



**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM AVALIAÇÃO EM
SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE**

**Avaliação de intervenções comunitárias de promoção de
atividade física: uma revisão sistemática**

JULIE ERIKA CORDEIRO MACHADO

RECIFE

2017

JULIE ERIKA CORDEIRO MACHADO

**Avaliação de intervenções comunitárias de promoção de
atividade física: uma revisão sistemática**

Dissertação apresentada no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde.

Linha de Pesquisa: Avaliação das Intervenções de Saúde

Orientadora: Prof^a. Dra. Zulmira Maria de Araújo Hartz

Coorientadoras: Prof^a. Ms. Gisele Cazarin

Prof^a. Ms. Emmanuely Correia Lemos

RECIFE

2017

Ficha Catalográfica
Preparada pela Biblioteca Ana Bove
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP

M149a Machado, Julie Erika Cordeiro

Avaliação de intervenções comunitárias de promoção de atividade física: uma revisão sistemática / Julie Erika Cordeiro Machado; Orientadora Zulmira Maria de Araújo Hartz; Coorientadoras Emmanuely Correia Lemos e Gisele Cazarin – Recife : Do Autor, 2017.
67 f.

Dissertação (Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde) – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, 2017.

1. Avaliação em saúde. 2. Atividade motora. 3. Promoção da saúde. I. Hartz, Zulmira Maria de Araújo, orientadora. II Lemos, Emmanuely Correia, coorientadora. III. Cazarin, Gisele, coorientadora. IV. Título

CDD 362.1072

JULIE ERIKA CORDEIRO MACHADO

**Avaliação de intervenções comunitárias de promoção de
atividade física: uma revisão sistemática**

Dissertação apresentada no Instituto de
Medicina Integral Prof. Fernando
Figueira (IMIP) como parte dos
requisitos para obtenção do grau de
Mestre em Avaliação em Saúde.

Aprovada em: ____ de _____ de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Carla Menêses Hardman
Universidade de Pernambuco (UPE)

Prof^ª. Dr^ª. Juliana Martins Barbosa da Costa
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP)

Prof^ª. Dr^ª. Renata Patrícia Freitas Soares de Jesus
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus e à espiritualidade por manter meus pensamentos neles e erguer-me sempre.

À minha mãe Teresinha, por ser um exemplo de força, de estudo, de batalha, de independência. Ao meu pai Rubem, por sempre mostrar seu orgulho em tudo que faço e vibrar em cada conquista comigo. Agradeço a vocês por sempre me incentivarem em tudo.

Aos meus segundos pais, Artur e Tereza, pais do meu marido Sérgio, por toda paciência, amor, dedicação e acolhida que sempre me deram. Tereza, não tenho palavras para expressar os meus agradecimentos por tudo que a senhora fez e faz por mim e pela minha família, te amo eternamente!

Às minhas cunhadas-irmãs, Artany e Layza, pelo incentivo e presteza, e por serem sempre dedicadas aos meus filhos, dando-lhes atenção e amor.

Aos meus irmãos Fernanda e Ygor, por tudo que passamos juntos, por compartilharmos nossas escolhas dentro do caminho mostrado pelos nossos pais.

Ao meu marido maravilhoso, Sérgio, grande estimulador e incentivador, que está sempre apostando no meu crescimento profissional e acadêmico. Agradeço a ele por ser tão dedicado e compreensivo com nossa família.

Aos meus filhos, Artur Neto, Sérgio Terceiro, Rubem neto e Maria Alice (esses últimos ainda na barriga), por serem a razão da minha vida e por me fazerem sempre procurar ser uma pessoa melhor. Por me fazerem querer ser um orgulho e espelho para vocês.

A todos vocês, principalmente a Sérgio, peço desculpas das ausências em feriados, aniversários, datas comemorativas, por estar estudando.

À orientadora profa. Zulmira Hartz, por acreditar nesse trabalho.

Às minhas queridas coorientadoras, Gisele Cazarin e Emmanuely Lemos, por estarem sempre mostrando o caminho a ser trilhado e pelo incentivo. Vocês são uma grande inspiração. Agradeço imensamente a presença e dedicação de vocês nesta etapa do meu crescimento profissional! Muito Obrigada!

À toda equipe do Distrito Sanitário V, na pessoa de Lígia Lima, pela compreensão nas minhas ausências e por assumirem minhas demandas.

Agradeço de coração a todos que de uma forma ou de outra contribuíram para a conclusão dessa dissertação! Meu Muito Obrigada!

RESUMO

Estudos demonstram a efetividade de intervenções comunitárias de atividade física sendo escassos os que sintetizam evidências sobre avaliação dessas intervenções. Objetivou sintetizar estudos sobre avaliação de intervenções comunitárias de promoção de atividade física (PAF), presentes na literatura de 2007 a 2016 e descrevê-los quanto às características gerais, metodologia empregada e principais resultados encontrados. Trata-se de uma revisão sistemática (RS) realizada conforme as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA). Foram pesquisados artigos originais publicados no período em questão nas bases de dados *Medline*, *SciELO* e LILACS. Os estudos deveriam estar publicados em português, espanhol ou inglês. Objetivassem avaliar intervenções de promoção de atividade física baseadas na comunidade, nos moldes definidos por Hoehner e colaboradores, com explicitação do modelo de avaliação utilizado. A partir da busca nas bases de dados selecionadas, foram identificadas 2.740 referências, sendo 2.682 no *Medline*/interface *Pubmed*, 45 no LILACS, e 13 no SciELO. Desses, 243 foram excluídos por se tratarem de duplicidade, restando 2.497. O processo de seleção dos artigos nas primeiras três etapas (leitura dos títulos, leitura dos resumos e leitura completa) foi realizado por dois avaliadores independentes. As discordâncias entre os pesquisadores foram resolvidas por discussão e consenso, com presença de um terceiro examinador. Aplicou-se o índice *Kappa* para estabelecer o índice de concordância entre os avaliadores. Assim, oito estudos avaliativos de intervenção comunitária de promoção de atividade física baseada na comunidade, com explicitação do modelo utilizado na avaliação foram incluídas na última etapa (avaliação da qualidade). Para essa fase utilizaram-se os parâmetros da qualidade e utilidade propostos pela *Joint Committee on Standards for Educational Evaluation* (JCSEE) e, os critérios de especificidade para estudos avaliativos de promoção da saúde (PS) em comunidades recomendados por Hartz et al. (2009). Não houve perdas nessa fase. A aplicação dos parâmetros e critérios utilizados na meta-avaliação revelou que os estudos incluídos na presente RS apresentaram alta qualidade, entretanto, chama atenção os métodos e abordagens escolhidas para avaliação não contemplarem os atributos que caracterizam as intervenções de PS, expressos nos critérios de especificidade. Os resultados apontaram que a utilização de abordagens multiestratégicas para avaliação de intervenção de PAF ainda é restrita, uma vez que a análise da informação foi predominantemente quantitativa e com foco nos resultados. O estímulo à participação social é tido como um dos princípios chave na PS e incorporá-lo no desenho da avaliação pode ser particularmente útil na utilização dos seus resultados, assim como na sustentabilidade dessas intervenções.

Palavras-Chave: Avaliação em saúde; Atividade motora; Serviços de saúde comunitários; Participação comunitária; Promoção da saúde; Revisão sistemática.

ABSTRACT

Studies demonstrate the effectiveness of community-based physical activity interventions, and there are few that synthesize evidence on the evaluation of these interventions. The objective of this study was to synthesize studies on the evaluation of community interventions to promote physical activity (AF), present in the literature from 2007 to 2016 and to describe them in terms of the general characteristics, methodology used and main results. This is a systematic review performed according to the recommendations of the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA). We searched original articles published in the period in question in the databases Medline, Scielo and LILACS. The studies should be published in Portuguese, Spanish or English. From the search in the selected databases, 2,740 references were identified, being 2,682 in the Medline / Pubmed interface, 45 in LILACS, and 13 in the Scielo. Of these, 243 were excluded because they were duplicates, remaining 2,497. The process of selecting articles in the first three stages (reading titles, reading summaries and reading comprehension) was carried out by two independent evaluators. The disagreements between the researchers were resolved by discussion and consensus, with the presence of a third examiner, applying the Kappa index. The Kappa index was used to establish the concordance index among the evaluators. Thus, eight evaluative studies of community-based intervention promoting community-based physical activity, with an explicitation of the model used in the evaluation, were included in the last stage (quality assessment). For this phase the quality and utility parameters proposed by the Joint Committee on Standards for Educational Evaluation (JCSEE) were used, and the criteria of specificity for evaluative studies of health promotion in communities recommended by Hartz et al. (2009). The application of the parameters and criteria used in the meta-evaluation revealed that the studies included in the present systematic review (RS) presented high quality, however, the methods and approaches chosen for evaluation do not include the attributes that characterize health promotion interventions (PS), expressed in the criteria of specificity. The results of the present study pointed out that the use of multi-strategic approaches for evaluation of FAP intervention is still restricted, since the information analysis was predominantly quantitative and focused on results. Encouraging social participation is one of the key principles in health promotion, that is, incorporating social participation in evaluation design can be particularly useful in the use of its results, as well as in the sustainability of these interventions.

Keywords: Health assessment; Motor activity; Community health services; Community participation; Health promotion; Systematic review.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	Atividade física
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DCV	Doenças cardiovasculares
EUA	Estados Unidos da América
JCSEE	<i>Joint Committee on Standards for Educational Evaluation</i>
ML	Modelo lógico
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio ao Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAC	Programa Academia da Cidade
PACID	Programa Academia das Cidades
PAF	Promoção de atividade física
PAS	Programa Academia da Saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção da saúde
PS	Promoção da Saúde
RS	Revisão Sistemática
SOPARC	Sistema de Observação de Brincadeiras e Comunidades
SUS	Sistema Único de Saúde
TM	Teoria da Mudança
VIGITEL	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Conferências Internacionais de PS e suas principais contribuições.....	13
Quadro 2- Descrição das Categorias do <i>Community Guide</i> de intervenções em atividade física.....	23
Quadro 3- Parâmetros e critérios propostos pela JCSEE para meta-avaliação.....	37
Quadro 4- Quantitativo de títulos excluídos, segundo as etapas da RS e critérios de exclusão.....	43
Quadro 5- Avaliação da qualidade dos textos da revisão sistemática sobre intervenções comunitárias de atividade física.....	44
Quadro 6- Estudos incluídos na revisão sistemática sobre avaliação de intervenções comunitárias de promoção de atividade física, segundo características gerais	46
Quadro 7- Descrição dos estudos incluídos na revisão sistemática sobre avaliação de intervenções comunitárias de promoção de atividade física, segundo modelo de avaliação e aspectos da intervenção.....	48

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Fluxograma de seleção dos artigos para revisão de literatura sobre avaliação de intervenções de promoção de atividade física.....	42
---	----

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO.....	08
1.1 Promoção da Saúde: conceito e contexto histórico.....	08
1.2 Interfaces entre o campo da Promoção da Saúde e as intervenções comunitárias de promoção de atividade física.....	17
1.3 O papel da avaliação em saúde na qualificação de políticas de promoção de atividade física.....	24
II. JUSTIFICATIVA.....	30
III. OBJETIVOS.....	31
3.1 Objetivo geral.....	31
3.2 Objetivos específicos.....	31
IV. MÉTODOS.....	32
4.1 Desenho do estudo.....	32
4.2 Estratégia de busca.....	33
4.3 Critérios de inclusão e exclusão e seleção dos artigos.....	34
4.4 Coleta e síntese dos dados.....	38
4.5 Considerações éticas.....	40
V. RESULTADOS.....	41
VI. DISCUSSÃO.....	50
VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
VIII. REFERÊNCIAS.....	59
ANEXO.....	65

I. INTRODUÇÃO

1.1 Promoção da Saúde: conceito e contexto histórico

A promoção da saúde (PS), enquanto campo de atuação foi definido na Carta de Ottawa, como: ‘processo de capacitação de sujeitos e coletividades para identificar os fatores determinantes de saúde e exercer controle sobre eles, de modo a garantir a melhoria das condições de vida e saúde da população¹’. Tal conceituação representou uma ampliação do conceito de saúde, que passa da ausência de doenças para: um estado de bem-estar holístico definido pela interação de aspectos biológicos, sociais, econômicos, educacionais e ambientais¹.

Dentre os principais objetivos da PS, propostos na mencionada Carta¹, estão: a identificação de prioridades em saúde e o estabelecimento de políticas públicas para atuar sobre elas; o apoio a pesquisas que ampliem o conhecimento sobre as áreas prioritárias para atuação; a mobilização de recursos que fortaleçam a capacidade humana e institucional para a melhoria do quadro sanitário; a implementação de planos de ação voltados à qualidade de vida. Sendo assim, a PS possui como principais conceitos e estratégias imbricadas a ela a atenção primária à saúde, as políticas públicas saudáveis e ambientes/cidades saudáveis¹.

Esse campo, em constante construção, vem se alinhando à reorientação de práticas de atenção à saúde como oportunidade de superação do modelo biomédico, excessivamente centrado na doença, assistência curativa e intervenção medicamentosa. Baseia-se no conceito ampliado e positivo da saúde e determinação social do processo saúde-doença, propondo integração entre os saberes técnicos e populares e mobilização de recursos institucionais, comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento^{2, 3}.

Entre os fundamentos principais para a prática da PS estão: 1. autonomia, empoderamento e participação social: onde indivíduos e comunidades são estimulados a terem papel mais ativo em relação à sua saúde, com vistas ao fortalecimento de capacidades e corresponsabilidade, 2. equidade: ligada a superação de injustiças sociais, onde os grupos sociais mais vulneráveis devem ser priorizados², 3. integralidade do cuidado: onde o indivíduo deve ser visto de forma integral, com foco nas suas necessidades e 4. intersetorialidade: representada por articulações com vistas à construção compartilhada, por meio de parcerias com diferentes setores⁴.

As primeiras discussões sobre PS surgiram entre as décadas de 1920 e 1950, advindos do movimento de medicina preventiva ocorrido no Canadá, Estados Unidos da América (EUA) e Inglaterra. Esse movimento surgiu em contraponto à medicina curativa, que propôs mudanças nas práticas da formação médica e ressaltou a PS e a prevenção de doenças como suas diretrizes. Nesse período, passou-se a utilizar a epidemiologia dos fatores de risco na explicação do processo saúde-doença, uma vez que teoria da multicausalidade começava a despontar⁵.

Em meados da década de 1940, o termo ‘promoção da saúde’ foi utilizado pela primeira vez por Sigerist, um historiador da área, ao definir que a medicina teria quatro funções: PS, prevenção de doenças, restauração do doente e reabilitação⁶. Tal definição foi aperfeiçoada, décadas mais tarde, no modelo de história natural da doença, proposto por Leavell; Clark em 1976, também conhecido como modelo ecológico. Esses mesmos autores definiram que a origem das doenças estava relacionada às interações entre: hospedeiro, agente etiológico e meio ambiente⁷.

Nesse modelo, o conceito de prevenção divide-se em três fases: a) prevenção primária: realizada no período pré-patogênese, que se subdivide em dois níveis: 1. PS (conjunto de ações que desenvolveriam uma saúde excelente) e 2. proteção específica

(foco na criação de barreiras que impedissem o contato com agentes contaminados do meio ambiente); b) prevenção secundária; dividida em: 1. diagnóstico e tratamento precoce, e 2. limitação da invalidez; e c) prevenção terciária: focada na reabilitação, onde esses últimos são desenvolvidos no período de patogênese⁷.

As ações de PS, sugeridas pelos autores supracitados, deveriam incluir os sujeitos, as famílias e os grupos sociais, onde aos profissionais de saúde caberia a investigação da relação entre o meio ambiente e estilo de vida na produção das doenças. Tais concepções foram, posteriormente, incorporadas à medicina comunitária⁷.

O modelo ecológico, apesar de bastante difundido, começou a ser revisto entre os anos 1970 e 1980, uma vez que se passou a questionar sua limitação diante do debate que despontava sobre a determinação social do processo saúde-doença e sua relação com as condições de vida. Nesse sentido, a relação linear proposta na tríade: ‘agente, meio ambiente e hospedeiro’, dá lugar à consideração da rede complexa de inter-relações e interdependências relacionadas à saúde⁸.

A partir disso, em 1973, Lamfrancoise, definiu que o modelo da saúde, enquanto campo é determinado por múltiplas variáveis que agrupadas formam os determinantes de saúde, a saber: 1. biológico: relacionado à saúde física e mental do indivíduo, por exemplo: herança genética, processo de crescimento e envelhecimento; 2. ambiente: relacionado aos fatores externos ao corpo humano para além do controle pessoal; 3. estilo de vida: relacionado às decisões tomadas pelo indivíduo no que diz respeito às condições que envolvem sua saúde, por exemplo: hábitos, valores, nível de escolaridade; 4. serviço de saúde: disponibilidade, qualidade e quantidade de bens e serviços para os cuidados em saúde e como atuam nas ações de prevenção, cura e recuperação do ‘estado de bem estar’⁹.

A partir das novas concepções do processo saúde doença, entre os anos 1970 e 1980, iniciou-se o debate sobre a determinação social da saúde. Diversos modelos foram propostos nas últimas duas décadas, na explicação dos mecanismos de atuação sobre os determinantes sociais, com o intuito de reduzir iniquidades em saúde, buscando estabelecer uma hierarquia entre fatores econômicos, sociais e culturais relacionados às condições de vida, trabalho, fatores biológicos e estilo de vida, como os de Dalhgren-Whitehead de 1991, o de Solar & Irwin de 2010 e a abordagem ecológica proposta em 1980¹⁰.

O modelo de Dalhgren-Whitehead aponta momentos que desenvolvem o modo de viver e o processo saúde-doença em diferentes camadas indissociáveis entre si: aspectos individuais (ex: idade, sexo, fatores hereditários, estilo de vida); sociais (ex: suporte social e comunitário, condição de vida e de trabalho); e macroestruturais (ex: condições socioeconômicas, culturais e ambientais). Nele a aproximação e distanciamento entre esses estágios atuam como determinantes da saúde¹¹.

Já o modelo de Solar & Irwin diz respeito a como o contexto social, econômico, as políticas sociais e públicas (ou a ausência dessas políticas), podem afetar a saúde quando agregado a fatores como: renda, cultura, educação, ocupação e gênero. Essa interação determina uma posição socioeconômica do indivíduo na sociedade, que pode exacerbar iniquidades em saúde, devendo a atuação sobre tais iniquidades ser prioritária no planejamento de políticas públicas em saúde¹².

A abordagem ecológica ou modelo sócio ecológico entende que a saúde é determinada por uma complexa relação entre fatores ambientais, organizacionais e pessoais, partindo dos indivíduos para as populações. Procura superar a visão reducionista dos problemas de saúde, fatores de risco e causalidade linear, considerando o contexto e o ambiente onde as pessoas vivem. O ambiente é entendido como um

complexo sistema dinâmico caracterizado pela inter-conectividade, interrelação e interdependência entre diferentes elementos¹³.

Contemporaneamente, ao debate sobre a determinação social da saúde, o significado do campo da PS foi sendo revalorizado. Nesse contexto, a publicação em 1974, pelo governo canadense, do documento '*New Perspective on the Health of Canadians*', conhecido como Informe Lalonde, é considerado um marco. Esse propôs a ampliação de serviços e ações de saúde comunitária, com adoção do conceito de campo de saúde e PS. Além disso, o Informe enfatiza a importância do investimento na qualidade de vida dos sujeitos, diante da mudança no perfil sócio sanitário que começava a se modificar com o envelhecimento populacional, diminuição da morbimortalidade por doenças infecciosas, elevação de casos de doenças crônico-degenerativas e aumento da expectativa de vida¹⁴. O mencionado documento propõe cinco estratégias para um entendimento ampliado da saúde e seus determinantes: PS, regulação, eficiência da atenção sanitária, investigação, e estabelecimento de objetivos¹⁵.

Quatro anos mais tarde (1978) à publicação do Informe, e a partir das discussões vigentes no campo da PS, a Organização Mundial de Saúde (OMS), promove a I Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde, em Alma-Ata, no Cazaquistão, ampliando os debates internacionais na área⁸.

Na supracitada Conferência, reforçou-se o papel da atenção primária como elo no alcance dos objetivos do projeto 'Saúde para todos do ano 2000', em detrimento da política médico-assistencialista vigente. Para isso seriam necessárias estratégias, como: educação em relação às doenças prevalentes, bem como sua prevenção e controle, nutrição adequada, saneamento básico, abastecimento de água, atenção materno-infantil,

planejamento familiar, cobertura vacinal, controle e prevenção de doenças endêmicas e distribuição de medicamentos¹¹.

A PS iniciou sua consolidação, enquanto campo de práticas, com a realização em 1986 da I Conferência Internacional de PS, que culminou com a publicação da Carta de Ottawa. Considerada um documento de referência no campo discursivo, ela aponta cinco temáticas prioritárias em PS: 1. políticas públicas saudáveis; 2. ambientes favoráveis à saúde, por meio de proteção ambiental e ambientes saudáveis no trabalho, lar, escola, município, entre outros; 3. fortalecimento da ação comunitária, por meio da garantia da participação popular e acesso contínuo à informação em saúde; 4. desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais; e 5. reorientação do sistema de saúde¹.

Conferências Internacionais de PS realizadas posteriormente aprimoraram seus conceitos e objetivos, conforme pode ser visualizado no Quadro 1.

Quadro 1. Conferências Internacionais de PS e suas principais contribuições

Conferências, ano, local	Principais contribuições
II Conferência Internacional de PS (1988) Adelaide, Austrália.	Defende as políticas públicas saudáveis como meio para a qualidade de vida da população - Saúde como investimento social e amplia a PS - alimentação saudável, tabaco, álcool, criação de ambientes saudáveis. Restabelece vínculo entre a reforma social e a reforma da saúde, o que envolve a intersetorialidade por meio de novas parcerias com sindicatos, comércio, indústria, associações acadêmicas, entre outras.
III Conferência Internacional de PS (1991) Sundsvall, Suécia.	Aponta o desenvolvimento sustentável, e as dimensões social, política e econômica, como aspectos para ambientes favoráveis e promotores de saúde. Foi a primeira Conferência a reconhecer o papel do ambiente nas ações de PS.
IV Conferência Internacional de PS (1992) Santafé de Bogotá, Colômbia.	Trata da PS na América Latina, propondo ações que identifiquem e diminuam os efeitos das iniquidades em saúde, atuando como um agente de mudança que induza transformações radicais nas atitudes e condutas da população e seus dirigentes, origem destas iniquidades.

Continuação do Quadro 1 Conferências Internacionais de PS e suas principais contribuições

V Conferência Internacional de PS (1997) Jacarta, Indonésia.	Estabelecem novos determinantes em saúde, como abrigo, instrução, segurança social, renda, equidade, direitos humanos. Inclui o setor privado no apoio à promoção da saúde. Teve como título 'Novos protagonistas para uma nova era: orientando a promoção da saúde no século XXI'. Reafirma a participação popular e o empoderamento das pessoas através do acesso a educação e informação.
VI Conferência Internacional de PS (2000) cidade do México, México.	Reforça o compromisso das nações em elaborar Planos Nacionais para incorporar estratégias de PS na política nacional e local, na tentativa de diminuir as iniquidades em seus países. Reafirma que a promoção da saúde 'é um dever e responsabilidade central dos governos, compartilhada por todos os setores da sociedade'.
VII Conferência Internacional de PS (2005) Bangkok, Tailândia.	Entende que a globalização amplia as desigualdades e conflitos sociais, mas que as potencialidades desta devem ser valorizadas pelos profissionais de PS, como a revolução tecnológica, que amplia a comunicação com os diversos setores/atores sociais.
VIII Conferência Internacional de PS (2009) Nairóbi, Quênia.	Identificam compromissos para implementar e desenvolver ações de PS, como: fortalecer as lideranças locais, tornar a PS política transversal, empoderar comunidades e indivíduos, fortalecer processos participativos, buscar evidências sobre efetividade da PS.
IX Conferência Internacional de PS (2013) Helsinque, Finlândia.	Propõe que a saúde seja inserida em todas as políticas. Analisa o impacto e progresso da PS desde a conferência de Ottawa, bem como o impacto destas sobre as condições de vida e saúde dos grupos populacionais.
XXII Conferência Mundial da União Internacional de PS e Educação (IUHPE) (2016), Curitiba, Brasil.	Reafirma que esforços tem que ser envidados na redução das iniquidades em saúde a partir da ideia de que saúde é produzida na vida cotidiana por meio do acesso a recursos de qualidade, como: alimentação, habitação, um ambiente saudável e sustentável, além de serviços públicos universais qualificados.

Fonte: elaboração própria, adaptado de Brasil¹⁶; Malta¹⁷; Netto¹⁸; Potvin¹⁹.

As discussões sobre PS na América Latina ganharam vulto com a realização da IV Conferência Internacional em Bogotá. No âmbito latino americano, o Brasil vem se destacando em termos de formulação e políticas voltadas para a PS. A partir do debate e das deliberações das Conferências nacionais e internacionais e do plano nacional de saúde (2004-2007), o referido campo foi institucionalizado no país por meio da

publicação, em 2006, da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)^{16, 20}, revisada em 2014¹⁶.

Como principais diferenças entre as duas PNPS temos que, na primeira houve definição de estratégias para implantação e as ações específicas ou eixos prioritários: divulgação, alimentação saudável, atividade física, prevenção e controle do tabagismo, estratégias para prevenção e controle do uso abusivo de álcool, redução de óbitos por acidentes de trânsito, cultura de paz, promoção do desenvolvimento sustentável. Já a Política atual propõe valores e princípios, temas transversais, eixos operacionais e temas prioritários, motivados por: novos compromissos nacionais e internacionais (ex: RIO+20; Plano DCNT no Brasil -2011 a 2022), novas políticas no Sistema Único de Saúde-SUS (ex: Política Nacional da Atenção Básica de 2006, republicada em 2012); Conferências Nacionais de Saúde; e o contexto intersetorial. Em outras palavras, a primeira versão trouxe conceitos e definições para implantação de políticas voltadas à PS, que foram aprimoradas e atualizadas em 2014, para os atuais temas e eixos, descritos adiante²⁰.

A PNPS²¹ define PS como:

‘conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde, buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social’.

Essa objetiva promover a equidade e melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais²¹.

Considerando os critérios de magnitude e transcendência, de possibilidade de atuação intersetorial, e da efetividade das práticas de PS em intervir sobre eles, foram eleitos os temas prioritários da nova PNPS²¹: 1. formação e educação permanente, 2. alimentação adequada e saudável, 3. práticas corporais e atividade física (AF), 4. enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados, 5. enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas, 6. promoção da mobilidade segura, 7. promoção da cultura da paz e de direitos humanos, e 8. promoção do desenvolvimento sustentável^{17,20}.

A PNPS contempla a inserção do estímulo a AF no SUS como um importante eixo, que deve integrar o conjunto de iniciativas na área, com ênfase na atenção primária à saúde²². Tal destaque é fruto das estreitas relações entre os princípios e valores propostos pela PS e as ações de promoção de AF, uma vez que tais ações demandam articulação de ações intersetoriais, avançando na implementação de espaços saudáveis, ciclovias, questões relativas à mobilidade urbana, ações de informação, educação e comunicação²³. Políticas públicas direcionadas ao estímulo à AF também são utilizadas como dispositivos na implantação das ações de PS em outros países²⁴.

Nesse sentido, esforços têm sido realizados nos diversos continentes para implementação de intervenções direcionadas à promoção de AF, com incentivos ao desenvolvimento de estratégias, como: criação de espaços públicos adequados (pistas de caminhada, ciclovias, praças públicas, espaços para a prática de esportes), garantia de segurança, arborização e transporte público, entre outros. Entre as intervenções voltadas ao estímulo a AF destacam-se as que envolvem grande quantidade de pessoas, como as comunitárias. A criação de locais para a prática de AF e aulas em grupos podem viabilizar a incrementação da prática²².

1.2 Interfaces entre o campo da PS e as intervenções comunitárias de promoção de atividade física

Atividade física (AF) é definida como qualquer movimento musculoesquelético produzido pelo corpo humano que resulte num gasto energético acima dos níveis de repouso. Para isso consideram-se quatro domínios principais: as atividades domésticas, o transporte (ex: deslocamento ativo caminhando ou de bicicleta), atividades laborais, e as atividades no lazer (ex: esportes, danças, exercícios físicos)²⁵.

Classifica-se a atividade física em: 1. *leve* (ex: caminhar normalmente, realizar tarefas domésticas, tomar banho); 2. *moderada* (ex: caminhar em passos rápidos, pedalar, lavar o carro, jogar vôlei no lazer); 3. *intensa ou vigorosa* (ex: correr, pedalar ou andar em ritmo forte, jogar futebol, capinar). Vale ressaltar que a AF e o exercício físico devem ser entendidos distintamente, pois esse último define-se como uma atividade física planejada, estruturada que objetiva o desenvolvimento da aptidão física, de habilidades motoras e à reabilitação do organismo²⁶.

É sabido que a prática regular da AF, de acordo com o volume recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) - prática de atividade física de pelo menos 30 minutos de intensidade moderada em cinco ou mais dias da semana ou a prática de pelo menos 20 minutos diários de atividade física de intensidade vigorosa em três ou mais dias da semana- é considerada um fator de proteção para diversos problemas de saúde, além de promover bem-estar físico e psicossocial e melhorar a qualidade de vida dos praticantes²⁶.

Com isso, o estímulo à AF tornou-se uma questão de saúde pública, dentre os motivos, o aumento dos custos financeiros com mortes prematuras. Está comprovada que a AF regular, mesmo em adultos, que iniciam tardiamente, está diretamente ligada à redução dos custos em saúde²⁷. Mesmo com esse reconhecimento, a realização de tais

práticas ainda é pouco comum no contexto mundial. Tal fato é preocupante tendo em vista o reconhecimento da eficácia do estilo de vida ativo na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)²⁴.

Em alguns países em desenvolvimento, como a África do Sul, elevados são os níveis da inatividade física. Estima-se que esse fator foi responsável por 3,3% das mortes nesse país. Assim, intervenções comunitárias têm sido amplamente relatadas na literatura buscando como resultados o aumento da AF individual e comunitária²⁸.

Estudo realizado por Lee et al.²⁹, revelou que 6% das causas de morte no mundo são atribuídas à inatividade física. Esse mesmo estudo estimou que uma redução entre 10% e 25% da prevalência de inatividade física poderia evitar mais de 1,3 milhão de mortes, e ainda aumentar a expectativa de vida da população.

Quanto à população brasileira, dados de 2015, advindos do Inquérito telefônico VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), revelaram que a prevalência da prática de AF, nas capitais brasileiras, equivalente a 150 minutos de atividade moderada por semana, foi de 37,6%, sendo maior entre os homens (45,6%), que entre as mulheres (30,8%). A prevalência dessa condição diminuiu com o aumento da idade, de forma mais acentuada entre os homens, e aumentou proporcionalmente aos anos de estudo²¹.

No contexto atual, as DCNT vêm se configurando como importantes problemas de saúde pública mundial, não só pela magnitude, como pela sua transcendência. Em 2012, a OMS estimou que 63% de mortes globais ocorrem por essas doenças, com destaque para as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica. Tais doenças atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas, porém de forma mais intensa, os pertencentes a grupos vulneráveis, como idosos e indivíduos de baixa escolaridade e renda³⁰.

Alinhado ao cenário mundial, Hoehner, et al.³¹, apontaram que em países de renda baixa e média, entre os quais estão os países da América Latina, as DCNT se tornaram agravos crescentes. Segundo estimativa para 2020, espera-se que essas sejam responsáveis por 80% dos agravos nos países em desenvolvimento³⁰. No Brasil, estima-se que cerca de 70% das causas de mortes ocorram por esse tipo de doença.

As DCNT são entendidas como um conjunto de condições crônicas relacionadas a causas múltiplas e caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Diante da complexidade relacionada ao seu manejo, seu enfrentamento requer o desenho de intervenções com emprego de tecnologias leves, leve-duras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, e um processo de cuidado contínuo³⁰.

A tecnologia em saúde pode ser definida como o conhecimento utilizado na produção de efeitos típicos dos serviços de saúde, servindo para organizar as ações humanas e inter-humanas dentro dos processos de trabalho. Para Mehry³², as tecnologias duras referem-se a equipamentos, máquinas, que fomentam saberes e fazeres bem estruturados e acabados; as tecnologias leves-duras dizem respeito ao conhecimento que direciona o trabalho, como: protocolos, normas, conhecimento de áreas específicas do saber: clínica, epidemiologia, administrativo entre outras, expressando o trabalho vivo; já as tecnologias leves são o trabalho vivo em ato, onde há relações de interação e subjetividade, o que possibilita o acolhimento, vínculo, responsabilidade e autonomia.

Nesse aspecto, intervenções comunitárias de promoção de AF, são consideradas estratégias eficazes devido à sua potencialidade na aplicação de diversos tipos de tecnologias em saúde, desde utilização de equipamentos até o emprego de acolhimento e projetos terapêuticos singulares, além da possibilidade do envolvimento comunitário

favorecer seu empoderamento, no sentido de que indivíduos e comunidades possam fazer escolhas em prol da saúde; assim como tal envolvimento possa favorecer a sustentabilidade de tais intervenções³³.

Intervenções comunitárias foram introduzidas em diferentes países, desde o início da década de 1970, com objetivo principal de modificar fatores de risco cardiovasculares e diminuir a morbimortalidade por DCNT, com foco em atividades de educação em saúde e estruturas existentes na comunidade³³.

Estudo realizado em 17 cidades, de 12 países (Austrália, Bélgica, Brasil, Colômbia, República Tcheca, Dinamarca, China, México, Nova Zelândia, Espanha, Reino Unido e EUA) apontou que indivíduos que vivem em bairros que promovem atividade física, praticam 5% a mais de atividade que indivíduos sem essa condição. Esse mesmo estudo indicou que residir nesses ambientes pode ajudar no alcance de 45-59% das diretrizes, recomendadas pela OMS e descritas anteriormente, quanto à prática de atividade física³³.

Outros autores³⁴, afirmaram que os países desenvolvidos apresentaram resultados modestos em termos de mudanças no enfrentamento das DCNT com o emprego de intervenções comunitárias de AF. Segundo esses mesmos autores, isso pode ser explicado por características individuais das intervenções comunitárias estudadas, como: o alcance limitado de sessões de aconselhamento individual e grupos pequenos, baixa capilaridade desses programas em muitos segmentos da população, tendências contemporâneas de aumento dos fatores de risco e as condições estatísticas de análise dos resultados.

Dos programas de intervenção comunitárias voltados à AF, o que foi iniciado na província finlandesa da Karélia do Norte (1972), obteve resultados positivos na diminuição da mortalidade por doenças cardiovasculares (DCV), produzindo mudanças

substanciais nos fatores de risco relacionados a essas doenças. Um ponto forte dessa intervenção foi a participação ativa de vários setores da comunidade, incluindo diversas organizações não governamentais, serviços de saúde e escolas, além da cooperação técnica da OMS³⁴.

Em relação ao custo-efetividade de programas de intervenção comunitária voltados para as DCNT, Gazeano, et al.³⁵ concluíram que, apesar de modestas reduções nos fatores de risco, tanto em países desenvolvidos, quanto em países em desenvolvimento, elas são significativas na diminuição do risco-cardiovascular, podendo ser custo-efetivas em países de baixa e média renda.

Corroborando com o resultado encontrado no estudo sobre a intervenção da Karélia do Norte, recomendações têm sido propostas para o desenvolvimento de futuras intervenções, destacando-se a participação ativa da comunidade, a compreensão de suas necessidades e a colaboração dos indivíduos (principalmente dos líderes e organizações comunitárias), a importância do envolvimento dos serviços de saúde locais, e a implementação de políticas nacionais que auxiliem escolhas saudáveis³⁵.

No contexto latino americano, rápida tem sido a implementação de intervenções de promoção de AF, principalmente no Brasil^{31,36}. Como forma de incentivo à população na adoção de um estilo de vida mais ativo, diversas iniciativas nacionais de estímulo a AF foram implantadas, a partir da década de 1990. Entre elas destacam-se: o Serviço de Orientação e Exercício (SOE) de Vitória- ES (1990), CuritibaAtiva de Curitiba-PR (1998), Agita São Paulo, de São Paulo-SP (1996) e os Programas Academia da Cidade (PAC) de Recife-PE (2002), Aracaju - SE (2003) e Belo Horizonte - MG (2005). Cabendo ressaltar que alguns desses programas, a partir de resultados avaliativos sobre sua efetividade, foram eleitos para serem expandidos a nível estadual e nacional, a exemplo do PAC Recife, ampliado para o Estado de Pernambuco, em 2007

(com a denominação de Programa Academia das Cidades-PACID)³⁷, e utilizado como uma das experiências exitosas na concepção do programa Academia da Saúde (PAS) proposto pelo Ministério da Saúde, em 2011, e redefinido em 2013³⁸.

Outra política nacional, cujo foco não é exclusivo na promoção de AF, mas que merece destaque refere-se ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), instituído em 2008. Essa política, entre outras atividades, objetiva, desenvolver de maneira compartilhada com outras equipes de saúde (Saúde da Família, PAC, agentes comunitários de saúde, entre outros) promoção de atividade física e ampliação e valorização do uso dos espaços públicos de convivência^{16, 39}.

Alinhada ao contexto nacional e mundial, a OMS 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 ação, de modo a promover a alimentação saudável e a atividade física, de forma sustentável e abrangente, com envolvimento ativo de todos os setores da sociedade⁴⁰. A mencionada estratégia recomenda aos governos que incluam estratégias de AF no trabalho, na escola, na comunidade, entre outros, além dos aspectos de planejamento urbano, transporte, segurança e acesso a AF durante o lazer²⁴.

Para fins de divulgar e ampliar o escopo da *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*, a Força-tarefa para serviços preventivos em comunidades dos EUA publicou o *Guide to Community Preventive Services* (Guia para Serviços Preventivos em Comunidades), também conhecido como *Community Guide* (Guia da Comunidade). Tal guia propõe abordagens de avaliação da eficácia de estratégias de saúde pública em 17 áreas, inclusive AF. Apresentando-se como um recurso muito valorizado e baseado em evidências na orientação para implantação/implementação de políticas públicas voltadas à PS³⁸.

Esse guia aponta diversas abordagens para a promoção da AF em ambientes comunitários, classificando-as em: abordagens de cunho informativo; social e comportamental; e políticas e ambientais³⁸ (Quadro 2). As abordagens comunitárias propostas pelo *Community Guide* chamam a atenção pelo fato de serem direcionadas para toda uma população, envolvendo ações de investimento em infraestrutura e planejamento, produzindo resultados sustentáveis⁴¹.

Para Hoehner, et al.³⁶, faz-se necessário distinguir os ambientes comunitários onde são aplicadas as intervenções, esses podem ser comunidades, escolas, locais de culto religioso, locais de trabalho, entre outros. No tocante às intervenções de PS na comunidade, muitas são as dificuldades na sua definição conceitual, no entanto, autores na área de PS^{42, 43}, delimitaram o termo intervenções em comunidade como: intervenções de estratégias múltiplas complexas, que se concentram em várias metas envolvendo mudanças (individuais e ambientais). Tais intervenções podem ser caracterizadas como desenvolvimento comunitário, mobilização comunitária, intervenção com base na comunidade, e iniciativas estimuladas pela comunidade⁴⁴.

Quadro 2. Descrição das Categorias do *Community Guide* de intervenções em atividade física

Abordagem	Descrição
Informativa	Campanhas comunitárias abrangentes.
	Estímulo para a tomada de decisão.
	Educação sanitária em sala de aula.
	Campanhas de comunicação de massas.
	Divulgação de mensagens curtas relacionadas à AF.
Comportamental e social	Mudanças comportamentais de saúde adaptadas individualmente.
	Educação sanitária com o componente de reduzir a utilização de televisão/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.

Fonte: adaptado de Hoehner, et al.³¹

Continuação do Quadro 2. Descrição das Categorias do *Community Guide* de intervenções em atividade física

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.

Fonte: adaptado de Hoehner, et al.³¹

A complexidade crescente dos problemas sanitários enfrentados pelos sistemas de saúde na contemporaneidade, assim como a importância das políticas de PS na consolidação desses mesmos sistemas, faz da avaliação uma ferramenta potencial de apoio às decisões, planejamento e implementação de políticas de PS^{45, 46}.

Nessa perspectiva, é de fundamental importância o mapeamento e síntese de evidências sobre avaliação de intervenções comunitárias de AF de modo a apoiar a recomendação de sua implantação em ambientes comunitários, contribuindo, em última análise, na qualificação dessas intervenções.

1.3 O papel da avaliação em saúde na qualificação de políticas de promoção de atividade física

O interesse em avaliar programas e serviços de saúde vem crescendo, nos últimos anos, em consequência da ampliação da oferta dos serviços de saúde, bem como, para responder às novas necessidades e problemas de saúde⁴⁷.

Segundo Akerman⁴⁸, esse interesse é reforçado pela cobrança crescente da sociedade civil por resultados que atestem o bom uso dos recursos públicos; o limitado sucesso de muitos programas; e o desconhecimento a respeito dos efeitos produzidos pelas políticas públicas, fazendo com que seja necessária a inclusão de metodologias de avaliação de processo, resultados e impacto das intervenções implementados.

Os usos possíveis dos resultados de uma avaliação, e a influência na tomada de decisão envolvem aspectos: políticos, econômicos, sociais e profissionais. Trata-se de um processo dinâmico no tempo, com muitos atores envolvidos que utilizam diversos métodos e competências⁴⁷.

A perspectiva de avaliar intervenções em saúde traz contribuições significativas para a melhoria na qualidade dos serviços, ao delinear possíveis soluções e reorganizar suas atividades. Assim, produzir, sistematizar e difundir conhecimentos relacionados ao desenvolvimento de processos avaliativos é uma necessidade e um desafio⁴⁹.

Para Champagne et al.⁵⁰, a avaliação consiste fundamentalmente em emitir um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisão. Entende-se intervenção como⁵⁰:

‘um conjunto de meios organizados num contexto específico, em um dado momento, para produzir bens e serviços e para modificar uma determinada situação problemática’.

O ‘julgamento’ pode variar desde a formulação de um juízo de valor dicotômico qualitativo ou quantitativo até uma análise que envolva o significado do fenômeno⁵¹, bem como, pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa). Uma intervenção, qualquer que seja, pode sofrer os dois tipos de avaliação⁵⁰.

A avaliação normativa busca estudar cada um dos componentes da intervenção em relação a normas e critérios. Verifica se os componentes da intervenção estão em conformidade com as referências: foi feito o que era necessário, de modo desejável e respeitando as normas definidas⁵⁰.

Já a pesquisa avaliativa depende de um procedimento científico que permite analisar e compreender as relações de causalidade entre os diferentes componentes de uma intervenção, com o objetivo de entender o como e o porquê dos resultados⁵⁰.

Entre as abordagens mais utilizadas em avaliação temos⁵²: 1. processo, 2. resultado, ou 3. ambos. Tais abordagens, amplamente difundidas na área, foram derivadas de Donabedian⁵³, para o qual os aspectos de processo e resultado devem constar quando de avaliações dos atributos de qualidade de uma intervenção. Esse mesmo autor define que a abordagem de processo trata de saber:

‘em que medida as intervenções de saúde são adequados para atingir os resultados esperados’.

A abordagem de resultado deve focar em⁵³:

‘se os resultados encontrados correspondem aos esperados, isto é, aos objetivos que a intervenção se propôs a atingir’.

Além das abordagens, os estudos avaliativos, de acordo com proposição feita por Champagne et al⁵², podem ser divididos em seis tipos de análises: 1. análise estratégica: determina a exatidão do vínculo entre os objetivos da intervenção e o problema a ser resolvido; 2. análise lógica: determina a adequação entre duas partes, um lado os diferentes objetivos da intervenção, e por outro lado, os objetivos e os meios (recursos) implementados na obtenção de resultado; 3. análise de produção: verifica as relações entre os recursos utilizados (meios) e o volume e a qualidade dos serviços prestados (atividades), ou seja, análise de qualidade e análise de produtividade; 4. análise de efeitos: afere a eficácia da intervenção, em outras palavras, como os serviços influenciam na saúde; 5. análise de eficiência: compara intervenções ao analisar os resultados obtidos e os meios utilizados e/ou a relação entre os custos (*inputs*) e as

consequências das intervenções (*outcomes*); e 6. análise da implementação: verifica as relações entre a intervenção, seus componentes e o contexto, comparado aos efeitos.

De acordo com Champagne et al⁵², é desejável que num processo avaliativo empregue-se a modelização das intervenções como uma importante ferramenta de comunicação entre os envolvidos na intervenção e na avaliação. Para isso, podem ser utilizados um dos três modelos principais, a saber: modelo causal, que representa o problema a ser corrigido e suas causas; o modelo lógico teórico representa o caminho lógico entre as causas imediatas e mediatas que são focos do programa; e o modelo lógico operacional, que descreve o funcionamento real da intervenção que foi implementada.

A escolha de métodos e abordagens que permitam avaliar intervenções de promoção da saúde (PS) em comunidades implica reconhecer os atributos que caracterizam esse tipo de intervenção. Sua natureza complexa requer abordagens avaliativas complexas e inovadoras, para alguns autores^{48,54} a abordagem deve: ser participativa, de modo promover o fortalecimento de capacidades de indivíduos e comunidades; ser formativa; adotar métodos e estratégias múltiplas, definidos, de um modo geral como: aqueles que combinam métodos de investigação qualitativos e quantitativos⁵⁴.

As metodologias de avaliação participativa em PS são importantes por promoverem ambiente cooperativo, onde os agentes locais identificam pontos para concentração de esforços percebendo os impactos e as mudanças⁵⁵. Portanto, a primeira ‘evidência’ a ser buscada refere-se às teorias de mudança (TM) subentendidas nessas ações. Elas são fundamentadas na percepção de que qualquer programa opera com base numa dada teoria, a ser testada durante o processo avaliativo, e que contribui no fortalecimento de capacidades comunitárias¹⁴.

A explicitação, de forma clara, da TM por trás da intervenção pode ser realizada por meio do desenho do seu modelo lógico (ML). O ML é uma ferramenta que comunica aos interessados na avaliação a operacionalização da intervenção/programa, evidenciando seus produtos e resultados esperados⁵². A explicitação da TM é particularmente útil, na explicação das relações entre a intervenção, sua implementação e seus resultados esperados⁵⁶.

Segundo Hallal, et al.⁵⁷, ao se realizar pesquisas avaliativas sobre AF e DCNT em países de baixa e média renda observa-se que, embora mais de 80% da população mundial viva nesses países, apenas uma pequena fração de pesquisas avaliativas sobre AF é realizada em países em desenvolvimento. Estudos sobre os benefícios da AF para a saúde e estratégias de promoção efetiva estão fortemente concentrados em alguns países com as taxas estáveis ou decrescentes de DCNT, demonstrando grande diferença entre o local onde a pesquisa é feita e onde os problemas de saúde pública estão concentrados.

Hoehner et al.³¹, ao realizarem revisão sistemática sobre intervenções comunitárias de promoção de AF em países da América Latina, concluíram que as intervenções desenvolvidas no contexto escolar, apresentaram evidências suficientes que apoiassem sua recomendação e implantação, o mesmo não foi verificado quanto às intervenções de AF comunitárias.

No entanto, os supracitados autores identificaram as seguintes intervenções como promissoras para aumentar o nível de AF: a) campanhas em canais de mídia, como: televisão, rádio e jornais; b) avisos motivacionais colocados próximos às escadas; c) criação de acessos a locais apropriados para a prática de AF; d) programas e sessões de práticas de exercícios físicos; e) modificações no *design* urbano e nas políticas para criar comunidades mais saudáveis³¹.

No Brasil, entre 2006 e 2010, avaliações sobre a efetividade de programas nacionais de promoção de AF foram realizadas a partir de parceria entre o MS, *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) norte-americano, Projeto *Guide for Useful Interventions for Physical Activity in Brazil and Latin America* (GUIA), Universidade de *Saint Louis* (EUA) e Universidades brasileiras^{24, 38}.

Em que pese os esforços voltados para realização de avaliações de intervenções comunitárias de AF, para alguns autores^{22, 48} há pouco aprofundamento no sentido de mostrar seus efeitos e impactos. A maioria das avaliações restringe-se à descrição das discrepâncias entre o realizado e o programado, e entre os recursos implementados e as coberturas alcançadas.

Considerando tal lacuna e a relevância das intervenções de PS na consolidação dos sistemas de saúde, faz-se necessário o investimento no desenvolvimento de estudos avaliativos sobre tais intervenções, de modo que esses possam contribuir para um melhor entendimento dos mecanismos implicados na sua operacionalização, favorecendo seu aperfeiçoamento⁴⁷.

II. JUSTIFICATIVA

Considerando:

- As mudanças mundiais ocorridas nas últimas décadas no perfil de morbimortalidade associado às DCNT²⁴;
- A alta prevalência de adultos que não atingem os níveis recomendados pela OMS de atividade física no mundo⁵⁷;
- A inatividade física como a quarta principal causa de morte no mundo⁵⁸; e importante fator de risco para a ocorrência de DCNT⁵⁹;
- Que intervenções comunitárias de promoção de atividade física conseguem atingir um maior número de indivíduos, especialmente nas classes sociais mais baixas²⁴;
- A crescente importância da avaliação como ferramenta de apoio às decisões e qualificação de políticas de saúde⁴⁷.

Esse estudo é pertinente, pela:

- Necessidade de compreensão sobre o estado da arte quanto aos desenhos e indicadores utilizados na avaliação de intervenções de AF;
- Escassa produção científica que sistematizem estudos sobre essa temática;
- Possibilidade de reorganização dos avanços das práticas de AF nos serviços de saúde, uma vez que pode revelar informações que apontem as potencialidades/ fragilidades para o desenvolvimento de políticas públicas de PS.

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral:

Sintetizar estudos sobre avaliação de intervenções comunitárias de promoção de atividade física (AF), presentes na literatura de 2007 a 2016.

3.2 Objetivos específicos:

- Descrever as intervenções quanto às características gerais, métodos empregados e principais resultados encontrados;
- Descrever as características dos modelos utilizados na avaliação e das intervenções comunitárias de AF estudadas.

IV. MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo

Foi realizada uma revisão sistemática (RS) na literatura, à qual é um tipo de metodologia realizada a partir de uma pergunta de pesquisa definida, por meio da qual se busca identificar, avaliar, selecionar e sintetizar evidências de estudos empíricos que atendam a critérios de elegibilidade predefinidos. Na condução de uma RS, são utilizados métodos voltados à minimização de vieses, de maneira a se produzir achados mais confiáveis que possam ser usados para informar a tomada de decisão. As RS são consideradas estudos secundários, que têm nos estudos primários sua fonte de dados⁶⁰.

A realização de RS prevê os seguintes passos: 1. elaboração da pergunta de pesquisa; 2. busca na literatura; 3. seleção dos artigos; 4. extração dos dados; 5. avaliação da qualidade metodológica; 6. síntese dos dados; 7. avaliação da qualidade das evidências; e 8. redação e publicação dos resultados⁶¹.

Dessa forma, o estudo baseou-se na seguinte pergunta de pesquisa: quais os modelos utilizados na avaliação de intervenções de promoção de atividade física baseadas na comunidade, e as características dessas intervenções, presentes na literatura científica de janeiro de 2007 a dezembro de 2016?

A definição da supracitada pergunta de pesquisa, que investiga a relação entre dois eventos, foi relacionada ao acrônimo PICOS: **P**- população; **I**- intervenção (ou exposição); **C**- comparação; **O** (*outcome*, do inglês)- desfecho; e **S** (*study type*, do inglês)- tipo de estudo⁶⁰.

No presente estudo, o acrônimo foi empregado da seguinte forma: **P**: população atendida pela intervenção comunitária de AF; **I**: intervenções de promoção de AF

baseada na comunidade **C**: não haverá comparação; **O**: modelos de avaliação; e **S**: estudos avaliativos.

O plano de pesquisa foi baseado nas recomendações propostas no guia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA- Principais Itens para Relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises)⁶¹.

Os critérios metodológicos estabelecidos pelo PRISMA são bastante empregados nesse tipo de estudo⁶¹. A recomendação PRISMA consiste num *checklist* com 27 itens (título, resumo, introdução, objetivos, métodos, resultados, discussão, financiamento) e um fluxograma de quatro etapas: eliminação de duplicidades, por título, por resumo, por leitura completa e o objetivo é ajudar os autores a qualificarem o relato de revisões sistemáticas. Esse método é mais utilizado na síntese de estudos do tipo ensaio clínico randomizado, entretanto pode ser usado como base para RS de outros tipos de pesquisa, a exemplo dos estudos avaliativos. Sendo também útil na avaliação crítica de RS já publicadas⁶¹.

4.2 Estratégias de busca

A busca na literatura foi realizada no período de janeiro a fevereiro de 2017, nas seguintes bases de dados eletrônicas: SciELO (*Scientific Eletronic Library Online*), Medline (*Medical literature Analysis and Retrieval System Online*), e LILACS (*Literatura Latino-americana e do Caribe*). Para a busca utilizaram-se as ferramentas do PubMed da National Library of Medicine (EUA), da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), da Organização Pan-Americana da Saúde, e da plataforma virtual da SciELO.

Inicialmente, foi realizada ampla pesquisa para identificação de potenciais termos que pudessem auxiliar na seleção das referências de modo a responder aos objetivos desse estudo. Os possíveis unitermos foram testados individualmente. Sua seleção foi realizada mediante consulta ao *Medical Subject Headings* (*Mesh*; disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>) e o Descritores em Ciências da Saúde (DeCS; disponível em: <http://decs.bvs.br/>).

Após a testagem dos unitermos foi selecionada a seguinte chave de busca (em inglês), com o emprego de operadores booleanos ('AND'; 'OR'): ((((((('motor activity') OR 'sedentary lifestyle') OR exercise) OR sports)) AND ((((((('health evaluation') OR 'program evaluation') OR efficiency) OR efficacy) OR effectiveness) OR 'Evaluation of the Efficacy-Effectiveness of Interventions')) AND (((('community health services') OR 'consumer participation') OR 'health promotion')). Para a busca utilizaram-se as línguas de publicação dos artigos (inglês, português e espanhol) e o período de publicação (2007 a 2016) como filtros.

4.3 Critérios de inclusão e exclusão e seleção dos artigos

Foram incluídos artigos originais publicados nas bases de dados selecionadas no período de 2007 a 2016. Os estudos deveriam estar publicados em português, espanhol ou inglês, e terem como objetivo avaliar intervenções de promoção de atividade física baseadas na comunidade, nos moldes definidos por Hoehner, et al.³⁶, e com explicitação do modelo de avaliação utilizado.

A escolha do período de publicação deu-se pelo fato de, a partir de 2007, ter sido instituída parceria entre instituições nacionais (Ministério da Saúde e Universidades brasileiras) e norte americanas (*Centers for Disease Control and Prevention- CDC, Projeto Guide for Useful Interventions for Physical Activity in Brazil and Latin America-GUIA* e Universidade de Saint Louis-EUA) com a finalidade de realizar pesquisas avaliativas sobre intervenções comunitárias de promoção de atividade física (PAF). Dessa forma, muitos dos resultados dessas pesquisas foram publicados a partir do mencionado ano, nas bases de dados eleitas pelo presente estudo.

Primeiramente, todos os títulos recuperados, nas diversas bases de dados, foram transferidos para as planilhas do *Microsoft Office Excel*®, da *Microsoft*®, contendo autor, ano, título do artigo, periódico. Em seguida, eles foram ordenados (ordem alfabética) por título, o que permitiu a exclusão de duplicidades.

A seleção dos textos foi realizada em cinco etapas. A primeira e a segunda etapas consistiram na leitura dos títulos e dos resumos de cada estudo, respectivamente. Na terceira etapa, procedeu-se a leitura na íntegra dos textos eleitos na fase anterior. Por fim, foi realizada avaliação da qualidade dos estudos selecionados (meta-avaliação).

A seleção das referências da primeira a terceira etapa contou com dois pesquisadores que realizaram o processo de maneira independente. A seleção referente a cada uma das supracitadas etapas baseou-se nos seguintes critérios de exclusão: 1- ser estudo de avaliação biomédica, aptidão física, educação física escolar/universitária e intervenção de AF no ambiente de trabalho; 2- não ser intervenção comunitária de PAF baseada na comunidade; 3- ser revisão sistemática/narrativa, artigo de opinião, dissertação, tese, monografia. As divergências no processo de inclusão e exclusão foram discutidas em reuniões de consenso entre os pesquisadores, com presença de um terceiro examinador⁶².

Para a etapa de leitura do resumo foi adicionado mais um critério de exclusão: 4- não ter o resumo disponível; e para a etapa da leitura completa, além do critério 4, adicionou-se outro critério de exclusão: 5- não ter o desenho de estudo avaliativo claramente definido, com presença de indicadores de processo e/ou resultado. Ao término de cada etapa, a concordância entre os revisores foi analisada com o emprego do cálculo do índice *Kappa* (K)⁶².

O índice *Kappa* analisa a concordância entre duas medidas, em relação à medida geral. Tal índice pode ser aplicado às variáveis nominais ou ordinais, sendo considerada

uma proporção de concordância, além da esperada pela chance. O valores podem variar de -1 (completa discordância) a +1 (completa concordância), por meio da expressão: $K = \frac{Po - Pe}{1 - Pe}$, sendo Po = proporção de concordâncias observadas e Pe = proporção de concordâncias esperadas⁶³.

Para classificação dos valores obtidos pelo índice *Kappa*, utiliza-se a seguinte escala de concordância entre os examinadores: nenhuma (0); fraca (0,00 – 0,20); sofrível (0,21 – 0,40); regular (0,41 – 0,60); boa (0,61 – 0,80); ótima (0,81 – 0,99); perfeita (1,00)⁶³.

Os textos incluídos passaram para a última etapa do processo seletivo (avaliação da qualidade). A qualidade das avaliações (meta-avaliação) é uma preocupação crescente entre os estudiosos da avaliação. A meta-avaliação consiste em avaliar a qualidade dos estudos avaliativos à luz de critérios definidos. Isso vem responder a uma necessidade fundamental em estudos de RS, uma vez que seus resultados são dependentes da qualidade dos textos selecionados^{47, 64}.

Para a quarta etapa, utilizaram-se os critérios da qualidade e utilidade propostos pela *Joint Committee on Standards for Educational Evaluation* (JCSEE), adaptados por Santos; Natal⁶⁴ e validados por Costa, et al.⁶⁵. Esses parâmetros são divididos em quatro blocos (Quadro 3), a saber: 1. utilidade (sete critérios): verifica se a avaliação atende às necessidades de informação dos usuários; 2. factibilidade ou viabilidade (três critérios): analisa se o estudo é realista e moderado nos custos, de modo a justificar a sua realização; 3. propriedade (oito critérios): verifica se o processo avaliativo é conduzido eticamente, com respeito ao bem-estar dos envolvidos; e 4. acurácia ou precisão (doze critérios): analisa aspectos relativos à validade do julgamento de valor ou mérito realizado⁴⁶.

Quadro 3. Parâmetros e critérios propostos pela JCSEE para meta-avaliação

Parâmetros	Crítérios/descrição
P1- Utilidade	U1. Identificação dos interessados U2. Credibilidade do avaliador U3. Escopo e seleção de informações U4. Identificação dos valores U5. Clareza dos relatórios U6. Entrega em tempo e disseminação dos resultados U7. Impacto da avaliação
P2- Factibilidade	F1. Procedimentos práticos F2. Viabilidade política F3. Custo-efetividade
P3- Propriedade	P1. Orientação para o serviço P2. Acordos formais P3. Direitos dos indivíduos P4. Relações humanas P5. Avaliação completa e justa P6. Disseminação de resultados P7. Conflito de interesses P8. Responsabilidade fiscal
P 4-Acurácia ou Precisão	Pr1. Documentação do programa Pr 2. Análise do contexto Pr 3. Descrição de propósitos e procedimentos Pr 4. Fontes de informações confiáveis Pr 5. Informações válidas Pr 6. Informações confiáveis Pr 7. Informações sistemáticas Pr 8. Análise de informações quantitativas Pr 9. Análise de informações qualitativas Pr 10. Conclusões justificáveis Pr 11. Imparcialidade dos relatórios Pr 12. Meta-avaliação

Fonte: adaptado de Santos; Natal⁶⁴.

Recentemente, Hartz et al⁵⁴, autores de avaliação em PS, propuseram critérios de meta-avaliação que podem ser aplicados a estudos avaliativos de base comunitária. Isso objetiva verificar se uma determinada avaliação foi teorizada segundo os princípios de PS com base na comunidade, em outras palavras, se a abordagem avaliativa foi adequada à complexidade inerente a intervenções dessa natureza.

Dessa forma, para a etapa da meta-avaliação do presente estudo, aos parâmetros propostos pela JCSEE foram agregados mais cinco critérios de especificidade: E1- teoria e mecanismos de mudança: a avaliação expõe a teoria ou mecanismos de mudança de forma clara (modelo lógico da avaliação); E2- capacitação da comunidade:

a avaliação adere aos princípios de empoderamento e 'capacitação' da comunidade ('usuários participativos'); E3- avaliação multiestratégica: a avaliação combina análises quantitativas e qualitativas, relacionando, de forma adequada, teoria e métodos e processo e resultados; E4-responsabilização: avaliação fornece informação referente à responsabilização da comunidade (partes interessadas); e E5- práticas eficientes: a avaliação ajuda a disseminar práticas eficientes⁵⁴.

Os quatro parâmetros da JCSEE (P1 a P4) foram avaliados de forma global, devido ao fato da maior parte das informações necessárias para analisar seus critérios estarem disponíveis somente nos relatórios originais dos estudos⁵⁴. Dessa forma, cada parâmetro e os cinco critérios de especificidade (E1 a E5) foram classificados de zero a dez, adotando-se a seguinte classificação: excelente (9,0-10,0); bom (7,0-8,9); regular (5,0-6,9); fraco (3,0-4,9) e crítico (< 3,0). Nessa etapa, acrescentou-se outro critério de exclusão: critério 6- textos que obtiveram avaliação crítica em qualquer uma das categorias avaliadas (parâmetro e/ou critério de especificidade)⁶⁴.

4.4 Coleta e síntese dos dados

A partir dos estudos incluídos na RS foi realizada a análise do seu conteúdo, com sistematização por meio de preenchimento de matriz de extração, contendo itens de caracterização geral (autor/título; ano de publicação; idioma; país de afiliação e resumo do estudo), modelo de avaliação utilizado e aspectos da intervenção de AF avaliada, tais como participação dos usuários, local de intervenção, melhoria da qualidade de vida. Posteriormente, os dados foram sintetizados.

O modelo de avaliação utilizado foi classificado de acordo com as dimensões, adaptadas de Hartz, et al.⁵⁴, para caracterização de abordagens avaliativas. A primeira dimensão analisa o foco principal da avaliação (processo, resultado, ou ambos), já a segunda refere-se aos métodos utilizados na análise da informação (qualitativo,

quantitativo, ou combinação de ambos). Ao modelo proposto, acrescentou-se o tipo de análise empregada na avaliação, de acordo com Champagne, et al.⁵²: 1. análise estratégica, 2. análise lógica, 3. análise de produção, 4. análise de efeitos, e 5. análise de eficiência, e 6. análise da implementação.

Os aspectos das intervenções de AF avaliadas foram categorizados conforme as seguintes dimensões: objetivos da intervenção, tipo de intervenção e resultados principais. As categorias presentes nos objetivos e principais resultados das intervenções não foram consideradas excludentes entre si, no entanto os estudos foram classificados nas categorias nas quais se adequavam mais.

A classificação das intervenções por tipo foi realizada de acordo com as categorias adaptadas do *Community Guide* (disponível em: www.ajpm-online.net) sobre abordagens comunitárias promissoras no incremento da atividade física: 1. abordagem informativa: campanhas comunitárias ou de comunicação de massa; divulgação de mensagens sobre AF e educação em saúde; 2. social e comportamental: intervenções com foco em mudanças comportamentais personalizadas (metas individualizadas de AF); intervenções com foco no fortalecimento do apoio social à prática de AF (grupos de convivência, família), e 3. política e ambiental: políticas e ações de desenho urbano e regulamentação de áreas para a prática de AF; políticas e ações que favoreçam caminhadas, uso de bicicletas e transporte público. As intervenções de PAF foram classificadas em mais de uma categoria.

4.5 Considerações Éticas

Esse estudo é parte integrante da pesquisa: Avaliação da contribuição e sustentabilidade do Programa Academia da Cidade, Pernambuco, Brasil. Essa pesquisa foi conduzida em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) sob parecer consubstanciado nº 1.393.190 de 22 de janeiro de 2016 (ANEXO).

V. RESULTADOS

A partir da busca nas bases de dados selecionadas, foram identificadas 2.740 referências, sendo 2.682 no *Medline*/interface *Pubmed*, 45 no LILACS, e 13 no SciELO. Desses, 243 foram excluídos por se tratarem de duplicidades, restando 2.497 artigos (Figura 1). Após a retirada dos títulos repetidos, o processo de seleção foi realizado de acordo com os critérios de exclusão previstos para cada etapa. A descrição desses critérios, o quantitativo de referências excluídas em cada etapa, e os respectivos motivos da exclusão podem ser visualizados no Quadro 4.

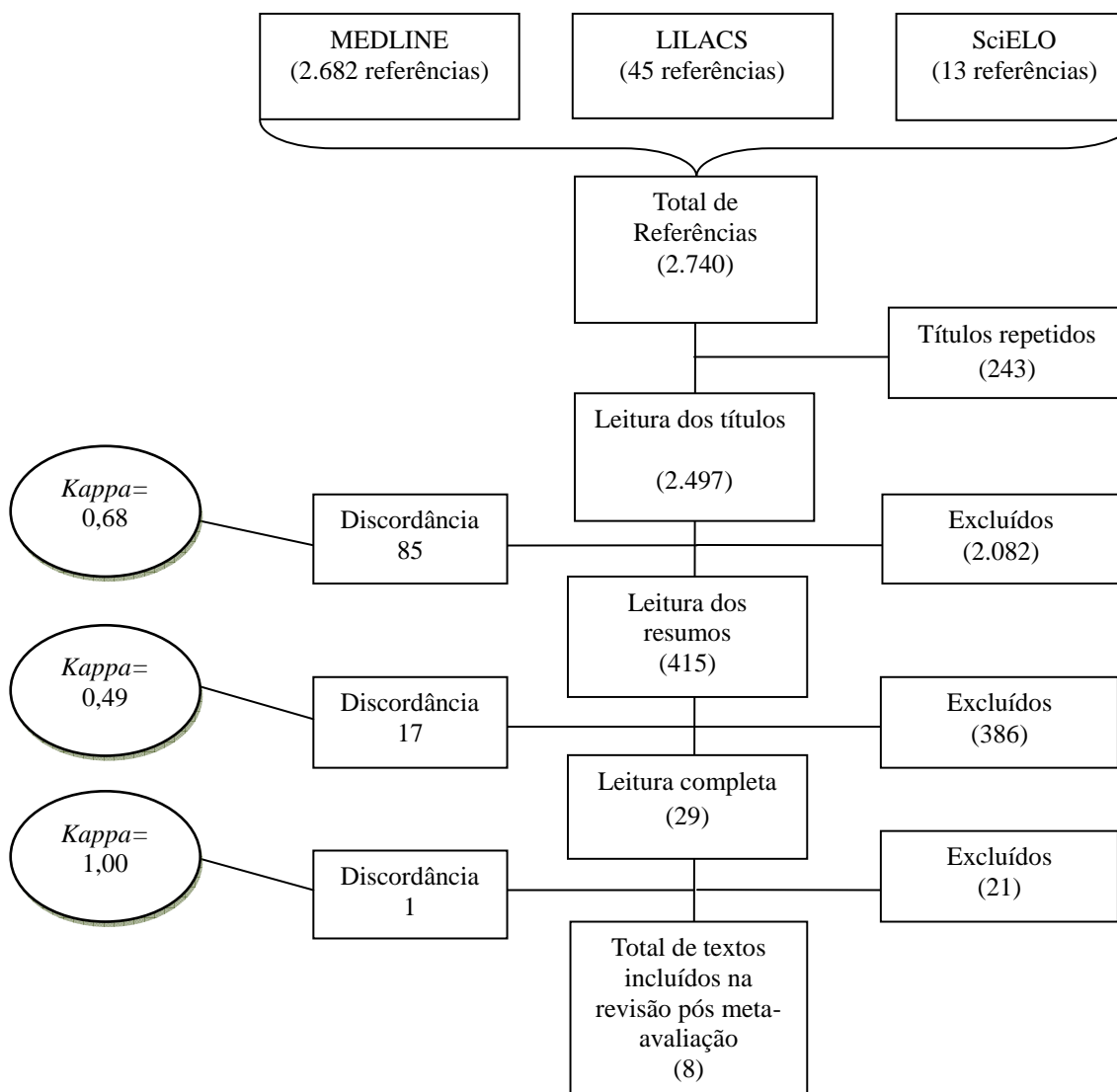
Na primeira etapa (leitura dos títulos), 2.012 referências foram retiradas, e 85 títulos foram discordantes. A concordância entre os examinadores foi considerada boa segundo a classificação do índice *Kappa* (0,68; $p \geq 0,001$). Desses últimos, após reunião de discussão e consenso com a participação do terceiro revisor, 70 títulos foram excluídos, e 15 incluídos. Dessa forma, 2.082 referências foram excluídas nessa fase (figura1).

Na etapa de leitura dos resumos ($n= 415$), 369 referências foram excluídas pelos revisores, restando 17 artigos discordantes entre eles. O cálculo do índice *Kappa* classificou a concordância entre os examinadores como regular (*Kappa* = 0,49; $p \geq 0,001$). Agregando-se a terceira opinião ao processo, todas as referências discordantes foram excluídas, totalizando 386 exclusões nessa etapa (figura1).

Os artigos restantes foram lidos na íntegra ($n= 29$), desses 20 foram excluídos de acordo com os critérios selecionados, e apenas uma referência apresentou discordância, sendo excluída após a reunião de consenso com o terceiro avaliador. Nessa etapa, a concordância entre os pesquisadores foi classificada como perfeita (*Kappa* = 1,00; $p \geq$

0,001). Assim, oito referências foram incluídas para etapa seguinte (avaliação da qualidade).

Figura 1. Fluxograma de seleção dos artigos para revisão sistemática sobre avaliação dos modelos de intervenções de promoção de atividade física comunitárias.



Fonte: elaboração própria.

Quadro 4. Quantitativo de artigos excluídos, segundo etapas de seleção da revisão sistemática e critérios de exclusão

Critérios de exclusão	Etapa 1 (leitura dos títulos)	Etapa 2 (leitura dos resumos)	Etapa 3 (leitura completa)
Critério 1: ser estudo de avaliação biomédica, aptidão física, educação física escolar e universitária, intervenção de AF no ambiente de trabalho	1.031	220	3
Critério 2: não ser intervenção comunitária de promoção de atividade física baseada na comunidade	724	108	9
Critério 3: ser revisão sistemática/narrativa, artigo de opinião, dissertação, tese, monografia	327	38	Não se aplica
Critério 4: não ter o resumo disponível	Não se aplica	20	Não se aplica
Critério 5: ter o desenho de estudo avaliativo claramente definido, com presença de indicadores de processo e/ou resultado.	Não se aplica	Não se aplica	9

Fonte: elaboração própria.

Em relação à análise da qualidade dos estudos, nenhum deles foi excluído nessa fase. A média obtida pelos parâmetros JCSEE e critérios de especificidade ficou situada entre excelente e regular (Quadro 5).

Quadro 5. Avaliação da qualidade dos textos da revisão sistemática sobre intervenções comunitárias de atividade física

Parâmetros/ critérios	Draper; Kolbe- Alexander, Lambert (2009) ²⁸	Dubuy et al. (2013) ⁶⁶	Parra et al. (2010) ⁶⁸	Norwood et al. (2014) ⁶⁷	Fernandes et al. (2015) ⁶⁹	Mendonça et al. (2010) ⁷¹	Hallal, (2009) ⁷⁰	Reis et al. (2014) ⁷²
P1- Utilidade	10	9	9	9	8	7	7	7
P2- Factibilidade	10	8	10	10	8	7	8	8
P3- Propriedade	8	9	8	8	9	9	9	5
P 4-Acurácia ou Precisão	10	10	9	8	10	9	8	5
E1- teoria e mecanismos de mudança	10	3	5	5	5	3	3	3
E2- capacitação da comunidade	10	7	4	4	3	4	4	3
E3- avaliação multiestratégica	8	5	5	5	5	5	4	5
E4- responsabilização	10	5	4	4	5	4	4	4
E5- práticas eficientes	8	7	8	8	8	8	8	8
Média	9,3 *****	7,0 ****	6,9 ***	6,8 ***	6,8 ***	6,2 ***	6,1 ***	5,3 ***

Fonte: elaboração própria.

Classificação: excelente (9,0-10,0)*****; bom (7,0-8,9)****; regular (5,0-6,9)***; fraco** (3,0-4,9) e crítico* (< 3,0).

De um modo geral, os trabalhos de Draper, et al²⁸ e Dubuy, et al.⁶⁶ obtiveram média geral melhor (excelente a boa) que os demais estudos^{67, 68, 69, 70, 71, 72} (Quadro 5).

No Quadro 5, observa-se que os parâmetros de factibilidade (P2) e de acurácia ou precisão (P4) obtiveram melhor pontuação que os demais parâmetros propostos pelo JCSEE. O parâmetro de utilidade obteve pontuação relativamente mais baixa, quando comparado aos demais parâmetros. Igualmente, os critérios de especificidade (E1 a E5), de maneira geral, receberam pontuação relativa menor que os demais parâmetros (Quadro 5).

A maior parte dos estudos, incluídos na RS, foi realizado no Brasil (n=5), os demais foram conduzidos na Escócia (n=1), Bélgica (n=1) e na África do Sul (n=1).

A maior parte dos estudos foi publicado dentre entre os anos de 2009 (n=2), 2010 (n=2) e 2014 (n=2) (Quadro 6).

Com relação ao tipo de análise, conforme Champagne et al.⁵² (análise estratégica; lógica; de produção; efeitos; eficiência e implantação), e o foco da avaliação empregado (resultado, processo e ambos); a análise de efeitos, com foco nos resultados (n=4), e análise da implantação, com foco em processo e resultados (n=4) foram predominantes entre os demais tipos de análises/focos utilizados em avaliação (Quadro 7). Nas análises de efeito, assim como na análise de implantação, o desfecho avaliado foi o aumento do nível de atividade física, principalmente no lazer. Os indicadores de processo estiveram relacionados a aspectos organizacionais dos programas, como: manutenção do ambiente físico/equipamentos, segurança, distância do local de instalação dos programas, sendo, de um modo geral, aspectos bem avaliados pelos participantes das pesquisas (n=4) (Quadro 7).

No que diz respeito aos instrumentos empregados tanto para medir o nível de AF, quanto para conhecimento acerca das intervenções avaliadas, nota-se variedade nos estudos selecionados. Os artigos de Mendonça et al.⁷¹ e Dubuy et al.⁶⁶ utilizaram a versão curta (sete questões) e a versão longa (27 questões) do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), respectivamente. Trata-se de um instrumento, proposto pela Organização mundial de saúde, com o objetivo de estimar o tempo semanal gasto com AF¹⁷. Já, Parra et al.⁶⁸, adotaram o método sistemático de observação denominado de SOPARC (Sistema de Observação de Brincadeiras e Comunidades). Os demais estudos lançaram mão de entrevistas face a face^{67,69, 70} e por telefone⁷². Apenas um estudo⁶⁶ utilizou o pedômetro (instrumento que afere os passos, controlam a velocidade e ritmo de um indivíduo que marcha) como método de medida objetiva complementar do nível de AF⁶⁶.

Quadro 6. Estudos incluídos na revisão sistemática sobre avaliação de intervenções comunitárias de promoção de atividade física, segundo características gerais

Ano	Autor/Título	País	Resumo do estudo
2009	Draper, Kolbe-Alexander, Lambert ²⁸	África do Sul	Programa CHIPs (taxa simbólica); África do Sul -Avaliação da implementação desse programa, por meio de entrevista e grupos focais com usuários do programa e líderes comunitários. Emprego de avaliação participativa e desenho de modelo lógico.
2009	Hallal ⁷⁰	Brasil	Diversos programas de PAF oferecidos pela prefeitura municipal (PMC) (gratuitos); Curitiba PR- Avaliação do conhecimento da população sobre programas públicos da PMC e o incentivo a AF, por meio de Inquérito domiciliar com residentes (entre participantes dos programas e usuários dos espaços públicos disponibilizados pela PMC) próximos a Centros de Esporte e Lazer (CEL), selecionados aleatoriamente. O CEL oferecem espaços comunitários como quadras abertas, ginásios poliesportivos, salas de ginástica, cancha de bocha, piscina, entre outros.
2010	Parra et al ⁶⁸	Brasil	Programa Academia da Cidade (PAC) (gratuito); Recife PE-avaliação os níveis de AF no lazer, uso do parque e características contextuais do parque em locais com e sem o programa, por meio do instrumento SOPARC.
2010	Mendonça et al ⁷¹	Brasil	PAC (gratuito); Aracaju- SE- Avaliação da associação entre as várias formas de exposição ao PAC (ter ouvido falar, ter visto, ser participante atual e ser ex-participante) e o nível de AF no lazer. Estudo de base populacional com utilização do instrumento IPAQ, versão longa.
2013	Dubuy et al ⁶⁶	Bélgica	Programa 10.000 Steps Flanders (gratuito); Bélgica - Avaliação do nível de AF de intervenção comunitária da intervenção comunitária, por meio de entrevista telefônica com amostra aleatória e utilizando o questionário IPAQ e utilização de pedômetro para aferir o quantitativo de passos dos usuários do programa.
2014	Norwood et al ⁶⁷	Escócia	Programa <i>Smarter Places</i> (gratuito); Escócia- Avaliação do nível de AF em atividades de caminhada, ciclismo e da utilização dos transportes públicos, denominada de viagem ativa por meio de inquéritos domiciliares em localidades com (sete áreas) e sem o programa (comparação).
2014	Reis et al ⁷²	Brasil	Serviço de Orientação ao Exercício (SOE); (gratuito) Vitória-ES - Avaliação do conhecimento sobre o programa e avaliar o nível de AF e qualidade de vida (QV) por meio de inquérito telefônico com usuários do programa.
2015	Fernandes et al ⁶⁹	Brasil	PAC; Belo Horizonte-MG (gratuito): Avaliação do nível de AF no lazer de adultos do entorno de polos do PAC e de locais sem PAC polo por meio de Inquérito domiciliar denominado Estudo Saúde em Beagá.

Fonte: elaboração própria.

Empregou-se, na maioria dos estudos, o delineamento transversal, com análise da informação, de acordo com Hartz, et al.⁵⁴, do tipo quantitativa (n=7)^{70,68,71,66,67,72,69}. Em três estudos compararam-se grupos de indivíduos ‘expostos’ à intervenção de PAF, aos ‘não expostos’: indivíduos advindos de áreas sem a presença de intervenção de PAF^{68,67,69} (Quadro 6). No entanto, a maioria dos estudos incluíram apenas usuários do programa como participantes da pesquisa^{28,71,66,67,72}(Quadro 7).

No que se refere aos objetivos das intervenções de PAF avaliadas, observou-se que todas tiveram como objetivo principal incrementar os níveis de AF. Agregado a isso, uma intervenção esteve voltada a reduzir as DCNT²⁸, outra visou melhorar a qualidade de vida⁷², enquanto três, além da PAF, objetivavam estimular a alimentação saudável^{68,71,69} (Quadro 7).

Ao aplicarmos os critérios do *Comunnity Guide* para classificação das intervenções de PAF, a partir dos estudos incluídos, temos que metade das intervenções englobaram as três abordagens do *Comunnity Guide* (informativa; comportamental e social; e política e ambiental)^{70,68,71,69}. Todas as intervenções apresentaram ações classificadas como abordagem do tipo sócio comportamental.

Quanto aos resultados da avaliação, a maior parte dos estudos avaliados (n=7) identificou aumento no nível de AF na população usuária dos programas como principal resultado. Um deles²⁸ relatou efeito sobre melhoria de estilo de vida, bem-estar e redução de estresse, além da conscientização sobre os benefícios da AF.

Quadro 7. Descrição dos estudos incluídos na revisão sistemática sobre avaliação de intervenções comunitárias de promoção de atividade física, segundo modelo de avaliação e aspectos da intervenção

Autor	Modelo de avaliação		Aspectos da intervenção		
	Tipo/Foco do estudo	Análise da informação	Objetivos da intervenção	Tipo de intervenção (abordagem)	Resultados principais
Draper, Kolbe-Alexander, Lambert ²⁸	Análise de implantação/ambos (resultado e processo)	Qualitativa	Promover aulas de AF em comunidades desfavorecidas com objetivo de aumentar seu nível Reduzir DCNT	social e comportamental política e ambiental	Melhoria do estilo de vida, autoestima, bem-estar e alívio de estresse entre os usuários do programa. Aumento da conscientização sobre os benefícios da AF.
Hallal ⁷⁰	Análise de implantação/ambos (resultado e processo)	Quantitativa	Promover AF por meio de atividades físicas e esportivas (aulas de ginástica, caminhada, entre outros) orientadas por profissionais de AF, principalmente por meio dos Centros de Esporte e Lazer (CELS), integrantes do Programa CuritibaAtiva, além de distribuição de panfletos em eventos públicos sobre os benefícios da AF.	informativa social e comportamental política e ambiental	Bom conhecimento da população estudada sobre os programas de PAF da Prefeitura Municipal de Curitiba (PMC). Aumento da quantidade de indivíduos que frequentam os locais dos programas e são fisicamente ativos. A segurança e a manutenção da estrutura/equipamentos foram os itens melhor avaliados pelos participantes dos programas oferecidos pela PMC.
Parra, et al ⁶⁸ .	Análise de implantação/ambos (resultado e processo)	Quantitativa	Promover AF (aulas de ginástica, caminhada, entre outros), esportes e alimentação saudável e lazer, orientados por profissionais de AF, por meio de estruturas na maior parte ao ar livre (polos).	informativa Social e comportamental política e ambiental	Os participantes do programa (PAC) foram mais propensos, comparativamente, a se engajarem em atividades físicas moderadas a vigorosas, e vigorosas.

Continuação do Quadro 7. Descrição dos estudos incluídos na revisão sistemática sobre avaliação de intervenções comunitárias de promoção de atividade física, segundo modelo de avaliação e aspectos da intervenção

Mendonça, et al ⁷¹ .	Análise de efeitos/resultados	Quantitativa	Promover AF (aulas de ginástica, caminhada, entre outros), esportes e alimentação saudável e lazer, orientados por profissionais de AF, por meio de estruturas na maior parte ao ar livre (polos).	informativa social e comportamental política e ambiental	Todas as variáveis de exposição ao PAC foram significativamente associadas ao aumento dos níveis de atividade física no lazer.
Dubuy, et al ⁶⁶ .	Análise de efeitos/resultados	Quantitativa	Incrementar a AF por meio de ações nos âmbitos individual, social e ambiental, baseadas no modelo sócio ecológico.	social e comportamental política e ambiental	Aumento do nível de AF dentro do recomendado em indivíduos 'expostos' a intervenção estudada.
Norwood, et al ⁶⁷ .	Análise de efeitos/resultados	Quantitativa	Incrementar a AF por meio de incentivo a adoção da caminhada, do ciclismo e da utilização dos transportes públicos como formas de viagem ativa.	social e comportamental	Aumento de 6% no nível de AF nas áreas com a intervenção em comparação com áreas sem a intervenção.
Reis, et al ⁷² .	Análise de efeitos/resultados	Quantitativa	Promover AF (aulas de ginástica, caminhada, entre outros), orientados por profissionais de AF, por meio de estações transitórias instaladas em espaços públicos. Melhoria da qualidade de vida	social e comportamental política e ambiental	A exposição ao programa não foi associada à qualidade de vida, mas foi consistentemente associada com níveis suficientes de AF no lazer, de acordo com o recomendado, entre adultos.
Fernandes, et al ⁶⁹ .	Análise de implantação/ambos (resultado e processo)	Quantitativa	Promover AF (aulas de ginástica, caminhada, entre outros), esportes e alimentação saudável e lazer, orientados por profissionais de AF, por meio de estruturas na maior parte ao ar livre (polos).	informativa social e comportamental política e ambiental	Residentes em áreas adstritas de (até 500 metros do PAC) tiveram maior chance de serem ativos no lazer quando comparados com residentes vivendo no entorno superior a esta distância. Residentes de áreas adstritas melhor avaliaram os locais de esporte/lazer, bem como outros atributos do ambiente físico, além de relatar maior incentivo de amigos/familiares para a prática de atividade física.

Fonte: elaboração própria.

VI. DISCUSSÃO

Em detrimento do reconhecimento da prática de atividade física (AF) regular estar associada à redução da carga por DCNT, e do investimento mundial na implantação de intervenções voltadas para a promoção de AF (PAF) baseadas na comunidade, escassos são os estudos avaliativos sobre as mencionadas intervenções, que explicitem o modelo de avaliação empregado^{28, 31}.

A aplicação dos parâmetros e critérios utilizados na meta-avaliação revelou que os estudos, incluídos na presente revisão sistemática (RS) apresentaram alta qualidade, uma vez que os parâmetros concernentes à acurácia/precisão e factibilidade foram os que obtiveram maiores pontuações. Entretanto, chama atenção os métodos e abordagens escolhidas para avaliação não contemplarem os atributos que caracterizam as intervenções de promoção da saúde (PS)^{48,54}, expressos nos critérios de especificidade. Esses últimos obtiveram pontuação relativamente baixa, quando comparados aos parâmetros propostos pela JCSEE.

Os parâmetros de factibilidade (P2) e de acurácia ou precisão (P4) obtiveram melhor pontuação que os demais parâmetros (JCSEE) na maior parte dos trabalhos. O parâmetro de utilidade obteve pontuação relativamente mais baixa, quando comparado aos demais parâmetros. Igualmente, os critérios de especificidade, de maneira geral, receberam pontuação relativa menor que os parâmetros. Os critérios 1 (E1: uso adequado da teoria), 2 (E2 capacitação da comunidade) e 4 (E4- responsabilização) foram os que apresentaram pontuações mais baixas em todos os artigos avaliados. Dos critérios de especificidade, o critério de disseminação de práticas eficientes (E5) obteve melhor pontuação que os demais.

Estudo de RS sobre estudos de avaliação de intervenções de PS, conduzido por Hartz, et al.⁵⁴, apontou que os critérios de especificidade, que dizem respeito a se uma determinada avaliação foi teorizada segundo os princípios de PS com base na comunidade, foram menos seguidos. Apenas 52% (14/27) alcançaram classificação muito boa ou excelente para esses critérios. A análise mostrou que 30% (8/27) das avaliações estudadas alcançaram pontuação 5,0 (regular) em relação ao uso adequado da teoria (E1) e a utilização de avaliação multiestratégica (E3). Esses mesmos autores concluíram que, no geral, ainda não há uma relação adequada entre a complexidade das intervenções e as abordagens avaliativas.

Os resultados do presente estudo apontaram que a utilização de abordagens multiestratégicas para avaliação de intervenção comunitária de PAF ainda é restrita, uma vez que a análise da informação foi predominantemente quantitativa e com foco nos resultados. Tal achado também foi presente em outros estudos de revisões sistemáticas, cujo objetivo foi avaliar intervenções de PS e/ou AF^{54, 22, 72}.

Para Akerman, et al.⁴⁸, a adoção de abordagens avaliativas em PS que combinem métodos quantitativos e qualitativos (abordagem multiestratégica) implica no reconhecimento dos diversos fatores que caracterizam essas intervenções. Para esses mesmos autores, a avaliação em PS requer múltiplos enfoques, e depende de informações de campos disciplinares distintos. Portanto, fica inadequado avaliar tais práticas a partir dos métodos usualmente utilizados na avaliação do cuidado médico e da prevenção de doenças⁴⁸.

Outro aspecto que merece destaque na avaliação de intervenções em PS refere-se à importância do seu desenho ser participativo. Potvin, et al.⁷⁴ ponderaram que apesar das dificuldades na implantação desse tipo de desenho, nas últimas décadas, a institucionalização da participação cidadã vem redefinindo as práticas de

saúde/avaliativas no sentido do diálogo entre diversos saberes e práticas em espaços de participação, aumentando a legitimidade das intervenções e a democratização das decisões.

O estímulo à participação social é tido como um dos princípios chave em PS, uma vez que suas ações devem primar pelo envolvimento dos sujeitos diretamente interessados, como também fortalecer capacidades de indivíduos e comunidades para assumirem maior controle sobre fatores que afetam a saúde (princípio do empoderamento)⁴. Dessa forma, incorporar a diretriz da participação social no desenho da avaliação pode ser particularmente útil na utilização dos seus resultados, assim como na sustentabilidade dessas intervenções^{14,74}.

Ainda com respeito à metodologia empregada na avaliação, reconhece-se que a utilização, em todos os estudos, do delineamento transversal. Para fins comparativos, o ideal seria que outros tipos de delineamento pudessem ter sido encontrados nos estudos eleitos. Outro fator que merece destaque se refere ao foco avaliado pelos estudos, onde a maior parte deles enfocou apenas o objetivo final das intervenções de PAF (aumento dos níveis de atividade física). Segundo Becker; Gonçalves; Reis²² estudos que contemplem indicadores de processo para avaliar esse tipo de intervenções ainda são pouco comuns.

Em que pese o potencial limitado de avaliações que não combinam aspectos de processo e resultado⁵⁴, os achados encontrados nos artigos revisados apontam para evidências quanto à efetividade de intervenções de PAF no incremento dessa prática pelos seus usuários. À medida que os estudos obtiveram resultados positivos e constataram aumento da AF na população da área adstrita ou usuária dos programas avaliados. Tais resultados corroboraram com estudos realizados a partir de intervenções nacionais de PAF descritos a seguir.

Simões et al³⁸, a partir de inquérito telefônico realizado com mais de 2.000 usuários, concluiu que os indivíduos expostos ao Programa Academia da Cidade (PAC-Recife) apresentam maior probabilidade de serem ativos no período de lazer³⁸. Resultado similar foi encontrado por Parra et al⁶⁸, que, ao observar sistematicamente 32.974 pessoas, entre usuários e não usuários do programa concluiu que os participantes do PAC (Recife-PE) foram mais propensos, comparativamente, a se engajarem em atividades físicas moderadas a vigorosas e vigorosas. O grau de satisfação com o programa mostrou-se elevado entre os usuários⁵⁸ e profissionais, em detrimento das dificuldades observadas quanto à estrutura física, recursos humanos, divulgação e segurança dos polos²⁴.

Estudos avaliativos também foram realizados sobre intervenção comunitária de base estadual (PACID-Pernambuco) A rápida expansão do referido programa proporcionou uma oportunidade para avaliar impacto sobre os níveis de AF da população nesse estado. Os estudos supracitados utilizaram medidas auto referidas de participação, já o estudo sobre o PACID, realizado por Simões, et al.³⁸, acrescenta uma medida direta da exposição da comunidade ao programa, que não é afetado pelo viés de memória, pois não vê a medida auto referida. Esse estudo concluiu que indivíduos em comunidades com presença de polos PACID são mais ativos³⁸.

Em relação às classificações das intervenções nas tipologias propostas pelo *Community Guide*, a metade dos estudos focou nas três abordagens propostas: informativa; comportamental e social; e política e ambiental^{28, 67, 69, 72}. Dessa forma, essas intervenções mesclaram políticas e sistemas públicos de estímulo à caminhada, ao uso de bicicletas e ao transporte público, por meio de estruturação de espaços para tal (como por exemplo: parques, praças, centros), com ações direcionadas à educação em

saúde, além de realização de aulas coletivas de atividade física por profissionais de AF, sendo as mais comuns, aulas de ginástica, dança e esportes.

Resultado semelhante foi encontrado por Hartz, et al.⁵⁴, que consideraram positiva a maioria das intervenções de PS de diversos países, por eles estudadas, procurarem mesclar metas referentes à mudança a nível individual (comportamental), com objetivos de implementação de mudanças a nível meso e macro (abordagens política e ambiental). Por outro lado, todas as intervenções avaliadas, no presente estudo, englobaram a abordagem comportamental e social.

Para alguns autores (Ferreira, et al.⁷⁵ e Coelho; Verdi⁷⁶) isso pode refletir um distanciamento entre o discurso da PS, proposto por diversas intervenções de estímulo à AF e suas práticas. Esses autores apontaram que parte importante das intervenções avaliadas enfatizam mudanças no estilo de vida individual dos usuários. O que caracteriza uma abordagem comportamental conservadora da PS, onde o enfoque é a redução do risco epidemiológico, independentemente dos determinantes sociais, econômicos e culturais.

Ressalta-se que a maioria dos estudos sobre intervenções que utilizaram múltiplas abordagens na promoção de AF comunitária foi realizada no Brasil. Estudo semelhante²², conduzido a partir da literatura, sobre avaliação de intervenções de AF no Sistema Único de Saúde, apontou que entre as principais práticas utilizadas no contexto nacional estão: o aconselhamento educativo para a PAF nos atendimentos em saúde, por parte dos profissionais das unidades básicas de saúde, as caminhadas em grupo e as intervenções de AF realizadas em espaços comunitários.

Essa última vem ganhando espaço no contexto nacional a partir do estímulo por meio da PNPS e criação do PAS³⁸. Essas intervenções (ex. PAC, SOE, CuritibAtiva), possuem em comum o estímulo à prática de AF orientada como principal ação,

disponível para todas as faixas etárias. Seu custeio e manutenção são de responsabilidade da esfera pública e algumas dessas iniciativas realizam a (re) construção de espaços físicos próprios, assegurando a potencialização de espaços públicos para fins de lazer e de convivência^{68, 69, 70, 71, 72}.

O desenho dessas iniciativas num formato ampliado (para além do estímulo à AF) representam um avanço e uma preocupação com a combinação de estratégias que estejam alinhadas aos princípios da PS, a exemplo do estímulo a formação de rede social de apoio, e acesso equânime a tais práticas. Para Carvalho, et al.¹⁴, assumir que as desigualdades sociais são um dos principais entraves à saúde e à vida com qualidade para todos, desponta para a necessária formulação de políticas públicas mais equitativas, efetivas e eficientes, envolvendo governos e sociedade.

De acordo com Martins⁷⁷, na construção de redes sociais de apoio, as crenças e vivências construídas no âmbito das instituições primárias, como: família, vizinhos, profissionais de saúde, entre outros, são revalorizadas pelos usuários, a partir de suas redes de pertencimento na PS e na busca ou oferta de cuidados. Desse modo, formam-se redes de relacionamentos de apoio acionadas na construção de saberes e práticas de enfrentamento aos problemas de saúde, na comunidade ou população⁷⁷.

Apesar dos descompassos entre as concepções, a formulação e a implementação das intervenções de PAF analisadas e as abordagens utilizadas para avaliação¹⁹, os dados obtidos, a partir desse estudo, sugerem que a implantação de intervenções comunitárias de AF seja recomendada como efetiva na promoção desse tipo de prática.

Contudo, destaca-se que além da escassez de avaliações nesse tema, algumas outras lacunas podem ser observadas a partir dos achados dessa RS. Como por exemplo, o enfoque dos estudos que traz a reflexão sobre a necessidade da realização de estudos cujos objetivos sejam aferir a relação custo-efetividade dessas intervenções. Isso seria

particularmente útil no processo de decisão por parte de gestores públicos sobre o investimento nesse tipo de intervenção, principalmente em países de baixa renda.

Outro fator relevante refere-se à importância da explicitação da teoria por trás de como uma intervenção pretende alcançar os resultados. Isso visa descompactar a ‘caixa preta programática’, investigando as teorias relativas ao funcionamento no interior dos programas sociais, buscando explicar as relações entre a intervenção, a implementação e seus resultados esperados⁵². No presente estudo somente um texto descreveu tal teoria, por meio do desenho do seu modelo lógico.

Essa RS teve como fator limitante, o baixo número de artigos que contemplassem a promoção comunitária de AF, ou seja, sabe-se de todos os benefícios desses programas, mas que ainda, eles não possuem processos de monitoramento e avaliação sistematizados e contínuos.

VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados do presente estudo revelaram que ainda são escassos os estudos de avaliação sobre modelos de intervenções de AF, permitindo concluir que a maior parte das intervenções comunitárias de AF estudadas utilizaram diversos tipos de abordagens para a promoção de AF (informativa; comportamental e social; e política e ambiental). E que incrementar o nível de AF na comunidade configurou-se como um dos objetivos principais das mencionadas intervenções.

Mesmo que intervenções de AF desse estudo tenham concluído que indivíduos ‘expostos’ se tornaram fisicamente ativos, constatou-se o necessário investimento para que as metodologias empregadas na avaliação estejam alinhadas aos princípios que regem intervenções voltadas a PS, como o uso adequado da teoria da intervenção, a capacitação da comunidade e a responsabilização⁵⁴. De um modo geral, os estudos foram mal avaliados nesses quesitos.

O fato da maior parte dos estudos não ter sido participativo; com foco em resultados, a partir de análises do tipo efeitos e/ou implantação, além da não explicitação do seu modelo lógico, faz com que seja necessário o aprofundamento sobre o como, e o porquê do programa ter funcionado no seu contexto de implantação⁷³.

A maior parte dos estudos, incluídos na RS, apontaram dados descritivos sobre o nível de AF, trazendo em seu bojo preocupação com medidas objetivamente verificáveis (predominantemente quantitativas). Os indicadores de processo foram insuficientes, mesmo nos estudos de análise de implantação. Neles, o enfoque relativo ao processo esteve mais voltado a uma espécie de ‘satisfação’ dos entrevistados com questões organizacionais e estruturais, que com aspectos relativos ao processo de trabalho. Raros foram os estudos que descreveram as atividades desenvolvidas pelas intervenções,

limitando ainda mais conclusões sobre sua implantação e comparações com outros contextos.

Recomenda-se que investimentos sejam realizados tanto no desenho das avaliações voltadas a essa temática, para que essas incorporem os princípios propostos por Hartz, et al ⁵⁴, quanto nos objetivos e foco da avaliação, de modo que eles possam envolver aspectos voltados ao custo-efetividade dessas ações, assim aspectos relativos ao processo de trabalho. Com recursos financeiros escassos, torna-se cada vez mais oportuno a investigação, principalmente no âmbito das políticas públicas, sobre a eficiência das intervenções de modo que seja possível a recomendação pela sua implantação.

A guisa da conclusão, concorda-se com Carvalho, et al.¹⁴, para os quais as intervenções de PAF requerem, por princípio e pela sua complexidade, que a prática avaliativa considere a complexidade envolvida, de modo que os métodos e abordagens deem conta dos diversos atributos que caracterizam as intervenções de promoção da saúde.

VIII. REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas 7. de Saúde. Projeto promoção da saúde. As cartas de promoção da saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
2. Sicoli JL, Nascimento PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface*, v.7, n.12, pp.101-122, 2003.
3. Buss PM. Uma introdução ao conceito de Promoção da saúde. In: *Promoção da saúde: conceitos, práticas e reflexões*. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp.15-38, 2003.
4. Campos GW, Barros RB, Castro AM. Evaluation of national policy of health promotion. *Ciênc. saúde coletiva [online]* v.9, n.3, pp.745-749, 2004.
5. Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Rio de Janeiro: UNESP; FIOCRUZ, 2003.
6. Terris M. Concepts of health Promotion: dualities in public health theory. In: *Health promotion: an anthology*. Washington: PAHO, 1996.
7. Leavell H, Clark EG. *Medicina preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill Inc., 1976.
8. Buss PM. Uma introdução ao conceito de Promoção da saúde. In: *Promoção da saúde: conceitos, práticas e reflexões*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p15-38, 2003.
9. Carvalho AI. Da saúde pública às políticas saudáveis- Saúde e Cidadania na Pós-modernidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, ABRASCO, v1, n.1, p.104-121,1996.
10. Potvin L. 22ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde da UIPES. 2012. Brasil. Acesso em 28/12/2016
11. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, Rio de Janeiro, v.1, n 17, p77-93, abril, 2007.
12. Organização Mundial da Saúde (OMS). Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde. Diminuindo as diferenças: a prática das políticas sobre os determinantes sociais de saúde. Documento para discussão. Rio de Janeiro, out. 2011. Disponível em: http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion_Paper_PT.pdf. Acesso em: 10 jan. 2017.
13. Potvin L, Chabot P. Splendor and misery of Epidemiology for the evaluation of health promotion. *Rev. Bras. Epidemiol.* v. 5, supl. 1, 2002.
14. Carvalho, et al. Concepts and approaches in the evaluation of health promotion. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 9, n 3, p. 521-529, 2004.
15. Carvalho AI, Buss PM. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. In: GIOVANELLA, L. (Org) *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 141-166, 2008.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Obesidade*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 12), (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
17. Malta DC, Moura L, Prado RR, Escalante JC, Schmidt MI, Duncan BB. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiologia. Serv. Saúde*, v.23, n.4, 2014.

18. Netto, GF. Conexões da saúde com agenda da sustentabilidade Saúde em debate. Desenvolvimento e sustentabilidade: desafios da RIO +20, Rio de Janeiro, v.36, número especial, p.20-22, jun.2012.
19. Potvin L, Richard L. The evaluation of community health promotion programmes. In: Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, McQueen DV, Potvin L, Springett J, Ziglio E. (Eds.). Evaluation in health promotion: principles and perspectives. Copenhagen: WHO Regional Publications, 2001. p. 213-240.
20. Malta DC. A revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde e experiências exitosas. Departamento de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde – DANTPS Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS Ministério da Saúde. 2014. Disponível em: <http://www.iuhpeconference2016.com>
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2013: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília, DF: 2014.
22. Becker LA, Gonçalves PB, Reis RS. Programas de promoção da atividade física no Sistema Único de Saúde brasileiro: revisão sistemática. Rev Bras Ativ Fís Saúde, v.21, n.2, pp.110-122, 2016.
23. 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, v.1, n.18, pp.79-86, 2009. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742009000100008&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742009000100008>. Acesso: 05/01/2017
24. Hallal PC, Dumith SC, Bastos JP, Reichert FF, Siqueira FV, Azevedo MR. Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física no Brasil: revisão sistemática. Rev Saúde Pública, v.3, n.41, pp. 453-60, 2005.
25. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health related research. Public health report, v. 2, n.100, pp 126-131, 1985.
26. Nahas MV. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 3 ed. Londrina: Midiograf, 2003.
27. Yancey AK, Fielding JE, Flores GR, Sallis JF, McCarthy WJ, Breslow L. Creating a Robust Public Health Infrastructure for Physical Activity Promotion. American Journal of Preventive Medicine, v.32, n.1, pp.68–78, 2007.
28. Draper CE, Kolbe-Alexander TL, Lambert EV. A retrospective evaluation of a community-based physical activity health promotion program. J Phys Act Health, v.6, n. 5, pp. 578-588, 2009.
29. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT, Physical Activity Series Working Group: Effect of physical inactivity on major non communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. Lancet, n. 380, pp 219–29, 2012.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Documento de Diretrizes para o Cuidado das Pessoas com Doenças

Crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas Linhas de Cuidado Prioritárias. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2012.

31. Hoehner CM, Ribeiro IC, Parra DC, Reis RS, Azevedo MR, Hino A, et al. Physical Activity Interventions in Latin America Expanding and Classifying the Evidence .American Journal of Preventive Medicine, v.3, n.44, pp. 31– 40, 2013.

32. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

33. Ribeiro AG, Cotta RM, Ribeiro SMR. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares I Ciênc. saúde coletiva, v.17, n.1, Rio de Janeiro, 2012.

34. Sallis JF, Cerin E, Conway TL, Adams MA, Frank LD, Pratt M, et al. Physical activity in relation to urban environments in 14 cities worldwide: a cross-sectional study, v.387, 2016. Disponível em: www.thelancet.com

35. Gazeano TA, Galea G, Reddy KS. Scaling up interventions for chronic disease prevention: the evidence. Lancet, v.9603, n.370, pp.1939-1946, 2007.

36. Hoehner CM, Soares J, Perez DP, Ribeiro IC, Joshu CE, Pratt M, et al. Intervenções em Atividade Física na América Latina Uma revisão sistemática. 2008. Disponível em: <http://www.rafapana.org/attachments/article/452/hoehner-intervencoes-em-atividade-fisica-na-america-latina.pdf>

37. Lemos EC, Paes IMBS, Abath MB, Brainer MGF, Lima JIAF. Monitoramento do Programa Academia das Cidades e da Saúde: a experiência de Pernambuco Rev Bras Ativ Fís Saúde, v.2, n.20, pp.203-207, 2015.

38. Simões EJ, Hallal PC, Siqueira FV, Schmaltz C, Menor D, Malta DC, et al. Effectiveness of a scaled up physical activity intervention in Brazil: A natural experiment. Prev. Med, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.09.032>

39. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Primária – Rastreamento. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2010.

40. WHO. Global recommendations on physical activity for health. 2010.

41. Baker PRA, Francis DP, Soares J, Weightman AL, Foster C. Community wide interventions for increasing physical activity. Cochrane Database of Systematic Reviews, v.129, n.6, 2011.

42. Potvin L, Richard L. The evaluation of community health promotion programmes. Copenhagen: WHO Regional Publications, 2001.

43. Hills MD, Carrols S, O’neill M. Vers un modèle d’évaluation de l’efficacité des interventions communautaires en promotion de la santé : compte-rendu de quelques développements Nord-américains récents. Promotion & Education. 2004.

44. Boutilier MA, Rajkumar E, Poland BD, Tobin S, Badgley RF. Community action success in public health: are we using a ruler to measure a sphere? Canadian Journal of Public Health, v. 92, p. 90-94, 2001.

45. Teixeira CF. Institucionalizando a Prática de Avaliação em Saúde: Significado e limites. Ciência e Saúde Coletiva, vol 3, n 11, pp 512- 513, 2006.

46. Denis JL. Institucionalização da avaliação na administração pública. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v.10, (Supl. 1), 2010.
47. Figueiró AC, Frias PG, Navarro LM. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: Samico, I; Felisberto, E; Figueiró, AC; Frias, PG (Orgs) *Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.
48. Akerman M, Mendes BR, Bógusc CM, Westphald MF, Bichire A, Pedrosos ML. Avaliação em promoção da saúde: foco no 'município saudável'. *Rev Saúde Pública*: v.5, n.36, pp.638-46, 2002.
49. Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG (Orgs) *Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.
50. Contandriopoulos A, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29- 47.
51. Vieira-da-Silva, L M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz ZA, Vieira-da-Silva LM. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.15-39.
52. Champagne F, Hartz Z, Brousselle A, Contandriopoulos, AP. *Apreciação Normativa*. In: Astrid Brousselle; François Champagne; André-Pierre Contandriopoulos; Zulmira Hartz (Orgs.). *Avaliação: Conceitos e Métodos*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011, p: 77-94.
53. Danabedian A. *Explorations in quality assessment and monitoring*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, v. 3, p. 3-31, 1988.
54. Hartz Z, Goldberg C, Figueiró AC, Potvin L. Multi-strategy in the Evaluation of Health Promotion Community Interventions: An Indicator of Quality. In: Potvin, Louise, McQueen, David V. (Eds.). *Health Promotion Evaluation Practices in the Americas: Values and Research*. Springer, p. 253-267, cap. 14, 2009.
55. Sullivan HM, Barnes ME. Building Collaborative Capacity Through Theories of Change: Early Lessons from the Evaluation Action Zones in England. *Evaluation*, v.8, n.2, pp.205- 226, 2002.
56. Chen HT. *Practical Program Evaluation: Assessing and Improving Planning, Implementation, and Effectiveness*. SAGE Publications, Inc, Thousand Oaks, Calif. Publication, 2004, 304 p.
57. Hallal PC, Victora CG, Wells JC, Lima RC. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. *Med Sci Sports Exerc* . v. 35, p. 1894-1900, 2003.
58. Kohl HW, Craig CL, Lambert EV, Inoue S, Alkandari JR, Leetongin G, et al. The pandemic of physical inactivity: global action for public health. *Lancet*, n.380, pp. 294–305, 2012.

59. Malta DC, Silva Jr. JB. Balanço do primeiro ano da implantação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiologia. Serv. Saúde*, v.1, n.22, pp. 171-178, 2013.
60. Galvão TF, Pereira MG. Systematic reviews of the literature: steps for preparation. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v.1, n.23, pp. 183-184, 2015.
61. Higgins JPT, Green S, (edit). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*, version 5.1.0 (updated March 2011) Oxford: The Cochrane Collaboration; 2011. Disponível em: <http://handbook.cochrane.org/>
62. Sampaio RF, Mancini MC. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Rev. bras. fisioter.*, v.1, n.11, pp.83-89, 2007.
63. Hill MM, Hill A. *Investigação por questionário*. Lisboa: Silabo, 2000.
64. Santos EM, Natal S. *Um guia para conhecer modelos teóricos de avaliação*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.
65. Costa JMBS, Silva VL, Samico IC, Cesse, EAP. Desempenho de intervenções de saúde em países da América Latina: uma revisão sistemática *Rev.saúde debate*, v.39, n.especial, pp 307-319, 2015.
66. Dubuy V, De Cocker KA, De Bourdeaudhuij IM, Maes L, Metsu P, Van Acker R, et al. 10 000 Steps Flanders': evaluation of the state-wide dissemination of a physical activity intervention in Flanders. *Health Educ Res*, v.28, n.3, pp. 546-551, 2013.
67. Norwood P, Eberth B, Farrar S, Anable J, Ludbrook A. Active travel intervention and physical activity behaviour: an evaluation. *Social Science & Medicine*, v. 113, pp. 50-58, 2014.
68. Parra DC, McKenzie TL, Ribeiro IC, Ferreira Hino AA, Dreisinger M, Coniglio K, et al. Assessing physical activity in public parks in Brazil using systematic observation. *Am J Public Health*, v.8, n.100, pp.1420-6, 2010.
69. Fernandes AP, Andrade ACS, Ramos CGC, Friche AAL, Dias MAS, Xavier CC, et al. Leisure-time physical activity in the vicinity of Academias da Cidade Program in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil: the impact of a health promotion program on the community. *Cad. Saúde Pública*, v.31, suppl.1, pp.195-207, 2015.
70. Hallal PRC. Avaliação de Programas Comunitários de Promoção da Atividade Física: o Caso de Curitiba, Paraná. *Revista Brasileira Atividade Física & Saúde*, v.14, n.2, 2009.
71. Mendonça BC, Oliveira AC, Toscano JJO, Knuth AG, Borges TT, Malta DC, et al. Exposure to a community-wide physical activity promotion program and leisure-time physical activity in Aracaju, Brazil. *J Phys Act Health*. v.7, Suppl 2, pp223-8, 2010.
72. Reis RS, Hino AA, Cruz DK, Silva Filho LE, Malta DC, Domingues MR, Hallal PC. Promoting physical activity and quality of life in Vitoria, Brazil: evaluation of the Exercise Orientation Service (EOS) program. *J Phys Act Health*, v.11, n. 1, pp. 38-44, 2014.
73. Biggs JS, Farrell L, Lawrence G, Johnson JK. A practical example of Contribution Analysis in public health. *Evaluation*, v.20, n.2, pp. 214-229, 2014.
74. Potvin L, Gendron S, Bilodeau, A. Três Posturas Ontológicas Concernentes à Natureza dos programas de saúde: implicações para a avaliação. In: BOSI, M & M &

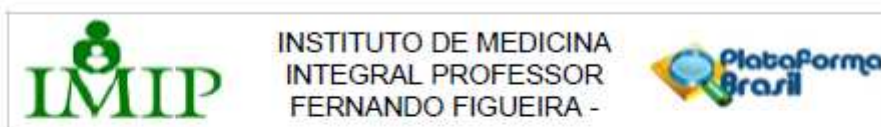
MERCADO, F.J. (Org.), Avaliação Qualitativa de programas de Saúde. Enfoques Emergentes. Editora Vozes, 2006, p. 65 – 86.

75. Ferreira MS, Castiel LD, Cardoso MHCA. Atividade física na perspectiva da Nova Promoção da Saúde: contradições de um programa institucional. Ciênc. Saúde Coletiva, 2011, v. 16 (Supl. 1), p. 865-872.

76. Coelho CS, Verdi MIM. Políticas e programas de atividade física: uma crítica à luz da promoção da saúde. Saúde & Transformação Social. v.6, n.3, p.96.-108, 2015.

77. Martins PHN. Repensando sociologicamente a noção linear de determinantes sociais. In: Pinheiro R, Martins PHN (Org.). Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009.

ANEXO - Parecer Consubstanciado Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da contribuição e da sustentabilidade do Programa Academia da Cidade no município do Recife, Pernambuco, Brasil.

Pesquisador: Gisele Cazarin

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51843315.8.0000.5201

Instituição Proponente: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP/PE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.393.190

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma tese apresentada ao IHMT (INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL - UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA) como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de doutor em Saúde Internacional, na especialidade Política de Saúde e Desenvolvimento sob orientação da Profa. Dra. Sônia Dias / Profa. Dra. Ana Cláudia Figueiró.

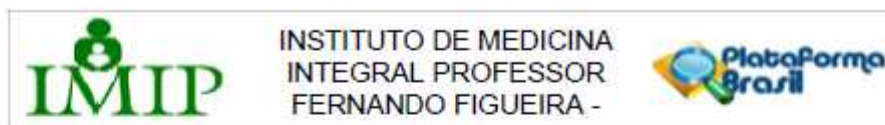
O caso estudado será o Programa Academia da Cidade do município do Recife, capital do estado de Pernambuco, localizado no nordeste brasileiro. Pesquisa avaliativa, de caráter analítico, do tipo análise de efeitos. A estratégia de pesquisa adotada será o estudo de caso único. O caso estudado

será o Programa Academia da Cidade do município do Recife. Serão empregados métodos mistos. Os Procedimentos para Coleta de Dados

envolverão: entrevistas semi-estruturadas com informantes-chave; revisão sistematizada da literatura; base de dados secundária a partir de

inquéritos de base domiciliar (VIGITEL). A coleta de dados será realizada entre fevereiro a maio de 2016. O Projeto será submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa e Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). Diversos estudos demonstraram a efetividade do PAC Recife na promoção da atividade física, entretanto, para que a avaliação possa contribuir com o alcance dos resultados, e

Endereço: Rua dos Coelhos, 300
Bairro: Boa Vista **CEP:** 50.070-550
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2122-4756 **Fax:** (81)2122-4782 **E-mail:** comtedeetica@mip.org.br



Continuação do Parecer: 1.303.190

aprimoramento do Programa faz-se necessário a compreensão do porque o Programa ter funcionado, como também elucidação das hipóteses e mecanismos subjacentes que influenciam nos resultados do Programa e sua sustentabilidade. Neste sentido, este estudo objetiva, tendo intervenção e avaliação na área de promoção da saúde como panos de fundo, aplicar ferramentas de análise da contribuição e sustentabilidade do PAC com foco na identificação e caracterização de fatores teóricos e práticos favoráveis ou dificultadores à sua implementação, para a qual há escassos estudos demonstrados na literatura científica.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

Avaliar a contribuição e a sustentabilidade do Programa Academia da Cidade (PAC) no município do Recife, Pernambuco, Brasil.

Objetivos específicos

- 1) Realizar revisão sistematizada da literatura sobre avaliação de Programas de atividade física comunitários (Estudo 1).
- 2) Avaliar a contribuição do Programa Municipal Academia da Cidade na promoção de atividade física (Estudo 2).
- 3) Avaliar a sustentabilidade do Programa Municipal Academia da Cidade (Estudo 3).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

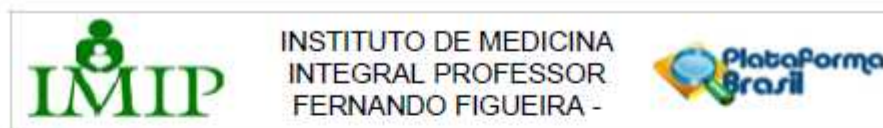
Riscos:

Há risco de constrangimento diante de questões que serão colocadas, que serão minimizadas pelo pesquisador, que prestará todos os esclarecimentos que venham a ser necessários ao entrevistado.

Benefícios:

O benefício indireto é o de que as informações fornecidas poderão contribuir na qualificação das ações do Programa Academia da Cidade, como também de políticas de promoção da saúde e atividade física.

Endereço: Rua dos Coelhos, 300
 Bairro: Boa Vista CEP: 50.070-550
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2122-4755 Fax: (81)2122-4782 E-mail: comtedeetica@imip.org.br



Continuação do Parecer: 1.393.190

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

No TCLE, alterar a posição da assinatura do pesquisador. Inserir-la abaixo da assinatura do participante de pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Já descrito em comentários

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

No TCLE, alterar a posição da assinatura do pesquisador. Inserir-la abaixo da assinatura do participante de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_643134.pdf	13/12/2015 22:44:11		Aceito
Outros	lattes.docx	13/12/2015 19:10:39	Gisele Cazarin	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	apendice.docx	13/12/2015 18:58:37	Gisele Cazarin	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	13/12/2015 18:57:00	Gisele Cazarin	Aceito
Outros	carta.docx	12/12/2015 12:09:47	Gisele Cazarin	Aceito
Folha de Rosto	folha.docx	12/12/2015 12:03:31	Gisele Cazarin	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua dos Coelhos, 300
 Bairro: Boa Vista CEP: 50.070-550
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2122-4755 Fax: (81)2122-4782 E-mail: comtedeetica@imip.org.br



INSTITUTO DE MEDICINA
INTEGRAL PROFESSOR
FERNANDO FIGUEIRA -



Continuação do Parecer: 1.393.190

RECIFE, 22 de Janeiro de 2016

Assinado por:
Jose Eulalio Cabral Filho
(Coordenador)

Endereço: Rua dos Coelhos, 300

Bairro: Boa Vista

CEP: 50.070-550

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2122-4756

Fax: (81)2122-4782

E-mail: comitedeetica@imp.org.br