

Tomada de decisão baseada em evidências e promoção da atividade física entre secretários municipais de saúde

Leonardo Augusto Becker^{I,II}, Cassiano Ricardo Rech^{I,III}, Adriano Akira Ferreira Hino^{I,IV,V}, Rodrigo Siqueira Reis^{I,VI,VII}

^I Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Grupo de Pesquisa em Atividade Física e Qualidade de Vida. Curitiba, PR, Brasil

^{II} Universidade Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Curitiba, PR, Brasil

^{III} Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Desportos. Departamento de Educação Física. Florianópolis, SC, Brasil

^{IV} Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde. Curitiba, PR, Brasil

^V Universidade Federal Tecnológica Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Curitiba, PR, Brasil

^{VI} Washington University in St. Louis. Brown School. Prevention Research Center. St Louis, MO, USA

^{VII} Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Gestão Urbana. Curitiba, PR, Brasil

RESUMO

OBJETIVO: Descrever o emprego das etapas da tomada de decisões baseada em evidências para implementação de programas de promoção da atividade física.

MÉTODOS: Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quali-quantitativa, realizado com secretários municipais de saúde escolhidos intencionalmente por representantes das regionais de saúde do estado do Paraná. Ao todo, 27 secretários participaram de uma entrevista telefônica composta por 17 questões abertas. A análise de conteúdo foi conduzida segundo as categorias de um modelo de tomada de decisões baseada em evidências composto de sete etapas.

RESULTADOS: Nenhum dos participantes empregou todas as etapas do modelo de tomada de decisões baseada em evidências. As etapas mais mencionadas foram: avaliação do programa (33,3%), uso de evidências da literatura (22,2%) e identificação do problema (22,2%). As etapas menos reportadas foram: quantificação do problema (14,8%), desenvolvimento e priorização de ações (14,8%), desenvolvimento do plano de ação (14,8%) e avaliação da comunidade (3,7%).

CONCLUSÕES: O emprego da tomada de decisões baseada em evidências no contexto da promoção da atividade física apresentou-se incipiente entre os secretários de saúde do estado do Paraná. Sugere-se ampliar a disseminação e o treinamento para o uso de tomada de decisões baseada em evidências entre os gestores municipais a fim de ampliar a efetividade das ações de promoção da atividade física.

DESCRITORES: Tomada de Decisões. Formulação de Políticas. Planos e Programas de Saúde. Promoção da Saúde. Técnicas de Exercício e de Movimento. Sistema Único de Saúde.

Correspondência:

Leonardo Augusto Becker
Rua Imaculada Conceição, 1155
Prado Velho
80215-901 Curitiba, PR, Brasil
E-mail: leonardo Becker26@hotmail.com

Recebido: 24 jul 2017

Aprovado: 3 jan 2018

Como citar: Becker LA, Rech CR, Hino AAF, Reis RS. Tomada de decisão baseada em evidências e promoção da atividade física entre secretários municipais de saúde. Rev Saude Publica. 2018;52:90.

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



INTRODUÇÃO

Apesar da relativa consistência nas evidências sobre intervenções para a promoção da atividade física (AF)^{1,2}, a implementação e manutenção destas em larga escala ainda é um desafio em muitos países, particularmente naqueles de baixa e média renda^{1,2}. Em geral, a falta de apoio político e de adaptação das intervenções ao contexto sociocultural local tem sido considerada como um dos aspectos mais desafiadores¹. Esses aspectos podem ser ainda mais complexos para a promoção de AF junto ao sistema público de saúde no Brasil, uma vez que os gestores enfrentam elevada demanda de prioridades e têm pouco tempo disponível para as ações em saúde³.

O emprego de ferramentas para a tomada de decisão no contexto da promoção de saúde pode auxiliar tanto o cotidiano dos gestores quanto o acesso aos serviços de saúde. Os gestores municipais podem compreender com maior facilidade as demandas e as necessidades das comunidades locais e são, portanto, pessoas centrais no desenvolvimento de ações locais para a promoção de saúde^{4,5}. O contato permanente entre gestores, conselhos de saúde e equipes técnicas é importante porque possibilita que as decisões em saúde sejam pautadas em evidências científicas e na realidade local, e não apenas pelo contexto político inerente ao cargo⁶. A tomada de decisão baseada em evidências (TDBE) tem sido considerada importante e efetiva⁷ e é definida como o “uso da melhor evidência científica atual, para tomar decisões sobre o cuidado de comunidades e populações, no domínio da proteção, melhoria, manutenção à saúde e prevenção de doenças” (Brownson et al.⁸, p.3).

O emprego da TDBE é recente na área da AF e ocorre predominantemente em países de alta renda⁷. Nesses países, o uso da TDBE é mais frequente entre gestores de saúde com maior escolaridade, que trabalham em cidades de grande porte e recebem recursos, treinamentos e apoio para essa finalidade^{7,8}. No Brasil, o emprego da TDBE em programas de promoção da AF ainda é incipiente⁸ e mesmo as ferramentas empregadas nesse processo, como o Modelo Lógico⁴ ou ainda modelos de avaliação como o RE-AIM⁵, não são utilizadas de maneira rotineira na gestão de programas de promoção da AF. No Brasil, as ferramentas foram aplicadas em programas já executados, o que limita o planejamento inicial dos programas^{9,10}. Além disso, tais ferramentas não exploram de maneira detalhada o processo decisório que envolve a implementação e avaliação dos programas¹¹. Um modelo composto por sete etapas do processo de saúde pública baseada em evidências tem sido adotado na tentativa de analisar a TDBE entre gestores^{12,13}. A compreensão sobre o uso da TDBE no contexto brasileiro, particularmente em face às complexidades dos programas de promoção de AF no país – como o financiamento inadequado, a quase ausência de sistemas de vigilância em AF em municípios de pequeno e médio porte e a carência de equipes qualificadas para a promoção de AF¹⁴ –, representa um passo importante para a implementação e manutenção dos programas. Assim, nosso objetivo primário com este estudo foi descrever o emprego das etapas da TDBE para implementação de programas de promoção de atividade física em municípios do estado do Paraná. Como objetivo secundário, comparamos a aplicação das etapas de tomada de decisão entre municípios com experiências positivas e municípios com dificuldades na implementação de programas para a promoção da atividade física.

MÉTODOS

Delineamento do Estudo

Este estudo é parte do projeto Práticas locais e o uso de evidências na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis no estado do Paraná. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quali-quantitativa, de delineamento transversal, realizado com secretários municipais de saúde do estado do Paraná. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (Processo 130.240).

População e Amostra

O estado do Paraná está localizado na região Sul do país, possui 11.219.013 habitantes distribuídos em 399 municípios, ocupando uma área territorial de 199.880 km². É a quarta maior economia do país e possui Índice de Desenvolvimento Humano de 0,749, o que é considerado alto para o contexto brasileiro¹⁵. Em termos de saúde, os municípios do Paraná são organizados administrativamente em 22 regionais, que são responsáveis pela gerência de saúde do estado. A gestão da regional é realizada por um representante de saúde e um apoiador, os quais são responsáveis por identificar as prioridades de saúde da população, realizar o planejamento e gerir o sistema de saúde dos municípios em parceria com os secretários municipais de saúde (SMS). Cada município possui uma secretaria de saúde gerida por um secretário.

A seleção dos participantes ocorreu em duas etapas. Na primeira, os representantes das 22 regionais de saúde do estado foram contatados por telefone, visto que são atores privilegiados nas localidades, pois possuem acesso à realidade de cada município, assim como às ações que são desenvolvidas nos locais. Dois representantes não aceitaram ou não compareceram no horário agendado para entrevistas. Os 20 representantes contatados apontaram, de acordo com a percepção e o conhecimento de sua localidade, os municípios que apresentavam experiências positivas e aqueles que mostravam dificuldades na implementação de programas de promoção da AF. Ao todo, 33 municípios foram indicados, 17 com experiências positivas e 16 com dificuldades. Na segunda, os SMS indicados foram convidados para participar do estudo. Dentre os 33 SMS convidados, seis (quatro municípios com experiências positivas e dois com dificuldades) (18,2%) recusaram. Assim, a amostra final foi composta por 27 SMS: 13 municípios que possuíam experiências positivas e 14 que apresentavam dificuldades na implementação de ações de promoção da AF.

Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista telefônica entre os meses de julho e agosto de 2015. O contato dos secretários foi obtido a partir de informações (nome, telefone, e-mail, telefone para recado e município) disponibilizadas pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná (COSEMS-PR)⁶. Inicialmente, foi enviado um e-mail aos secretários, com informações sobre o estudo e um convite para participarem dele. Em seguida, foi realizado contato por telefone com cada SMS, para esclarecer possíveis dúvidas sobre a participação, e agendada uma entrevista conforme disponibilidade de cada participante.

As entrevistas telefônicas tiveram duração média de 30 minutos (mínimo = 20 minutos; máximo = 45 minutos) e foram conduzidas com um roteiro composto por 17 questões abertas, organizadas em sete blocos: i) informações sociodemográficas; ii) prioridades de saúde na regional de saúde; iii) conhecimento de intervenções para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) baseada em evidências; iv) barreiras para tomada de decisão baseada em evidências; v) apoio à prevenção de DCNT baseada em evidências; vi) etapas da evidência para prevenção de DCNT e vii) etapas da evidência para promoção da AF. O roteiro foi desenvolvido em conjunto por três pesquisadores nacionais e um internacional com experiência e publicações na área da saúde, DCNT e gestão pública, e teve como objetivo padronizar a obtenção de informações referentes ao processo de tomada de decisão.

A transcrição das entrevistas foi realizada por dois pesquisadores auxiliares e na sequência, o coordenador do estudo fez a conferência do áudio com a transcrição. O anonimato dos secretários foi mantido, pois os dados que poderiam identificá-los foram substituídos por códigos (S1, S2, S3, etc.).

Variáveis do Estudo e Análise dos Dados

Os dados foram analisados por meio de uma abordagem descritiva e com emprego de análise de conteúdo¹⁶. Os participantes responderam a seguinte questão: "O(a) senhor(a)

poderia descrever como é o processo de planejamento, desenvolvimento e implementação dos programas de promoção da atividade física em seu município?”. As respostas foram categorizadas de acordo com as sete etapas da TDBE definidas *a priori*, segundo modelo proposto por Brownson⁸, descritas a seguir:

- Etapa 1 – Avaliar a comunidade: identificação das prioridades de saúde e comparação com os dados de vigilância do país (ex: Sistema de Vigilância e Fatores de Risco e Proteção de Doenças Crônicas não Transmissíveis por Inquérito Telefônico¹⁷).
- Etapa 2 – Identificar o problema: caracterização por reuniões intersetoriais com os gestores para verificar as necessidades de implementação do programa.
- Etapa 3 – Quantificar o problema: qualificação da população alvo (ex: idade, gênero, raça, nível de atividade física, co-morbidades).
- Etapa 4 – Buscar evidências na literatura: mapeamento das evidências científicas sobre programas da AF em periódicos científicos e bases de dados (PubMed, SciELO, Biblioteca Virtual da Saúde), documentos governamentais e *websites*¹⁸.
- Etapa 5 – Desenvolver e priorizar ações: identificação da necessidade de apoio político para implementação do programa, bem como o custo para implementação, manutenção e definição da estrutura necessária.
- Etapa 6 – Desenvolver um plano de ações: utilização de modelo lógico para implementação do programa⁴. Nesta fase, os gestores devem identificar qual(is) os objetivos (curto, médio e longo prazo), assim como os tipos de atividades realizadas, a equipe de trabalho, as formas de intervenção, a estrutura e os materiais necessários.
- Etapa 7 – Avaliar o programa: identificação da divulgação do programa, adesão da população e resultados de acordo com os objetivos propostos (tanto relacionado a aspectos de saúde da população quanto financeiros).

RESULTADOS

Participaram do estudo 27 SMS do estado do Paraná, 13 de municípios com experiências positivas e 14 com dificuldades na implementação e execução de programas de promoção da AF. Em geral, os participantes eram predominantemente mulheres (56,6%), entre 41 e 59 anos (55,5%), com formação na área da saúde (48,1%), ocupantes do cargo por um período entre 13 e 36 meses (51,8%) e atuavam em municípios de médio porte (55,5%), de 10,001 a 50,000 habitantes (Tabela).

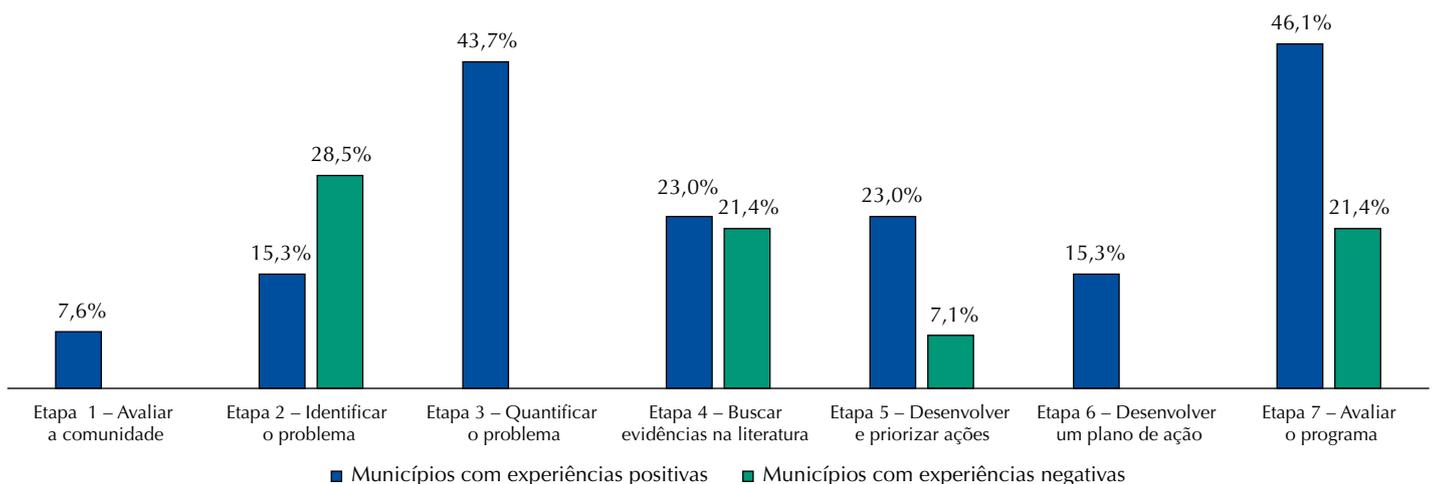
Em relação ao processo de adoção das etapas da TDBE para implementação de programas de promoção da AF, nenhum secretário reportou aplicar todas as sete etapas da TDBE, e um em cada três secretários não aplicou nenhuma das etapas sugeridas pela literatura. As etapas mais empregadas pelos secretários foram: avaliar o programa (33,3%), utilizar as evidências da literatura (22,2%) e identificar o problema (22,2%). As etapas com menor aplicação nos municípios investigados foram: quantificar o problema (14,8%), desenvolver e priorizar ações (14,8%), desenvolver um plano de ação (14,8%) e avaliar a comunidade (3,7%) (Tabela).

Os SMS de municípios com experiências positivas mencionaram o uso de mais etapas para a TDBE do que aqueles que atuavam em municípios com dificuldades na implementação de ações de promoção da AF (Figura). Contudo, mesmo entre os SMS de municípios com experiências positivas, observou-se que menos de um em cada quatro SMS utilizou as etapas: avaliar a comunidade, identificar o problema, buscar evidências na literatura, desenvolver e priorizar ações e desenvolver um plano de ação. Em geral, os SMS desses municípios utilizavam as etapas: quantificar o problema e avaliar o programa. Já entre os SMS de municípios com dificuldades nas ações de promoção da AF, apenas quatro das sete etapas

Tabela. Perfil dos secretários municipais de saúde de municípios com experiências positivas e com dificuldades nas ações de promoção de atividade física. Paraná, Brasil, 2015. (n = 27)

Variável	Categorias	n	%
Gênero	Masculino	12	44,4
	Feminino	15	55,6
Faixa etária	20–40	9	33,3
	41–60	15	55,5
	≥ 60	3	11,2
Formação profissional	Ciências humanas e sociais	5	18,5
	Ciências exatas e da terra	4	14,8
	Ciências biológicas e da Saúde	13	48,1
	Engenharias e tecnologia	1	3,8
	Sem formação profissional	4	14,8
Tempo de atuação profissional	Até 12 meses	7	29,2
	13–36 meses	14	51,8
	≥ 37 meses	6	19,0
Porte populacional	< 10.000 habitantes	8	29,7
	10.001–50.000 habitantes	15	55,5
	≥ 50.001 habitantes	4	14,8
Etapas da TDBE	Avaliar a comunidade	1	3,7
	Identificar o problema	6	22,2
	Quantificar o problema	4	14,8
	Evidências na literatura	6	22,2
	Desenvolver e priorizar ações	4	14,8
	Desenvolver um plano de ação	4	14,8
	Avaliar o programa	9	33,3
	Número de etapas da TDBE reportadas pelos secretários		
	0	8	29,6
	1	9	33,4
	2	5	18,5
	3	5	18,5
	4 ou mais	0	0,0

TDBE: tomada de decisões baseada em evidências

**Figura.** Etapas para a tomada de decisão baseada em evidências relatadas por secretários municipais de saúde de municípios com experiências positivas ou com dificuldades nas ações de promoção da atividade física. Paraná, Brasil, 2015. (n = 27)

do modelo de uso da TDBE foram aludidas: identificar o problema, buscar evidências na literatura, desenvolver e priorizar ações e avaliar o programa (Figura).

Os Quadros 1 e 2 mostram exemplos de relatos dos gestores relacionados às etapas de aplicação da TDBE para a promoção da atividade física.

Quadro 1. Relatos dos secretários municipais de saúde com experiências positivas que evidenciam o processo de planejamento, desenvolvimento e implementação de programas de atividade física. Paraná, Brasil, 2015. (n = 13)

Etapas	Relatos
Etapa 1 – Avaliar a comunidade	“A identificação do problema é muito simples e todos os programas se enquadram na questão da atividade física. Nós identificamos um elevado número de obesos no município. Já foi feito o programa de levantamento de quantos por cento da população está acima do peso (indica o programa de atividade física)” S12
Etapa 2 – Identificar o problema	“O programa foi baseado no curso sobre as necessidades do município” S1
Etapa 3 – Quantificar o problema	“Em relação à atividade física, no dia que tem atividade física, percebemos que há uma adesão maior da população” S7
Etapa 4 – Evidências na Literatura	“Eu penso que se eles {profissionais que estão no dia a dia} vão propor alguma coisa, será com base em algo literário que tenha sido escrito por alguém, e que tenha dado um resultado. Mas, na verdade, nós começamos a propor que algumas coisas fossem feitas e assim fomos nos adequando conforme a demanda do nosso município” S7
Etapa 5 – Desenvolver e priorizar ações	“Os profissionais que lá atuam têm que fazer o planejamento, saber qual é o público que vão atingir, verificar qual é o método que vai ser desenvolvido e então, mensalmente, faz-se uma reunião pra discutir se o planejamento está sendo seguido” S10
Etapa 6 – Desenvolvimento de um plano de ação	“Hoje nós temos a academia de saúde coordenada pela profissional de educação física com o apoio do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família). Então, fazemos as atividades: temos Pilates, aulas de dança, palestras, orientação e trabalho junto com o grupo de idosos. Além do cuidado e da orientação à gestante.. O planejamento e as orientações são feitos em grupo de acordo com o paciente e a idade” S8
Etapa 7 – Avaliação dos programas	“Nas tardes de sextas-feiras, a tarde nós trabalhamos com avaliação. Então identificamos um projeto, um programa ou mais, e avaliamos a situação. Estamos obtendo bons resultados” S12

Quadro 2. Relatos dos secretários municipais de saúde com dificuldades que evidenciam o processo de planejamento, desenvolvimento e implementação de programas de atividade física. Paraná, Brasil, 2015. (n = 14)

Etapa	Relato
Etapa 2 – Identificar o problema	“Foi feito um projeto. Foi feita uma pesquisa com base na faixa etária das pessoas do município e observou-se que existem muitas pessoas acima de 50 anos. Então, o trabalho com o núcleo de atenção e saúde da família teria que ser diferenciado” S17
Etapa 4 – Evidências na Literatura	“Precisamos buscar informações a fim de sabermos como funciona, onde deu certo, e de que maneira foi feito para que se atingisse um bom resultado” S15
Etapa 5 – Desenvolver e priorizar ações	“Nós temos uma academia de saúde que foi concluída. Então, serão contratados profissionais para trabalhar. É um recurso do governo federal, que foi disponibilizado para o município, para a construção. Agora, vamos definir quais serão os profissionais que vão trabalhar. Pois, vários profissionais podem ser contratados. Seguindo a lógica de fazer o trabalho com pessoas que têm esse problema de saúde, vamos definir quais os profissionais que serão contratados” S15
Etapa 7 – Avaliar o programa	“Cada um deles {pacientes} tem um prontuário próprio com estratificação de risco para atividade física. Não é qualquer pessoa que chega ao local, principalmente os idosos. Então, precisamos ter esse cuidado. E essa avaliação é realizada mensalmente e trimestralmente” S20

DISCUSSÃO

Os resultados do estudo indicam que nenhum dos SMS entrevistados empregou todas as etapas da TDBE para a promoção da AF e um em cada três SMS não aplicou nenhuma das etapas na implementação de programas de promoção da AF. A aplicação das etapas da TDBE foi mais frequente entre os SMS de municípios com experiências positivas comparados a aqueles de municípios com dificuldades. As etapas mais mencionadas foram: avaliar o programa, utilizar as evidências da literatura e identificar o problema.

Os resultados deste estudo indicam que os SMS têm dificuldade em reconhecer as necessidades locais e incluir estratégias para identificar e quantificar o problema, pois essas etapas são fundamentais para o emprego da TDBE⁸. Essas etapas são seguidas para que se possa compreender as prioridades em saúde na comunidade. É possível, através dos dados do sistema de vigilância dos municípios, estabelecer a magnitude do problema. Podem-se estabelecer prioridades de saúde, características da população alvo (faixa etária, sexo, condição econômica) e as organizações/setores que são responsáveis por desenvolver estratégias a fim de minimizar o problema em questão (ex: inatividade física). Embora a maioria dos municípios possua dados de vigilância referentes às morbidades mais prevalentes, como: hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, entre outros, ainda são escassas as informações sobre a prática de AF nos municípios de pequeno e médio porte¹⁹. Dessa forma, fica evidente que essas etapas ainda são pouco exploradas no processo da implementação dos programas de AF, como mencionado no relato seguinte:

“A identificação do problema é muito simples e todos os programas se enquadram nessa questão da atividade física. Nós verificamos um elevado número de obesos na população. Já foi feito programa de levantamento de quantos por cento da população está acima do peso {indica o programa de atividade física}” S12.

A principal necessidade apontada no relato foi o combate à obesidade, sendo a prática de AF reconhecida como um aspecto importante para reverter esse quadro, o que é suportado pela literatura²⁰. Por outro lado, considerando que a AF é um importante fator de proteção para as principais DCNT²¹, seria esperado que ela fosse reconhecida como prioridade. Todavia, a inexistência de um sistema de monitoramento dos níveis de AF em cidades de pequeno e médio porte dificulta o reconhecimento da magnitude do problema da inatividade física por parte dos gestores. Atualmente, apenas as capitais e o Distrito Federal¹⁷, além de um grupo ampliado, porém, ainda restrito de municípios^{22,23}, têm os níveis de AF da população adulta regularmente monitorados.

Outro importante resultado indica um baixo uso de evidências científicas entre os secretários. A baixa aplicação dessa etapa pode estar associada a pouca familiaridade com a linguagem científica, dificuldades de acesso às evidências científicas e falta de habilidade para desenvolver um programa baseado em evidências científicas²⁴. Além disso, os relatos mostram que há necessidade de utilizar as evidências científicas nas ações de promoção de AF, tanto por parte da gestão, como por parte da equipe técnica: “cada profissional desenvolve a sua ação e procura sua informação!” S6. Porém, o uso dessas evidências ainda é baixo e não está institucionalizado nas Secretarias Municipais de Saúde. Tendo em vista que os SMS são atores nas políticas de saúde dos municípios, é fundamental que eles utilizem as melhores evidências científicas para tomar decisões. Diante dessa necessidade, o Ministério da Saúde criou o Portal Saúde Baseada em Evidências, que permite o acesso aos principais periódicos científicos. Ademais, uma maior aproximação entre acadêmicos e profissionais da área de gestão em saúde é necessária para que haja o conhecimento técnico e científico na elaboração de programas de AF. As intervenções no ambiente escolar, ações intersectoriais, campanhas informativas e mudanças no planejamento das cidades são concretas e contribuem para o aumento nos níveis de AF da população^{2,25}. Desse modo, os SMS poderiam envolver especialistas da área na elaboração e implementação de programas de AF. Além disso, é importante compreender e avaliar os programas já existentes nos municípios (evidência baseada em prática), pois, em muitos casos, as evidências científicas se iniciam de experiências do dia a dia (evidência baseada em prática)¹. Esse fato é corroborado por um relato sobre a importância em compreender as boas práticas empregadas nos municípios, pois caso haja sucesso, elas poderão ser adaptadas para outras localidades: “Na verdade, nós começamos a propor que algumas coisas fossem feitas e assim fomos nos adequando conforme a demanda do nosso município” S7.

De fato, é importante compreender como os programas são implementados (evidência baseada em prática), pois possuem elevada validade externa. Os resultados do presente estudo mostram que os secretários possuem dificuldades nas etapas: desenvolver e priorizar ações e desenvolver um plano de ação, sendo esta a maior entre os SMS com dificuldades nas ações de promoção da AF, conforme os relatos apresentados.

“Então, discutimos há uns dois meses que, durante as reuniões do Hiperdia, seria solicitado que em alguns dias da semana as enfermeiras fariam caminhadas com as pessoas que pertencem ao grupo. Então, essa foi a primeira ideia que nós tivemos. Então vamos avaliar e ver o que mais se encaixa nesse perfil” S4.

A dificuldade de planejamento faz com que as intervenções tenham pouca chance de serem efetivas ou sustentáveis, pois, como identificado neste estudo, os SMS têm dificuldades em avaliar e identificar o problema da comunidade, uma vez que essas etapas são fundamentais para todo o processo de desenvolvimento para o plano de ação. Frequentemente as ações não apresentam objetivos bem definidos e não atendem às necessidades da população. Além disso, não são raros os programas que não possuem financiamento suficiente ou equipe técnica qualificada^{1,14}. Assim, algumas ferramentas poderiam auxiliar os SMS na implementação dos programas de AF. Dentre elas, o uso do Modelo Lógico⁴, cuja aplicação é realizada em seis passos: i) participação de partes interessadas; ii) descrição e elaboração do plano de programa; iii) avaliação do programa; iv) fidedignidade das informações; v) análise dos dados e conclusões; vi) aplicação do programa e recomendações para continuidade do programa^{4,26}. Outra ferramenta que pode ser utilizada é o modelo RE-AIM⁵, *Reach* (característica da população alvo, número de participantes); *Efficacy* (impacto da intervenção na população alvo); *Adoption* (fatores que influenciam a prática de AF, número de organizações que implementaram o programa); *Implementation* (consistência do programa, estruturas adequadas, forma de divulgação); *Maintenance* (avaliação do programa a curto, médio e longo prazo)^{4,5}. Todavia, o emprego de tais ferramentas demanda o envolvimento de profissionais capacitados na área de promoção de AF.

A etapa mais mencionada pelos participantes foi: avaliar o programa. O resultado corrobora com outro estudo que mostra que a avaliação do impacto das intervenções e os benefícios econômicos são os principais fatores referidos pelos tomadores de decisões para a implementação dos programas de AF²⁷. Os dados quantitativos obtidos neste estudo são reforçados pelos relatos dos SMS: “No início do grupo, é aferido o peso e, a partir de uma proposta que eles fazem, avalia-se semanalmente o desenvolvimento daquele grupo” S4.

Apesar de sua importância, a avaliação relatada pelos participantes resume-se apenas àquela relacionada aos indicadores de saúde da população, o que corrobora a literatura²⁸. Dessa maneira, seria importante que os secretários avaliassem a implementação do programa pela sua divulgação e adesão ao programa pela população. Um estudo realizado na cidade de Curitiba, Brasil, identificou que 75,8% dos entrevistados viram a divulgação dos programas de AF, mas apenas 0,8% participaram dos programas oferecidos pela prefeitura municipal²⁹. Além disso, pode ser feita a avaliação do impacto do programa, referente à mudança no estilo de vida dos participantes⁸.

De modo geral, apesar de a análise do presente estudo ter focado nas etapas, os secretários não têm compreensão sobre o processo da TDBE. É necessário capacitar os SMS e a equipe técnica para que os SMS e a equipe técnica possam adotar a TDBE como um processo que permitirá melhorar o planejamento, o custo-efetividade, a adesão e os indicadores de saúde para a comunidade.

Os resultados deste estudo fornecem informações importantes sobre o processo de planejamento, implementação e desenvolvimento dos programas de AF entre os SMS do estado do Paraná. Contudo, a amostra foi obtida por meio de indicação dos coordenadores de regionais e contrastou os municípios com experiências positivas e aqueles com dificuldades nas ações de promoção da AF. Entretanto, a comparação entre municípios com extremos de experiência e sucesso na promoção de AF não esclarece toda a complexidade e diversidade existente nos municípios do estado. Com isso, não podemos generalizar os resultados para municípios com desempenho intermediário nas ações de promoção da AF.

Os achados são baseados nos relatos de gestores de cada secretaria; é possível que algum viés de resposta esteja presente, uma vez que poderiam superestimar o seu próprio conhecimento acerca do tema. Considerando que os resultados indicam baixo conhecimento sobre o

processo da TDBE, esse viés não alteraria a conclusão do estudo. Além disso, não foram entrevistados os coordenadores técnicos dos programas para ampliar as possibilidades de análise e interpretação dos dados.

Os resultados do estudo indicam que o emprego das etapas da TDBE para implementar programas de promoção para AF em municípios do estado do Paraná é pouco frequente e limitado a poucas etapas. Ademais, municípios com ações de destaque na promoção da AF usam mais etapas da TDBE do que municípios que apresentam dificuldades na promoção da AF. Sugerimos a ampliação das informações sobre o processo da TDBE no Brasil, especialmente entre os gestores municipais de programas de promoção de AF, pois o emprego de suas etapas é um importante mecanismo de sucesso dessas iniciativas nos municípios brasileiros. Promover cursos de capacitação, ampliar a fonte de informações de qualidade e viabilizar a troca de experiências entre municípios com mais experiências nas ações de AF são estratégias que podem ser testadas no Brasil para maior uso do processo da TDBE em programas de promoção da AF.

REFERÊNCIAS

1. Reis RS, Salvo D, Ogilvie D, Lamber EV, Goenka S, Brownson RC. Scaling up physical activity interventions worldwide: stepping up to larger and smarter approaches to get people moving. *Lancet*. 2016;388(10051):1337-48. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30728-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30728-0)
2. Heath GW, Parra DC, Sarmiento OL, Andersen LB, Owen N, Goenka S, et al. Evidence-based intervention in physical activity: lessons from around the world. *Lancet*. 2012;380(9838):272-81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60816-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60816-2)
3. Brownson RC, Parra DC, Dauti M, Harris JK, Hallal PC, HoehnerC, et al. Assembling the puzzle for promoting physical activity in Brazil : a social network analysis. *J Phys Act Health*. 2010;7 Suppl 2:S242-52. <https://doi.org/10.1123/jpah.7.s2.s242>
4. U.S. Department of Health and Human Services. Physical activity evaluation handbook. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2002 [citado 25 jun 2017]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/physical/handbook/pdf/handbook.pdf>
5. Jauregui E, Pacheco AM, Soltero EG, O'Connor TM, Castro CM, Estabrooks PA, et al. Using the RE-AIM framework to evaluate physical activity public health programs in México. *BMC Public Health*. 2015;15:162. <https://doi.org/10.1186/S12889-015-1474-2>
6. Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná. Curitiba: COSEMS-PR; c2013 [citado 25 jun 2017]. Disponível em: www.cosemspr.org.br
7. Brownson RC, Reis RS, Allen P, Duggan K, Fields R, Stamatakis KA, et al. Understanding administrative evidence-based practices: findings from a survey of local health department leaders. *Am J Prev Med*. 2014;46(1):49-57. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2013.08.013>
8. Brownson RC, Baker EA, Leet TL, Gillespie KN, True WR. Evidence-based public health. 2.ed. New York: Oxford University Press; 2011.
9. Binotto MA, Milistetd M, Benedetti TRB, Almeida FA. Programa Universidade Aberta para a Terceira Idade: avaliação do programa por meio do modelo RE-AIM. *Rev Bras Ativ Fis Saude*. 2015;20(3):309-20. <https://doi.org/10.12820/RBAFS.v.20N3P309>
10. 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 Fis Saude*. 2015;20(2):203-7. <https://doi.org/10.12820/RBAFS.v.20N2P203>
11. Gaglio B, Shoup JA, Glasgow RE. The RE-AIM framework: a systematic review of use over time. *Am J Public Health*. 2013;103(6):e38-46. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301299>
12. Jacobs JA, Clayton PF, Dove C, Funchess T, Jones E, Perveen G, et al. A survey tool for measuring evidence-based decision making capacity in public health agencies. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:57. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-57>
13. Tabak RG, Khoong EC, Chambers DA, Brownson RC. Bridging research and practice: models for dissemination and implementation research. *Am J Prev Med*. 2012;43(3):337-50. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.05.024>
14. Malta D, Silva M, Albuquerque G, Amorim R, Rodrigues G, Silva T, et al. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. *Rev Bras Ativ Fis Saude*. 2014;19(3):286-99. <https://doi.org/10.12820/RBAFS.V.19N3P286>

15. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Curitiba: IPARDES; c2011 [citado 25 abr 2017]. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br>
16. Creswell J. Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo cinco abordagens. 3.ed. Porto Alegre: Penso Editora; 2014.
17. Ministério da Saúde (BR), Agência Nacional de Saúde Suplementar. Vigitel Brasil 2015: Saúde Suplementar: vigilância e fatores de risco e proteção de doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília (DF); 2017 [citado 25 abr 2017]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/2015_vigitel.pdf
18. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Portal Saúde Baseada em Evidências. Brasília (DF); c2016 [citado 20 mar 2017]. Disponível em: <http://psbe.ufrn.br>
19. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Informática do SUS. Sistemas. Brasília (DF): DATASUS; c2017 [citado 15 jul 2017]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos>
20. Ding D, Lawson KD, Kolbe-Alexander TL, Finkelstein EA, Katzmarzyk PT, Mechelen W, et al The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *Lancet*. 2016;388(10051):1311-24. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30383-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30383-X)
21. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*. 2012;380(9838):219-29. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61031-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61031-9)
22. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3.ed. Brasília (DF); 2010 [citado 15 jul 2017]. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde, 7). Disponível em: http://bvsm.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Rio de Janeiro: IBGE; 2011 [citado 15 jul 2017]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=40
24. Jacobs JA, Dodson EA, Baker EA, Deshpande AD, Brownson RC. Barriers to evidence-based decision making in public health: a national survey of chronic disease practitioners. *Public Health Rep*. 2010;125(5):736-42. <https://doi.org/10.1177/003335491012500516>
25. Hoehner CM, Ribeiro IC, Parra DC, Reis RS, Azevedo MR, Hino AA, et al. Physical activity interventions in Latin America: expanding and classifying the evidence. *Am J Prev Med*. 2013;44(3):e31-40. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.10.026>
26. Ribeiro IC, Torres A, Parra DC, Reis R, Hoehner C, Schmid TL, et al. Using logic models as iterative tools for planning and evaluating physical activity promotion programs in Curitiba, Brazil. *J Phys Act Health*. 2010;7 Suppl 2:S155-62. <https://doi.org/10.1123/jpah.7.s2.s155>
27. Reis RS, Kelly CM, Parra DC, Barros M, Gomes G, Malta D, et al. Developing a research agenda for promoting physical activity in Brazil through environmental and policy change. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;32(2):93-100.
28. Becker LA, Gonçalves PB, Reis RS. Programas de promoção da atividade física no Sistema Único de Saúde brasileiro: revisão sistemática. *Rev Bras Ativ Fis Saude*. 2016;21(2):110-22. <https://doi.org/10.12820/RBAFS.V.21N2P110-122>
29. Hallal PC, Reis RS, Hino AAF, Santos MS, Grande D, Krempel MC, et al. Avaliação de programas comunitários de atividade física: o caso de Curitiba, Paraná. *Rev Bras Ativ Fis Saude*. 2009;14(2):104-14. <https://doi.org/10.12820/RBAFS.V.14N2P104-114>

Financiamento: Fundação Araucária (Apoio ao desenvolvimento científico e tecnológico do Paraná – Convênio 1284/2012).

Contribuição dos Autores: Coordenação da coleta de dados, concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, revisão da literatura e escrita do manuscrito: BLA. Planejamento do estudo, análise e interpretação dos dados e revisão crítica do artigo: RCR. Análise e interpretação dos dados, escrita e revisão crítica do artigo: HAAF. Concepção e planejamento do estudo, escrita e revisão crítica do artigo: RRS. Todos os autores leram e aprovaram a versão final do artigo.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.