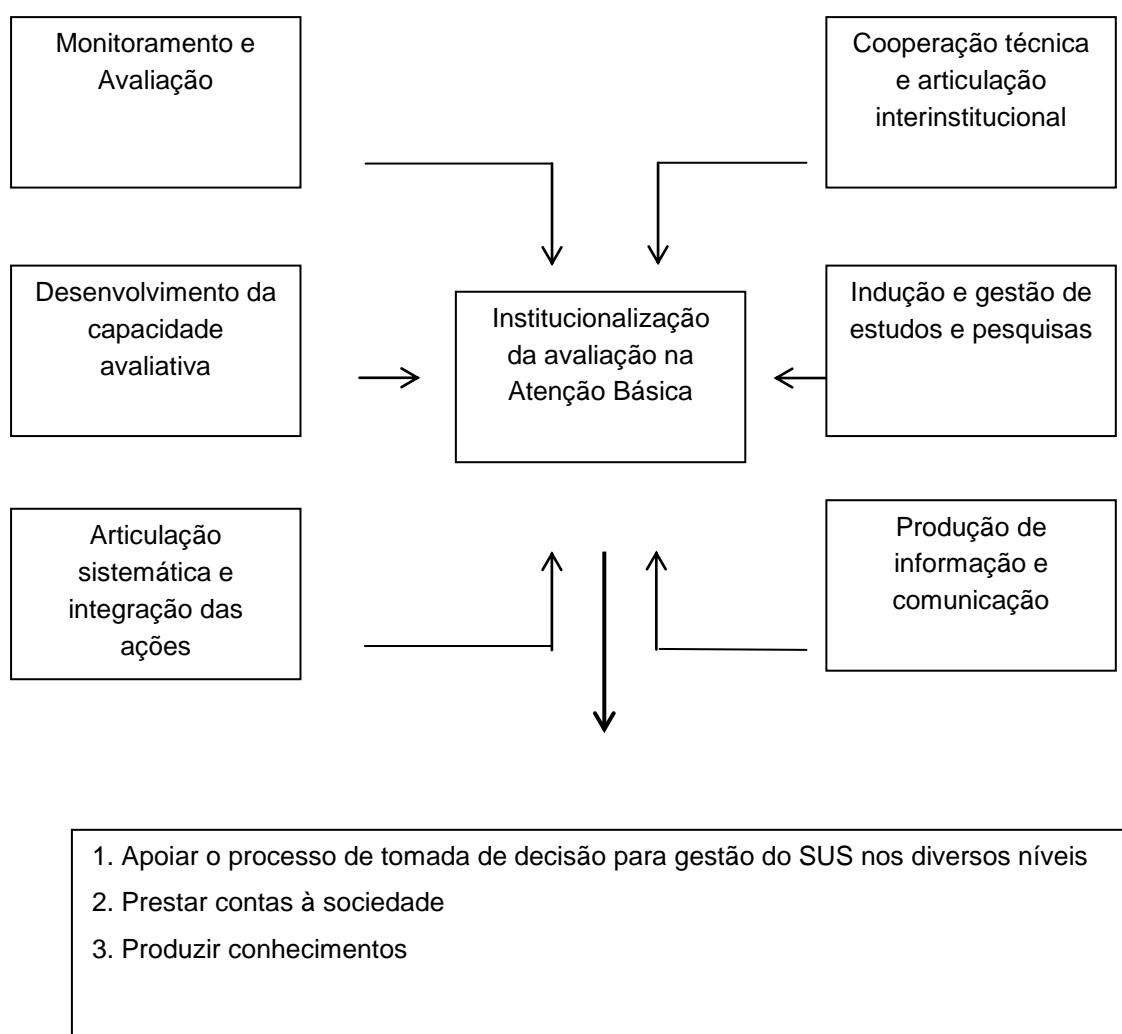


Figura 2. Modelo lógico da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica. Fonte: Brasil (2005).

No entanto, apesar da criação de uma política nacional que estabelece a institucionalização do M&A, parece que esta prática não está consolidada no âmbito institucional, sendo conduzida muitas vezes de forma pouco organizada e sem utilização dos seus resultados para apoiar os processos decisórios (LIMA; SILVA, 2011; CARVALHO et al., 2012). No estudo realizado por Almeida e Melo (2012), a partir de uma entrevista com gestor, trabalhadores e usuários de uma unidade básica de saúde no município de Salvador, identificou-se que a prática do M&A não estava presente na organização desse serviço de saúde; além disso, havia uma distorção sobre significado e aplicação da avaliação por parte dos profissionais entrevistados. Em outro estudo conduzido no Brasil, com dirigentes de 577

secretarias municipais de saúde, apenas 47% destes informaram que utilizavam resultados do M&A para reorganizar processos de trabalho (MIRANDA et al., 2012).

Com relação à prática de M&A nos programas, políticas ou intervenções de promoção da atividade física, Daugbjerg *et al.* (2009) conduziram um estudo de análise documental de 27 políticas de atividade física na Europa e constataram que, apesar de a maioria dessas políticas enfatizar a importância de um plano de avaliação e sistema de vigilância para monitorar a implantação da política e realização dos objetivos, apenas cerca de metade delas indicava relativa obrigatoriedade para a realização de M&A. Outro estudo, realizado com 748 gestores da Rede Nacional de Promoção da atividade física no Brasil, concluiu que apenas 6,6% dos programas utilizavam a avaliação dos usuários sobre os programas como fonte de monitoramento e avaliação (TALES et al., 2013).

De acordo com Tamaki *et al.* (2012), muitos dos resultados advindos da prática de M&A não são utilizados para análise da situação de saúde ou para definição de prioridades e reorientação das ações. Ainda, segundo Denis (2010), para superar os desafios da institucionalização do M&A na gestão em saúde, são necessárias três ações: traçar uma boa estratégia para a divulgação dos resultados da avaliação; possuir capacidade para realizar a avaliação; e utilizar os resultados da avaliação.

De fato, a prática de avaliação parece que ainda não foi assimilada pelos serviços de saúde no Brasil, pois é vista de maneira pouco ordenada e sistematizada, sem agregar grandes contribuições ao processo decisório (CARVALHO et al., 2012). Segundo Tamaki *et al.* (2012), um caminho para institucionalizar a prática de M&A na gestão dos serviços de saúde deve incluir a instrumentalização das equipes gestoras; a construção e o aporte de metodologias; o desenvolvimento e a divulgação de mecanismos de monitoramento; e a condução de avaliações oportunas durante a gestão do SUS.



### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo caracteriza-se como transversal, de caráter descritivo e analítico, com abrangência estadual, resultante de um projeto maior intitulado “Avaliação dos programas e intervenções relacionadas à atividade física na Rede de Atenção Básica à Saúde no estado de Pernambuco – projeto SUS+Ativo”.

O projeto SUS+Ativo tem como objetivo principal avaliar os diferentes macroprocessos da gestão (planejamento, operação e avaliação) de intervenções para promoção da atividade física na Atenção Básica à Saúde (ABS) no estado de Pernambuco. Essas intervenções foram delimitadas pelos programas Academia da Saúde, Academia das Cidades ou outro programa municipal de atividade física vinculado à ABS; e pelas ações de promoção da atividade física desenvolvidas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

#### 3.2 Campo de estudo e seleção dos participantes

Pernambuco tem 184 municípios, mais a Ilha de Fernando de Noronha, e é dividido geograficamente em cinco regiões (região Metropolitana, Zona da Mata, Agreste, Sertão e região do São Francisco). No contexto da saúde, esses municípios são agrupados estrategicamente em 12 regiões de saúde – essa distribuição no território estadual está representada na figura 3.

Figura 3. Distribuição das Gerências Regionais de Saúde (GERES) do estado de Pernambuco. Fonte: Secretaria Estadual de Saúde (2015).



O presente estudo teve como campo de investigação intervenções para promoção da atividade física de 143 municípios do estado de Pernambuco que representam 10 regiões de saúde. Essas intervenções foram delimitadas pelos seguintes serviços/programas: Núcleo de Apoio à Saúde da família (NASF), Programa Academia das Cidades (PACID), Programa Academia da Saúde (PAS) e qualquer outro programa municipal de promoção da atividade física. Obrigatoriamente, para participação neste estudo, essas intervenções deveriam estar em funcionamento e ser vinculadas à ABS.

A tabela 1 apresenta a distribuição dos NASF e polos do PACID/PAS nos 143 municípios que participaram do presente estudo

Tabela 1. Distribuição dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) e dos programas Academia das Cidades/ Academia da Saúde (PACID/PAS) nas 10 regiões de saúde do estado de Pernambuco, em 2014.

Região de Saúde*	n° de municípios	n° NASF	n° POLOS PACID/PAS
I	20	49	50
II	20	19	11
III	22	17	2
V	21	20	5
VI	13	9	6
VII	7	5	2
VIII	7	8	4
IX	11	10	6
X	12	3	6
XII	10	7	5
Total	143	164	126

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde (2014).

\*Exceto a IV e XI GERES (projeto de pesquisa não realizado nessas regiões)

O estudo teve como população-alvo gestores das intervenções para promoção de atividade física – representados pelos coordenadores dos NASF e dos programas de atividade física ou, quando da inexistência desses, pelos gerentes de atenção à saúde e/ou secretários de saúde –, profissionais e usuários vinculados às intervenções para promoção da atividade física. Optou-se pela realização de um censo com todos os gestores e profissionais que atuavam nas intervenções para promoção da atividade física.

Para a seleção dos usuários, não houve *a priori* um dimensionamento amostral; no entanto, o número de usuários entrevistados por município foi estabelecido levando em consideração dois aspectos: porte populacional do município (< 20 mil habitantes; de 20 a 49,9 mil habitantes; de 50 a 99,9 mil habitantes; 100 mil habitantes ou mais) e cenário das intervenções de atividade

física na ABS (cenário 1 = presença apenas de NASF; cenário 2 = presença apenas do PACID, PAS ou programa similar; cenário 3 = presença de NASF e do PACID, PAS ou programa similar). O número mínimo de usuários variou de no mínimo 7 a 20 por município. Além disso, procurou-se estabelecer uma distribuição dos usuários nos diferentes ciclos de vida (gestante, adolescente, adulto e idoso). O quadro 2 apresenta a estimativa de usuário por porte do município e cenário das intervenções de atividade física.

Quadro 2. Dimensionamento da amostra de usuário de acordo com o porte do município e a existência de intervenções de atividade física em funcionamento.

Estratégia para dimensionamento do número de usuários que devem ser entrevistados			Cenário 1	Cenário 2	Cenário 3
Tipo de intervenção existente	NASF	Núcleos	SIM		SIM
	PAC ou similar	Polos		SIM	SIM
Tamanho do município	<20 mil	Gestantes	2	0	2
		Adolescentes	2	2	3
		Adultos	3	3	4
		Idosos	2	2	3
		<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>12</b>
	20-49,9 mil	Gestantes	2	0	2
		Adolescentes	2	2	3
		Adultos	3	3	4
		Idosos	2	2	3
		<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>12</b>
	50-99,9 mil	Gestantes	3	0	3
		Adolescentes	3	3	4
		Adultos	4	4	5
		Idosos	3	3	4
		<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>16</b>
	100 mil ou mais	Gestantes	4	0	4
		Adolescentes	4	4	5
		Adultos	5	5	6
		Idosos	4	4	5
		<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>13</b>	<b>20</b>

### **3.3 Coleta de dados**

O presente estudo contou com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde para divulgar os objetivos do projeto SUS+Ativo por meio do envio de um ofício para todas as secretarias municipais de saúde de Pernambuco. O referido ofício (anexo A) explicava os objetivos da pesquisa e solicitava o apoio e a anuência dos municípios para realização da coleta de dados. Em seguida, um grupo de pesquisadores entrou em contato por e-mail e telefone com cada secretaria municipal de saúde para informar a proposta da pesquisa e identificar os municípios que possuíam intervenções para promoção da atividade física na ABS em funcionamento. Após essa etapa, os pesquisadores agendavam a visita com o município para a realização da coleta de dados.

O projeto SUS+Ativo tem como meta avaliar todos os municípios de Pernambuco que possuam intervenções de atividade física na ABS; no entanto, a coleta de dados do presente estudo limitou-se a 10 regiões de saúde que representam 143 municípios. Desses, apenas 104 municípios possuíam intervenções para promoção da atividade física vinculadas à ABS e em pleno funcionamento.

Após as etapas de divulgação do projeto SUS+Ativo e identificação dos municípios com intervenções de atividade física, duas equipes da Universidade de Pernambuco e uma equipe da Universidade do Vale do São Francisco (UNIVASF), previamente treinadas, conduziram a coleta de dados, no período de fevereiro a agosto de 2014, nos 104 municípios que compreendem a região Metropolitana do Recife, a Zona da Mata, o Agreste e o Sertão.

A coleta de dados ocorreu nos locais das intervenções de atividade física, como praças, quadras, associação de moradores, pátios, salões comunitários, unidades de saúde; e nos horários de atividade física. Dados foram coletados com gestores, profissionais e usuários das intervenções para promoção da atividade física, mediante aplicação de três instrumentos: 1) questionário autoaplicado com gestores; 2) questionário autoaplicado com profissionais; 3) questionário no formato de entrevista face a face com usuários.

### **3.4 Instrumento de medida**

Para a realização deste estudo, foram construídos e validados três instrumentos intitulados “Questionário para avaliação de intervenções para promoção da Atividade Física na Atenção Básica à Saúde”, com as versões para gestor. Cada questionário foi organizado a partir de componentes e dimensões, como apresentado no quadro 3.

Quadro 3 – Organização dos componentes e dimensões dos instrumentos de coleta de dados do projeto “SUS+Ativo” nas versões gestor, profissional e usuário.

Instrumento versão gestor	Instrumento versão profissional	Instrumento versão usuário
<p><u>Componente 1</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Caracterização do respondente</li> </ul> <p><u>Dimensões</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociodemográfica</li> <li>• Formação inicial</li> <li>• Formação continuada e educação permanente</li> <li>• Atuação profissional</li> </ul>	<p><u>Componente 1</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Caracterização do respondente</li> </ul> <p><u>Dimensões</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociodemográfica</li> <li>• Formação inicial</li> <li>• Formação continuada e educação permanente</li> <li>• Atuação profissional</li> </ul>	<p><u>Componente 1</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Caracterização do respondente</li> </ul> <p><u>Dimensões:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociodemográfica</li> <li>• Participação</li> </ul>
<p><u>Componente 2</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Caracterização das intervenções</li> </ul> <p><u>Dimensões</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação</li> </ul>	<p><u>Componente 2</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Análise das competências</li> </ul> <p><u>Dimensões</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimentos e habilidades</li> </ul>	<p><u>Componente 2</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepção sobre a qualidade das intervenções</li> </ul> <p><u>Dimensões</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação no planejamento e avaliação</li> </ul>
<p><u>Componente 3</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestão das intervenções</li> </ul> <p><u>Dimensões</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação</li> <li>• Planejamento</li> <li>• Operação</li> </ul>		

O processo de construção e validação desses instrumentos ocorreu em quatro fases:

1ª fase – Construção de matrizes analíticas (de novembro a dezembro de 2013): foram realizadas três rodadas de reuniões com um grupo de quatro

pesquisadores que trabalharam inicialmente para definir quais indicadores deveriam compor a matriz dos três instrumentos. Nessa etapa também foram consultados gestores e profissionais de diferentes secretarias e departamentos de saúde do estado e de alguns municípios para opinarem sobre a construção da matriz. Depois de organizadas, as matrizes analíticas foram enviadas para 80 (oitenta) especialistas com experiência em avaliação de serviços de saúde ou com a investigação na área de atividade física e saúde, epidemiologistas e profissionais de Educação Física com experiência na ABS ou com título de Residência Multiprofissional em Saúde. Todos foram convidados a procederem à crítica das matrizes em formulário eletrônico (aplicativo do Google Docs), com opções de resposta em escala semântica de quatro pontos referentes à pertinência dos indicadores (0- sem pertinência; 1- pouco pertinente; 2- pertinente; 3- muito pertinente). Em complemento, cada parecerista poderia emitir relato escrito sobre algum indicador, dimensão ou sobre as características gerais das matrizes.

2ª fase – Validade de face e conteúdo (de dezembro de 2013 a janeiro de 2014): analisaram-se as sugestões e informações dos pareceristas e procedeu-se à construção dos instrumentos. Assim como para as matrizes, foi construído um instrumento para cada fonte de resposta (gestor, profissional e usuário), todos submetidos, em três rodadas, à apreciação da equipe do projeto, formada por dez pesquisadores. Finalizado esse procedimento, os três instrumentos foram encaminhados, novamente, aos mesmos especialistas que haviam sido convidados para emissão de parecer nas matrizes, independentemente de se haviam colaborado ou não naquela primeira etapa. Para esse procedimento, solicitou-se aos especialistas para avaliarem, de modo geral, a adequação da redação/linguagem das perguntas (nada compreensível, pouco compreensível, compreensível, muito compreensível), o nível de adequação das escalas de respostas (nada adequado, pouco adequado, adequado e muito adequado) e, também, o grau de qualidade de cada questionário, mediante as seguintes opções de resposta: muito ruim, ruim, regular, bom, muito bom. Em adição, os pareceristas também encaminharam comentários específicos para ajustes em perguntas e categorias de resposta.

3ª fase – Estudo piloto: de posse das informações levantadas junto aos pareceristas, procedeu-se a ajustes necessários e partiu-se para um estudo piloto mediante aplicação dos instrumentos com a população-alvo do estudo, no intuito de testar a clareza das questões e a aplicabilidade dos instrumentos. Os instrumentos

foram aplicados com 4 (quatro) gestores de programas de promoção da atividade física, 40 (quarenta) usuários e 20 (vinte) profissionais.

4ª fase – Análise de reprodutibilidade: após realização de pequenos ajustes em cada instrumento, executou-se a análise de reprodutibilidade (teste – reteste) dos dois instrumentos (versão profissional e usuário). Uma semana depois, a coleta do estudo-piloto foi repetida com os mesmos participantes a fim de testar a confiabilidade dos instrumentos de medida. Os resultados dos testes de reprodutibilidade são apresentados no Anexo B (Instrumentos versão profissional) e no Anexo C (Instrumentos versão usuário).

### **3.5 Variáveis analisadas**

As variáveis utilizadas neste estudo contemplam informações sobre o perfil sociodemográfico de gestores, profissionais e usuários das intervenções para promoção da atividade física, assim como sobre os elementos que caracterizam as ações de M&A desenvolvidas nas intervenções para promoção da atividade física. As variáveis analisadas por subgrupo populacional investigado estão descritas no quadro 4.

Quadro 4. Distribuição das variáveis analisadas de acordo com os diferentes subgrupos investigados.

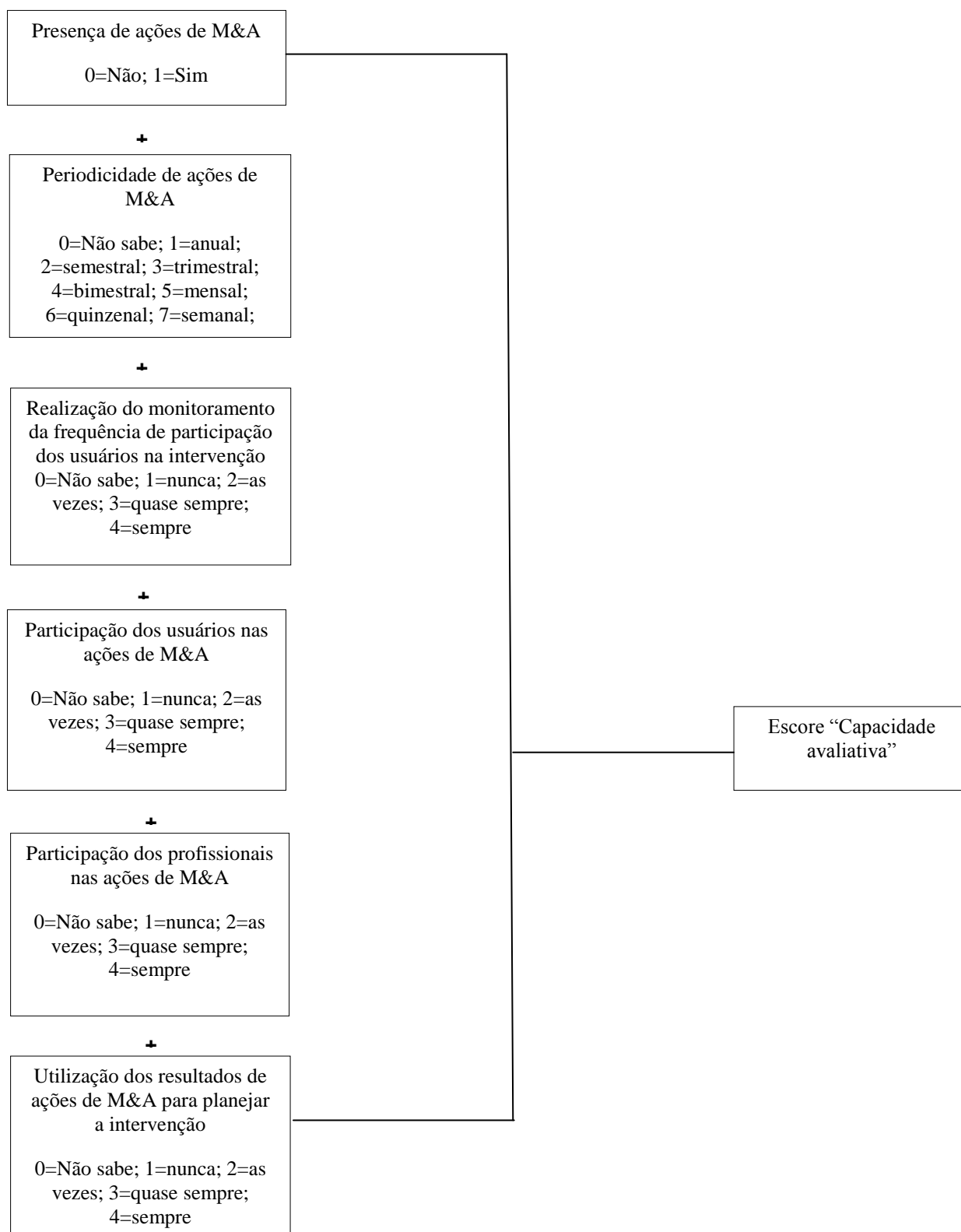
<b>População investigada</b>	<b>Variável analisada</b>
Gestor, profissional e usuário	Variáveis sociodemográficas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo</li> <li>• Faixa etária</li> <li>• Escolaridade</li> <li>• Raça</li> <li>• Renda</li> </ul>
Gestor e profissional	Variáveis relacionadas à formação acadêmica: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Área da formação inicial</li> <li>▪ Formação continuada</li> <li>▪ Educação permanente</li> </ul> Variáveis relacionadas à atuação profissional: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tempo de experiência profissional</li> <li>▪ Tipo de vínculo profissional</li> </ul>
Gestor	Variáveis relacionadas à identificação da intervenção: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tipo de programa ou serviço de saúde</li> <li>▪ Tempo de existência da intervenção</li> <li>▪ Fonte de financiamento</li> <li>▪ Quantitativo de recursos humanos</li> <li>▪ Participação da comunidade local nas decisões relativas às intervenções</li> </ul>
Gestor	Variáveis que caracterizam as ações de M&A: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Presença e frequência de ações de M&amp;A</li> <li>▪ Participação de usuários e profissionais nas ações de M&amp;A</li> <li>▪ Utilização dos resultados do M&amp;A no planejamento</li> <li>▪ Nível de importância atribuída às ações de M&amp;A</li> <li>▪ Tipo de instrumento utilizado para realizar o M&amp;A</li> <li>▪ Percepção de barreiras para a prática do M&amp;A</li> <li>▪ Percepção do grau de competência técnica dos profissionais para a prática de M&amp;A.</li> </ul>
Profissional	Variáveis que caracterizam as ações de M&A: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nível de conhecimento em M&amp;A auto referido</li> <li>▪ Nível de habilidade para as ações de M&amp;A auto referida</li> </ul>
Usuário	Variáveis que caracterizam as ações de M&A: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frequência de participação no M&amp;A da intervenção</li> </ul>

Num segundo momento, foram utilizadas seis variáveis, extraídas do subgrupo gestor, que caracterizam as ações de M&A para compor a variável dependente capacidade avaliativa. Essa variável é resultante da construção de um



escore gerado pelo somatório dessas seis variáveis. As seguintes variáveis independentes foram utilizadas para compor as análises de associação: competência técnica dos profissionais, grau de importância atribuído ao M&A, percepção de barreias e tipo de instrumento. Entre as covariáveis, podem-se destacar estas: formação inicial, número de cursos realizados, presença e periodicidade de ações de planejamento, existência de grupo gestor formado pela comunidade, participação da comunidade nas decisões da intervenção de atividade física, nível de gestão da intervenção. O modelo da construção da variável dependente capacidade avaliativa está apresentado na figura 4.

Figura 4. Modelo de construção da variável dependente “Capacidade avaliativa” por meio do agrupamento de seis variáveis relacionadas aos fatores que expressam a prática de M&A.



### 3.6 Tabulação e análise de dados

A tabulação dos dados foi realizada por meio da leitura ótica dos questionários, utilizando o *software* SPHYNX® (Sphynx Software Solutions Incorporation, Washington, Estados Unidos), que permite a identificação automática dos erros de preenchimento e a construção do banco de dados. A análise descritiva constituiu-se da distribuição de frequências (absolutas e relativas). A análise inferencial constou da aplicação do teste de Qui-quadrado para verificar a associação entre a variável capacidade avaliativa e as variáveis independentes (competência técnica, grau de importância atribuído, percepção de barreias e tipo de instrumento). Para análise multivariável, recorreu-se à regressão logística binária bruta e ajustada, adotando-se o desfecho baixa capacidade avaliativa como categoria de referência. Na análise bruta, foram testadas todas as variáveis independentes (fatores individual e organizacional) com a variável capacidade avaliativa. Na análise ajustada, foi utilizado o método Backward para seleção das variáveis, adotando-se  $p < 0,20$  como critério de entrada e permanência no modelo final, ajustados pelos possíveis fatores de confusão. Todas as análises foram realizadas no programa SPSS (versão 16.0), e adotou-se nível de significância  $p \leq 0,05$ .

### 3.7 Considerações éticas

O projeto de pesquisa ao qual este estudo está vinculado foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Pernambuco – CAAE: 13373313.5.0000.5207 (anexo D). A participação dos sujeitos foi voluntária e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo E).

## 4 RESULTADOS

De acordo com as normas para elaboração da dissertação de mestrado do Programa Associado de Pós-Graduação em Educação Física UPE/UFPB, optou-se

pela apresentação dos resultados do presente estudo no formato de manuscritos para submissão a periódicos da área. Os dois manuscritos propostos encontram-se em consonância com os objetivos específicos apresentados no capítulo de introdução deste relatório e foram preparados para serem submetidos aos seguintes periódicos:

#### Artigo 1

Título: Práticas de monitoramento e avaliação nas intervenções para promoção da atividade física na Atenção Básica à Saúde do estado de Pernambuco, Brasil

Objetivo: descrever os elementos que caracterizam as ações do monitoramento e avaliação nas intervenções para promoção da atividade física na Atenção Básica à Saúde de Pernambuco.

Periódico: Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde

Qualis: B2

#### Artigo 2

Título: Fatores associados à capacidade avaliativa dos municipais de Pernambuco que desenvolvem intervenções para promoção da atividade física na Atenção Básica à Saúde

Objetivo: analisar os fatores associados à capacidade avaliativa da gestão municipal das intervenções para promoção da atividade física na Atenção Básica à Saúde de Pernambuco.

Periódico: Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde

Qualis: B2

**Artigo original****Título**

Práticas de monitoramento e avaliação nas intervenções para promoção da atividade física na Atenção Básica à Saúde do estado de Pernambuco, Brasil

**Title**

Practices of monitoring and evaluation in the interventions to promote physical activity carried out primary health care services in Pernambuco, Brazil

**Título resumido**

Práticas de monitoramento e avaliação

**Autores:****Instituição****Correspondência para:**

Juliana Rafaela Andrade da Silva

Universidade de Pernambuco

Grupo de Pesquisa em Estilos de Vida e Saúde

Rua Arnóbio Marques, 310, campus Santo Amaro (HUOC/ESEF) Recife – PE, Brasil, 50100-130. Telefone: +55 81 3183.3376. E-mail: [juliana.r.silva@ibest.com.br](mailto:juliana.r.silva@ibest.com.br)

**Contagem de palavras:**

Texto: 4647

Resumo: 266

Abstract: 262

Número de referências: 27

Número de ilustrações: 3

## Resumo

O objetivo deste estudo foi descrever os fatores que expressam as práticas de monitoramento e avaliação (M&A) nas intervenções para promoção da atividade física (AF) desenvolvidas na Atenção Básica à Saúde no estado de Pernambuco, Brasil. Para tanto, realizou-se um estudo transversal, de base estadual, recorrendo-se ao uso de questionários para coletar dados com gestores, profissionais e usuários das intervenções. A partir do uso desses instrumentos, foram coletados dados com os gestores sobre os seguintes fatores: presença, periodicidade, participação de usuários e profissionais, utilização dos resultados do M&A no planejamento, tipo de instrumento, grau de importância atribuído, percepção de barreiras e do nível de competência técnica dos profissionais. Com os profissionais, foram obtidos dados sobre o nível de conhecimento e a habilidade, enquanto os usuários referiram a frequência de participação nas ações de M&A. Dos 145 gestores avaliados, 82,4% informaram que realizavam M&A, sendo que essa proporção foi significativamente maior entre aqueles com curso de especialização (71,3%; IC95%: 62,8-78,1). No entanto, apenas 47,6% utilizavam os resultados do M&A para o planejamento. Quanto às competências técnicas dos 481 profissionais, apenas 21,6% indicaram possuir nível de conhecimento alto ou muito alto sobre ações de M&A. Com relação aos 942 usuários, 44% informaram que nunca participaram das ações de M&A da intervenção de AF. Apesar de a maioria dos gestores relatar a realização de ações de M&A, menos da metade utilizava os resultados do M&A para apoiar ações de planejamento. Além disso, os resultados indicaram baixa proporção de profissionais que referiram níveis desejáveis de competência técnica para atuar em ações de M&A, com reduzida participação dos usuários nessas ações.

**Palavras-chave:** Promoção da saúde. Atividade física. Gestão em saúde. Atenção primária à saúde.

## Abstract

The aim of this study was to describe the elements that characterize practices of monitoring and evaluation (M&E) in the interventions to promote physical activity at the public primary health care services in Pernambuco, Brazil. Thus, it was performed a statewide cross-sectional study that used previously piloted questionnaires to collect data with managers/coordinators, practitioners, and users of the interventions. These instruments were used to gather data on the following variables: M&E practice, periodicity, instruments used, participation of the practitioners and users in M&E, utilization of the M&E findings to support planning, referred level of importance of M&E, struggle perception to perform M&E, and perception of competence level of the practitioners to perform M&E. Practitioners provided data on their self-rated level of knowledge and skills to perform M&E, while the users reported the frequency of participation in M&E practices. Among 145 managers/coordinators, 82.4% referred performing M&E actions. However, only 47.6% used the findings of M&E to support planning process. These proportions were not significantly different between managers of different interventions to promote physical activity. Regards to the competence level of the practitioners, only 21.6% reported a high or very high knowledge level on M&E practices. Among 942 users, 44% reported that never had been involved in M&E actions. Although, most reporting managers performs M&E shares, less than half used the results of M&E to support action planning. In addition, the results indicated low proportion of professionals who mentioned desirable levels of technical competence to act in M&E activities, to reduced participation of users in these actions.

**Keywords:** Health Promotion, Motor Activity, Health Management, Primary Health Care

## INTRODUÇÃO

A avaliação é reconhecida como uma estratégia fundamental para identificar o efeito dos programas de saúde na condição de saúde das pessoas atendidas, além de permitir a análise de aspectos como efetividade, alcance das metas estabelecidas e necessidade de melhorias<sup>1</sup>. De acordo com a Organização Mundial de Saúde<sup>2</sup>, a utilização do monitoramento e avaliação (M&A) é parte essencial das estratégias para promoção da atividade física, uma vez que se propõe examinar o sucesso do programa e apoiar os gestores na tomada de decisão no que diz respeito ao planejamento das intervenções. No entanto, apesar de instituídas em algumas políticas de saúde<sup>3-5</sup>, as ações de M&A enfrentam dificuldades operacionais quanto à sua implantação nos programas de promoção da atividade física<sup>6-8</sup>.

De acordo com Carvalho *et al.*<sup>9</sup>, o monitoramento pode ser entendido como um acompanhamento sistemático de informações relevantes, tanto sobre os aspectos relacionados ao processo de um programa quanto sobre seus resultados. A avaliação foi definida por Contandriopoulos *et al.*<sup>10</sup> como um julgamento de valor sobre uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisão. Esse julgamento pode ocorrer a partir de uma avaliação normativa, baseada em critérios e normas estabelecidos, ou por meio de uma pesquisa avaliativa, conduzida a partir de procedimentos científicos<sup>11</sup>. Embora os termos monitoramento e avaliação apresentem conceitos próprios, Reis *et al.*<sup>12</sup> afirmam que esses dois elementos fazem parte das práticas avaliativas.

Apesar da sua reconhecida importância como mecanismos da gestão em saúde<sup>13-15</sup>, as ações de M&A parecem não estar totalmente inseridas na rotina dos programas e serviços de saúde, sendo executadas de maneira assistemática, sem contribuir significativamente com os processos decisórios<sup>9</sup>. Além disso, Reynolds e Sutherland<sup>16</sup> alertam que existe, entre os profissionais, uma falta de entendimento sobre como o M&A pode contribuir para beneficiar o planejamento de um programa de saúde.

No contexto da promoção da atividade física, desenvolvida por meio de programas ou projetos comunitários, poucas dessas intervenções tiveram seus processos e impactos avaliados e divulgados, apesar da sua expansão e



consolidação como política de saúde pública<sup>17,18</sup>. De acordo com Knuth e Hallal<sup>19</sup>, tão logo implantado um programa, torna-se necessário discutir os processos avaliativos que serão adotados, tanto sob a perspectiva da avaliação interna, conduzida pelos usuários, profissionais e gestores, quanto sob a perspectiva das avaliações de caráter científico, desenvolvidas a fim de determinar, por exemplo, a efetividade dos programas. Nesse sentido, o Ministério da Saúde do Brasil, órgão responsável pelo financiamento de inúmeras intervenções para promoção da atividade física, como o programa Academia da Saúde, buscou qualificar gestores municipais e estaduais sobre ações de M&A dos programas implantados, objetivando fortalecer a promoção da atividade física como componente de ações do Sistema Único de Saúde<sup>20</sup>.

Apesar desses esforços, resultados de um estudo conduzido por Amorim *et al.*<sup>7</sup> mostraram que menos de 7% dos coordenadores dos programas da Rede Nacional de Atividade Física utilizavam a avaliação dos usuários sobre o programa como recurso de monitoramento e avaliação (M&A). De acordo com Malta *et al.*<sup>6</sup>, embora tenham sido realizados alguns estudos para avaliação da efetividade das intervenções comunitárias de atividade física, um dos principais desafios encontrados nessas intervenções é a necessidade do fortalecimento de um sistema de M&A local.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde implantou em 2013 o FormSUS, formulário *on-line* de monitoramento das atividades desenvolvidas pelo programa Academia da Saúde. Esse formulário é preenchido semestralmente pelo gestor municipal responsável pelo programa, porém a análise das informações desse monitoramento fica a cargo do próprio Ministério da Saúde. No estado de Pernambuco, uma experiência similar vem sendo desenvolvida pela Secretaria Estadual de Saúde, que criou um formulário *on-line* de monitoramento mensal das ações desenvolvidas tanto pelo programa Academia das Cidades quanto pelo programa Academia da Saúde.

Apesar dessas iniciativas, não se sabe até o momento qual o cenário atual das ações de M&A conduzidas nos municípios de Pernambuco que possuem intervenções para promoção da atividade física. Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi descrever os elementos que caracterizam as ações do monitoramento e avaliação nas intervenções para promoção da atividade física na Atenção Básica à Saúde (ABS) no estado de Pernambuco.

## **PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### **Caracterização do estudo**

Este estudo caracteriza-se como transversal, de caráter descritivo e de abrangência estadual, desenvolvido a partir de um projeto maior intitulado “Avaliação dos programas e intervenções relacionadas à atividade física na rede de Atenção Básica à Saúde no estado de Pernambuco – projeto SUS+Ativo”. O projeto SUS+Ativo tem como proposta central avaliar os componentes do macroprocesso da gestão (avaliação, planejamento e operação) de intervenções para promoção da atividade física desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica à Saúde (ABS) no estado de Pernambuco.

O projeto de pesquisa ao qual este estudo está vinculado foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Pernambuco (CAAE: 13373313.5.0000.5207). A participação dos sujeitos foi voluntária e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### **Campo de estudo e seleção dos participantes**

O estado de Pernambuco tem 184 municípios, mais a Ilha de Fernando de Noronha, e é dividido geograficamente em cinco regiões (região Metropolitana, Zona da Mata, Agreste, Sertão e região do São Francisco). No contexto da saúde, esses municípios são agrupados estrategicamente em 12 regiões de saúde. Cada região de saúde é administrada por uma Gerência Regional de Saúde (GERES), órgão representativo da Secretaria Estadual de Saúde (SES).

O presente estudo teve como campo de investigação intervenções para promoção da atividade física desenvolvidas em dez regiões de saúde compostas por 143 municípios do estado de Pernambuco. As intervenções para promoção da atividade física foram delimitadas pelos seguintes serviços/programas: Núcleo de Apoio à Saúde da família (NASF), Programa Academia das Cidades (PACID), Programa Academia da Saúde (PAS) e qualquer outro programa municipal de promoção da atividade física. Obrigatoriamente, para participação neste estudo, essas intervenções deveriam estar em funcionamento e ser vinculadas à ABS.

O estudo teve como população-alvo gestores das intervenções para promoção atividade física – representados pelos coordenadores dos NASF e dos

programas de atividade física ou, quando da inexistência desses, pelos gerentes de atenção à saúde e/ou secretários de saúde –, profissionais e usuários vinculados às intervenções para promoção da atividade física. Optou-se pela realização de um censo com todos os gestores e profissionais que atuavam nas intervenções para promoção da atividade física.

Para a seleção dos usuários, não houve *a priori* um dimensionamento amostral; no entanto, o número de usuários entrevistados por município foi estabelecido levando em consideração dois aspectos: porte populacional do município (< 20 mil habitantes; de 20 a 49,9 mil habitantes; de 50 a 99,9 mil habitantes; 100 mil habitantes ou mais) e cenário das intervenções de atividade física na ABS (cenário 1 = presença apenas de NASF; cenário 2 = presença apenas do PACID, PAS ou programa similar; cenário 3 = presença de NASF e do PACID, PAS ou programa similar). O número mínimo de usuários variou de no mínimo 7 a 20 por município. Além disso, procurou-se estabelecer uma distribuição dos usuários nos diferentes ciclos de vida (gestante, adolescente, adulto e idoso).

### **Coleta de dados**

O presente estudo contou com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde para divulgar os objetivos do projeto SUS+Ativo por meio do envio de um ofício para todas as secretarias municipais de saúde de Pernambuco. O referido ofício explicava os objetivos da pesquisa e solicitava o apoio e a anuência dos municípios para realização da coleta de dados. Em seguida, um grupo de pesquisadores entrou em contato por e-mail e telefone com cada secretaria municipal de saúde para informar a proposta da pesquisa e identificar os municípios que possuíam intervenções para promoção da atividade física na ABS em funcionamento. Após essa etapa, os pesquisadores agendavam a visita com o município para a realização da coleta de dados.

O projeto SUS+Ativo tem como meta avaliar todos os municípios de Pernambuco que possuam intervenções de atividade física na ABS; no entanto, a coleta de dados do presente estudo limitou-se a dez regiões de saúde que representam 143 municípios. Desses, apenas 104 municípios possuíam intervenções para promoção da atividade física vinculadas à ABS e em pleno funcionamento.

Após as etapas de divulgação do projeto SUS+Ativo e identificação dos municípios com intervenções de atividade física, duas equipes da Universidade de Pernambuco e uma equipe da Universidade do Vale do São Francisco (UNIVASF), previamente treinadas, conduziram a coleta de dados, no período de fevereiro a agosto de 2014, nos 104 municípios que compreendem a região Metropolitana do Recife, a Zona da Mata, o Agreste e o Sertão.

A coleta de dados ocorreu nos locais das intervenções de atividade física, como praças, quadras, associação de moradores, pátios, salões comunitários, unidades de saúde; e nos horários de atividade física. Dados foram coletados com gestores, profissionais e usuários das intervenções para promoção da atividade física, mediante aplicação de três instrumentos: 1) questionário autoaplicado com gestores; 2) questionário autoaplicado com profissionais; 3) questionário no formato de entrevista face a face com usuários.

### **Instrumento de medida**

Foram construídos três questionários para coleta de dados no presente estudo. A construção desses instrumentos iniciou pela definição de uma matriz analítica composta por dimensões e indicadores que representavam aspectos de interesse para o estudo. Em seguida, considerando as matrizes analíticas, foram elaboradas versões preliminares dos questionários. Essas duas etapas foram desenvolvidas mediante consultas a um painel de especialistas constituído por pesquisadores e profissionais com reconhecida experiência no campo da promoção da atividade física. A versão final dos instrumentos passou, então, por processo de validação de face e conteúdo, mediante consulta a especialistas que julgaram dois aspectos fundamentais: pertinência dos indicadores em relação aos domínios do instrumento, conforme estabelecido nas matrizes analíticas; e pertinência, clareza e adequação da linguagem das perguntas em relação aos indicadores.

Ainda nesta fase de desenvolvimento dos instrumentos, foi realizado estudo-piloto e teste de reprodutibilidade de medidas dos instrumentos. As versões finais dos instrumentos foram aplicadas em duplicata (uma semana de intervalo) com 20 profissionais e 40 usuários de intervenções para promoção da atividade física. Testagem do instrumento destinado à coleta de dados com os gestores foi realizada com aplicação dele a quatro coordenadores de programas de promoção da atividade física, mas não foi possível replicar essa aplicação.

Os indicadores de reprodutibilidade do instrumento destinado à obtenção de dados com os profissionais variaram de 0,47 a 1 (correlação de Spearman). Em relação ao instrumento utilizado para entrevistar os usuários, os coeficientes de correlação de Spearman variaram de 0,42 a 0,92. Os instrumentos utilizados neste estudo estão disponíveis na página do Grupo de Pesquisa em Estilos de Vida e Saúde na Internet (<http://www.gpesupe.org/downloads.php>).

### **Variáveis analisadas**

As variáveis analisadas no presente estudo foram organizadas em dois grupos: variáveis relacionadas ao perfil dos participantes e das intervenções, e variáveis que caracterizam as ações de M&A nas intervenções para promoção da atividade física. As variáveis de caracterização dos respondentes abrangeram as seguintes informações: sexo, faixa etária, escolaridade, etnia e renda, para todos os respondentes; e, para gestores e profissionais, participação em cursos e capacitações, experiência profissional e tipo de vínculo ocupacional. Com relação às características das intervenções para promoção da atividade física, podem-se destacar o tipo da intervenção e o tempo de existência no município.

Para descrever as variáveis que caracterizam as ações de M&A, foram utilizadas informações reportadas pelos gestores, como existência e periodicidade das ações de M&A, frequência de participação dos usuários e profissionais nas ações de M&A, utilização dos resultados do M&A no planejamento, tipo de instrumento utilizado nas ações de M&A, grau de importância atribuído ao M&A, percepção de barreiras e nível de competência técnica dos profissionais. Entre os profissionais, foram identificados o nível de conhecimento e a habilidade autorreferidos para atuar nas ações de M&A; entre os usuários, foi identificada a frequência de participação nas ações de M&A.

### **Tabulação e análise dos dados**

A tabulação dos dados foi realizada por meio da leitura ótica dos questionários mediante utilização do *software* SPHYNX<sup>®</sup> (Sphynx Software Solutions Incorporation, Washington, Estados Unidos) e de um escâner modelo Fujitsu fi-6230z. Para a análise dos dados, foram empregados procedimentos descritivos (distribuição de frequências absolutas e relativas) e testes para comparação de proporções (teste de Qui-quadrado e Qui-quadrado para tendência). As análises

foram realizadas mediante utilização do programa estatístico SPSS (versão 16.0), e adotou-se nível de significância  $p=0,05$ .

## RESULTADOS

Dos 143 municípios do estado de Pernambuco que participaram da primeira etapa do projeto SUS+Ativo, apenas 104 possuíam pelo menos uma intervenção para promoção da atividade física na Atenção Básica à Saúde. Nesses municípios, foram coletados dados com 145 gestores, 481 profissionais e 942 usuários das intervenções de atividade física. Registrou-se uma recusa entre os gestores, quatro entre os profissionais e uma entre os usuários que foram convidados a participar do estudo.

As características sociodemográficas dos gestores, profissionais e usuários estão apresentadas na tabela 1. De acordo com os dados apresentados, pode-se observar que a maioria dos gestores, profissionais e usuários das intervenções de atividade física era do sexo feminino. Entre os gestores, 51,9% tinham idade entre 31 e 50 anos, 97,9% tinham ensino superior completo, 70,6% possuíam renda mensal de 2 a 4 salários mínimos e 24,3% tinham formação inicial em Enfermagem. Com relação aos profissionais entrevistados, 50,3% tinham idade entre 18 e 30 anos, 94,2% tinham ensino superior completo, 79,9% recebiam de 2 a 4 salários mínimos e 59,1% tinham formação inicial em Educação Física. Entre os usuários, houve uma maior proporção de pessoas com faixa etária acima de 50 anos, com ensino médio completo e renda mensal de até 1 salário mínimo

Tabela 1. Características sociodemográficas dos gestores, profissionais e usuários das intervenções para promoção da atividade física na Atenção Básica à Saúde do estado de Pernambuco, 2014.

Variáveis	Subgrupo avaliado		
	Gestor % (n)	Profissional % (n)	Usuário % (n*)
<b>Sexo</b>			
Masculino	31,0 (45)	39,4 (189)	10,4 (98)
Feminino	69,0 (100)	60,5 (291)	89,6 (840)
<b>Faixa etária</b>			
< 18	-	-	7,1 (67)
De 18 a 30	42,1 (56)	50,3 (229)	14,6 (137)
De 31 a 50	51,9 (69)	45,7 (208)	30,9 (291)
Acima de 50	6,0 (8)	4,0 (18)	47,4 (446)
<b>Raça</b>			
Branca	37,5 (54)	44,9 (213)	27,5 (258)
Parda	53,5 (77)	38,8 (184)	57,1 (537)
Preta	2,8 (4)	8,9 (42)	11,0 (103)
Outra	6,2 (9)	7,4 (35)	4,4 (42)
<b>Renda</b>			
Não possui renda	-	-	20,9 (196)
Até 1 SM	9,8 (14)	13,9 (66)	62,4 (584)
De 2 a 4 SM	70,6 (101)	79,9 (381)	15,0 (140)
Acima de 4 SM	19,6 (28)	6,2 (30)	1,7 (16)
<b>Escolaridade</b>			
Analfabeto	-	-	19,3 (191)
Fundamental incompleto	-	-	22,3 (209)
Ensino fundamental	-	0,2 (1)	17,5 (164)
Ensino médio	2,1 (3)	5,6 (27)	34,7 (326)
Ensino superior	97,9 (142)	94,2 (448)	6,2 (59)
<b>Área de formação inicial</b>			
Educação Física	23 (33)	59,1 (264)	-
Fisioterapia	16,7 (24)	16,3 (73)	-
Enfermagem	24,3 (35)	0,7 (3)	-
Nutrição	2,8 (4)	9,6 (43)	-
Psicologia	9,7 (14)	5,6 (25)	-
Outras**	23,6 (34)	8,8 (39)	-
<b>Região do estado</b>			
Metropolitana do Recife	16,8(23)	39,2(188)	24,5 (232)
Zona da Mata	24,8(34)	10,0(48)	11,7 (110)
Agreste	24,1(33)	20,0(96)	27,5 (259)
Sertão	26,3(36)	21,0(101)	31,1 (292)
Vale do São Francisco	8,0(11)	9,8(47)	5,2 (49)

\*O somatório não corresponde ao total de casos da amostra devido a valores inexistentes (*missing*)

\*\*Outras áreas de formação: Assistência social, Farmácia, Terapia Ocupacional, Odontologia, Biomedicina, Fonoaudiologia

Com relação ao componente de educação permanente e tempo de atuação profissional (dados não apresentados na tabela 1), verificou-se que aproximadamente 50% dos gestores não haviam participado nos últimos 12 meses de cursos, eventos ou capacitações sobre a gestão de intervenções para promoção

da atividade física e 50,8% atuavam nas intervenções há menos de um ano. Entre os profissionais de saúde, apenas 30,8% trabalhavam nessas intervenções há mais de três anos. As variáveis que caracterizam as intervenções para promoção da atividade física indicaram que, entre gestores, 52,8% eram responsáveis pela gestão das intervenções desenvolvidas pelo NASF, 25,4% respondiam pela gestão do PACID, 9,2% pelo PAS e 12,7% por programas de promoção da atividade física criados exclusivamente pelo município. Ainda, de acordo com esses gestores, 75,7% dessas intervenções funcionavam há mais de um ano.

Com relação à participação dos usuários nas intervenções de atividade física, 38,4% informaram que eram usuários do PACID, 19% participavam do PACID/PAS, 36,5% participavam das ações de promoção da atividade física desenvolvidas pelo NASF e 6,1% estavam vinculados a algum programa de atividade física criado exclusivamente pelo município. Quanto ao tempo de participação nessas intervenções, 66,7% dos usuários informaram que participavam há pelo menos seis meses.

Especificamente sobre as ações de M&A (dados apresentados na tabela 2), pode-se observar que 84,1% dos gestores informaram que realizavam ações de M&A nas intervenções para promoção da atividade. Embora 70,3% dos gestores tenham classificado as ações de M&A como muito importantes, apenas 47,6% indicaram que utilizavam os resultados das ações de M&A para apoiar as atividades de planejamento da intervenção. Ainda, 36,6% sinalizaram que o principal motivo que dificultava a realização de ações de M&A estava associado a questões de recursos estruturais. Entre os profissionais entrevistados, a maioria indicou possuir níveis de conhecimento e habilidades médios para atuar nas ações de M&A. Entre os usuários, 44% informaram que nunca participaram do M&A da intervenção para promoção da atividade física.

Os dados apresentados na tabela 3 indicam que não houve uma diferença significativa entre a proporção de gestores dos diferentes tipos de intervenções para promoção da atividade física (NASF, PACID, PAS ou outro programa municipal) em relação às variáveis que caracterizam as ações de M&A (realização, periodicidade, utilização, percepção de barreiras e tipo de instrumentos).



Tabela 2. Distribuição das variáveis que caracterizam as ações de M&A, segundo os gestores, profissionais e usuários das intervenções para promoção da atividade física na Atenção Básica à Saúde do estado de Pernambuco, 2014.

Subgrupo investigado	Variável	Categorias	% (n*)
Gestor	Realização do M&A	Não	5,5 (8)
		Sim	84,1 (122)
		Não sabe	10,3 (15)
	Utilização dos resultados do M&A no planejamento	Nunca	7,6 (11)
		Às vezes	13,1 (19)
		Quase sempre	19,3 (28)
		Sempre	47,6 (69)
		Não sabe	12,4 (18)
	Principal barreira para realização do M&A	Recursos humanos	29,2 (42)
		Recursos estruturais	36,6 (44)
		Outros	4,9 (7)
		Não há barreiras	35,4 (51)
	Grau de importância atribuída às ações de M&A	Pouco importante	1,4 (2)
		Importante	26,2 (38)
		Muito importante	70,3 (102)
		Não sabe	2,1 (3)
	Periodicidade das ações de M&A	Semestral ou anual	15,9 (22)
		Mensal, bimestral ou trimestral	64,3 (92)
		Diária, semanal ou quinzenal	3,5 (5)
Não sabe		16,8 (24)	
Participação dos usuários nas ações de M&A	Nunca	19,6 (28)	
	Às vezes	25,9 (37)	
	Quase sempre ou sempre	35,0 (50)	
	Não sabe	19,6 (28)	
Participação dos profissionais de saúde nas ações de M&A	Nunca	7,6 (11)	
	Às vezes	13,1 (19)	
	Quase sempre ou sempre	66,9 (97)	
	Não sabe	2,1 (3)	
Monitoramento da participação dos usuários nas intervenções de atividade física	Nunca	12,4 (18)	
	Às vezes	22,8 (33)	
	Quase sempre ou sempre	61,4 (89)	
	Não sabe	3,4 (5)	
Forma de construção dos instrumentos para as ações de M&A	Sem padronização	16,8 (24)	
	Com padronização	52,0 (75)	
	Não existe ou não sabe	30,8 (44)	
Percepção da competência técnica dos profissionais para as ações de M&A	Pouca/alguma competência	6,9 (10)	
	Competentes	64,1 (93)	
	Muito competentes	23,4 (34)	
	Não sabe	5,5 (8)	
Profissionais de saúde	Nível de conhecimento sobre M&A	Muito baixo ou baixo	29,7 (139)
		Médio	48,8 (229)
		Alto ou muito alto	21,6 (101)
	Nível de habilidade para fazer M&A	Muito baixo ou baixo	16,6 (74)
		Médio	54,5 (258)
		Alto ou muito alto	29,8 (141)
Usuários	Frequência de participação no M&A	Nunca	44,0 (411)
		Às vezes	24,1 (225)
		Quase sempre ou sempre	31,9 (298)

\*O somatório não corresponde ao total de casos da amostra devido a valores inexistentes (*missing*).

Tabela 3. Análise de associação entre as variáveis que caracterizam as ações de M&A e os diferentes tipos de intervenções para promoção da atividade física na Atenção Básica à Saúde, segundo dados reportados pelos gestores municipais de saúde do estado de Pernambuco, em 2014

Variáveis que caracterizam as ações de M&A	Tipo de intervenção				Valor de p*
	NASF	PACID	PAS	Outro programa municipal	
Realização de M&A					
Sim	51,7 (62)	25 (30)	10 (12)	13,3 (6)	0,37
Não	42,9 (3)	28,6 (2)	14,3 (1)	14,3 (1)	
Não sabe	66,7 (10)	26,7 (4)	0 (0)	6,7 (1)	
Periodicidade das ações de M&A					
Semestral ou anual	55,2 (16)	17,2 (5)	17,2 (5)	10,3 (3)	0,53
Mensal, bimestral ou trimestral	100 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Diária, semanal ou quinzenal	33,3 (1)	0 (0)	0 (0)	66,7 (2)	
Não sabe	51,4 (54)	29,5 (31)	7,6 (8)	11,4 (12)	
Utilização dos resultados do M&A no planejamento					
Nunca	40 (4)	30 (3)	20 (2)	10 (1)	0,80
Às vezes	52,6 (10)	31,6 (6)	0 (0)	15,8 (3)	
Quase sempre	60,7 (17)	10,7 (3)	14,3 (4)	14,3 (4)	
Sempre	48,5 (33)	26,5 (18)	10,3 (7)	14,7 (10)	
Não sabe	64,7 (11)	35,3 (6)	0 (0)	0 (0)	
Principal barreira para realização do M&A					
Recursos humanos	36,6 (15)	41,5 (17)	4,9 (2)	17,1 (7)	0,28
Recursos estruturais	69,8 (30)	9,3 (4)	9,3 (4)	11,6 (5)	
Outros	85,7 (6)	14,3 (1)	0 (0)	0 (0)	
Não há barreiras	46 (23)	28 (14)	14 (7)	12 (6)	
Forma de construção dos instrumentos para as ações de M&A					
Sem padronização	56,5 (13)	30,4 (7)	8,7 (2)	4,3 (1)	0,65
Padronizado	45,3 (34)	25,3 (19)	9,3 (7)	20 (15)	
Não existe ou não sabe	64,7 (27)	23,8 (10)	7,1 (3)	4,8 (2)	

\*Teste de Qui-quadrado ( $p \leq 0,05$ )

## DISCUSSÃO

Entre os principais achados deste estudo, podem-se destacar estes: 1) a maioria dos gestores informou que realizava ações de M&A nas intervenções para promoção da atividade física, sendo que não houve diferença significativa entre os gestores dos diferentes tipos de intervenções para promoção da atividade física; 2) menos da metade dos gestores utilizava os resultados das ações de M&A para apoiar as ações de planejamento da intervenção de atividade física; 3) a maioria dos profissionais informou possuir níveis médios de conhecimento e habilidades para atuar nas ações de M&A; 4) menos da metade dos usuários participou das ações de M&A das intervenções de atividade física.

Como potencialidades do presente estudo, podem-se citar o desenho do estudo como sendo de abrangência estadual e a opção pela realização do censo das populações investigadas (gestor e profissional). Além disso, a coleta realizada *in loco* e com diferentes populações investigadas (usuários, gestores e profissionais) permite uma maior aproximação com diferentes realidades locais, a fim de que seja traçado um diagnóstico dos programas e intervenções de promoção da atividade física em relação às práticas de M&A. Entre as limitações, pode-se destacar que a utilização de um único tipo de instrumento (questionário) para coleta de dados pode, em algumas situações, superestimar ou subestimar os resultados. Acredita-se que a incorporação de outras formas de coleta de dados, tais como análise documental, entrevista semiestruturada, poderia potencializar os achados deste estudo, por permitir um maior aprofundamento das informações investigadas.

A elevada frequência, observada neste estudo, da realização de ações de M&A por parte dos gestores das intervenções para promoção da atividade física pode ser atribuída ao atual contexto político-organizacional do estado de Pernambuco, que vem criando mecanismos para favorecer a institucionalização do monitoramento na rotina de programas de atividade física, como o PACID/PAS<sup>21</sup>. Tal resultado também pode ser atribuído aos esforços do Ministério da Saúde por meio da construção de estratégias para institucionalizar a prática do M&A nas três instâncias de gestão do SUS, a partir da criação da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica<sup>22</sup>.

Outro componente de destaque observado foi a periodicidade de realização de ações de M&A, visto que 64,3% dos gestores conduziam ações de M&A pelo

menos a cada trimestre. Tal resultado corrobora o princípio discutido por Costa *et al.*<sup>23</sup>, que enfatiza a importância do monitoramento como elemento de um processo sistemático e contínuo para identificar mudanças, sendo recomendada a realização de ações de monitoramento numa periodicidade não superior a seis meses. Além disso, os resultados do grau de importância atribuída às ações corroboram os achados do estudo proposto por Vasconcelos *et al.*<sup>10</sup> a partir de um grupo focal com técnicos e gestores da Secretaria de Saúde do estado do Ceará. Esses autores identificaram que a prática do M&A era percebida por tais profissionais como algo que deveria ser um processo inerente ao serviço, devendo fazer parte do cotidiano das atividades de um programa ou do próprio serviço de saúde, apesar da existência de entraves para a utilização da avaliação. Para Contandriopoulos<sup>10</sup>, quanto maior a importância atribuída pelos atores institucionais às informações advindas da avaliação mais pertinente será a incorporação de práticas avaliativas na rotina dos serviços de saúde.

Apesar de os resultados encontrados serem positivos no que diz respeito ao processo de institucionalização do M&A, outros aspectos precisam ser observados, como, por exemplo, a incipiente utilização dos resultados de M&A no planejamento das intervenções de promoção de atividade física. Resultados convergentes foram encontrados no estudo de Miranda *et al.*<sup>24</sup>, com 577 dirigentes (secretários, coordenadores e técnicos) de secretarias municipais de saúde no Brasil: apenas 47% indicaram utilizar as informações provenientes do M&A para reorganizar os processos de trabalho. De acordo com Carvalho *et al.*<sup>6</sup>, o processo de incorporação da prática avaliativa deve permitir que as ações de M&A subsidiem ou sejam intrínsecas ao planejamento e à gestão.

Além disso, pode-se destacar o baixo envolvimento dos usuários e profissionais de saúde nas ações de M&A das intervenções de promoção da atividade física. Fato semelhante foi encontrado no estudo conduzido por Vasconcelos *et al.*<sup>10</sup>: a avaliação era realizada sem a participação efetiva de profissionais e usuários dos serviços de saúde. Segundo Champagne *et al.*<sup>25</sup>, a avaliação tem uma dimensão democrática quando visa provocar debates, necessitando, desta forma, que usuários participem ativamente dos processos de avaliação, a fim de questionar e avaliar se de fato os programas e/ou serviços de saúde alcançaram os objetivos inicialmente estabelecidos.

Outro fator que pode explicar o baixo envolvimento dos profissionais nas ações de M&A pode ser atribuído aos componentes conhecimento e habilidade. No presente estudo, pode-se identificar que poucos profissionais consideraram seus níveis de conhecimento e habilidades para M&A como altos ou muito altos. Para Ledikwe *et al.*<sup>11</sup>, um dos fatores que podem explicar a reduzida participação dos profissionais nas ações de M&A pode ser atribuído à falta de apropriação das tarefas relacionadas ao M&A. Segundo Nickel *et al.*<sup>28</sup>, a capacidade de fazer ações de M&A inclui desde atividades de planejar e estruturar uma avaliação até realizar, analisar e divulgar os seus resultados, exigindo, desta forma, competências que precisam ser desenvolvidas constantemente.

Apesar de resultados positivos no que diz respeito à realização de ações M&A (existência de ações, alta periodicidade e grau de importância atribuída) nas intervenções de promoção da atividade física, alguns aspectos-chave precisam ser levados em consideração para a consolidação de práticas avaliativas nas intervenções de promoção da atividade física. A institucionalização do M&A deve favorecer a participação da sociedade civil, de profissionais e entidades de pesquisa nesse processo. Além disso, profissionais e gestores devem ser instrumentalizados para potencializar a realização e utilização dos resultados do M&A a fim de qualificar as intervenções para promoção da atividade física no contexto do Sistema Único de Saúde. Essas e outras iniciativas podem aumentar a capacidade para realização de ações de M&A pela gestão local das intervenções de promoção da atividade física.

### **Agradecimentos**

Estudo apoiado com auxílio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e da Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco.

### **Colaboradores**

Mauro Barros desenvolveu a concepção do projeto de pesquisa e supervisionou todas as etapas do estudo, desde a construção do instrumento de pesquisa, o planejamento do desenho amostral até a redação do artigo. Emmanuely Lemos contribui com o treinamento para coleta de dados e auxiliou na redação do manuscrito. Simone Santos contribui com a revisão do manuscrito. Rildo Wanderley

contribui com a análise dos dados. Todos os autores revisaram versões anteriores do artigo e aprovaram esta versão

## REFERÊNCIAS

1. Round, R, Marshall, B & Horton, K. Planning for effective health promotion evaluation. Victorian Government Department of Human Services, Melbourne, 2005.
2. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: WHO, 2010.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
4. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde) – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
5. Daugbjerg SB, Kahlmeier S, Racioppi F, Diener EV, Martin B, Oja P, et al. Promotion of Physical Activity in the European Region: Content Analysis of 27 National Policy Documents. *J Phys Act Health*. 2009; 6: 805-17.
6. M Malta, D.C.; Silva, M.M.A.; Albuquerque, G.M.; Amorim, R.C.A.; Rodrigues, G.B.A.; Silva; T.S. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*. 2014; 19: 286-299.
7. Amorim TC, Knuth AG, Cruz DKA, Malta DC, Reis RS, Hallal PC. Descrição dos programas municipais de promoção da atividade física financiados pelo Ministério da Saúde. *Rev Bras Ativ Fis e Saúde*. 2013; 18(1):63-74.
8. Hallal PC, Tenório MCM, Tassitano RM, Reis RS, Carvalho YM, Cruz DKA, et al. Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2010; 26(1):70-78.
9. Carvalho ALB, Souza MF, Shimizu HE, Senra IMVB, Oliveira KC. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Cien Saude Colet*. 2012; 17(4):901-11.

10. Contandriopoulos, A.P. et al. A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. In: Hartz, ZMA. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro. FIOCRUZ:1997, p. 29-48.
11. Champagne F, Contandriopoulos AP, Brouselle A, Hartz Z, Denis JL. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In Bouselle A, Champagne F, contandriopoulos AP, Hartz Z. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 41-60.
12. Reis AT, Oliveira PTR e Sellera PE. Sistema de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS). Revista. Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde. 2012, 6. ‘
13. Vasconcelos SM, Bosi MLM, Pontes RJS. Avaliação e o monitoramento da atenção básica no Estado do Ceará, Brasil: explorando concepções e experiências no nível central. Cad Saude Publica.2008; 24(12):2891-900.
14. Ledikwe JH, Grignon J, Lebelonyane R, Ludick S, Matshediso E, Sento BW. Improving the quality of health information: a qualitative assessment of data management and reporting systems in Botswana. Health Res Policy Syst. 2014; 12:2-10.
15. Joint United Nations Programme on HIV and AIDS (UNAIDS): Basic Terminology and Frameworks for Monitoring and Evaluation. Geneva: UNAIDS; 2010. Available at:[http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2010/7\\_1-Basic-Terminology-and-Frameworks-MEF.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2010/7_1-Basic-Terminology-and-Frameworks-MEF.pdf)
16. Reynolds HW e Sutherland EG. A systematic approach to the planning, implementation, monitoring, and evaluation of integrated health services. BMC Health Services Research. 2013, 13:168.
17. Malta DC, Castro AM, Gosch CS, Cruz DKA, Bressan A, Nogueira JD, et al. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. Epidemiol. Serv. Saúde. 2009; 18:79-86.
18. Salinas J, Vio F. Promoción de salud y actividad física en Chile: política prioritária. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2003; 14(4): 281-88.



19. Knuth AG, Hallal PC. Intervenções de atividade física no Brasil. In Florindo AA e Hallal PC. Epidemiologia da atividade física. São Paulo: Editora Atheneu, 2011.
20. Cruz, D.K.A. e Malta, D.C. Práticas corporais e atividade física no Sistema Único de Saúde: das experiências locais à implementação de um programa nacional. In Benedetti, T.R.B. et al. A formação do profissional de Educação Física para o setor saúde. Florianópolis: Postmix, 2014. p 23-50.
21. Lemos E et al. Monitoramento do Programa Academia das Cidades e da Saúde: a experiência de Pernambuco. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde. No prelo 2015.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização– Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.
23. Costa, J.M.B. et al. Monitoramento do desempenho da gestão da vigilância em saúde: instrumento e estratégias de uso. Ciência & Saúde Coletiva. 2013, 18:1201-1216.
24. Miranda AS, Carvalho ALB, Cavalcante CGCS. Subsídios sobre práticas de monitoramento e avaliação sobre gestão governamental em Secretarias Municipais de Saúde. Cien Saude Colet. 2012; 17(4):913-920
25. Champagne F, Hartz Z, Brouselle, Hartz Z, Contandriopoulos AP. A apreciação normativa. In Bouselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 77-94.
26. Ledikwe JH, Grignon J, Lebelonyane R, Ludick S, Matshediso E, Sento BW. Improving the quality of health information: a qualitative assessment of data management and reporting systems in Botswana. Health Res Policy Syst. 2014; 12 (7):2-10.
27. Nickel DA, Calvo MCM, Natal S, Freitas SFT, Hartz ZMA. Desenvolvimento da capacidade avaliativa na gestão da atenção básica: um estudo de caso exemplar em Santa Catarina, Brasil, de 2008 a 2011. Cad Saude Publica. 2014; 30(4):839-850

**Artigo original****Título**

Fatores associados à capacidade avaliativa das intervenções para promoção da atividade física desenvolvidas na Atenção Básica à Saúde de Pernambuco

**Title**

Factors associated with evaluation capacity of interventions to promote physical activity developed in primary health care of Pernambuco

**Título resumido**

Capacidade avaliativa das intervenções de atividade física

**Autores:****Instituição****Endereço eletrônico de autores****Endereço para correspondência:**

Juliana Rafaela Andrade da Silva. Universidade de Pernambuco. Grupo de Pesquisa em Estilos de Vida e Saúde. Rua Arnóbio Marques, 310, campus Santo Amaro (HUOC/ESEF) Recife – PE, Brasil, 50100-130. Telefone: +55 81 3183.3376. E-mail: [juliana.r.silva@ibest.com.br](mailto:juliana.r.silva@ibest.com.br)

\* Artigo elaborado a partir da dissertação de Mestrado da autora principal, Juliana Rafaela Andrade da Silva, defendida junto ao Programa Associado de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade de Pernambuco e Universidade Federal da Paraíba, em março de 2015. À autora principal, foi concedida bolsa de Mestrado pela Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco.

## Resumo

**Objetivo:** analisar os fatores associados à capacidade avaliativa dos gestores municipais de intervenções de atividade física (AF). **Método:** estudo transversal, de base estadual, com foco na avaliação da gestão das intervenções de AF. Dados coletados por meio de questionário autoaplicado com 145 gestores de 104 municípios de Pernambuco. A variável dependente intitulada capacidade avaliativa foi criada a partir de um escore gerado pelo somatório de questões relacionadas às ações de M&A (presença, periodicidade, participação, utilidade). As variáveis independentes foram grau de importância atribuída às ações de M&A, percepção de barreiras e da competência técnica dos profissionais, e tipo de instrumento. **Resultados:** 67,4% dos gestores possuíam uma baixa capacidade avaliativa. A análise multivariável indicou que gestores que utilizavam instrumentos sem padronização nas ações de M&A tinham mais chances de possuir uma baixa capacidade avaliativa (OR=3,5; IC95%:1,0-12,1). **Conclusão:** criar estruturas organizacionais mais favoráveis às ações de M&A poderá contribuir para uma melhor capacidade avaliativa.

**Palavras-chave:** Gestão em saúde. Avaliação de programas e projetos de saúde. Atividade motora. Promoção da saúde.

## Abstract

**Objective:** to analyze factors associated to evaluative capacity of the municipal managers of physical activity interventions (PAI). **Method:** Cross-sectional statewide study, focusing on evaluation of the management of the PAI. Data were collected by self-administered questionnaire with 145 managers in the 104 cities from the state of Pernambuco. The dependent variable called capacity of evaluation, was created by a score generated from the sum of six variables related to Monitoring and Evaluation (M&E) activities (attendance, frequency, participation and utility). The independent variables analyzed were: the degree of importance to M&E activities, struggle perception, the perception of professionals' technical competence, and tool type. **Results:** 67.4% of the managers had a low evaluative capacity. Multivariate analysis indicated that managers who did not use standardized instruments to perform M&E, activities had more likely to have a low capacity of evaluation (OR= 3,5; IC95%: 1,0-

12,1). **Conclusion:** More favorable organizational structures about M&E activities may contribute to a better capacity of evaluation.

**Key words:** Health Management. Evaluation of Programs and Health Projects. Motor Activity. Health Promotion.

## INTRODUÇÃO

A implantação de qualquer serviço ou programa de saúde pública requer a adoção de práticas sistemáticas de monitoramento e avaliação (M&A) para subsidiar o planejamento em saúde e analisar a efetividade, o acesso e a qualidade das ações, entre outros<sup>1-2</sup>. No campo da promoção da atividade física, a avaliação de políticas e programas também tem sido considerada um aspecto importante<sup>3-6</sup>. No entanto, no Brasil, muitas intervenções comunitárias de promoção da atividade física são iniciadas pela gestão local sem a realização de avaliações sistemáticas e, quando existem, são conduzidas sem a expressiva participação dos usuários, além de não utilizar instrumentos padronizados<sup>7</sup>.

Nas últimas décadas, estratégias populacionais de promoção da AF vêm alcançando destaque nos países da América Latina<sup>8-10</sup>. Tal cenário tem despertado interesse de pesquisadores para avaliar a efetividade dessas intervenções<sup>11-13</sup>, o que contribuiu para divulgar informações sobre os programas de promoção da atividade física e favorecer a implantação de outros programas, como o Academia da Saúde, no território nacional brasileiro<sup>2</sup>. No entanto, apesar da importância desses estudos, Malta *et al.*<sup>2</sup> ainda alertam que um dos principais desafios encontrados nas intervenções comunitárias para promoção da atividade física é a necessidade da incorporação de um sistema de M&A local.

Para Rütten *et al.*<sup>14</sup>, apesar da expansão de políticas de promoção da atividade física, grande parte dessas tem sido descrita como inconsistente e com carência de uma avaliação e implantação sistemáticas. De acordo com Hallal *et al.*<sup>15</sup>, a utilização de práticas avaliativas na rotina dos programas de atividade física ainda parece ser um desafio. Segundo Nickel *et al.*<sup>16</sup>, a completa incorporação de práticas avaliativas na rotina da gestão em saúde é alcançada quando os atores institucionais desenvolvem capacidades de fazer e utilizar os resultados de uma avaliação. Além disso, a construção dessa capacidade parece depender de fatores organizacionais e individuais<sup>17</sup> e pode alcançar diferentes estágios (capacidade exemplar, capacidade intermediária, capacidade em desenvolvimento segundo e baixa capacidade), à medida que há um maior ou menor envolvimento das organizações com os princípios da avaliação<sup>18</sup>.

Nesse sentido, Taylor-Ritzler *et al.*<sup>19</sup> indicam que é necessário compreender quais fatores são preditores da capacidade avaliativa e como esses fatores estão inter-relacionados. Especificamente em relação aos programas de promoção da atividade física, ainda existe a necessidade de estimular a realização de M&A pela gestão municipal, bem como de compreender quais fatores podem contribuir para uma boa capacidade avaliativa, a fim de qualificar as intervenções de promoção da atividade física na saúde pública.

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi analisar os fatores associados à capacidade avaliativa dos gestores municipais de intervenções de promoção da atividade física desenvolvidas na Atenção Básica à Saúde (ABS) de Pernambuco.

## **MÉTODOS**

### Caracterização do estudo

Este estudo caracteriza-se como transversal, de abrangência estadual, resultante de um projeto intitulado “Avaliação dos programas e intervenções relacionadas à atividade física na rede de Atenção Básica à Saúde no estado de Pernambuco – projeto SUS+Ativo”. O projeto SUS+Ativo tem como proposta central avaliar os componentes do macroprocesso da gestão (avaliação, planejamento e operação) de intervenções de atividade física desenvolvidas no âmbito da ABS do estado de Pernambuco.

O projeto de pesquisa ao qual este estudo está vinculado foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco – CAAE: 13373313.5.0000.5207. A participação dos sujeitos foi voluntária e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### Campo de estudo e seleção dos participantes

Pernambuco tem 184 municípios, mais a Ilha de Fernando de Noronha, e é dividido geograficamente em cinco regiões (região Metropolitana, Zona da Mata, Agreste, Sertão e região do São Francisco). No contexto da saúde, esses municípios são agrupados estrategicamente em 12 regiões de saúde.

Esta pesquisa teve como campo de estudo intervenções para promoção da atividade física desenvolvidas em dez regiões de saúde que representam 143 municípios do estado de Pernambuco. Essas intervenções foram delimitadas pelos seguintes serviços/programas: Núcleo de Apoio à Saúde da família (NASF), Programa Academia das Cidades (PACID), Programa Academia da Saúde (PAS), Programa Academia da Cidade (PAC) e qualquer outro programa municipal de promoção da atividade física. Obrigatoriamente, para participação neste estudo, essas intervenções deveriam estar em funcionamento e ser vinculadas à Atenção Básica à Saúde.

O estudo teve como população-alvo gestores municipais das intervenções para promoção da atividade física – representados pelos coordenadores dos NASF e dos programas de atividade física ou, quando da inexistência desses, pelos gerentes de atenção à saúde e/ou secretários de saúde. Optou-se pela realização de um censo com todos os gestores que atuavam nas intervenções para promoção da atividade física no estado de Pernambuco.

#### Coleta de dados

O presente estudo contou com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde para divulgar os objetivos do projeto SUS+Ativo por meio do envio de um ofício para todas as secretarias municipais de saúde de Pernambuco. O referido ofício explicava os objetivos da pesquisa e solicitava o apoio e a anuência dos municípios para realização da coleta de dados. Em seguida, um grupo de pesquisadores entrou em contato por e-mail e telefone com cada secretaria municipal de saúde para informar a proposta da pesquisa e identificar os municípios que possuíam intervenções para promoção da atividade física na ABS em funcionamento. Após essa etapa, os pesquisadores agendavam a visita com o município para a realização da coleta de dados.

O projeto SUS+Ativo tem como meta avaliar todos os municípios de Pernambuco que possuam intervenções de atividade física na ABS; no entanto, a coleta de dados do presente estudo limitou-se a 10 regiões de saúde que representam 143 municípios. Desses, apenas 104 municípios possuíam intervenções para promoção da atividade física vinculadas à ABS e em pleno funcionamento.

Após as etapas de divulgação do projeto SUS+Ativo e identificação dos municípios com intervenções de atividade física, duas equipes da Universidade de Pernambuco e uma equipe da Universidade do Vale do São Francisco (UNIVASF), previamente treinadas, conduziram a coleta de dados, no período de fevereiro a agosto de 2014, nos 104 municípios que compreendem a região Metropolitana do Recife, a Zona da Mata, o Agreste e o Sertão.

A coleta de dados ocorreu nos locais das intervenções de atividade física, como praças, quadras, associação de moradores, pátios, salões comunitários, unidades de saúde; e nos horários de atividade física. Dados foram coletados com gestores responsáveis pela organização das intervenções para promoção da atividade física, mediante utilização de um questionário autoaplicado.

#### Instrumento de medida

O instrumento utilizado no referido estudo foi construído e validado mediante as seguintes etapas: 1) construção de uma matriz analítica, composta por dimensões e indicadores que representavam aspectos de interesse para o estudo; 2) elaboração da versão preliminar do questionário. Essas duas etapas foram desenvolvidas mediante consultas a um painel de especialistas constituído por pesquisadores e profissionais com reconhecida experiência no campo da promoção da atividade física. A versão final do instrumento passou, então, por processo de validação de face e conteúdo, mediante consulta a especialistas que julgaram dois aspectos fundamentais: pertinência dos indicadores em relação aos domínios do instrumento, conforme estabelecido nas matrizes analíticas; e pertinência, clareza e adequação da linguagem das perguntas em relação aos indicadores.

Testagem do instrumento destinado à coleta de dados com os gestores foi realizada com aplicação dele a quatro coordenadores de programas de promoção da atividade física, mas não foi possível replicar essa aplicação. O instrumento utilizado neste estudo está disponível na página do Grupo de Pesquisa em Estilos de Vida e Saúde na Internet (<http://www.gpesupe.org/downloads.php>).

#### Variáveis analisadas



A variável dependente capacidade avaliativa foi criada a partir da construção de um escore gerado pelo somatório de seis questões relacionadas às variáveis que caracterizam as ações de M&A (presença, periodicidade, monitoramento, utilização dos resultados, participação dos usuários e dos profissionais nas ações de M&A) conduzidas nas intervenções para promoção da atividade física, como apresentado na figura 1. Posteriormente, foram calculados os tercis: os sujeitos que se encontravam abaixo do tercil superior foram classificados com baixa capacidade avaliativa e aqueles que estavam acima do tercil superior foram classificados com alta capacidade avaliativa.

Como possíveis fatores associados à capacidade avaliativa, foram analisadas as seguintes variáveis independentes: grau de competência técnica dos profissionais para atuar em ações de M&A (0=satisfatório; 1=insatisfatório); grau de importância atribuído pela gestão às ações de M&A (0=muito importante; 1=importante); barreiras para realização de ações de M&A (0=ausente; 1=presente); e tipo de instrumento utilizado para ações de M&A (0=padronizado; 1=sem padronização; 2=não existe/não sabe informar).

Nas análises, foram incluídos ainda os seguintes fatores de confusão: curso de formação inicial (0=área da educação física; 1=outra área da saúde), número de cursos realizados para atuar com gestor (0=2 ou mais; 1=1 curso; 2=nenhum curso), presença de ações de planejamento (0=sim; 1=não), periodicidade de ações de planejamento (0=até trimestral; 1=semestral ou anual; 2=não sabe informar), existência de grupo gestor formado pela comunidade (0=sim; 1=não), participação da comunidade nas decisões da intervenção de atividade física (0=sim; 1=não), nível de gestão da intervenção (0=gestão federal; 1=gestão estadual; 2=gestão municipal).

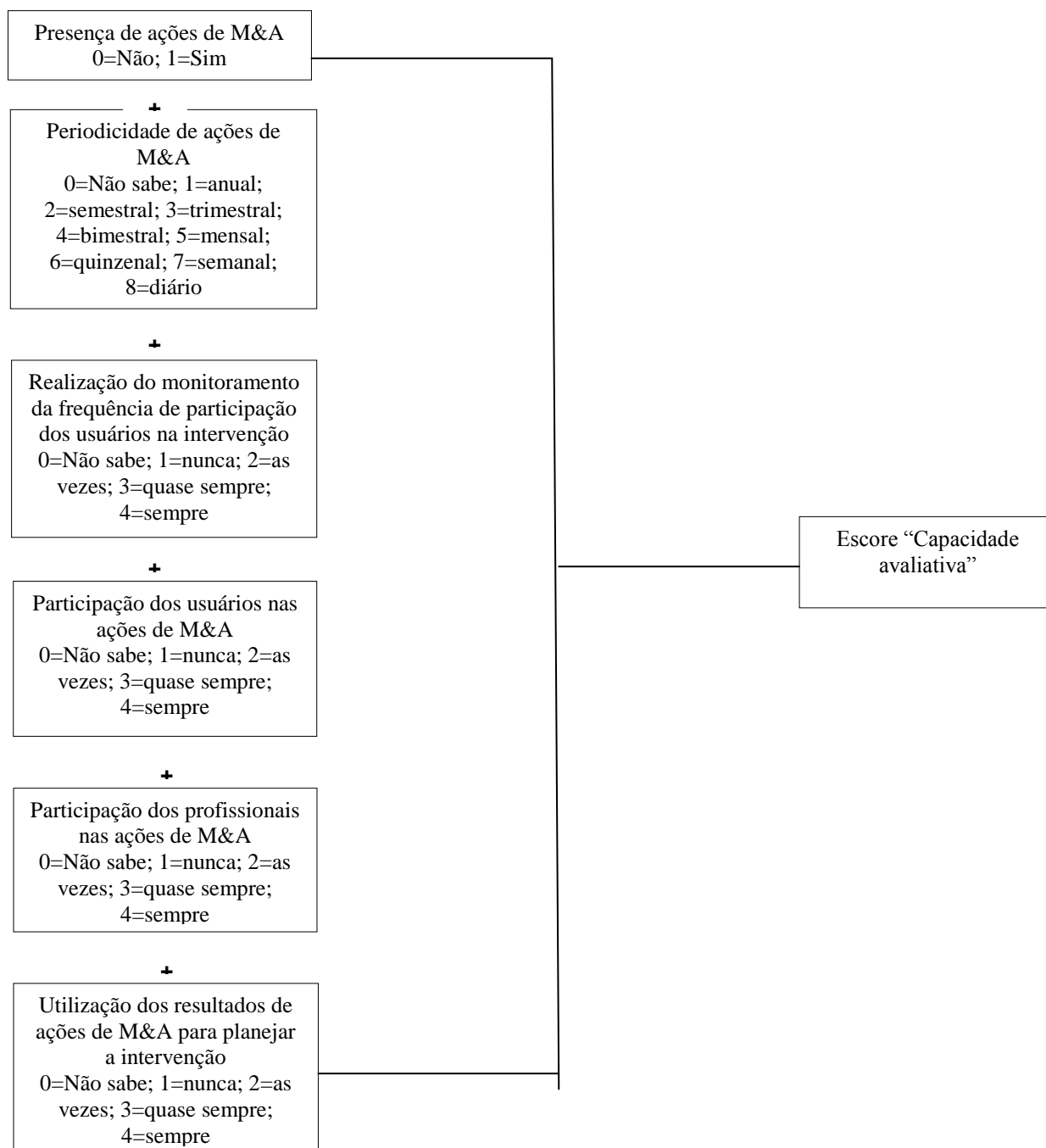


Figura 1. Modelo para construção da variável dependente "Capacidade avaliativa" por meio do agrupamento das variáveis relacionadas à prática de M&A.

### Tabulação e análise dos dados

A tabulação dos dados foi realizada por meio da leitura ótica dos questionários, utilizando o *software* SPHYNX® (Sphynx Software Solutions Incorporation, Washington, Estados Unidos), que permite a identificação automática dos erros de preenchimento e a construção do banco de dados. As análises

descritivas foram realizadas por meio da distribuição das frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas. Nas análises bivariadas, as comparações entre proporções foram realizadas mediante utilização do teste de Qui-quadrado e Qui-Quadrado para tendência.

A análise de associação entre a variável capacidade avaliativa e fatores associados foi realizada por meio de regressão logística binária. A seleção das variáveis independentes seguiu o método Backward, adotando-se o valor  $P < 0,20$  como critério para a permanência das variáveis durante a modelagem. Também foram calculados valores de VIF (*Variance Inflation Factor*) para a identificação de colinearidade entre as variáveis independentes. Todas as análises foram realizadas no programa SPSS (versão 16.0). Para o modelo final, foram considerados significativamente associados ao desfecho os valores de associação cujo valor  $p$  foi inferior a 0,05.

## RESULTADOS

Foram coletados os dados de 145 gestores (coordenadores, gerentes de atenção à saúde e ou secretários de saúde) das intervenções para promoção da atividade física dos 104 municípios do estado de Pernambuco que participaram inicialmente do projeto SUS+Ativo. Entre os gestores avaliados, 69% eram do sexo feminino, 51,9% tinham idade entre 31 e 50 anos, 97,9% tinham ensino superior completo e 70,6% possuíam renda mensal entre 2 e 4 salários mínimos.

Dados sobre a formação inicial, educação permanente e atuação profissional dos gestores estão apresentados na tabela 1. Os resultados dessa tabela mostram que a maioria dos gestores das intervenções para promoção da atividade tinha formação inicial em Enfermagem, 49,7% não tinham participado nos últimos 12 meses de cursos ou capacitações para atuar como gestores da intervenção de atividade física, e apenas 29,9% participaram nos últimos 12 meses de pelo menos um curso ou capacitação na área de atividade física. Quanto à atuação profissional, 69% dos gestores tinham dois ou mais vínculos empregatícios – no município avaliado, 61% possuíam contrato temporário de trabalho –, 52,8% eram responsáveis pela gestão das ações de promoção da atividade física desenvolvidas

pele NASF e 50,8% atuavam como gestores dessas intervenções há menos de um ano.

Tabela 1. Características da formação inicial, educação permanente e atuação profissional dos gestores municipais das intervenções de promoção da atividade física na ABS do estado de Pernambuco.

Variável	% (n)
<b>Curso de formação inicial</b>	
Educação Física	23 (33)
Fisioterapia	16,7 (24)
Enfermagem	24,3 (35)
Nutrição	2,8 (4)
Psicologia	9,7 (14)
Outras*	23,6 (34)
<b>Participação em cursos para atuar como gestor da intervenção de atividade física (últimos 12 meses)</b>	
Nenhum curso	49,7 (72)
1	30,3 (44)
2	12,4 (18)
3	2,8 (4)
4 ou mais	4,8 (7)
<b>Participação em cursos na área de atividade física (últimos 12 meses)</b>	
Nenhum curso	38,9 (56)
1	29,9 (43)
2	17,4 (25)
3	7,6 (11)
4 ou mais	6,2 (9)
<b>Quantidade de vínculos</b>	
Apenas 1	31,0 (44)
2 ou mais	69,0 (98)
<b>Tipo de vínculo com o município</b>	
Contrato temporário	61,0 (86)
Cargo comissionado	24,8 (35)
Servidor público	14,2 (20)
<b>Gestão da intervenção para promoção da atividade física</b>	
NASF	52,8 (75)
Programa Academia das Cidades	25,4 (36)
Programa Academia da Saúde	9,2 (13)
Programa municipal de atividade física	12,7 (18)
<b>Tempo de atuação profissional na gestão da intervenção para promoção da atividade física</b>	
< 1 ano	50,8 (65)
1 ano ou mais	49,2 (63)

\*Outras áreas de formação: Assistência social, Farmácia, Terapia Ocupacional, Odontologia, Biomedicina, Fonoaudiologia.

Em relação à variável capacidade avaliativa, representada pelo escore do somatório de seis variáveis que caracterizam as ações de M&A nas intervenções para promoção da atividade física, 67,4% dos gestores que representam as referidas intervenções de atividade física foram classificados com baixa capacidade avaliativa.

A tabela 2 apresenta as proporções entre as variáveis independentes e fatores de confusão e a variável capacidade avaliativa. Pode-se identificar que a proporção de gestores que utilizavam instrumentos sem padronização nas ações de M&A (83,3%) foi significativamente maior entre aqueles gestores classificados com baixa capacidade avaliativa. Além disso, o índice de gestores com formação em área diferente da de Educação Física (78,3%) que não participaram de curso ou capacitação para atuar como gestores da intervenção de atividade física (81,4%), que não realizavam planejamento (95,7%) e que conduziam ações de planejamento com frequência semestral ou anual (73,9%) foi significativamente maior entre os com baixa capacidade avaliativa.

Tabela 2. Fatores associados à capacidade avaliativa dos gestores municipais de intervenções de atividade física na ABS de Pernambuco.

Variáveis	Capacidade avaliativa		Valor de p*
	Alta %(n)	Baixa %(n)	
<b>Tipo de instrumento</b>			
Padronizado	38,4 (28)	61,6 (45)	<b>0,01**</b>
Sem padronização	16,7 (4)	83,3 (20)	
Não existe ou não soube informar	18,2 (8)	81,8 (36)	
<b>Percepção da competência técnica dos profissionais</b>			
Pouco/alguma competência	0 (0)	100 (10)	0,61
Competente	34,1 (31)	65,9 (60)	
Não sabe	21,4 (9)	78,6 (33)	
<b>Percepção de barreiras</b>			
Recursos humanos	25 (10)	75 (30)	0,15
Recursos estruturais	22,7 (10)	77,3 (34)	
Outros tipos de barreiras	14,3 (1)	85,7 (6)	
Não percebe barreiras	37,3 (19)	62,7 (32)	
<b>Grau de importância atribuída</b>			
Muito importante	33 (33)	67 (67)	0,09
Importante	18,4 (7)	81,6 (31)	
<b>Curso de formação inicial do gestor</b>			
Educação física	42,4 (14)	57,6 (19)	<b>0,02**</b>
Área diferente da Educação Física	21,7 (20)	78,3 (72)	
<b>Nº de cursos realizados para atuar como gestor</b>			
2 ou mais	48,3 (14)	51,7 (15)	<b>0,00**</b>
1 curso	29,5 (13)	70,5 (31)	
Nenhum curso	18,6 (13)	81,4 (57)	
<b>Presença de ações de planejamento</b>			
Sim	33,3 (39)	66,7 (78)	<b>0,00**</b>
Não	4,3 (1)	95,7 (22)	
<b>Periodicidade de ações de planejamento</b>			
Até trimestral	32,1 (34)	67,9 (72)	<b>0,03**</b>
Semestral ou anual	26,1 (6)	73,9 (17)	
Não soube informar	0 (0)	100 (12)	
<b>Existência de grupo gestor formado pela comunidade</b>			
Sim	37,8 (17)	62,2 (28)	0,08
Não	23,7 (23)	76,3 (74)	
<b>Periodicidade de capacitação dos profissionais da intervenção de AF</b>			
Até trimestral	36,4 (12)	63,6 (21)	0,13
Semestral ou anual	27,9 (17)	72,1 (44)	
Não soube informar	20,9 (9)	79,1 (34)	
<b>Periodicidade reunião e outras atividades para aperfeiçoar a intervenção de AF</b>			
Até trimestral	29,6 (32)	70,4 (76)	0,30
Semestral ou anual	33,3 (5)	66,7 (10)	
Não soube informar	15,8 (3)	84,2 (16)	

\*Teste de Qui-quadrado

\*\*p&lt;0,05

Os resultados da análise de regressão logística bruta e ajustada entre as variáveis independentes e a variável capacidade avaliativa, ajustada para os fatores de confusão, estão apresentados na tabela 3. Na análise bruta, pode-se observar que as variáveis tipo de instrumento utilizado nas ações de M&A e percepção da competência dos profissionais para realização de ações de M&A estavam

associadas à baixa capacidade avaliativa das intervenções. No entanto, na análise ajustada, apenas a variável tipo de instrumento se mostrou associada à baixa capacidade avaliativa das intervenções – gestores que informaram utilizar instrumentos sem padronização tinham 3,55 vezes mais chance de apresentar baixa capacidade avaliativa.

O modelo final de análise ajustada apresentou  $R^2=0,26$  e, para garantir que as variáveis utilizadas não fossem colineares, após o modelo final, foram verificados os valores de VIF (*Variance Inflation Factor*), que foram inferiores a 1,5 nas análises realizadas.

Tabela 3. Regressão logística bruta e ajustada para a análise de associação entre os fatores individuais e organizações e a baixa capacidade avaliativa dos gestores dos municípios de intervenções de atividade física na Atenção Básica à Saúde de Pernambuco.

Variável	OR Bruta (IC95%)	p	OR Ajustada* (IC95%)	p
<b>Tipo de instrumento utilizado nas ações de M&amp;A<sup>ε</sup></b>				
Padronizado	1			
Sem padronização	3,1(0,9-10,0)	0,06	<b>3,55(1,0-12,1)</b>	0,04
Não sabe informar ou não existe	2,8(1,1-6,8)	0,02		
<b>Grau de competência técnica dos profissionais para realizar ações de M&amp;A<sup>ξ</sup></b>				
Satisfatória	1			
Insatisfatória	7,7 (0,9-60)	0,05		
<b>Percepção de barreiras para realizar ações de M&amp;A</b>				
Ausente	1			
Presente	1,9 (0,9-4,1)	0,07		
<b>Grau de importância atribuída as ações de M&amp;A</b>				
Muito importante	1			
Importante	2,1(0,8-5,4)	0,09		

R<sup>2</sup>= 0,26. <sup>ε</sup>VIF=1,16. <sup>ξ</sup>VIF=1,05.

\*Ajustado para curso formação inicial, número de cursos realizados para atuar com gestor, presença e periodicidade de ações de planejamento, existência de grupo gestor da intervenção de AF, nível de gestão da intervenção de AF, participação da comunidade nas decisões da intervenção.

## DISCUSSÃO

Neste estudo, 67,4% dos gestores foram classificados com uma baixa capacidade avaliativa. Na análise bivariada, a variável capacidade avaliativa se mostrou associada ao tipo de instrumento utilizado, percepção sobre a competência dos profissionais, curso de formação inicial, quantidade de cursos realizados para atuar como gestor, presença e periodicidade das ações de planejamento. No entanto, na análise ajustada, apenas a variável tipo de instrumento utilizado para ações de M&A se manteve associada à variável dependente; gestores que utilizavam instrumentos sem padronização tiveram 3,5 vezes mais chance de possuir uma baixa capacidade avaliativa comparativamente aos gestores que informaram utilizar instrumentos padronizados.

O presente estudo apresenta como ponte forte sua abrangência, pois buscou retratar a realidade da gestão das intervenções para promoção da atividade física em todo o estado de Pernambuco. Outro aspecto positivo é a obtenção de informações sobre M&A a partir de um instrumento que foi previamente testado em estudo-piloto. Entre as limitações, podem-se destacar uma das formas de administração do instrumento (autopreenchimento) e a impossibilidade de triangular



os dados referidos em relação a dados que poderiam ser obtidos por análise documental e observação sistemática da gestão de tais intervenções.

No presente estudo, pode-se observar que, entre a maioria dos gestores, a variável capacidade avaliativa apresentou baixa capacidade. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Miranda *et al.*<sup>20</sup>, realizado em 577 secretarias municipais de saúde do Brasil: apesar da existência de sistemas de M&A locais, menos da metade dos gestores utilizava informações provenientes do M&A para subsidiar processos decisórios, planejamento e outros enfoques da gestão. No estudo de natureza qualitativa conduzido por Vasconcelos *et al.*<sup>21</sup>, a partir de uma entrevista com técnicos de uma secretaria estadual de saúde, pôde-se identificar que a avaliação era percebida como uma prática ainda pouco incorporada à dinâmica do funcionamento da gestão em saúde, além de não desempenhar seu objetivo principal, de se tornar útil no processo de tomada de decisão.

Essas dificuldades também são reconhecidas pelo próprio Ministério da Saúde, indicando que “a avaliação em saúde no Brasil apresenta-se em um contexto em que os processos ainda são incipientes, pouco incorporados às práticas e possuem caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo que subsidiário do planejamento e da gestão”<sup>22</sup>. De acordo com Lahey<sup>23</sup>, o destaque dado à prática do M&A pauta-se no papel que essa atividade tem de gerar informações úteis para apoiar a gestão dos governos. Para Contandriopoulos<sup>24</sup>, os resultados da prática avaliativa não se traduzem automaticamente numa decisão, mas devem contribuir para o julgamento de determinada situação baseado numa maior validade, o que pode influenciar positivamente nas decisões.

Com relação aos fatores associados à capacidade avaliativa da gestão municipal de intervenções de promoção da atividade física, pode-se verificar que o fator organizacional inexistência de instrumentos padronizados para a realização de M&A foi associado à baixa capacidade avaliativa. No estudo realizado por Nickel *et al.*<sup>16</sup>, com gestores e técnicos de secretarias de saúde, o contexto político organizacional, constituído por fatores como competência dos atores, cultura avaliativa, relação institucional, autonomia técnica e de recursos, foi considerado o principal motivo da subutilização do M&A. Resultados semelhantes também foram encontrados no estudo desenvolvido por Taylor-Ritzler *et al.*<sup>19</sup> com gestores e outros profissionais de instituições sem fins lucrativos de Chicago (USA): fatores organizacionais, como os recursos utilizados para realizar a avaliação, foram

considerados preditores da capacidade avaliativa. De acordo Bourgeois *et al.*<sup>17</sup>, o contexto organizacional, como fatores estruturais (recursos para apoiar a avaliação) e culturais (atitude positiva ante a avaliação), tem um considerável impacto na capacidade das organizações em manter um nível de capacidade de avaliação.

Apesar do crescente interesse da gestão pública em adotar práticas sistemáticas de M&A<sup>22</sup>, os princípios básicos da construção de uma capacidade avaliativa (fazer e usar resultados de uma avaliação) enfrentam desafios institucionais. De acordo com Felisberto *et al.*<sup>25</sup>, uma das principais finalidades da incorporação da avaliação na gestão dos serviços de saúde é a busca por uma maior eficiência do Sistema Único de Saúde; logo, uma boa capacidade avaliativa pode contribuir com a qualificação das intervenções de saúde pública.

O presente estudo buscou agrupar elementos essenciais às ações de M&A numa única variável, denominada capacidade avaliativa. Com isso, pode-se observar que existe uma baixa capacidade avaliativa da gestão municipal de intervenções de promoção da atividade física, e esse resultado foi associado ao fator organizacional ausência de instrumentos padronizados. A partir desses resultados, pode-se inferir que fatores organizacionais devem ser levados em consideração quando se almeja implantar práticas de M&A na rotina da gestão de programas de promoção da atividade física.

### **Contribuições dos autores**

Silva JRA e Barros MVG contribuíram na concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do manuscrito. Wanderley Junior RS contribuiu na análise dos resultados e revisão crítica do conteúdo. Lemos EC contribuiu na redação e revisão crítica do conteúdo. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e declaram serem responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

### **REFERÊNCIAS**

1. Cruz MM, Souza RBC, Torres RMC, Abreu DMF, Reis AC, Gonçalves AL. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das

- equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. *Saúde debate*. 2014 out; 38(nº especial): 124-139.
2. Malta DC, Silva MMA, Albuquerque GM, Amorim RCA, Rodrigues GBA, Silva TS *et al*. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. *Rev Bras Ativ Fis e Saúde*. 2014 mai; 19(3):286-299.
  3. Ferreira MS e Najar AL. Programas e campanhas de promoção da atividade física. *Cien Saude Colet*. 2005 dez; 10(suppl): 207-219.
  4. Daugbjerg SB, Kahlmeier S, Racioppi F, Diener EV, Martin B, Oja P *et al*. Promotion of Physical Activity in the European Region: Content Analysis of 27 National Policy Documents. *J Phys Act Health*. 2009 nov; 6(suppl): 805-817.
  5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
  6. Benedetti TRB, Schwingel A, Gomez LSR, Chodzko-Zajko W. Programa “VAMOS” (Vida Ativa Melhorando a Saúde): da concepção aos primeiros resultados. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum*. 2012 set; 14(6):723-737.
  7. Amorim TC, Knuth AG, Cruz DKA, Malta DC, Reis RS, Hallal1 PC. Descrição dos programas municipais de promoção da atividade física financiados pelo Ministério da Saúde. *Rev Bras Ativ Fis e Saúde*. 2013 jan; 18(1):63-74.
  8. Salinas J e Vio F. Promoción de salud y actividad física en Chile: política prioritária. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 2003 oct; 14(4):281-288.
  9. Mena-Bejarano B. Análisis de Experiencias en la Promoción de Actividade Física. *Rev Salud pública*. 2006 jul ;8(Suppl 2): 42-56.
  10. Hoehner CM, Soares J, Ribeiro IC, Pratt M, Bracco M *et al*. Intervenções de Atividade Física na América Latina: Qual Valor Pode Ser Adicionado Incluindo Resumos De Conferência Na Revisão De Literatura? *J Phys Act Health*. 2010 jul; 7(Suppl 2):265-278.
  11. Hallal PC1, Reis RS, Hino AAF, Santos MS, Grande D, Krempel MC *et al*. Avaliação de programas comunitários de promoção da atividade física: o caso de Curitiba, Paraná. *Rev Bras Ativ Fis e Saúde*. 2009 ago; 14(2):104-114.

12. Simoes EJ, Hallal PC, Pratt M, Ramos L, Munk M, Damascena W *et al.* Effects of a Community-Based, Professionally Supervised Intervention on Physical Activity Levels Among Residents of Recife, Brazil. *Am J Public Health.* 2009 jan; 99(1):68-75.
13. Knuth AG, Malta DC, Cruz DK, Freitas PC, Lopes MP, Fagundes J *et al.* Rede Nacional de Atividade Física do Ministério da Saúde: resultados e estratégias avaliativas. *Rev Bras Ativ Fis e Saúde.* 2010 set; 15(4): 229-233.
14. Rütten A, Abu-Omar K, Gelius P, Dinan-Young S, Frändin, Hopman-Rock M, *et al.* Policy assessment and policy development for physical activity promotion: results of an exploratory intervention study in 15 European Nations. *Health Research Policy and Systems.* 2012 apr, 10(14):1-10.
15. Hallal PC, Tenório MCM, Tassitano RM, Reis RS, Carvalho YM, Cruz DKA *et al.* Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. *Cad Saude Publica.* 2010 jan; 26(1):70-78.
16. Nickel DA, Natal S, Hartz ZMA, Calvo MCM. O uso de uma avaliação por gestores da atenção primária em saúde: um estudo de caso no Sul do Brasil. *Cad Saude Publica.* 2014 dez; 30(12):2619-2630.
17. Bourgeois I, Chouinard JA, Cousins JB. Understanding organization capacity for evaluation: synthesis and integration. *Can J Program Eval.* 2008; 23(3): 225–237.
18. Bourgeois I e Cousins JB. Understanding Dimensions of Organizational Evaluation Capacity. *Am J Eval.* 2013 sep; 34(3):299-319.
19. Taylor-Ritzler T, Suarez-Balcazar Y, Garcia-Iriarte E, Henry DB e Balcazar FE. Understanding and Measuring Evaluation Capacity: A Model and Instrument Validation Study. *Am J Eval.* 2013jun; 34(2):190-206.
20. Miranda AS, Carvalho ALB, Cavalcante CGCS. Subsídios sobre práticas de monitoramento e avaliação sobre gestão governamental em Secretarias Municipais de Saúde. *Cien Saude Colet.* 2012 jan; 17(4):913-920.
21. Vasconcelos SM, Bosi MLM, Pontes RJS. Avaliação e o monitoramento da atenção básica no Estado do Ceará, Brasil: explorando concepções e experiências no nível central. *Cad Saude Publica.* 2008 dez; 24(12):2891-2900.

22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação; Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. – Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.
23. Lahey R. The Canadian M&E System: Lessons Learned from 30 Years of Development. Evaluation Capacity Development. Working Paper Series, 2010.
24. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. Cien Saude Colet. 2006 abr; 11(3):705-711.
25. Felisberto E, Freese E, Alves CKA *et al.* Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos. Rev Bras Saude Mater Infant. 2008 set; 24(9):2091-2102.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo sugerem que, embora sejam realizadas ações de M&A nas intervenções para promoção da atividade física, grande parte dos gestores municipais não utiliza o resultado dessas ações no componente planejamento, poucos profissionais referiram possuir níveis de conhecimento e habilidades satisfatórios para atuação nas ações de M&A e a maioria dos usuários não participava dessas ações. Quando considerados os diferentes fatores que expressam as práticas avaliativas, pode-se observar que a maioria dos gestores municipais possui baixa capacidade avaliativa (capacidade para fazer e utilizar os resultados do M&A), sendo que esse resultado se mostrou associado ao fator organizacional ausência de instrumentos padronizados.

Diante desse cenário e partindo do princípio de que as práticas sistemáticas de M&A são fundamentais para qualificar as intervenções para promoção da atividade física no campo da saúde pública, sugere-se que sejam criados pela gestão local mecanismos que favoreçam o fortalecimento da capacidade avaliativa, a partir da qualificação dos profissionais e gestores, estímulo à participação dos usuários na cogestão das intervenções de atividade física e construção de instrumentos adequados à realização do M&A.

## REFERÊNCIAS

Almeida, D.B.; Melo, C.M.M. Avaliação da gestão na atenção básica nas dimensões da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.36, n.3, p.816-830, 2012.

Amorim, T.C. et al. Descrição dos programas municipais de promoção da atividade física financiados pelo Ministério da Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v.18, n.1, p.63-74, 2013.

Baker, P.R.A. et al. Community wide interventions for increasing physical activity. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v.129, n.6, 2011.

Bauman, A.E. et al. Correlates of physical activity: why are some people are physically active and others not? **Lancet**, jul. 2012. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60735-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60735-1) . Acesso em: 28 de janeiro de 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Agita Brasil: Programa Nacional de Promoção da Atividade Física** / Coordenação de Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**– Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores : doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmem** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde . – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde,

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de análise de situação de saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. **Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico** /Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

Bellew, B. et al. Public Policy Actions Needed to Promote Physical Activity. **Current Cardiovascular Risk Reports**, v.5, n.4, p.340–349, 2011.

Carvalho, A.L.B. et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.4, p.901-911, fev. 2012.

Champagne, F. et al. A apreciação normativa. In Bouselle, A. et al. **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 77-94.

Champagne, F. et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In Bouselle, A. et al. **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 41-60.

Contandriopoulos, A.P. et al. A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. In: Hartz, ZMA. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro. FIOCRUZ:1997, p. 29-48

Contandriopoulos, A.P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p.705-711, 2006.

Costa, J.M.B. et al. Monitoramento do desempenho da gestão da vigilância



em saúde: instrumento e estratégias de uso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.5, p.1201-1216, 2013.

Cruz, D.K.A. e Malta, D.C. Práticas corporais e atividade física no Sistema Único de Saúde: das experiências locais à implementação de um programa nacional. In Benedetti, T.R.B. et al. **A formação do profissional de Educação Física para o setor saúde**. Florianópolis: Postmix, 2014. p 23-50.

Daugbjerg, S.B. et al. Promotion of Physical Activity in the European Region: Content Analysis of 27 National Policy Documents. **Journal Physical Activity and Health**, v.6, n.6), p.805-17, 2009.

Denis, J.L. Institucionalização da avaliação na administração pública. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.10, p.S229-S237, 2010.

Evenson, K.R. In-depth interviews with state public health practitioners on the United States National Physical Activity Plan. **Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v.10, n.72, p.2-9, 2013.

Faskunger, J. Promoting Active Living in Healthy Cities of Europe. **Journal of Urban Health**, v.90, p.129-141, 2013.

Ferreira, M.S. e Najar, A.L. Programas e campanhas de promoção da atividade física. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, p.207-219, 2005.

Felisberto, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, n.3, 2006.

Figueiró, A.C.; Frias, P.G.; Navarro, L.M. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In Samico, I. et al. **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.p 1-13.

Fernandes, F.M.B.; Ribeiro, J.M.; Moreira, M,R. Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.27, n.9, 2011.

Giovanella, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, n.3, p.783-794, 2009.

Guedes, D.P. Programa Academia da Saúde: ação para incrementar a prática de atividade física na população brasileira. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v.16, n.3, 2011.

Guizardi, F.L.; Cavalcanti, F.O.L. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. **Revista de Saúde Coletiva**, v.20, n.4, 2010.

Gomes, M.A. e Duarte, M.F.S. Efetividade de uma intervenção de atividade física em adultos atendidos pela estratégia saúde da família: programa ação e saúde Floripa – Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v.13, n.1, 2008.

Hallal, P.C. et al. Avaliação de programas comunitários de promoção da atividade física: o caso de Curitiba, Paraná. **Revista Brasileira de Atividade e Física e Saúde**, v.14, n.2, p.104-114, 2009.

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

Hartz, Z.M.A.; Silva, L.M.V. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

Hoehner, C.M. et al. Intervenções em Atividade Física na América Latina: Uma revisão sistemática. **American Journal of Preventive Medicine**, v.34, n.3, p.224–33, 2008.

Hoehner, C. et al. Intervenções de Atividade Física na América Latina: Qual valor pode ser adicionado incluindo resumos de conferência na revisão de literatura? **Journal of Physical Activity and Health**, v.7, p.265-278, 2010.

Knuth, A.G. et al. Rede nacional de atividade Física do Ministério da Saúde: resultados e estratégias avaliativas. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v.15, n. 4, p. 229-233, 2010.

Knuth, A.G.; Hallal, P.C. Intervenções de atividade física no Brasil. In Florindo AA e Hallal PC. **Epidemiologia da atividade física**. São Paulo: Editora Atheneu, 2011.

Kokubun, E. et al. Programa de atividade física em unidades básicas de saúde: relato de experiência no município de Rio Claro-SP. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v.12, n.1, p.45-53, 2007.

Lahey, R. **The Canadian M&E System: lessons learned from 30 years of development**. Washington: World Bank; 2010. (ECD Working series, nº 23).

Lobo, R.; Petrich M.; Burns, S.K. Supporting health promotion practitioners to undertake evaluation for program development. **BioMed Central Public Health**, , 15:1315; 2014.

Lima, R.T.; Silva, E.P. Avaliação na Práxis da Saúde: Histórico, Enfoques Teóricos e Fortalecimento da Institucionalização. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.15, n.1, p.103-114, 2011.

Malta, D.C. et al. A promoção da saúde e da atividade física no sistema único de saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v.13, n.1, p. 24-27, 2008.

Malta, D.C. et al. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.18, n.1, p.79-86, 2009.

Malta, D.C.; Morais Neto, O.L.; Silva, J.B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.20, n.4, p.421-424, 2011.

Malta, D.C.; Silva, J.B. Policies to promote physical activity in Brazil. **Lancet**, july, 2012.

Malta, D.C. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v.19, n.3, p.286-299, 2014.

Matsudo, S. et al. Do diagnóstico à ação: a experiência do programa Agita São Paulo na promoção do estilo de vida ativo. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v.13, n.3, p.178-84, 2009.

Miranda, A.S.; Carvalho, A.L.B.; Cavalcante, C.G.C.S. Subsídios sobre práticas de monitoramento e avaliação sobre gestão governamental em Secretarias Municipais de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.4, p.913-920, 2012

Nakamura, P.M. et al. Programa de intervenção para a prática de atividade física: Saúde Ativa Rio Claro **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v.15, n.2, p.128-132, 2010

Neira, M.; Onis, M. The Spanish strategy for nutrition, physical activity and the prevention of obesity. **British Journal of Nutrition**, v.96, p.8–11, 2006.

Orrow, G.; Kinmonth, A.L.; Sanderson, S. Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. **British Medical Journal**, mar. 2012.

Pate RR. A National Physical Activity Plan for the United States. **Journal of Physical Activity and Health**, v.6, p.157–158, 2009.

Pedroso, C.A.M.Q. et al. Análise da participação popular no programa academia das cidades no interior do estado de Pernambuco – Brasil. **Revista Intercontinental de Gestão Desportiva**, v.4, p. 20-32, 2014.

Pereira, M.G. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

Pinto, J.M.; Gerhardt, T.E. Práticas avaliativas na gestão da Atenção Básica à Saúde: estudo de caso em Camaquã e Canguçu (RS). **Revista de Administração Pública**, v.47, n.2, p.305-326, 2013.

Salinas J e Vio F. Promoción de salud y actividad física en Chile: política prioritária. **Revista Panamericana de Salud Pública / Pan American Journal of Public Health**, v.14, n.4, p.281-288, 2003.

Sampaio, J. et al. Avaliação da capacidade de governo de uma secretaria estadual de saúde para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica: lições relevantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n1, p.279-290, 2011.

Rütten, A. et al. Policy assessment and policy development for physical activity promotion: results of an exploratory interventions study in 15 European Nations. **Health Research Policy and Systems**, v.10, n.14, 2012.

Santos, S.F.S. et al. Experiências da Educação Física na formação e na atuação no Sistema Único de Saúde. In Benedetti TRB, Silva DAS, Silva KS, Nascimento JV. **A formação do profissional de Educação Física para o setor saúde**. Florianópolis: Postmix, 2014. p. 23-50.

Tamaki, E.M. et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e avaliação da gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.4, p.839-849, 2012.

Tanaka, O.Y.; Tamaki, E.D. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.4, p.821-828, 2012.

Teixeira, M.B. et al. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde em Debate**, v.38, p.34-51, 2014.

Vasconcelos, S.M.; Bosi, M.L.M.; Pontes, R.J.S. Avaliação e o monitoramento da atenção básica no Estado do Ceará, Brasil: explorando concepções e experiências no nível central. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.12, p.2891-2900, 2008.

Vieira, F.S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, supp. 1, 2009.

Yancey, A.K. et al. Creating a Robust Public Health Infrastructure for Physical Activity Promotion. **American Journal of Preventive Medicine**, v.32, n.1, p.68–78, 2007.

World Health Organization. Integrated Management of Healthy Settings at the District Level. WHO, 2002.

\_\_\_\_\_. **Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health**. Geneva, Switzlerand: World Health Organization; 2004.

\_\_\_\_\_. **Global strategy on diet, physical activity and health: a framework to monitor and evaluate implementation**. WHO, 2008.

\_\_\_\_\_. **Global recommendations on physical activity for health**. Geneva: WHO, 2010.

Wu, S. et al. Economic Analysis of Physical Activity Interventions. **American Journal of Preventive Medicine**, v.40, n.2, p:149 –158, 2011.

## **ANEXOS**

## ANEXO A - Ofício da Secretaria Estadual de Saúde para as Gerências Regionais de Saúde de Pernambuco



Secretaria  
de Saúde

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde

Ofício Circular DG-PMAVS N° 08 /2014

Recife, 31 de Janeiro de 2014.

Da: Diretoria Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde.

Para: **Gerentes das I a XII Regiões de Saúde**

Prezados (as)

Informamos que a Universidade de Pernambuco, por meio do Grupo de Pesquisa em Estilos de Vida e Saúde, está desenvolvendo o estudo intitulado "AVALIAÇÃO DOS PROGRAMAS E INTERVENÇÕES RELACIONADAS À ATIVIDADE FÍSICA NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO ESTADO DE PERNAMBUCO". O principal objetivo desse estudo é avaliar a gestão (avaliação, planejamento e operação) dos programas e intervenções para promoção de atividade física desenvolvidos no âmbito da rede de Atenção Básica à Saúde (ABS) no Estado de Pernambuco. Informamos que o protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Pernambuco, além de contar com anuência do Ministério da Saúde, todos apresentados a Secretária Estadual de Saúde de Pernambuco.

Durante o período de 10 de fevereiro a 28 de março de 2014, a equipe de pesquisadores estará realizando visitas aos municípios pernambucanos a fim de realizar entrevistas com profissionais, gestores/coordenadores e usuários das intervenções para promoção da atividade física que estão sendo realizadas nos municípios listados no anexo 1.

Dessa forma, gostaríamos de solicitar sua colaboração informar sobre a realização deste trabalho de pesquisa aos Secretários Municipais de Saúde e, por conseguinte, aos respectivos coordenadores técnicos responsáveis pelos programas e intervenções para promoção da atividade física nos municípios. Igualmente, gostaríamos do apoio dos municípios no sentido de: 1) disponibilizar ou informar locais (endereço e telefone) onde os pesquisadores de campo possam ser alojados (pensão, hotel, pousada, etc.); e, 2) auxiliar na localização dos programas e intervenções realizadas no âmbito da ABS.

Ao final do estudo, o coordenador da pesquisa, Prof. Dr. Mauro V. G. de Barros e equipe, comprometem-se a apresentar à SES, assim como a todos os Secretários municipais cópia do relatório técnico com os principais resultados do estudo. Caso alguma dúvida persista ou maiores esclarecimentos sejam necessários favor entrar em contato com uma das pessoas listadas abaixo:

- 1- Professor Mauro V. G. de Barros - (81) 3183. 3376 ou 9282.2498, maurovgb@gmail.com
  - 2- Juliana Silva - (81) 8825 0520, juliana.r.silva@ibest.com.br
- Agradecemos antecipadamente pela sua colaboração.

Atenciosamente,

*Luciana Caroline*  
Luciana Caroline  
Diretora

*Luciana Albuquerque*  
Matriçula: 319.4400  
Diretora da DG-PMAVS

RUA DONA MARIA AUGUSTA NOGUEIRA, 519- BONGI  
TELEFONES: (81) 3184-0509 FAX: 3184-0338




**ANEXO B – Valores do teste de reprodutibilidade do instrumento versão profissional**

<b>Variáveis</b>	<b>K</b>	<b>Spearman</b>	<b>Coefficiente Intraclasse</b>
<b>Sociodemográfica</b>			
A1 (sexo)	1,00 (p<0,001)		
A2 (idade)			1,00 (p<0,001)
A3 (escolaridade)		1,00	
A4 (renda)		0,817 (p=0,000)	
A7 (cor da pele)		0,990 (p=0,000)	
<b>Formação inicial</b>			
B1 (Graduação)		0,629 (p=0,003)	
B2 (Modalidade)			
B3 (conclusão curso)			0,926 (p=0,000)
<b>Atuação profissional</b>			
C2 (Tempo no SUS)			0,701 (p=0,000)
C3 (Tempo na AB)			0,405 (p=0,134)
C4 (Tempo no NASF)			0,000 (p=0,500)
C5 (Tempo em programa de AF)			0,880 (p=0,000)
C6 (Vínculo empregatício AB)		1,00 (p=0,001)	
<b>Formação continuada e educação permanente</b>			
D1.1 (Esp. Lato-sensu)		1,000 (p= 0,001)	
D1.2 (Residência Multiprofissional)		0,471 (p= 0,036)	
D1.3 (Mestrado)		0,471 (p= 0,036)	
D1.4 (Doutorado)		0,471 (p= 0,036)	
D2 (Partic. cursos em AF)		0,665 (p= 0,001)	
<b>Competência profissional</b>			
E42.c (nível de conhecimento sobre promoção da AF no SUS, monitoramento, avaliação)		0,575 (p= 0,008)	
F1,a (nível de habilidade/promoção da AF no SUS, ações de avaliação, monitoramento)		0,773 (p= 0,000)	

**ANEXO C – Valores do teste de reprodutibilidade do instrumento versão usuário**

<b>Variáveis</b>	<b>K</b>	<b>Spearman</b>	<b>Coeficiente Intraclasse</b>
<b>Sociodemográfica</b>			
A1 (sexo)	0,764 (p=0,000)		
A2 (idade)			0,871 (p=0,000)
A3 (escolaridade)		0,921 (p=0,000)	
A6 (renda)		0,711 (p=0,000)	
A8 (cor de pele)		0,930 (p=0,000)	
<b>Percepção sobre a qualidade das intervenções</b>			
C2 (participação no monitoramento/avaliação da intervenção)		0,423 (p=0,013)	

ANEXO D - Comprovante de aprovação do projeto no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Pernambuco

<b>UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO/ PROPEGE/</b>		
<b>COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO</b>		
<b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b>		
<b>Título da Pesquisa:</b>	Avaliação de programas e intervenções relacionados à atividade física na atenção básica à saúde no estado de Pernambuco (Projeto SUS Mais Ativo)	
<b>Pesquisador:</b>	Mauro Virgílio Gomes de Barros	
<b>Versão:</b>	2	
<b>CAAE:</b>	13373313.5.0000.5207	
<b>Instituição Proponente:</b>	FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO	
<b>DADOS DO COMPROVANTE</b>		
<b>Número do Comprovante:</b>	007482/2013	
<b>Patrocinador Principal:</b>	Financiamento Próprio	
<b>Endereço:</b> Av. Agamenon Magalhães, s/nº		
<b>Bairro:</b> Santo Amaro	<b>CEP:</b> 50.100-010	
<b>UF:</b> PE	<b>Município:</b> RECIFE	
<b>Telefone:</b> (81)3183-3775	<b>Fax:</b> (81)3183-3775	<b>E-mail:</b> comite.etica@upe.br

## ANEXO E - Termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido o(a) senhor(a) a participar da pesquisa “Avaliação dos programas e intervenções para promoção da atividade física na atenção básica à saúde no estado de Pernambuco (Projeto SUS Mais Ativo)” coordenado pelo Professor Mauro V. G. de Barros, que tem por objetivo avaliar os programas e intervenções para promoção da atividade física desenvolvidas no âmbito do NASF, do programa Mãe Coruja e dos programas municipais de atividade física. Um estudo que está sendo realizado em todo o estado de Pernambuco.

Para a participação na pesquisa o(a) senhor(a) não precisará se identificar com nomes ou números de quaisquer documentos. Além disso, a participação é voluntária e o(a) senhor(a) poderá desistir a qualquer momento. Caso concorde em participar, o(a) senhor(a) precisará responder a um questionário, recebendo para tanto o auxílio de um entrevistador de nossa equipe de pesquisadores. Lembre-se que os procedimentos de coleta de dados adotados nesta pesquisa asseguram o anonimato aos participantes e não traz riscos à saúde física dos mesmos, podendo apenas causar desconforto devido ao tempo que o participante precisará estar concentrado para responder aos questionamentos.

Os benefícios esperados com o resultado desta pesquisa são a produção de um diagnóstico situacional das intervenções e programas de promoção da atividade física no estado de Pernambuco. A realização deste levantamento permitirá a proposição de políticas públicas para o setor, além de subsidiar a proposição e o planejamento de ações de formação continuada para os profissionais.

Nos casos de dúvidas e esclarecimentos o(a) senhor(a) poderá entrar em contato diretamente com o coordenador da pesquisa (Prof. Mauro Barros), presencialmente na Rua Arnóbio Marques, 310, Recife - PE, CEP: 50100-130. Poderá ainda ligar para o telefone (81) 3183.3376 ou ainda entrar em contato por e-mail [mauro.barros@upe.br](mailto:mauro.barros@upe.br).

Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco, localizado à Av. Agamenon Magalhães, S/N, Santo Amaro, Recife-PE ou pelo telefone (81) 3183.3775 ou através do e-mail [comitê.etica@upe.pe.gov.br](mailto:comitê.etica@upe.pe.gov.br).

### CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu \_\_\_\_\_, portador do RG número \_\_\_\_\_, após ter recebido todos os esclarecimentos e ciente dos meus direitos, concordo em participar desta pesquisa, bem como autorizo a divulgação e a publicação de toda informação por mim transmitida em publicações e eventos de caráter científico, sem que exista qualquer quebra ao anonimato das informações fornecidas. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador.

Local: Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante (ou responsável)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

## ANEXO F - Normas da Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde



---

# Instruções aos autores

## 1 ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

A Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde (Rev Bras Ativ Fís Saúde), periódico oficial da Sociedade Brasileira de Atividade Física e Saúde, publica artigos veiculando os resultados de pesquisas e estudos sobre a temática da atividade física e saúde em diferentes subgrupos populacionais. A revista aceita artigos que se enquadrem em uma das seguintes categorias: artigos originais, revisões sistemáticas, editoriais e cartas ao editor. Além de artigos nestas categorias, interessam à revista manuscritos que se encaixem no escopo das seguintes seções especiais: da pesquisa à ação; pesquisa e pós-graduação em atividade física e saúde; e, experiências curriculares inovadoras em atividade física e saúde. Estudos epidemiológicos, clínicos, experimentais ou qualitativos focalizando a inter-relação “atividade física e saúde”, assim como os estudos sobre os padrões de atividade física em diferentes grupos populacionais, validação de métodos e instrumentos para medida da atividade física e estudos de intervenção para promoção da atividade física são exemplos de estudos que atendem à política editorial da revista.

É um periódico multidisciplinar que aceita contribuições de pesquisadores cujos esforços de investigação contribuam para o desenvolvimento da “área de atividade física e saúde”. Ao submeter o manuscrito, os autores assumem a responsabilidade de que o trabalho não foi previamente publicado e nem está sendo analisado por outra revista, enquanto estiver em avaliação pelo conselho editorial da Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde. Como forma de atestar formalmente que assumem esta responsabilidade, os autores deverão assinar declaração de acordo com o modelo fornecido pela revista. Os manuscritos devem ser inéditos e todos os autores devem ter contribuído substancialmente para o seu desenvolvimento de modo que estes possam assumir responsabilidade pela autoria dos mesmos (ver critérios de autoria no item 3.7). Admite-se a submissão de manuscrito contendo resultados de estudos que tenham sido preliminarmente publicados na forma de resumos.

## 2 AVALIAÇÃO DOS MANUSCRITOS

A Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde adota o sistema de revisão por pares. Isto quer dizer que os manuscritos submetidos à revista serão apreciados por dois ou mais revisores, indicados por um dos editores associados. O editor associado analisa os pareceres dos revisores e emite um relatório final conclusivo que é então enviado ao editor assistente para comunicação da decisão aos autores. O processo de revisão adotado é duplo-cego, assim nem os revisores ad hoc saberão quem são os autores do manuscrito nem os autores saberão quem foram os revisores do mesmo. A revista tem em seu corpo editorial revisores ad hoc (nacionais e internacionais) com experiência de pesquisa em atividade física e saúde.

O fluxo editorial inicia com uma avaliação preliminar, na qual o editor assistente analisa se o manuscrito foi preparado de acordo com a presente nor-

---

matização (“Instruções aos Autores”). Se a formatação não estiver em conformidade com estas normas, o artigo é devolvido aos autores para reformulação. É importante lembrar que a submissão de manuscrito em desacordo com o disposto nesta norma é motivo suficiente para recusa. O processo de avaliação do manuscrito só é iniciado quando todos os documentos exigidos forem enviados (declaração de responsabilidade, declaração de conflito de interesses, declaração de autoria e cópia da certidão do Comitê de Ética para estudos com Seres Humanos ou com animais). Além disso, será exigido também a declaração de transferência de direitos autorais, conforme descrito no item 3.5 desta norma.

Na fase seguinte, um dos editores-chefes é designado para efetuar uma análise do manuscrito considerando: a compatibilidade em relação à política editorial da revista; e, a contribuição potencial do artigo para o avanço do conhecimento em atividade física. Se aprovado nesta fase, o manuscrito segue então para a próxima etapa do processo de avaliação, caso contrário, a recusa é imediatamente comunicada aos autores.

A terceira etapa na avaliação dos manuscritos tem início quando um dos editores associados é designado pelo editor-chefe para acompanhar o processo de avaliação do manuscrito. Nesta etapa, inicialmente, o editor associado julga o potencial do artigo, considerando o rigor científico, a originalidade e a qualidade linguística. Se aprovado nesta etapa, o manuscrito é encaminhado para análise por, no mínimo, dois revisores ad hoc, caso contrário, a recusa é imediatamente comunicada aos autores. Se o manuscrito alcançar a fase de análise pelos revisores ad hoc, o editor associado aguarda os pareceres para subsidiar a sua decisão quanto ao aceite ou recusa do manuscrito.

A decisão em relação ao manuscrito será comunicada aos autores considerando três possibilidades: (1) RECUSADO, sem possibilidade de nova submissão; (2) REVISÕES REQUERIDAS; e, (3) ACEITO.

Caso a decisão editorial seja “revisões requeridas”, o autor terá trinta (30) dias a contar da data que foi comunicado sobre a decisão editorial, para reenviar a carta resposta aos revisores junto com o manuscrito corrigido.

Após aceite, os autores irão receber a prova tipográfica de seu artigo, a qual deve ser revisada e reenviada à RBAFS no prazo máximo de 48 horas.

## 3 PREPARAÇÃO E ENVIO DOS MANUSCRITOS

### 3.1 Submissões

A Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde aceita submissões espontâneas em seis categorias:

#### a) Artigos originais

Destina-se à veiculação de resultados de pesquisas conduzidas a partir da aplicação de métodos científicos rigorosos, passíveis de replicação e/ou generalização, abrangendo tanto as abordagens quantitativas quanto qualitativas de investigação em atividade física e saúde. Outras contribuições como revisões, relatos, estudo de casos, opiniões e pontos de vista não serão tratadas como artigos originais.

#### b) Artigos de revisão

Destina-se à veiculação de revisões sistemáticas por meio das quais os au-



tores possam apresentar uma síntese de conhecimentos já disponíveis sobre um tópico relevante em atividade física e saúde.

**c) Cartas ao editor**

Trata-se de um espaço destinado ao leitor ou pesquisador que deseja submeter uma reflexão ou aprofundamento sobre o conteúdo de um artigo publicado na revista.

**d) Seção especial “Do diagnóstico à ação: experiências em promoção da atividade física e saúde”**

É uma seção destinada à veiculação de artigos apresentando as bases conceituais, modelos lógicos e resultados de intervenções para promoção da atividade física e saúde. Busca-se nesta seção dar visibilidade a experiências de intervenção profissional que denotem um esforço de aplicação do conhecimento científico já produzido no desenvolvimento de ações de promoção da atividade física e saúde.

**e) Seção especial “Pesquisa e pós-graduação em atividade física e saúde”**

É uma seção destinada à veiculação de artigos apresentando experiências de pesquisa e de formação de pesquisadores. Interessam para esta seção as contribuições que descrevam modos de organização de grupos de pesquisa ou de trabalho em rede com vistas ao desenvolvimento de projetos de pesquisa e ações de formação ou capacitação de recursos humanos para investigação em atividade física e saúde.

**f) Seção especial “Experiências curriculares inovadoras em atividade física e saúde”**

É um espaço destinado ao relato de experiências curriculares inovadoras na formação inicial (graduação) que tenham foco em atividade física e saúde.

Além dos artigos publicados nas categorias supramencionadas, por convite do Conselho Editorial, a revista poderá publicar também editoriais, comentários e posicionamentos. Contate a revista na eventualidade de dúvida quanto à aderência de um manuscrito em relação à política editorial ou quanto à classificação do manuscrito numa das categorias de submissão espontânea.

### 3.2 Conflito de interesses

A transparência do processo de revisão por pares e a credibilidade dos artigos publicados dependem, ao menos em parte, de como o conflito de interesses é tratado durante a redação, revisão por pares e tomada de decisão pelos editores. Este tipo de conflito pode emergir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, podem influenciar na elaboração ou avaliação dos manuscritos. Assim, tanto os autores quanto os revisores devem comunicar à revista sobre a existência de conflito de interesses de qualquer natureza. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira. Quando os autores submetem um manuscrito, eles são responsáveis por reconhecer e revelar a existência de conflito financeiro ou de qualquer outra natureza que possa ter influenciado seu trabalho. Os autores devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o

trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. Por sua vez, também os revisores ad hoc devem declinar da revisão de um manuscrito quando houver qualquer conflito de interesses que possa influir em sua opinião. No momento da submissão de um manuscrito os autores devem encaminhar também a declaração de conflito de interesses elaborada conforme modelo adotado pela revista.

### 3.3 Aspectos éticos

Os autores devem informar, no texto, se a pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa em consonância com o disposto na Declaração de Helsinki, na resolução nº 196/96 ou 466/12 (para pesquisas realizadas a partir de 12 de dezembro de 2012) do Conselho Nacional de Saúde e demais dispositivos normativos vigentes. Nos trabalhos experimentais envolvendo animais, conforme estabelecido pelo Colégio Brasileiro de Experimentação Animal (COBEA), as normas e os princípios éticos vigentes quanto à experimentação animal devem ser respeitados. Os ensaios clínicos devem ser devidamente registrados no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC), ou no Ministério da Saúde (<http://www.ensaiosclinicos.gov.br/>), ou em outros bancos de dados internacionais (ex.: ClinicalTrials- <http://clinicaltrials.gov/>). Os autores devem enviar juntamente com o manuscrito a cópia da certidão e ou declaração atestando a observância às normas éticas de pesquisa, inclusive cópia da aprovação do protocolo de pesquisa em Comitê de Ética com seres humanos. Estudos que não atendam a tais requisitos não serão aceitos para publicação na revista.

### 3.4 Idioma

Aceitam-se manuscritos escritos na forma culta em um dos seguintes idiomas: português, espanhol ou inglês. Os manuscritos em português e espanhol devem ser acompanhados dos resumos no idioma original e em inglês. Aqueles submetidos em língua espanhola devem ter também um resumo em português. Os manuscritos em língua inglesa deverão incluir o resumo no idioma original e em português. Para as submissões em português ou espanhol, oferece-se a opção de tradução integral do manuscrito para o inglês, com custo para os autores.

### 3.5 Direitos autorais

Os autores deverão encaminhar no momento da submissão do artigo, a declaração de transferência de direitos autorais assinada. Esta declaração deverá ser preparada em conformidade com o modelo fornecido pela revista (<http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/index>). Artigos aceitos para publicação passam a ser propriedade da revista, não podendo ser reproduzidos, mesmo que de forma parcial, incluindo a tradução para outro idioma, sem a autorização por escrito da Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde.

### 3.6 Agradecimentos/Financiamentos

Ao final do texto, os autores devem mencionar as fontes de financiamento para o estudo e os nomes de instituições, agências ou pessoas que devam ser nominalmente agradecidas pelo apoio à realização do estudo. Os autores devem manter em seu poder prova documental de que as pessoas e instituições citada na seção de agradecimentos autorizaram a inclusão do seu nome, uma vez que tal citação nominal pode implicar em endosso aos resultados e conclusões do estudo.



### 3.7 Colaboradores

Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

## 4 PREPARAÇÃO DOS MANUSCRITOS

Todos os artigos devem vir acompanhados por uma carta de submissão dirigida ao editor-chefe, indicando a seção em que o artigo deva ser incluído (vide categorias anteriormente listadas no item 3.1) e apontando a potencial contribuição do estudo para desenvolvimento da área de atividade física e saúde. Os autores devem encaminhar também todas as declarações exigidas por ocasião da submissão do manuscrito, a saber: **declaração de responsabilidade, declaração de conflito de interesses e declaração de transferência dos direitos autorais**, anexando-as em “documentos suplementares”. Anexar ainda **documentação comprobatória de atendimento aos requisitos éticos de pesquisa**, conforme descrito no item 3.3. Após submissão, os autores assumem inteira responsabilidade pelo conteúdo do manuscrito, assim como pela obtenção de autorização para uso de ilustrações e dados de terceiros.

Os manuscritos devem ser preparados considerando a categoria do artigo e os critérios apresentados no quadro seguinte.

Categoria do artigo	Número de palavras no texto*	Número de palavras no resumo	Número de caracteres no título**	Número de referências	Número de ilustrações
Original	4.000	250	100	30	5
Revisão	6.000	250	100	100	5
Carta ao Editor	750	-	100	5	1
Seções especiais***	1.500	150	100	15	2****

\* Sem incluir o resumo, abstract, referências e ilustrações. \*\* Contagem de caracteres com espaços. \*\*\* Categorias D, E e F apresentadas no item 3.1. \*\*\*\* Uma das ilustrações deve ser obrigatoriamente o modelo lógico do programa/intervenção

Os manuscritos devem ser preparados em editor de texto do Microsoft Word. Os arquivos devem ter extensão DOC, DOCX ou RTF. Adotar as seguintes recomendações na preparação do arquivo de texto:

- O arquivo deve ser preparado em página formato A4, com todas as margens de 2,5 cm;
- O texto deve ser digitado com espaçamento duplo entre linhas, usando fonte “Times New Roman” tamanho 12 em todo o texto, inclusive nas referências;
- As páginas devem ser numeradas no canto superior direito, a partir da “página de título”;
- Incluir numeração de linhas (layout da página), reiniciando a numeração a cada página;

- Não é permitido uso de notas de rodapé.

No momento da submissão, os autores deverão anexar em “documentos suplementares” a página de título.

A página título deve incluir, nesta ordem, as seguintes informações:

- Categoria do manuscrito;
- Título completo;
- Título completo em inglês;
- Título resumido (running title), com, no máximo, 50 caracteres incluindo os espaços;
- Autor(es) e respectivas afiliações institucionais organizada na seguinte sequência: Instituição, Departamento, Cidade, Estado e País. Após submissão do artigo não será permitido efetuar alterações na autoria dos manuscritos;
- Informações do autor responsável pelo contato com a Editoria da revista, inclusive endereço completo, com CEP, número de telefone e e-mail;
- Contagem de palavras no texto, no resumo e no abstract, assim como o número de referências e ilustrações.

O arquivo com o corpo do manuscrito deve conter o texto principal (página com o título do manuscrito, resumo, abstract, introdução, métodos, resultados e discussão), as referências e as ilustrações, e ser anexado em “documento de submissão”, seguindo as orientações específicas para cada tipo de manuscrito.

Para os artigos originais e de revisão, incluir na primeira página o título do trabalho e um resumo não estruturado com até 250 palavras, cujo conteúdo deverá descrever obrigatoriamente: objetivos, métodos, resultados e conclusões. Abaixo do resumo, os autores devem listar de 3 a 6 palavras-chave que devem ser buscadas na base de descritores em ciências da saúde (DeCS, disponível para consulta em <http://decs.bvs.br>) ou no Medical Subject Headings (MeSH, disponível para consulta em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>). Sugere-se que os autores usem, preferencialmente, palavras-chave que não aparecem no título do artigo.

Nos artigos submetidos para as seções especiais o conteúdo do resumo fica a critério dos autores, respeitando-se o limite de 150 palavras. Em seguida, devem ser apresentadas traduções em inglês tanto para o resumo (abstract) quanto para as palavras-chave (key-words). No resumo, evitar o uso de siglas e abreviações e não citar referências.

O texto de todos os manuscritos deve estar organizado em seções, seguindo a seguinte disposição: introdução, métodos, resultados, discussão e referências. Para tanto, deve-se inserir uma quebra de página após o término de cada seção. Todos os manuscritos devem ter uma conclusão que deve ser apresentada dentro da seção de discussão, não podendo vir como uma seção a parte.

#### 4.1 Referências

O número máximo de referência por manuscrito deve ser rigorosamente respeitado. Essas informações estão descritas no quadro com as orientações sobre o preparo dos manuscritos.

As referências devem ser apresentadas no corpo do texto usando sistema numérico, por ordem de aparecimento no texto, usando algarismos arábicos

sobrescritos. Se forem citadas mais de duas referências em sequência, apenas a primeira e a última devem ser digitadas, sendo separadas por um traço (Exemplo: <sup>5-8</sup>). Em caso de citação alternada, todas as referências devem ser digitadas, separadas por vírgula (Exemplo: <sup>12, 19, 23</sup>).

A organização da lista de referências deve ser realizada em conformidade com o estilo de Vancouver, apresentada em maior detalhe nos Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos (Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals), disponível para consulta em [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). As referências devem ser numeradas sequencialmente conforme aparição no texto e devem ter alinhamento à esquerda. Comunicações pessoais, resumos e dados não publicados não devem ser incluídos na lista de referências e não devem ser usados como referência no corpo do texto. Citar todos os autores da obra quando o número for de até seis autores, e somente os seis primeiros seguidos da expressão “et al” quando a obra tiver mais de seis autores. As abreviações dos nomes das revistas devem estar em conformidade com os títulos disponíveis na List of Journals Indexed in Index Medicus ([www.nlm.nih.gov/pubs/libprog.html](http://www.nlm.nih.gov/pubs/libprog.html)) ou no caso de periódicos não indexados com o título abreviado oficial adotado pelos mesmos. Os editores estimulam, quando possível, a citação de artigos publicados na Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde. Atenção! Ao submeter o manuscrito ter certeza de desativar as funções automáticas criadas pelos programas de computador usados para gerenciamento de referências (exemplo: EndNote). Não submeter o manuscrito com hiperlinks entre as referências citadas e a lista apresentada ao final do texto.

São exemplos de referências de trabalhos científicos:

- **Artigos em periódicos**

- ▣ **Artigos em periódicos com até 6 autores**

- Hallal PC, Victora CG, Wells JCK, Lima RC. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. *Med Sci Sports Exerc.* 2003;35:1894-900.

- ▣ **Artigos em periódicos com mais de 6 autores**

- Mattos LA, Sousa AGMR, Feres F, Pinto I, Tanajura L, Sousa JE, et al. Influência da pressão de liberação dos stents coronários implantados em pacientes com infarto agudo do miocárdio: análise pela angiografia coronária quantitativa. *Arq Bras Cardiol.* 2003; 80(3): 250-9.

- ▣ **Artigos publicados em suplementos de periódicos**

- Webber LS, Wattigney WA, Srinivisan SR, Berenson GS. Obesity studies in Bogalusa. *Am J Med Sci.* 1995; 310(Suppl 1): S53-61.

- **Livros e capítulos de livros**

- ▣ **Livro - Autoria individual**

- Nahas MV. Atividade física, saúde e qualidade de vida. Londrina: Midiograf, 2001.

- ▣ **Livro - Autoria institucional**

- Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo: BG Cultural; 2002.

**▣ Capítulo de livro – autoria individual**

Zanella MT. Obesidade e fatores de risco cardiovascular. In: Mion Jr D, Nobre F (eds). Risco cardiovascular global: da teoria à prática. 2ª ed. São Paulo: Lemos Editorial; 2000. p. 109-25.

**• Tese ou Dissertação**

Brandão AA. Estudo longitudinal de fatores de risco cardiovascular em uma população de jovens [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2001.

**• Obras em formato eletrônico**

Sabroza PC. Globalização e saúde: impacto nos perfis epidemiológicos das populações. In: 4º Congresso Brasileiro de Epidemiologia [online]; 1998 Ago 1-5; Rio de Janeiro. Anais eletrônicos. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1998. [citado 1999 jan 17]. Disponível em: [url:http://www.abrasco.com.br/epirio98](http://www.abrasco.com.br/epirio98)

**• Ilustrações (Tabelas, Figuras, Quadros e Fotos)**

Limita-se o quantitativo de ilustrações a um máximo de 5 (cinco). Todas as ilustrações devem ser inseridas, sempre que possível, no mesmo arquivo do texto, após as referências bibliográficas, e devem ser acompanhadas de um título autoexplicativo. As unidades de medida, abreviações, símbolos e estatísticas devem estar apresentadas de modo claro e objetivo. As ilustrações devem ser monocromáticas (em escala de cinza). Fotografias podem ser usadas, mas devem ser em preto e branco e com boa qualidade gráfica. As ilustrações devem ser usadas somente quando necessário para a efetiva compreensão do trabalho, sem repetir informações já apresentadas no corpo do texto. Todas as ilustrações devem ser numeradas por ordem de aparecimento, conforme o tipo (Tabela ou Figura), devendo-se indicar no texto o local aproximado no qual devem ser inseridas. Fotos, ilustrações, quadros e assemelhados devem ser identificados como figuras. Utilize na preparação das ilustrações a mesma fonte que foi utilizada no texto.

**4.2 Submissão dos manuscritos**

A submissão dos manuscritos deverá ser efetuada na plataforma eletrônica da revista que pode ser acessada no seguinte endereço: <http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/index>. Para efetuar a submissão, o primeiro autor (ou autor correspondente) deverá estar obrigatoriamente cadastrado na plataforma.

## ANEXO G - Normas da Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde



### Escopo e política

A Epidemiologia e Serviços de Saúde é um periódico trimestral de caráter científico e de acesso livre, nos formatos eletrônico e impresso, editado pela Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços, do Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (CGDEP/DGVES/SVS/MS). A sua principal missão é a de difundir o conhecimento epidemiológico aplicável às ações de vigilância, de prevenção e de controle de doenças e agravos de interesse da Saúde Pública, visando ao aprimoramento dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Além das modalidades de manuscritos aceitos para publicação, a revista divulga Portarias, Regimentos e Resoluções do Ministério da Saúde, bem como Notas Técnicas relativas aos programas de vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, consensos, relatórios e recomendações de reuniões ou oficinas de trabalho sobre temas de interesse do SUS. É prevista a republicação de textos originalmente editados por outras fontes de divulgação científica e que sejam considerados pelos editores da revista como relevantes para os serviços de saúde.

A Epidemiologia e Serviços de Saúde segue as orientações do documento Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), conhecido como Normas de Vancouver.

A Epidemiologia e Serviços de Saúde segue os princípios da ética na publicação contidos no código de conduta do Committee on Publication Ethics (COPE).

### Forma e preparação de manuscritos

O Núcleo Editorial da revista acolhe manuscritos nas seguintes modalidades:

a) Artigo original – produto inédito de pesquisa inserido em uma ou mais das diversas áreas temáticas da vigilância, prevenção e controle das doenças e agravos de interesse da Saúde Pública, como doenças transmissíveis, agravos e doenças crônicas não transmissíveis, análise de situação de saúde, promoção da saúde,



vigilância em saúde do trabalhador, vigilância em saúde ambiental, respostas às emergências em Saúde Pública, políticas e gestão em vigilância em saúde e desenvolvimento da epidemiologia nos serviços de saúde (limite: 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências).

b) Artigo de revisão

b.1) Artigo de revisão sistemática – apresentação de uma síntese de resultados de estudos originais com o objetivo de responder a uma pergunta específica; deve descrever, em detalhes, o processo de busca dos estudos originais e os critérios para sua inclusão na revisão; pode ou não apresentar procedimento de síntese quantitativa dos resultados, no formato de metanálise (limite: 4.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências); e

b.2) Artigo de revisão narrativa – análise crítica de material publicado, discussão aprofundada sobre tema relevante para a Saúde Pública ou atualização sobre tema controverso ou emergente; deve ser elaborado por especialista na área em questão, a convite dos editores (limite: 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências);

c) Nota de pesquisa – relato conciso de resultados finais ou parciais (notas prévias) de pesquisa original, pertinente ao escopo da revista (limite: 1.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências);

d) Artigo de opinião – comentário sucinto sobre temas específicos, expressando a opinião qualificada dos autores (limite: 1.500 palavras);

e) Debate – artigo teórico elaborado por especialista, a convite dos editores, que receberá críticas/comentários por meio de réplicas assinadas por especialistas, também convidados. (limite: 3.500 palavras para o artigo, 1.500 palavras para cada réplica ou tréplica, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências);

f) Relato de experiência – descrição de experiência em epidemiologia, vigilância, prevenção e controle de doenças e agravos de interesse para a Saúde Pública; deve ser elaborado a convite dos editores (limite: 1.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências); e

g) Carta – críticas ou comentários breves sobre temas de interesse dos leitores, geralmente vinculados a artigo publicado na última edição da revista (limite: 400 palavras; sempre que possível, uma resposta dos autores do artigo comentado será publicada junto com a carta (limite: 400 palavras).

Eventualmente, a critério dos editores, serão aceitos outros formatos, a exemplo de Entrevista com personalidades ou autoridades (limite: 800 palavras) e Resenha de obra contemporânea (limite: 800 palavras).

### Responsabilidade dos autores

Os autores são os responsáveis pela veracidade e ineditismo do trabalho. O manuscrito submetido deve ser acompanhado de uma Declaração de Responsabilidade, assinada por todos os autores, em que afirmam que o estudo não foi publicado anteriormente, parcial ou integralmente, em meio impresso ou eletrônico, tampouco encaminhado para publicação em outros periódicos, e que todos os autores participaram na elaboração intelectual de seu conteúdo.

### Declaração de Responsabilidade

Este documento deve ser encaminhado juntamente com o manuscrito, de acordo com o modelo a seguir:

Os autores do manuscrito intitulado (título do manuscrito), submetido à Epidemiologia e Serviços de Saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil, declaram que:

1. Este manuscrito representa um trabalho original cujo conteúdo integral ou parcial ou substancialmente semelhante não foi publicado ou submetido a outro periódico ou outra forma de publicação, seja no formato impresso ou eletrônico;
2. Houve participação efetiva de todos os autores relacionados no trabalho, tornando pública sua responsabilidade pelo conteúdo apresentado;
3. A versão final do manuscrito foi aprovada por todos os autores;
4. Não há qualquer conflito de interesse dos autores em relação a este manuscrito (ou) existem conflitos de interesses dos autores em relação a este manuscrito (no caso de haver, deve-se descrever, nesta passagem, o conflito ou conflitos de interesse existentes).

(registrar o local, data e nome; a Declaração de Responsabilidade deve ser assinada por todos os autores do manuscrito).

### Critérios de autoria

Os critérios de autoria devem se basear nas deliberações do ICMJE/Normas de Vancouver. O reconhecimento da autoria está fundamentado em contribuição substancial, relacionada aos seguintes aspectos: (i) concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados; (ii) redação ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito; (iii) aprovação final da versão a ser publicada; e (iv) responsabilidade por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade. Os autores, ao assinarem a Declaração de Responsabilidade, afirmam a participação de todos na elaboração do manuscrito e assumem, publicamente, a responsabilidade por seu conteúdo. Ao final do texto do manuscrito, deve ser incluído um parágrafo com a informação sobre a contribuição de cada autor para sua elaboração.

A versão original – em inglês – das recomendações do ICMJE/Normas de Vancouver encontra-se disponível no endereço eletrônico <http://www.icmje.org>

#### Fontes de financiamento

Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte – institucional ou privado – para a realização do estudo e citar o número dos respectivos processos. Fornecedores de materiais, equipamentos, insumos ou medicamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo cidade, estado e país de origem desses fornecedores. Essas informações devem constar da Declaração de Responsabilidade.

#### Conflito de interesses

Conflitos de interesses, por parte dos autores, são situações em que estes possuem interesses – aparentes ou não – capazes de influir no processo de elaboração dos manuscritos. São conflitos de natureza diversa – pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira – a que qualquer um pode estar sujeito, razão por que os autores devem reconhecê-los e revelá-los, quando presentes, na Declaração de Responsabilidade assinada, ao submeterem seu manuscrito para publicação.

#### Ética na pesquisa envolvendo seres humanos

A observância dos preceitos éticos referentes à condução, bem como ao relato da pesquisa, são de inteira responsabilidade dos autores, respeitando-se as recomendações éticas contidas na Declaração de Helsinque (disponível em <http://www.wma.net>). Para pesquisas realizadas com seres humanos no Brasil, os autores devem observar, integralmente, as normas constantes na Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>); e resoluções



complementares, para situações especiais. Os procedimentos éticos adotados na pesquisa devem ser descritos no último parágrafo da seção Métodos, fazendo menção ao número do protocolo de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa. No caso de ensaio clínico, será necessária a indicação do número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo ICMJE.

### Agradecimentos

Quando desejável e pertinente, recomenda-se a nomeação, ao final do manuscrito, das pessoas que colaboraram com o estudo, embora não tenham preenchido os critérios de autoria adotados por esta publicação. Os autores são os responsáveis pela obtenção da autorização dessas pessoas antes de nomeá-las em seus agradecimentos, dada a possibilidade de os leitores inferirem que elas subscrevem os dados e conclusões do estudo. Também podem constar agradecimentos a instituições, pelo apoio financeiro ou logístico à realização do estudo. Devem-se evitar os agradecimentos impessoais, por exemplo: “a todos aqueles que colaboraram, direta ou indiretamente, com a realização deste trabalho”.

### Direito de reprodução

Os manuscritos publicados pela Epidemiologia e Serviços de Saúde são de sua propriedade. Sua reprodução – total ou parcial – por outros periódicos, tradução para outro idioma ou criação de vínculos eletrônicos é permitida mediante atendimento aos requisitos da Licença Creative Commons do tipo BY-NC. Após a decisão final de “Aceito” do manuscrito para publicação, os autores deverão enviar, em formato PDF, o Termo de Cessão de Direitos assinado por todos os autores, cujo modelo se encontra a seguir.

### Termo de Cessão de Direitos: modelo

Declaro que, uma vez aceito o manuscrito (título do manuscrito) e autorizada a sua publicação pela Epidemiologia e Serviços de Saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil, concordo que os respectivos direitos autorais serão de propriedade exclusiva da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Qualquer reprodução de seu conteúdo, total ou parcial, deverá atender aos requisitos da Licença Creative Commons do tipo BY-NC.

(registrar o local, data e nome; o Termo de Cessão de Direitos deve ser assinado por todos os autores do manuscrito).

### Preparo dos manuscritos para submissão

Para o preparo dos manuscritos, os autores devem orientar-se pelo documento Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos, do International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE –, conhecido como Normas de Vancouver, disponível, no idioma inglês, em <http://www.icmje.org> e, em sua tradução para o português, em <http://scielolab.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v15n1/v15n1a02.pdf> (edição da *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2006;15(1):7-34).

Recomenda-se que a estrutura do manuscrito esteja em conformidade com as orientações constantes nos guias de redação científica, de acordo com o seu delineamento. Abaixo são relacionados os principais guias; a relação completa encontra-se no website da iniciativa EQUATOR network (Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research), disponível em: <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines>

Estudos observacionais (coorte, caso-controle e transversal): STROBE statement (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology), disponível em: <http://www.strobe-statement.org/>

Ensaio clínico: CONSORT statement (Consolidated Standards of Reporting Trials), disponível em: <http://www.consort-statement.org/>

Revisões sistemáticas: PRISMA Statement (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), disponível em: <http://www.prisma-statement.org/>

#### Formato dos manuscritos

Serão acolhidos manuscritos redigidos no idioma português. O trabalho deverá ser digitado em espaço duplo, utilizando fonte Times New Roman 12, no formato RTF (Rich Text Format) ou DOC (Documento do Word), em folha de tamanho A4, com margens de 3cm. Não são aceitas notas de rodapé.

Cada manuscrito, obrigatoriamente, deverá conter:

#### Folha-de-rosto

- a) modalidade do manuscrito;
- b) título do manuscrito, em português e inglês;
- c) título resumido, para referência no cabeçalho das páginas;

d) nome completo dos autores e das instituições a que pertencem (incluindo departamento), cidade, estado e país;

e) endereço eletrônico de todos os autores;

f) endereço completo e endereço eletrônico, números de fax e de telefones do autor correspondente;

g) informação sobre monografia, dissertação ou tese que originou o manuscrito, nomeando o autor e o ano de defesa, com as respectivas instituições de ensino envolvidas, se pertinente; e

h) créditos a órgãos financiadores da pesquisa (incluir número de processo), se pertinente.

#### Resumo

Deverá ser redigido em parágrafo único, contendo até 150 palavras, estruturado com as seguintes seções: Objetivo; Métodos; Resultados; e Conclusão.

#### Palavras-chave

Deverão ser selecionadas três a cinco, impreterivelmente a partir da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), vocabulário estruturado pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, também conhecido pelo nome original de Biblioteca Regional de Medicina (BIREME). Os DeCS foram criados para padronizar uma linguagem única de indexação e recuperação de documentos científicos (disponíveis em: <http://decs.bvs.br>).

#### Abstract

Versão fidedigna do Resumo, redigida em inglês, contendo as seguintes seções: Objective; Methods; Results; e Conclusion.

#### Key words

Versão em inglês das mesmas palavras-chave selecionadas a partir dos DeCS.

#### Resumen

Versão em espanhol do Resumo, contendo as seguintes seções: Objetivos; Métodos; Resultados; e Conclusión.

Palabras-clave:

Versão em espanhol das mesmas palavras-chave selecionadas a partir dos DeCS.

Texto completo

O texto de manuscritos nas modalidades de artigo original e nota de pesquisa deverão apresentar as seguintes seções, nesta ordem: Introdução; Métodos; Resultados; Discussão; e Referências. Não deverá conter subitens. Tabelas e figuras deverão ser referidas nos Resultados e apresentadas ao final do artigo, quando possível, ou em arquivo separado (em formato editável).

Definições e conteúdos das seções:

Introdução – deverá apresentar o problema gerador da questão de pesquisa, a justificativa e o objetivo do estudo, nesta ordem.

Métodos – deverá conter a descrição do desenho do estudo, a descrição da população estudada, dos métodos empregados, incluindo, quando pertinente, o cálculo do tamanho da amostra, a amostragem, os procedimentos de coleta dos dados, as variáveis estudadas com suas respectivas categorias, os procedimentos de processamento e análise dos dados; quando se tratar de estudo envolvendo seres humanos ou animais, devem estar contempladas as considerações éticas pertinentes (ver seção Ética na pesquisa envolvendo seres humanos)

Resultados – síntese dos resultados encontrados, podendo considerar tabelas e figuras, desde que autoexplicativas (ver o item Tabelas e Figuras destas Instruções).

Discussão – comentários sobre os resultados, suas implicações e limitações; confrontação do estudo com outras publicações e literatura científica de relevância para o tema. O último parágrafo da seção deverá conter as conclusões e implicações dos resultados para a epidemiologia nos serviços de saúde.

Agradecimentos – após a discussão; devem limitar-se ao mínimo indispensável.

Contribuição dos autores – parágrafo descritivo da contribuição específica de cada um dos autores.

Referências – para a citação das referências no texto, deve-se utilizar o sistema numérico adotado pelas Normas de Vancouver; os números devem ser grafados em sobrescrito, sem parênteses, imediatamente após a passagem do texto em que é feita a citação, separados entre si por vírgulas; em caso de números sequenciais de referências, separá-los por um hífen, enumerando apenas a primeira e a última referência do intervalo sequencial de citação (exemplo: 7,10-16); devem vir após a seção Contribuição dos autores. As referências deverão ser listadas segundo a ordem de citação no texto; em cada referência, deve-se listar até os seis primeiros autores, seguidos da expressão et al. para os demais; os títulos de periódicos deverão ser grafados de forma abreviada; títulos de livros e nomes de editoras deverão constar por extenso; as citações são limitadas a 30; para artigos de revisão sistemática e metanálise, não há limite de citações, e o manuscrito fica condicionado ao limite de palavras definidas nestas Instruções; o formato das Referências deverá seguir os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos do ICMJE (disponíveis em: <http://www.icmje.org/>), com adaptações definidas pelos editores, conforme os exemplos a seguir:

#### Artigos de periódicos

1. Lima IP, Mota ELA. Avaliação do impacto de uma intervenção para a melhoria da notificação da causa básica de óbitos no estado do Piauí, Brasil. *Epidemiol Serv Saude*. 2011 set;20(3):297-305.

- Volume com suplemento

2. Schmidt MI, Duncan BB, Hoffmann JF, Moura L, Malta DC, Carvalho RM. Prevalence of diabetes and hypertension based on self-reported morbidity survey, Brazil, 2006. *Rev Saude Publica*. 2009 Nov;43 Suppl 2:74-82.

Número com suplemento.

3. Malta DC, Leal MC, Costa MFL, Morais Neto OL. Inquéritos nacionais de saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. *Rev Bras Epidemiol*. 2008 mai 11(2 Supl 1):159-67.

- Em fase de impressão

4. Freitas LRS, Garcia LP. Evolução da prevalência do diabetes e diabetes associado à hipertensão arterial no Brasil: análise das pesquisas nacionais por amostra de domicílios, 1998, 2003 e 2008. *Epidemiol Serv Saude*. No prelo 2012.

Livros

5. Pereira MG. Artigos científicos: como redigir, publicar e avaliar. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.

- Autoria institucional

6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

7. Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral (Mato Grosso). Informativo populacional e econômico de Mato Grosso: 2008. Cuiabá: Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral; 2008.

- Capítulos de livros

Quando o autor do capítulo não é o mesmo do livro.

8. Hill AVS. Genetics and infection. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Principles and practice of infectious diseases. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2010. p. 49-57.

Quando o autor do livro é o mesmo do capítulo.

9. Löwy I. Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. Capítulo 5, Estilos de controle: mosquitos, vírus e humanos; p. 249-315.

Anais de congresso

- Publicados em livros

10. Samad SA, Silva EMK. Perdas de vacinas: razões e prevalência em quatro unidades federadas do Brasil. In: Anais da 11ª Expoepi: Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças; 2011 31 out - 3 nov; Brasília, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. p. 142.

- Publicados em periódicos

11. Oliveira DMC, Montoni V. Situação epidemiológica da leishmaniose visceral no Estado de Alagoas – 2002. In: 19ª Reunião Anual de Pesquisa Aplicada em Doença de Chagas; 7ª Reunião Anual de Pesquisa Aplicada em Leishmanioses. 2003 out 24-26; Uberaba. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Medicina Tropical; 2003. p. 21-2. (Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, vol. 36, supl. 2).

Portarias e Leis

12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2009 fev 12; Seção 1:37.

13. Brasil. Casa Civil. Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997. Decreta a obrigatoriedade do Programa de Controle de Infecção Hospitalar em todos os hospitais brasileiros. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 1997 jan 7; Seção 1:165.

#### Documentos eletrônicos

14. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008 [citado 2012 fev 5]. 349 p. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>

15. Malta DC, Morais Neto OL, Silva Junior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. Epidemiol Serv Saude [Internet]. 2011 dez [citado 2012 fev 6]; 20(4):93-107. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a02.pdf>

#### Teses e dissertações

16. Waldman EA. Vigilância epidemiológica como prática de saúde pública [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1991.

17. Daufenbach LZ. Morbidade hospitalar por causas relacionadas à influenza em idosos no Brasil, 1992 a 2006: situação atual, tendências e impacto da vacinação [dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2008.

No caso de ter sido usado algum software para gerenciamento das referências (por exemplo, Zotero, Endnote, Reference Manager ou outro), as mesmas referências deverão ser convertidas para o texto. A exatidão das referências constantes na listagem e a correta citação no texto são de exclusiva responsabilidade dos autores.

#### Tabelas e figuras

As figuras e as tabelas devem ser colocadas ao final do manuscrito (quando possível) ou em arquivos separados, por ordem de citação no texto, sempre em formato editável. Os títulos das tabelas e das figuras devem ser concisos e evitar o

uso de abreviaturas ou siglas; estas, quando indispensáveis, deverão ser descritas por extenso em legendas ao pé da própria tabela ou figura. Tabelas, quadros (estes, classificados e intitulados como figuras), organogramas e fluxogramas devem ser apresentados em meio eletrônico, preferencialmente, no formato padrão do Microsoft Word; gráficos, mapas, fotografias e demais imagens devem ser apresentados nos formatos EPS, JPG, BMP ou TIFF, no modo CMYK, em uma única cor (preto) ou em escala de cinza.

#### Uso de siglas

Recomenda-se evitar o uso de siglas ou acrônimos não usuais. O uso de siglas ou acrônimos só deve ser empregado quando estes forem consagrados na literatura, prezando-se pela clareza do manuscrito.

Siglas ou acrônimos de até três letras devem ser escritos com letras maiúsculas (exemplos: DOU; USP; OIT). Na primeira citação no texto, os acrônimos desconhecidos devem ser escritos por extenso, acompanhados da sigla entre parênteses. Siglas e abreviaturas compostas apenas por consoantes devem ser escritas em letras maiúsculas. Siglas com quatro letras ou mais devem ser escritas em maiúsculas se cada uma delas for pronunciada separadamente (exemplos: BNDES; INSS; IBGE). Siglas com quatro letras ou mais e que formarem uma palavra (siglema), ou seja, que incluam vogais e consoantes, devem ser escritas apenas com a inicial maiúscula (exemplos: Funasa; Datasus; Sinan). Siglas que incluam letras maiúsculas e minúsculas originalmente devem ser escritas como foram criadas (exemplos: CNPq; UnB). Para as siglas estrangeiras, recomenda-se a correspondente tradução em português, se universalmente aceita; ou seu uso na forma original, se não houver correspondência em português, ainda que o nome por extenso – em português – não corresponda à sigla (exemplo: UNESCO = Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura). Algumas siglas, popularizadas pelos meios de comunicação, assumiram um sentido nominal: é o caso de AIDS (em inglês), a síndrome da imunodeficiência adquirida, sobre a qual a Comissão Nacional de Aids do Ministério da Saúde (que se faz representar pela sigla CNAIDS) decidiu recomendar que todos os documentos e publicações do ministério nomeiem por sua sigla original do inglês – aids –, em letras minúsculas (Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Manual de editoração e produção visual da Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2004. 272p.).

#### Análise e aceitação dos manuscritos

Serão acolhidos apenas os manuscritos formatados de acordo com estas Instruções e cuja temática se enquadre no escopo da revista. Uma análise preliminar verificará a aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa, no caso de o estudo envolver



seres humanos, assim como seu potencial para publicação e seu interesse para os leitores da revista. Trabalhos que não atenderem a essas exigências serão recusados.

Os manuscritos considerados potencialmente publicáveis na RESS seguem no processo editorial, composto pelas seguintes etapas:

1) Revisão técnica – realizada pelo Núcleo Editorial. Consiste fundamentalmente da revisão de aspectos de forma e redação científica, para que o manuscrito atenda a todos os itens detalhados nas instruções aos autores da revista e esteja apto a ingressar no processo de revisão externa por pares.

2) Revisão externa por pares – realizada por pelo menos dois revisores externos ao corpo editorial da RESS (revisores ad hoc), que apresentem sólido conhecimento na área temática do manuscrito e que tenham aceitado realizar sua revisão. Nessa etapa, espera-se que os revisores ad hoc avaliem o mérito científico e o conteúdo dos manuscritos, fazendo críticas construtivas para seu aprimoramento. A RESS adota o modelo de revisão por pares duplo-cego, no qual os revisores ad hoc não conhecem a identidade dos autores e não são identificados na revisão enviada aos autores. Os revisores ad hoc devem seguir os requisitos éticos para revisores recomendados pelo Committee on Publication Ethics (COPE), disponíveis em: [http://publicationethics.org/files/Ethical\\_guidelines\\_for\\_peer\\_reviewers\\_0.pdf](http://publicationethics.org/files/Ethical_guidelines_for_peer_reviewers_0.pdf)

3) Revisão pelo Núcleo Editorial – após a submissão da versão reformulada do manuscrito, de acordo com a revisão externa por pares, o núcleo editorial avalia novamente o manuscrito, verificando o atendimento ou a justificativa às sugestões dos revisores ad hoc, bem como, quando pertinente, indica aspectos que podem ser aprimorados na apresentação do relato do estudo, assim como questões afeitas a observação de padrões de apresentação adotados para publicação na RESS. Nessa etapa, também é verificado novamente o atendimento às instruções aos autores da revista.

4) Revisão final pelo Comitê Editorial – após o manuscrito ser considerado pré-aprovado para publicação pelo núcleo editorial, é avaliado por um membro do Comitê Editorial, com conhecimento na área temática do estudo. Nessa etapa, o manuscrito pode ser considerado aprovado e pronto para publicação, aprovado para publicação com necessidade de ajustes ou não aprovado para publicação.

Ressalta-se que, em todas as etapas, poderá ser necessária mais de uma rodada de revisão.

Em todas as etapas do processo editorial, as considerações serão enviadas aos autores com prazo definido para a devolução da versão reformulada do manuscrito. Recomenda-se aos autores atenção às comunicações que serão enviadas ao

endereço de e-mail informado na submissão, assim como para a observação dos prazos para resposta. A não observação dos prazos para resposta, especialmente quando não justificada dentro do prazo determinado, poderá ser motivo para descontinuação do processo editorial do manuscrito.

Se o manuscrito for aprovado para publicação, mas ainda for identificada a necessidade de pequenas correções e ajustes no texto, os editores da revista reservam-se o direito de fazê-lo.

#### Prova de prelo

Após a aprovação do manuscrito, a prova de prelo será encaminhada ao autor principal por e-mail, em formato PDF. Feita a revisão da prova, o autor deverá encaminhar à secretária executiva da revista sua autorização para publicação do manuscrito, no prazo determinado pelo Núcleo Editorial.

Em caso de dúvidas sobre quaisquer aspectos relativos a estas Instruções, os autores devem entrar em contato com a Secretaria da RESS por meio do endereço eletrônico: [revista.svs@saude.gov.br](mailto:revista.svs@saude.gov.br)

#### Endereço para correspondência

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviço/SVS/MS  
Epidemiologia e Serviços de Saúde  
SCS, Quadra 4, Bloco A, Ed. Principal, 5º andar, Asa Sul, Brasília-DF, Brasil. CEP:  
70304-000  
Telefones: (61) 3213-8387 / 3213-8531  
Telefax: (61) 3213-8404

#### Envio de manuscritos

A submissão dos manuscritos deverá ser feita via e-mail, para o seguinte endereço eletrônico: [submissao.ress@saude.gov.br](mailto:submissao.ress@saude.gov.br). Caso os autores não recebam qualquer comunicação da Secretaria da RESS confirmando a submissão, deverão entrar em contato por meio do endereço eletrônico alternativo: [ress.svs@gmail.com](mailto:ress.svs@gmail.com).

Juntamente com o arquivo do manuscrito, os autores devem providenciar o envio da Declaração de Responsabilidade, assinada por todos eles, digitalizada em formato PDF.

No momento da submissão, os autores poderão indicar até três possíveis revisores, também especialistas no assunto abordado em seu manuscrito. Eles ainda poderão

indicar, opcionalmente, até três revisores especialistas aos quais não gostariam que seu manuscrito fosse submetido. Caberá aos editores da revista a decisão de acatar ou não as sugestões dos autores.

Lista de itens de verificação prévia à submissão

1. Formatação: fonte Times New Roman 12, tamanho de folha A4, margens de 3cm, espaço duplo.

2. Folha-de-rosto:

a. Modalidade do manuscrito;

b. Título do manuscrito, em português e inglês;

c. Título resumido, em português;

d. Nomes e instituição de afiliação e e-mail de cada um dos autores;

e. Endereço completo e telefone do autor correspondente;

f. Nomes das agências financiadoras e números dos processos, quando pertinente;  
e

g. No caso de manuscrito redigido com base em monografia, dissertação ou tese acadêmica, indicação do nome da instituição de ensino e do ano de defesa.

3. Resumo em português, Abstract em inglês e Resumen em espanhol, para todos os tipos de manuscritos, exceto cartas; e, especificamente para artigos originais e notas, respeito ao formato estruturado e discriminado – Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão.

4. Palavras-chave/Key words/Palabras clave, selecionadas entre os Descritores em Ciências da Saúde, criados pela Biblioteca Virtual em Saúde e disponíveis em sua página eletrônica.

5. Informação do número de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa e do número de registro do ensaio clínico, quando pertinente.

6. Parágrafo contendo a contribuição de cada autor.

7. Tabelas e figuras – para artigos originais e de revisão, somadas, não devem exceder o número de cinco, e para notas de pesquisa, não devem exceder o total de três.

8. Referências normalizadas segundo o padrão ICMJ (Normas de Vancouver), ordenadas e numeradas na sequência em que aparecem no texto; verificar se todas estão citadas no texto e se sua ordem-número de citação corresponde à ordem-número em que aparecem na lista das Referências ao final do manuscrito.

9. Anuência das pessoas mencionadas nos Agradecimentos.

10. Declaração de Responsabilidade, assinada por todos os autores.