



**INSTITUTO DE HIGIENE E  
MEDICINA TROPICAL**  
DESDE 1902



**UNIVERSIDADE  
NOVA  
DE LISBOA**

**Universidade Nova de Lisboa  
Instituto de Higiene e Medicina Tropical**

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

**Gisele Cazarin**

**DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE DOUTOR EM SAÚDE INTERNACIONAL  
ESPECIALIDADE DE POLÍTICAS DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO**

**ABRIL, 2019**



**INSTITUTO DE HIGIENE E  
MEDICINA TROPICAL**  
DESDE 1902



**UNIVERSIDADE  
NOVA  
DE LISBOA**

**Universidade Nova de Lisboa  
Instituto de Higiene e Medicina Tropical**

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

**Autor:** Gisele Cazarin

**Orientador:** Profa. Dra. Sónia Ferreira Dias

**Coorientador:** Profa. Dra. Ana Cláudia Figueiró

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Saúde Internacional, especialidade de Políticas de Saúde e Desenvolvimento, de acordo com o Regulamento Geral do 3.º Ciclo de Estudos Superiores Conducentes à Obtenção do Grau de Doutor pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical/Universidade Nova de Lisboa (n.º 474/2012) publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 223 de 19 de novembro de 2012.

À minha família, em especial Sebastianjorge, Fernando e Marina,  
por terem me ensinado a língua dos anjos.

## **Agradecimentos**

Ao meu amor Sebastianjorge, por ter segurado uma ‘onda’ imensurável, só não maior que nosso amor e respeito mútuos e nossa vontade de crescer juntos.

Aos meus pequenos Fernando e Marina, que esperaram pacientemente, por quatro anos, para terem sua mãe de volta. Esse trabalho é para vocês. Nada na vida se faz sem perseverança e amor no coração!

Aos meus pais Vilma e Ademir, pela inspiração, pela ajuda com os meninos, pela ajuda com as revisões... pelo apoio de sempre. Sem vocês teria sido impossível!

À Cláudia Florêncio (*in memoriam*), pelos ensinamentos de ‘que a vida é coisa séria, que a vida é luta que se pode viver sem luxos nem riquezas. Com ela, enfim, aprendi a gostar da vida, pois a vida é boa’.

À orientadora Sônia Dias, pela receptividade, confiança, incentivo e saberes compartilhados.

À coorientadora Ana Cláudia Figueiró, pela generosidade, disponibilidade e sabedoria na partilha de conhecimentos e, sobretudo, pela grande amizade.

À Profa. Zulmira Hartz e ao Prof. Luís Lapão, pelo acolhimento, pelas valiosas contribuições e pelo auxílio nos momentos difíceis.

Aos parceiros do GEAS/IMIP, Eronildo Felisberto, Isabella Samico, Paulo Frias, Suely Arruda, Lygia Carmen, Greciane Soares, Luciana Dubeux, Ana Telma... pelo apoio e pelo compartilhamento de sonhos.

Aos colegas da GMAVS/SEVS, Yluska Reis, Isabela Maciel, Monik Duarte e Khaled Azevedo, quarteto mais fantástico impossível. Obrigada pela paciência, solicitude e suporte incondicional. Orgulho-me de fazer parte dessa equipe!

À Secretaria de Saúde do Município do Recife, pela receptividade e apoio na realização desse estudo.

Aos profissionais e usuários do PAC Recife, pelo acolhimento da pesquisa e por serem exemplos de pessoas aguerridas.

Aos meus colegas de doutorado, em especial Marina Mendes, pelo ombro amigo, pelas lágrimas enxugadas, pelo companheirismo, pelo impulso, e pelas boas risadas.

Às minhas irmãs Milena e Rafaela, pela torcida e por serem meus alicerces, na alegria e na tristeza, na saúde e na doença.

Às minhas queridas amigas, especialmente Cinthia Kalyne, Emmanuely Lemos, Cristiana Viana e Julie Erika, que nunca me abandonaram um só minuto ao longo desse percurso.

Aos meus mestres, Bartholomeu Nigro, Roberta do Espírito Santo, Lúcio Aguiar e Bete Sarmiento, por terem me preparado de corpo e alma para essa missão.

Às minhas estimadas amigas da residência, Cinthia, Kamila, Luciana, Keise, Vilma, Milena e Graziela, por serem fontes de inspiração, fé e esperança na construção de um SUS melhor para todos os brasileiros.

À minha querida vizinha e amiga Talita Vasques, por muitas vezes ter sido a ‘mãe postiça’ de Marina e pela grande contribuição na revisão desse trabalho.

À Eva Vilma, por ter cuidado tão bem dos meus pequenos na minha ausência.

A todos que contribuíram para que esse sonho se concretizasse.

Gratidão!

## Resumo

Iniciativas de promoção de atividade física têm sido apontadas como práticas relevantes na promoção da saúde. O município do Recife- PE, Brasil, idealizou e implantou em 2002, política dessa natureza, denominada Programa Academia da Cidade (PAC). A sustentabilidade de intervenções de promoção da saúde constitui-se num desafio à manutenção dos seus resultados. Objetivou-se analisar como os eventos relativos à sustentabilidade do PAC Recife contribuíram para o alcance dos seus efeitos esperados no período de 2002 a 2016. Trata-se de uma pesquisa avaliativa qualitativa, tendo como estratégia de estudo o caso único. Para a análise dos dados, empregou-se a análise de conteúdo, modalidade temática, conforme Bardin (2011). A abordagem metodológica foi articulada em três estudos imbricados, de acordo com os objetivos específicos: 1. revisão sistematizada da literatura sobre avaliação de intervenções de promoção de atividade física comunitárias. Foram pesquisados artigos originais publicados de 2007 a 2016 nas bases de dados eletrônicas: *Medline*, *Scielo* e *LILACS*. Os estudos incluídos na revisão (oito) foram descritos quanto às suas características gerais, metodologia e principais resultados encontrados; 2. análise dos eventos relativos à sustentabilidade do PAC. Recolheram-se dados por meio da técnica do incidente crítico, a partir de: quatorze entrevistas com informantes chave e seis grupos focais, em dois períodos: de agosto a dezembro de 2010 e de junho a agosto de 2016, e em documentos oficiais e técnicos. Os dados foram analisados segundo proposição de Pluye et al. (2004, 2005) em: eventos de implementação, mistos e de sustentabilidade. Eles foram classificados em favoráveis ou desfavoráveis à sustentabilidade; 3. análise da contribuição dos eventos relativos à sustentabilidade no alcance dos efeitos esperados. A construção da teoria sobre como o PAC pretende alcançar seus resultados (teoria da mudança-TM) baseou-se em documentos oficiais do programa. Para sua validação procederam-se entrevistas com dez informantes-chave, de junho a agosto de 2016. O teste da TM deu-se pela integração dos dados qualitativos produzidos, assim como a revisão de documentos provenientes da literatura e de novos documentos oficiais e técnicos. Os resultados indicaram a ocorrência de quatorze eventos/incidentes críticos, na maior parte com consequências positivas para a continuidade do programa no período estudado. A análise da influência desses eventos e das evidências provenientes da literatura na TM do PAC revelou sua robustez, permitindo concluir que os eventos relativos à sustentabilidade tiveram importante contribuição no alcance dos resultados esperados de maneira contínua no município.

Palavras-chave: avaliação em saúde, promoção da saúde, sustentabilidade, contribuição, atividade física.

## **Abstract**

Initiatives for promotion of physical activities have been identified as relevant practices in health promotion. The city of Recife - PE, Brazil, devised and implemented in 2002 a policy of this nature, called Academia da Cidade Program (ACP), which loosely translates to City Gyms Program. The sustainability of HP intervention imposes a challenge to the maintenance of its results. The purpose of this study was to analyze how the events related to the program sustainability contributed to the achievement of expected effects in the period of 2002 to 2016. This is a qualitative evaluative research, that uses the single case study strategy. For the data analysis, the content analysis, thematic type, was used, according to Bardin (2011). A methodological approach was articulated in three overlapping studies, according to specific objectives: 1. systematic review of literature about the evaluation of interventions for promotion of physical activities in the community. We've researched original articles published from 2007 to 2016 in the following electronic database: Medline, Scielo and LILACS. The eight studies included in the review were described regarding their general characteristics, methodology and main findings; 2. analysis of events related to the sustainability of the program. Data was collected using the critical incident technique from: fourteen interviews with key informants and six focus groups in two periods: from August to December of 2010 and June to August of 2016, and technical and official documents. The data was analyzed based on Pluye et al. proposition (2004, 2005) in: mixed and sustainability implementation events. They were classified as favorable or unfavorable to sustainability; 3. analysis of the contribution of sustainability events to the achievement of expected effects. The construction of a theory about how the program (ACP) intends to achieve its results (theory of change) was based on official program documents. For its validation, interviews with ten key informants were conducted, from June to August of 2016. The Theory of Change test was conducted with the integration of the qualitative data produced and with the analysis of documents derived from the literature and new official and technical documents. The results pointed out to the occurrence of fourteen events/ critical incidents, mostly with positive consequences to the continuity of the program in the period that was part of the study. The analysis of the influence of these events and the evidence derived from the literature in the Theory of Change of the program (ACP) reveal its robustness, allowing to conclude that the events related to the sustainability had an important contribution in the achievement of expected results in the city on an ongoing basis.

**Keywords:** evaluation in health, health promotion, sustainability, contribution, physical activity.

## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO .....	1
2. REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO .....	12
2.1. O campo da Promoção da Saúde: contextualização e debate .....	12
2.2. Política Nacional de Promoção Saúde e a agenda governamental da promoção da atividade física .....	24
2.3. Aspectos gerais do Programa Academia da Cidade Recife-PE .....	32
2.4. Concepções teórico-metodológicas sobre avaliação em promoção da saúde.....	34
2.4.1. Análise da Contribuição.....	41
2.4.2. Análise da Sustentabilidade .....	47
3. OBJETIVOS .....	53
3.1. Objetivo geral .....	53
3.2. Objetivos específicos .....	53
4. MÉTODOS .....	54
4.1. Desenho de estudo .....	54
4.2. Local da Intervenção.....	55
4.3. Qualidade do estudo.....	57
4.4. Descrição dos procedimentos para a recolha de dados.....	58
4.5. Processamento e análise dos dados.....	70
4.6. Aspectos éticos.....	76
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	77
5.1. Revisão sistematizada sobre estudos avaliativos de intervenções de promoção de atividade física comunitários .....	77
5.2. Percurso dos eventos relativos à sustentabilidade do PAC Recife .....	87
5.3. Análise da contribuição dos eventos relativos à sustentabilidade para alcance dos efeitos do programa .....	134
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	152
7. REFERÊNCIAS.....	156
ANEXOS .....	174

## **Índice de figuras, quadros e anexos:**

### **Índice de figuras:**

- Figura 1: Modelo esquemático das questões avaliativas propostas pelo estudo..... 11
- Figura 2: Fluxograma de seleção de referências para revisão sistematizada sobre avaliação de intervenções de promoção de atividade física comunitárias, 2016..... 78
- Figura 3: Linha do tempo dos eventos/incidentes críticos\* (E) relativos à sustentabilidade do Programa Academia da Cidade, Recife- PE, 2002 a 2016..... 89
- Figura 4: Teoria da mudança do Programa Academia da Cidade, Recife, PE, 2016.... 136

## **Índice de quadros:**

Quadro 1: Rede própria de Saúde integrante da APS, Recife, 2016.....	57
Quadro 2: Parâmetros e critérios propostos pela JCSEE para meta-avaliação.....	62
Quadro 3: Definição das categorias analíticas para análise da sustentabilidade. ....	74
Quadro 4: Quantitativo de títulos excluídos, segundo etapas de seleção da revisão sistematizada e critérios de exclusão, 2016. ....	79
Quadro 5: Avaliação da qualidade dos textos da revisão sistematizada sobre intervenções comunitárias de atividade física, 2016. ....	80
Quadro 6: Estudos incluídos na revisão sistematizada sobre avaliação de intervenções comunitárias de promoção de atividade física, segundo caracterização geral, 2016.....	81
Quadro 7: Descrição dos estudos incluídos na revisão sistematizada sobre avaliação de intervenções comunitárias de promoção de atividade física, segundo aspectos da intervenção, 2016.....	83
Quadro 8: Linha do tempo dos eventos/incidentes críticos* (E) segundo categorias e subcategorias de análise, e quanto ao fato de ser favorável ou desfavorável à sustentabilidade do PAC, Recife, 2002-2016. ....	128
Quadro 9: Análise da contribuição dos eventos/incidentes críticos* (E) relativos à sustentabilidade na cadeia de resultados do componente de cogestão e intersetorialidade .....	138
Quadro 10: Análise da contribuição dos eventos/incidentes críticos* (E) relativos à sustentabilidade na cadeia de resultados do componente de teorias e práticas do PAC. ....	140
Quadro 11: Análise da contribuição dos eventos/incidentes críticos* (E) relativos à sustentabilidade na cadeia de resultados do componente educação, pesquisa e comunicação. ....	142

## **Índice de anexos:**

Anexo 1 Roteiro de Entrevista para análise da sustentabilidade do Programa Academia da Cidade .....	174
Anexo 2: Roteiro de Entrevista para análise da sustentabilidade do Programa Academia da Cidade .....	176
Anexo 3: Teoria da mudança preliminar do PAC, Recife-PE.....	178
Anexo 4: Roteiro de Entrevista para avaliação da teoria da mudança do Programa Academia da Cidade: especialistas .....	179
Anexo 5: Parecer Consubstanciado Comitê de Ética em Pesquisa.....	180
Anexo 6: Carta de Anuência Secretaria Municipal de Saúde Recife-PE.....	183
Anexo 7: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	184

## Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

AC	Análise de contribuição
AF	Atividade física
AM	Apoio matricial
APS	Atenção primária à saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CPEL	Círculos Populares de Esporte e Lazer
CS	Comportamento sedentário
CTD	Contrato temporário de trabalho
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DM	Diabetes <i>mellitus</i>
EF	Educação física
EMLURB	Empresa de Manutenção e Limpeza Urbana
ESEF	Escola Superior de Educação Física
EUA	Estados Unidos da América
FormSUS	Formulário Eletrônico do SUS
GUIA	<i>Guide for Useful Interventions for Physical Activity in Brazil and Latin America</i>
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPAQ	Questionário Internacional de Atividade Física
JCSEE	<i>Joint Committee on Standards for Educational Evaluation</i>
K	<i>Kappa</i>
LILACS	<i>Literatura Latino-americana e do Caribe</i>
Medline	<i>Medical literature Analysis and Retrieval System Online</i>
Mesh	<i>Medical Subject Headings</i>
ML	Modelo lógico

MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OP	Orçamento Participativo
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OSCIP	Organização de Sociedade Civil de Interesse Público
PAC	Programa Academia da Cidade
PACID	Programa Academia das Cidades
PAF	Promoção de atividade física
PAS	Programa Academia da Saúde
PE	Pernambuco
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PS	Promoção da Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RNAF	Rede Nacional de Atividade Física
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SOE	Serviço de Orientação e Exercício
SOPARC	Sistema de Observação de Brincadeiras e Comunidades
SUS	Sistema Único de Saúde
TM	Teoria da Mudança
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UPE	Universidade de Pernambuco
VIGITEL	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

## 1. INTRODUÇÃO

Embalados por um movimento sociopolítico baseado no ideário de Cidades Saudáveis, o município do Recife, capital do Estado de Pernambuco, idealizou e implantou, em 2002, intervenção comunitária de promoção de atividade física (PAF), nomeada Programa Academia da Cidade (PAC). Pelo seu caráter inovador, essa experiência foi adotada como modelo na implantação de iniciativas públicas semelhantes tanto no âmbito nacional, quanto internacional <sup>1, 2, 3</sup>.

O interesse em compreender os caminhos percorridos por essa experiência, tida como exitosa, e os fatores que influenciaram sua manutenção no município, ao longo dos seus quatorze anos de implementação (2002 a 2016), motivaram a formulação da questão investigativa principal desse estudo.

Intervenções de PAF foram introduzidas, desde o início da década de 1970, em diferentes países com objetivo principal de modificar fatores predisponentes a doenças cardiovasculares e diminuir a morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), com foco em atividades de educação em saúde e estruturas existentes na comunidade. Levaram-se em conta, à época, os desafios impostos aos sistemas de saúde quando do processo de transição demográfica e epidemiológica e ascensão das DCNT <sup>4</sup>.

No cenário mundial atual é inegável o impacto das mencionadas doenças, principalmente diabetes *mellitus* (DM), doenças cardiovasculares e acidente vascular cerebral, na utilização de serviços de saúde e nas restrições das atividades pelos acometidos <sup>5</sup>. Estima-se cerca de 36 milhões de mortes anuais por esse grupo de doenças, as quais respondem por 60% dos óbitos em todo o mundo, sendo a maior parte concentrada em países de média e baixa renda. Estudos de prevalência de DCNT revelaram tendência de aumento na população economicamente desfavorecida, com menor renda e escolaridade, acentuando ainda mais as desigualdades sociais <sup>6</sup>. Segundo estimativa para 2020, espera-se que o adoecimento por DCNT seja responsável por 80% do total de agravos nos países em desenvolvimento <sup>7</sup>.

No Brasil, ao estimarem a prevalência de DCNT, a partir dos dados da PNAD (Pesquisa

Nacional por Amostra de Domicílios) do ano de 2008, comparando-os aos de 2003, Barros et al.<sup>5</sup> constataram que as condições crônicas mais frequentes foram: hipertensão arterial sistêmica (HAS), doença de coluna, artrite e depressão. Registrou-se aumento, nos anos estudados, de casos de DM, HAS, câncer e cirrose, e redução de insuficiência renal crônica e tuberculose. Seguindo a tendência mundial, a maioria das doenças estudadas foi mais prevalente nos segmentos com menor escolaridade e sem cobertura de plano de saúde.

Considerando a magnitude dessas doenças, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs vinte e cinco metas globais até 2025. As metas nacionais propostas pelo Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento de DCNT 2011-2022, coincidem com as globais no que diz respeito à redução de 25% da mortalidade por DCNT; redução de fatores predisponentes, como: tabaco, álcool, sal, inatividade física, HAS, controle do aumento da obesidade e DM, tratamento de doenças cardiovasculares, e disponibilidade de medicamentos para DCNT. Adicionalmente, o plano brasileiro prevê metas para o aumento do nível de AF; consumo de frutas e verduras, e aumento nas coberturas do exame Papanicolau e mamografia<sup>8</sup>.

O estímulo à prática de AF vem se destacando no bojo de políticas de PS por guardarem relação com os princípios e os valores propostos pelo campo. Sua implantação demanda ações intersetoriais, qualificação de espaços públicos, questões relativas à mobilidade urbana e ações de educação em saúde<sup>9</sup>. Ademais, o estímulo a tais práticas constitui-se num importante eixo do Plano Nacional de Ações Estratégicas para o Enfrentamento de DCNT 2011-2022, cuja meta é redução de 10% nos níveis de inatividade em adultos<sup>10</sup>.

Isso reflete a relevância epidemiológica da inatividade física, definida como não prática de qualquer atividade física no tempo livre nos últimos três meses<sup>11</sup>, como uma das principais causas de morte no mundo e o reconhecimento da AF como fator de bem-estar e proteção à saúde. Em que pese a importância dada ao assunto, ainda é preocupante a baixa prevalência, em termos mundiais, de indivíduos ativos fisicamente<sup>12,13</sup>.

Hallal et al.<sup>13</sup>, ao estudarem sobre os níveis de AF em diversos países, constataram que 31,1% dos adultos são inativos fisicamente, com proporções variando entre 17,0% no sudeste asiático, para cerca de 43% nas Américas e no Mediterrâneo oriental. Esses mesmos autores concluíram que a inatividade aumenta com a idade, sendo maior nas mulheres que nos homens, e prevalente em países de alta renda.

Lee et al.<sup>14</sup> estimaram que, em 2008, a inatividade física esteve relacionada a cerca de 10% da carga de doença de câncer de mama, 10% de câncer de cólon, 6% de doença coronariana e 7% de DM tipo 2. Concluíram que esse fator foi responsável por 9% da mortalidade prematura, correspondente a 5,3 milhões de óbitos mundiais no ano estudado. Para esses autores, a atuação sobre a inatividade física poderia aumentar a expectativa de vida da população mundial em 0,68 anos. Quanto ao Brasil, o estudo estimou que, no ano em questão, mais de 13% dos óbitos foi relacionado a essa causa.

Em 2013, foi realizada, por meio de inquérito de base domiciliar, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), com objetivo de caracterizar a situação de saúde e os estilos de vida da população, bem como a atenção à sua saúde, quanto ao acesso e uso dos serviços, às ações preventivas, à continuidade dos cuidados e ao financiamento assistencial. Essa pesquisa adotou, para fins comparativos, metodologia similar à do inquérito telefônico de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças (VIGITEL)<sup>15</sup>.

O VIGITEL é uma pesquisa anual realizada, desde 2006, pelo Ministério da Saúde (MS) nas capitais brasileiras, sendo uma das principais estratégias na melhoria da qualidade da informação relacionados à PS e à DCNT. Os indicadores de AF pesquisados são aferidos em quatro domínios: no tempo livre (antes denominado no lazer), na atividade ocupacional, no deslocamento (a pé, ou de bicicleta para o trabalho ou escola por pelo menos 30 minutos/dia) e nas atividades domésticas. A AF, nesse caso, é definida como qualquer movimento musculoesquelético que resulte em gasto energético, classificada em: 1. leve (ex.: caminhar normalmente, realizar tarefas domésticas, tomar banho); 2. moderada (ex.: caminhar em passos rápidos, pedalar, lavar o carro, jogar vôlei); 3. intensa ou vigorosa (ex.: correr, pedalar ou andar em ritmo intenso, jogar futebol)<sup>11</sup>.

Apesar de similares, faz-se necessário distinguir alguns conceitos também utilizados nessa área. O exercício físico é entendido distintamente da AF, referindo-se a um tipo de AF planejada com o objetivo de desenvolver aptidão física e/ou habilidades motoras <sup>11</sup>. Já as práticas corporais dizem respeito a componentes da cultura corporal de um dado povo e seus modos de se expressar corporalmente, podendo contemplar duas racionalidades: a ocidental (ex.: ginástica, modalidades esportivas, caminhadas) e a oriental (ex.: Tai Chi Chuan, yoga, lutas marciais) <sup>16</sup>. O referencial adotado pelo governo brasileiro trabalha com o seguinte termo aglutinado: atividade física/prática corporal <sup>11</sup>.

Entre os indicadores de AF, o percentual de adultos ( $\geq 18$  anos) que praticam atividade física suficiente no tempo livre é um dos principais, por ser um dos domínios que apresenta maior potencial de intervenção <sup>17</sup>. Esse é aferido adotando-se a recomendação da OMS: prática de pelo menos 30 minutos diários de AF de intensidade leve ou moderada em cinco ou mais dias da semana ou a prática de pelo menos 20 minutos diários de AF de intensidade vigorosa em três ou mais dias da semana. Já o indicador de proporção de insuficientemente ativos é calculado pela soma de minutos despendidos em AF no tempo livre, no deslocamento para o trabalho/escola e na atividade ocupacional não alcança o equivalente a pelo menos 150 minutos semanais de atividades de intensidade moderada, ou pelo menos 75 minutos semanais de atividades de intensidade vigorosa <sup>11</sup>.

Os resultados da PNS (2013) revelaram que o percentual de brasileiros adultos que praticavam o volume recomendado de AF no tempo livre foi de 22,5% (IC 95%; 21,8-23,1); com proporção de 27% no público masculino, e 18,4% no feminino. Esse indicador foi mais frequente em entrevistados nas faixas etárias mais jovens: 35,3% (18 a 24 anos), em contraste com indivíduos de 60 anos e mais: 13,6%. Os ativos no deslocamento alcançaram percentual de 31,9%. Os indivíduos cuja prática de AF foi insuficiente representaram 46,0% da população estudada, sendo 39,8% correspondente aos homens, e 51,5% às mulheres <sup>17,18</sup>. Alinhado a esse dado, em 2013, o percentual de insuficientemente ativos nas capitais brasileiras, aferido por meio do inquérito VIGITEL, foi de 49,4 (IC 95%; 48,5 - 50,2) <sup>11</sup>.

Estudo com dados do VIGITEL revelou tendência de aumento, no período de 2009 a 2013, na proporção de adultos ativos, conforme preconizado, nas capitais brasileiras, que passou de 29,9% em 2009, para 33,8%, em 2013. Ratificando os dados obtidos pela PNS (2013), a frequência dessa condição foi maior entre os homens, que registra uma diminuição mais acentuada com o aumento da idade e, em ambos dos sexos, com o aumento dos anos de estudo. Esse mesmo trabalho apontou tendência de redução significativa de AF no deslocamento para o trabalho/escola entre indivíduos do sexo masculino, entre aqueles com zero a 11 anos de estudo e nas faixas etárias entre 18 e 44 anos <sup>19</sup>.

A proporção de adultos inativos no estudo supracitado apresentou estabilidade nos anos analisados segundo sexo, idade e escolaridade. No cômputo geral passou de 14,1%, em 2006, para 16,2% em 2013. Chama atenção que as prevalências de inatividade física mais que dobraram após os 65 anos, além do que, em ambos os sexos, esse indicador foi mais frequente no estrato de menor escolaridade <sup>19</sup>. Segundo dados da PNS de 2013, dos indivíduos sem instrução ou com fundamental incompleto 50,6% são fisicamente inativos, sendo este o grupo mais representativo dentre os demais <sup>18</sup>.

Além da inatividade física, atualmente, outro fator tem sido descrito como potencialmente nocivo à saúde: o comportamento sedentário (CS), representado pelo tempo despendido diante da televisão (TV), computador ou outro tipo de tela, além do trabalho sentado. Nos inquéritos nacionais mencionados anteriormente, esse comportamento é mensurado pelo tempo (em horas) no qual se assiste à TV três ou mais horas ao dia. Estudos evidenciam que a inatividade física e o CS são eventos diferentes, com distintos efeitos sobre a saúde <sup>13</sup>. O CS, além de contribuir no aumento da carga de doenças, foi também associado à minimização dos benefícios da prática de AF quando de longo período sentado, e associado ao incremento significativo na mortalidade de indivíduos que assistem TV por cinco ou mais horas ao dia <sup>20</sup>.

Estima-se que cerca de 40% da população mundial, com 15 anos ou mais, passa quatro ou mais horas diárias em frente à TV ou computador <sup>17</sup>. No Brasil, a PNS 2013 apontou que 28,9% dos participantes apresentou CS <sup>18</sup>. A tendência desse indicador, por meio do

VIGITEL, indicou estabilidade nesse hábito que passou de 31,0%, em 2006, para 28,6% em 2013 nas capitais brasileiras <sup>19</sup>.

Contudo, pelo fato de serem possíveis outras formas de comportamento sedentário, como o tempo gasto diante de outros tipos de tela, a partir de 2015 o questionário do VIGITEL acrescentou questões sobre as horas do tempo livre (excluindo o trabalho) despendidas no uso de computador, *tablet* ou celular. O percentual obtido para indivíduos que gastam três ou mais horas diárias diante desses tipos de tela foi de 19,9% em 2015, sendo mais frequente em homens (21,6%) que em mulheres (18,4%) <sup>21</sup>.

Tendo em vista esse cenário, nos últimos anos tem se dado mais atenção às intervenções comunitárias de PAF como parte essencial da estratégia geral para melhorar a saúde das populações <sup>22</sup>. A preocupação em investir nesse tipo de intervenção vem se intensificando, estando entre as prioridades de saúde pública em todo o mundo, principalmente, em países de média e baixa renda <sup>23</sup>.

Tais iniciativas ganharam força com o lançamento pela OMS, em 2004, da *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*, que tem como um dos principais objetivos incentivar a promoção da alimentação saudável e a AF, de forma sustentável e abrangente, com envolvimento ativo de todos os setores da sociedade <sup>24</sup>. Em países de alta renda intervenções ambientais, como: planejamento urbano, transporte público e presença de parques e praças estiveram associadas ao aumento no nível de AF na população <sup>25</sup>. No contexto latino-americano, rápido tem sido o recente incremento de intervenções de PAF, principalmente no Brasil <sup>22, 24</sup>.

Diversas dessas intervenções são descritas como promissoras no estímulo a AF. Muitos são os critérios para classificá-las, sendo mais comum a tipologia proposta pelo *Community Guide for Increasing Physical Activity in Communities*, conhecido como *Community Guide* <sup>22, 24</sup>. Esse Guia classifica as abordagens em: 1. informativa (ex.: campanhas educativas e mobilização comunitária, aconselhamento por profissional de saúde); 2. social e comportamental (ex.: educação física (EF) na escola, investimento na graduação em EF, aulas de EF na comunidade); e 3. política e ambiental (ex.:

planejamento urbano com criação de locais seguros para a prática de AF, incentivo ao deslocamento ativo, com uso de bicicletas e transporte público). Entre esses tipos, destacam-se as intervenções que envolvem grande quantidade de indivíduos, as denominadas comunitárias, pelo seu potencial no alcance e no envolvimento comunitário <sup>24</sup>.

Para Hoehner et al. <sup>24</sup>, faz-se necessário distinguir os ambientes comunitários onde essas intervenções são aplicadas, que podem ser: comunidades, escolas, locais de culto religioso, locais de trabalho, entre outros. Para fins da presente pesquisa, a utilização do termo ‘intervenções comunitárias de PAF’ diz respeito às intervenções realizadas na comunidade, por meio de estratégias múltiplas complexas, envolvendo mudanças tanto individuais, quanto ambientais <sup>26</sup>.

Ribeiro et al. <sup>4</sup>, ao realizarem revisão sistematizada sobre intervenções comunitárias de PAF internacionais, concluíram que elas partem da premissa de que ações de saúde coletiva têm maior impacto que propostas individuais. As intervenções estudadas visavam mudanças comportamentais, com sustentabilidade dada pelo envolvimento de organizações nas comunidades. A maior parte delas referia-se a programas de promoção e prevenção multifacetados, baseados, principalmente, no estímulo à alimentação saudável e à prática de AF.

No contexto brasileiro, intervenções comunitárias municipais de PAF foram implantadas, a partir da década de 1990, estando atualmente consolidadas. Entre as quais, podemos destacar: 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). Elas possuem em comum o estímulo à prática de AF orientada (por profissionais de educação física) como principal ação, onde a esfera pública assume a responsabilidade pelo seu custeio e pela potencialização de espaços públicos existentes. Ademais, algumas dessas iniciativas propõe a construção de espaços físicos próprios, assegurando a possibilidade de aproximações entre os usuários <sup>10, 27</sup>.

A partir de 2006, as referidas intervenções foram avaliadas, a exceção do Agita São Paulo, por meio de projeto teórico metodológico denominado GUIA (*Guide for Useful Interventions for Physical Activity in Brazil and Latin America*). Esse projeto foi conduzido numa parceria entre o MS, o CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*), a Universidade de *Saint Louis*, ambos nos Estados Unidos da América-EUA, e universidades brasileiras. Posteriormente, continuaram a ser realizadas avaliações, por intermédio do projeto de pesquisa Avaliação de Programas de Promoção de Atividade Física no Brasil, coordenado pelo MS em conjunto com universidades <sup>28</sup>. Nesse esforço, empregaram-se diversas metodologias, como: inquéritos (telefônicos e domiciliares); observação direta; e estudos do tipo antes e depois. Houve aumento no acesso a AF, evidenciando diferentes padrões de utilização dos espaços urbanos para fins da AF <sup>1, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35</sup>.

Os resultados positivos dessas pesquisas fizeram com que o governo brasileiro investisse em estratégias de fomento à implementação de políticas públicas de estímulo à AF, que culminou na instituição, anos mais tarde (2010), do Programa Academia da Saúde (PAS) no âmbito nacional. O referido programa será detalhado mais a frente. Recentemente, vem se investindo em pesquisas sobre a efetividade dos programas de PAF no País, além do aprimoramento de sistemas de informação para monitoramento, avaliação e vigilância das DCNT e seus fatores de risco <sup>36</sup>.

Em que pese os incentivos à implementação e avaliação de intervenções de PAF, ainda são escassas as pesquisas avaliativas, principalmente sobre intervenções comunitárias <sup>24</sup>. Hoehner et al. <sup>24</sup>, ao realizarem revisão sistemática sobre avaliação desse tipo de intervenção na América Latina, concluíram serem poucas as publicações com evidências que apoiassem a recomendação da prática de AF comunitária. O mesmo não foi verificado nas intervenções de educação física no contexto escolar.

Pesquisa semelhante, conduzida a partir da literatura sobre avaliação de intervenções de AF no Sistema Único de Saúde (SUS), apontou que os estudos avaliativos, em sua maioria, forneceram dados descritivos ou sobre resultados, principalmente quanto ao incremento na AF, sendo escassos os estudos sobre processo e impacto dos programas

analisados. Os autores chamaram atenção para o fato de não terem sido encontradas publicações sobre o principal programa fomentado pelo governo brasileiro: o PAS <sup>37</sup>.

Considerando a importância das intervenções de PS na consolidação dos sistemas de saúde, a avaliação vem se constituindo como importante ferramenta no apoio às decisões, no planejamento e implementação dessas políticas e ações, contribuindo na sua qualificação e sustentabilidade <sup>38</sup>. Para Hallal et al.<sup>1</sup> a sustentabilidade é um dos maiores desafios à implementação de ações locais e nacionais de PS, especialmente as de estímulo a AF, para que continuem a alcançar os resultados esperados.

Apesar das evidências produzidas sobre a efetividade de programas comunitários de PAF, que incluem o objeto desse estudo - o PAC Recife <sup>31, 32, 34, 40</sup> -, faz-se necessário ampliar e aprofundar o conhecimento sobre o como, e o porquê de o programa ter funcionado num determinado contexto <sup>39</sup>.

Para isso é importante a compreensão dos pressupostos e mecanismos subjacentes relacionados a como o programa pretende alcançar as mudanças propostas (teoria da mudança- TM). Nesse aspecto, a abordagem avaliativa preconizada pela análise da contribuição (AC) pode ser útil. Nela a construção e testagem da suposta TM é um aspecto central <sup>39, 43</sup>.

Ademais, a análise de fatos/situações, ocorridos ao longo do tempo, considerados relevantes na manutenção do programa, é fundamental na explicação sobre o modo como os mecanismos atuaram na direção das mudanças pretendidas (história da contribuição). A disposição desses fatos/situações, denominados eventos, numa 'linha do tempo' ou 'cronologia', auxilia na identificação dos atores e condições contextuais envolvidos na produção dos resultados, além da identificação de outras explicações possíveis nesse alcance. A incorporação dos eventos relativos à sustentabilidade na história da contribuição é particularmente importante para captar a dinamicidade do processo, assim como o lapso de tempo entre a implementação da intervenção e a obtenção dos resultados <sup>42</sup>.

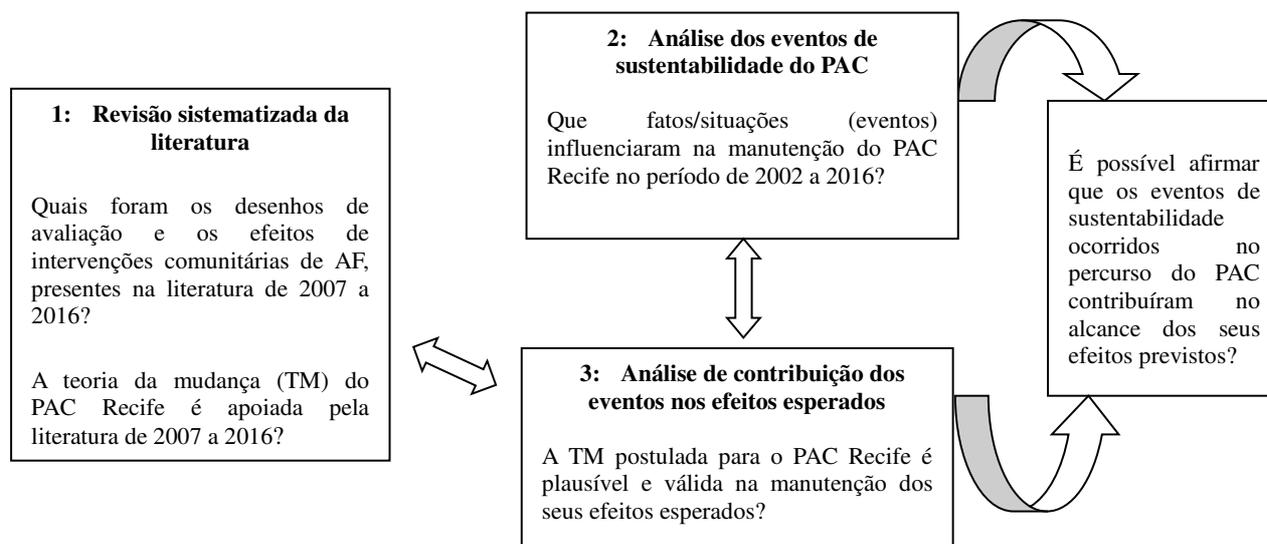
Estudo realizado por Oliveira et al.<sup>43</sup>, a partir da literatura sobre sustentabilidade de intervenções de PS, revelou lacuna de estudos empíricos sobre esse tema em países de baixa renda e renda média, não permitindo demonstrar quais fatores são os mais importantes na garantia da sustentabilidade. Esses mesmos autores concluíram que, diante da escassez de recursos e da crescente agenda governamental, cabe optar por intervenções que, além de possibilitarem uma solução oportuna para os problemas a serem enfrentados, sejam mantidas ao longo do tempo.

No presente estudo, partiu-se do argumento de que o desenvolvimento do programa de maneira sustentável é fundamental na sua permanência e, conseqüentemente, na manutenção de seus efeitos em longo prazo. O PAC Recife foi tomado como voltado à PS por meio, principalmente, do estímulo à AF e à alimentação saudável, lazer e convivência.

Pretendeu-se estudar a sustentabilidade do PAC, com foco na contribuição dos eventos inerentes, importantes para explicar os mecanismos que fazem com que o programa em questão obtenha seus efeitos esperados (análise da contribuição), e analisando fatores teóricos e práticos favoráveis ou dificultadores para isso. Para tal, há escassos estudos demonstrados na literatura científica, uma vez se tratar de abordagens relativamente recentes<sup>39, 41, 43, 44</sup>.

Para elaboração desse trabalho foi proposto um modelo de análise integrado, a partir de três objetivos distintos. Inicialmente, conduziu-se uma revisão sistematizada na literatura sobre avaliação de intervenções comunitárias de AF, de modo a subsidiar a construção e posterior análise da TM do PAC Recife. Para essa análise também foram identificados e analisados os eventos relativos à sustentabilidade, como forma de testar a plausibilidade e a validade da TM em explicar a contribuição desses mesmos eventos nos efeitos esperados pelo programa. O estudo foi conduzido com base nas seguintes perguntas norteadoras (figura 1):

Figura 1: Modelo esquemático das questões avaliativas propostas pelo estudo



Fonte: elaboração própria.

A presente tese foi organizada em cinco partes. A primeira, Introdução, situa e contextualiza a problemática envolvida no estudo. Na sequência, o Referencial Teórico Metodológico, inicialmente, aborda o desenvolvimento da PS enquanto campo conceitual, político e metodológico e sua interface com as políticas nacionais de PS/AF propostas pelo governo brasileiro. No momento seguinte, discorre-se sobre concepções na área de avaliação em saúde, com foco em intervenções complexas e sua relação com as abordagens avaliativas utilizadas nesse estudo (sustentabilidade e contribuição).

A parte subsequente versa sobre a trilha metodológica explorada pela investigação, que consiste num estudo de caso único, cujos dados foram produzidos com o auxílio de entrevistas semiestruturadas e grupos focais, além de revisão de documentos, entre documentos oficiais e técnicos; e estudos científicos advindos de busca sistematizada na literatura. Na quarta parte apresentam-se os resultados e sua respectiva discussão, a partir de literatura recente na área. Por fim, tecem-se comentários sobre os principais achados e limitações da pesquisa, procurando apontar recomendações para o aprimoramento de estratégias necessárias à continuidade de intervenções semelhantes.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO**

### **2.1. O campo da Promoção da Saúde: contextualização e debate**

Nas últimas décadas, a PS tem sido vista como um promissor paradigma para a saúde, importante no enfrentamento dos problemas sanitários contemporâneos decorrentes de mudanças no modo de vida, envelhecimento e perfil de morbimortalidade <sup>45, 46</sup>. É entendida como campo conceitual, político e metodológico de atuação sobre as condições sociais, críticas para melhorar a situação de saúde e a qualidade de vida. Implica num processo abrangente e contínuo, envolvendo educação e participação de diferentes setores da sociedade, representando o exercício da cidadania, capacidade de regular e administrar o poder, e compartilhar interesses e responsabilidades <sup>45, 46</sup>.

A PS baseia-se no conceito ampliado e positivo da saúde, tendo como foco o processo social de sua produção, propondo integração entre os saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais, comunitários, públicos e privados. Por isso, vem sendo capaz de convocar conhecimentos transdisciplinares e mobilizar práticas intersetoriais, de modo a possibilitar que indivíduos e comunidades realizem escolhas em prol da saúde <sup>45, 47, 48, 49, 50</sup>.

Esse campo, em constante construção, aponta caminhos na reorientação de modelos de atenção à saúde como oportunidade na superação do paradigma biomédico, excessivamente centrado na doença, assistência curativa e intervenção medicamentosa. Paradigma esse insuficiente diante da multiplicidade e complexidade dos fatores intervenientes no processo saúde-doença <sup>48, 51</sup>. Assim, a PS configura-se como um movimento social, defensor de estratégias e agendas inovadoras em saúde <sup>48</sup>.

A terminologia ‘promoção da saúde’ é antiga e presente no campo da saúde pública desde seus primórdios. O modelo unicausal, vigente a partir do século XIX, contribuiu durante muito tempo para a hegemonia do paradigma biológico, favorecendo a abordagem individual e mantendo a dimensão social em segundo plano <sup>52</sup>.

Em 1958, esse termo ressurge com a proposição, por Leavell e Clark, do modelo de história natural da doença, também conhecido como modelo ecológico. Nele considera-se a interação entre três elementos da denominada ‘tríade ecológica’: o agente etiológico, o hospedeiro e o ambiente, onde a doença seria resultante de desequilíbrio nas autorregulações existentes no sistema. A PS, nesse modelo, necessitaria de medidas em relação à moradia, acesso a educação, áreas de lazer, alimentação adequada, entre outros, estando inserida como um dos eixos do nível primário da medicina preventiva (pré-patogênese), composta de prevenção primária, secundária e terciária<sup>53</sup>.

Apesar do avanço trazido pelo modelo ecológico no reconhecimento dos aspectos sociais, eles ainda ficaram subalternizados às questões biológicas, já que a relação entre o ambiente, o hospedeiro e o agente é dada sem distinção hierárquica, ao mesmo tempo em que não leva em conta a produção social e o tempo histórico implicado<sup>45</sup>. Para Potvin, Chabot<sup>54</sup>, o modelo ecológico é essencialmente ‘neocomportamental’, já que o foco da intervenção recai sobre o indivíduo e a mudança nos fatores de risco e estilo de vida.

Ao longo do tempo, o significado da PS foi sendo revalorizado, passando a enfatizar questões políticas e técnicas no processo saúde-doença-cuidado<sup>45, 46, 47, 55</sup>. A partir da década de 1970, resgatou-se com novo discurso, considerado moderno, o pensamento médico social do século XIX, com surgimento de novas concepções, mais globalizantes, que articulavam saúde e condições de vida<sup>45, 55</sup>. Uma das motivações centrais dessa retomada foi a necessidade de controlar os custos crescentes da assistência médica, que não correspondiam, na mesma medida, a resultados significativos<sup>45</sup>. Assim como se questionava o modelo de proteção do Estado adotado por muitos países, tendo em vista a intensificação da desigualdade social à época<sup>56</sup>.

Um dos marcos da PS enquanto campo de práticas foi a publicação do documento *A new perspective on the health of Canadians* (1974), conhecido como Informe Lalonde. Ele propôs uma conceituação ampliada ao ‘campo da saúde’, introduzindo o modo de vida e a organização dos serviços de saúde no modelo de ‘determinação das doenças’<sup>45, 46, 56</sup>. Contudo, nesse momento, a PS é proposta para agir sobre os modos de vida da

população, associando a ocorrência de doenças aos comportamentos de ‘risco’, base das discussões propostas pelo Informe Lalonde <sup>47, 56</sup>.

Para alguns autores <sup>45, 56, 58</sup>, a década de 1980 foi decisiva para afirmação internacional do mencionado campo. O principal movimento para isso foi a publicação, em 1986, da Carta de Ottawa, produto da I Conferência Internacional de PS. 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 saúde <sup>59</sup>.

Na opinião de Silva, Baptista <sup>56</sup>, a partir da Carta de Ottawa houve uma série de transformações no debate mundial sobre PS, configurando tensão entre dois grandes blocos teóricos e práticos: um que se aproxima da concepção proposta pelo Informe Lalonde, focada na mudança do estilo de vida individual (enfoque comportamental/conservador), e outro que amplia o foco vinculando a PS à discussão dos determinantes sociais da saúde, tendo como marco o documento de Ottawa <sup>61, 62</sup>.

A discussão sobre a determinação social da saúde iniciou-se contemporaneamente à PS. Esse conceito compartilha com a PS o entendimento de que as intervenções curativas, orientadas para o risco de adoecer, eram insuficientes para a produção da saúde e qualidade de vida. Essa discussão teve repercussão com a instituição, em 2005, pela OMS, da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde <sup>52, 63</sup>.

Diversos modelos foram propostos, desde então, para explicação dos mecanismos de atuação sobre os determinantes sociais, com o intuito de reduzir iniquidades em saúde, como: a abordagem ecológica de 1980; os modelos de Dalhgren-Whitehead de 1991; e o de Solar, Irwin de 2010. 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. Nele o ambiente

é entendido como um complexo sistema dinâmico caracterizado pela interconectividade, inter-relação e interdependência entre diferentes elementos <sup>64</sup>.

Já o segundo modelo aponta camadas que relacionam, indissociavelmente, aspectos individuais, sociais e macroestruturais, como condições econômicas, culturais e ambientais na determinação da saúde. O terceiro modelo destaca o contexto socioeconômico e político, ao incluir elementos que podem afetar a saúde de forma mais decisiva: a governança, as políticas macroeconômicas, as políticas sociais e públicas (ou a ausência de tais políticas), a cultura e os valores sociais <sup>47, 54, 65, 66</sup>.

Guardadas suas especificidades, os modelos supracitados buscam estabelecer hierarquia de determinações entre fatores relacionados à macroestrutura econômica, sociocultural, condições de vida e trabalho, aos fatores biológicos, comportamentos individuais e estilos de vida <sup>52</sup>. Almeida-Filho <sup>67</sup>, ao revisar criticamente referenciais e modelos teóricos de determinação social de doenças, mais especificamente, DCNT, concluiu que diversas teorias sociais, a exemplo dos modelos psicossociais de saúde, das desigualdades sociais e teorias do capital social; como também os modelos baseados em conceitos chave do marxismo clássico (processo de trabalho e estrutura de classes da sociedade), apresentam importantes lacunas teóricas, que, no entanto, contribuíram para formar uma estrutura explicativa avançada.

Esse mesmo autor considera a ‘teoria do modo de vida e saúde’ como especialmente indicada para a elaboração de modelos de determinação social das DCNT. Nessa teoria, mantém-se a concepção original da formação econômico social como expressão concreta do modo de produção, destacando-se os dois processos fundamentais: o processo de trabalho (ciclos de produção econômica) e o processo de reprodução social. Dessa maneira, preserva-se o papel da dinâmica das classes sociais e do processo de trabalho, como determinantes das condições de vida e, indiretamente, como condicionantes dos ‘estilos de vida’. Assim, o estilo de vida seria definido como as decisões tomadas pelo indivíduo em relação à sua saúde, sobre as quais exercem, apenas, certo grau de controle <sup>45, 46</sup>.

Nesse ínterim, as concepções de espaço e território apresentam relevância, uma vez que a população, ao ocupar e se apropriar de um determinado espaço, tende a conformar conglomerados relativamente homogêneos, do ponto de vista de suas condições de vida, as quais funcionariam como mediadoras das diferenças entre os problemas de saúde. No Brasil, a retomada do conceito de espaço teve importantes contribuições do geógrafo Milton Santos, responsável pela difusão da concepção de espaço geográfico ou socialmente organizado nos estudos sobre a saúde <sup>47, 68</sup>.

Santos <sup>69</sup> propõe que o espaço geográfico é conformado por um conjunto indissociável, solidário e contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como um quadro único no qual a história se dá. Os objetos são as formas espaciais, que podem ser naturais (ex.: rios, praias, planícies) ou construídas pelo homem (ex.: prédios, barragens, estradas), e as ações representam o conteúdo social. Essa concepção de espaço relaciona todos os objetos existentes numa extensão contínua, supondo sua coexistência como sistemas, e não como coleções. As formas de um determinado momento do passado podem perder sua função original e passar a ter outra função no espaço. Isso é chamado por Milton Santos de rugosidade. A rugosidade é o espaço como acúmulo desigual de tempos <sup>69</sup>.

O território deve ser estudado tomando como referência o espaço, pois dele é formado, daí sua indissociabilidade. O conceito de território não é exclusivo da geografia, sendo utilizado em diversos campos do conhecimento <sup>68</sup>. No entanto, foi a partir da geografia crítica que esse conceito passou por transformações: de quadro estático, para espaço em que um conjunto de saberes, poderes, necessidades, valores, e interesses se organizam e reorganizam dinamicamente. Ao fazer menção ao território, Milton Santos leva em conta a inseparabilidade e interdependência entre a materialidade, que inclui a natureza e o seu uso, e a ação humana, isto é, o trabalho e a política. Trata-se, pois, de um ‘território usado’ (geopolítico), em que se expressam as diversidades culturais e se materializam as políticas públicas. O referido autor, ao recomendar ‘fazer falar o território’, convida a considerar a realidade social como um contexto a ser entendido e reconstruído por meio da atribuição de significados pelos sujeitos <sup>69</sup>.

Diante do exposto, ratifica-se a importância de que políticas e ações de PS estejam mais orientadas aos determinantes e condicionantes da saúde e alinhadas aos conceitos e valores preconizados na Carta de Ottawa. O Relatório *Health Promotion Evaluation: Recommendations to Policymakers*, publicado em 1998, pela Organização Mundial de Saúde, compreende que a implementação desses conceitos e valores dependem de ações planejadas e executadas de acordo com os seguintes princípios: concepção holística, intersetorialidade, *empowerment*, participação social, equidade, ações multiestratégicas e sustentabilidade <sup>70</sup>.

A concepção holística diz respeito às iniciativas de PS fomentarem a saúde física, mental, social e espiritual, com superação do enfoque estrito aos aspectos biológicos, seus riscos e prevenção, característico dos modelos tradicionais (tecnossistêmicos) em saúde. Nessa perspectiva, as ações de PS requerem a cooperação e articulação entre os diferentes setores envolvidos <sup>57</sup>, como também de diferentes disciplinas e combinação de métodos e abordagens variadas (ações multiestratégicas). Como um campo transdisciplinar, a PS tem de conciliar diversas perspectivas teóricas e metodológicas, raramente reunidas no olhar sobre uma dada realidade <sup>49</sup>.

Para Luz <sup>49</sup>, o paradigma transdisciplinar, subsequente ao multidisciplinar e interdisciplinar, desponta das novas formas de interpretação dos fenômenos sob novos paradigmas, como a complexidade e a superação da produção do conhecimento científico apenas pela ‘disciplinaridade’ (disciplinas especializadas sobre objetos específicos com metodologia também específica). Nesse caso, a produção discursiva tende a ser cooperativa entre os distintos saberes, onde o conhecimento gerado, a partir das vivências de populações e usuários dos serviços de saúde, integra-se à produção de conhecimento científico, superando, assim, a polaridade: senso comum *versus* ciência.

A articulação intersetorial representa importante estratégia frente à complexidade e abrangência dos problemas sanitários contemporâneos, uma vez que tais respostas requerem o desenho de ‘soluções’ complexas <sup>71</sup>. Representam articulações com vistas à construção compartilhada, por meio de parcerias, no qual os diferentes setores partilham entre si saberes, linguagens e modos de fazer <sup>51</sup>, a fim de alcançar objetivos

complementares considerados relevantes pelas partes envolvidas <sup>64</sup>. Sua operacionalização demanda abertura dos setores na cogestão <sup>51</sup>. Por setores entende-se áreas funcionais (ex.: educação, cultura, esporte, lazer, saneamento, saúde) que circunscrevem áreas de interação social, como: individual, familiar, comunitária e jurisdicional <sup>71</sup>. Alguns autores <sup>57, 64</sup> apontam que apesar do reconhecimento sobre sua importância, a implementação da intersectorialidade é dificultada devido à persistência da lógica setorial e da fragmentação do modelo administrativo tradicional.

A participação social e o *empowerment* são destacados como princípios chave na PS, já que suas ações devem primar pelo envolvimento dos sujeitos (participação), como também fortalecer capacidades de indivíduos e comunidades para assumirem maior controle sobre fatores que afetam a saúde: princípio do *empowerment* <sup>70</sup>. Esse conceito, presente pela primeira vez na Carta de Ottawa, para o qual não há adequada tradução para o português, nos trabalhos de Laverack, Labonte <sup>72</sup> diz respeito ao meio pelo qual os indivíduos adquirem maior controle sobre as decisões que afetam suas vidas; ou como mudanças na direção de maior igualdade nas relações sociais de poder. Muitos são os conceitos que se mesclam a ele, nomeadamente: ‘capacitação’ comunitária, coesão social, capital social, entre outros.

Na opinião de Becker et al. <sup>73</sup>, mesmo que os conceitos supracitados sejam imbricados, muitas vezes, ao contrário do conceito do *empowerment*, eles deixam de abordar as relações de poder como determinante fundamental da saúde. O *empowerment* é um processo contínuo, que vai do fortalecimento pessoal ao desenvolvimento de pequenos grupos de apoio, de organizações comunitárias, parcerias, e finalmente à ação política <sup>72</sup>.

Os princípios supracitados apresentam importantes interfaces com o conceito de cidadania. Esse termo refere-se a um constructo moral, político e jurídico que se revela em sociedades complexas, nas quais se cria e se sanciona o direito público, que garante ao mesmo tempo, os valores de liberdade, igualdade e as perspectivas de justiça social entre os membros da comunidade <sup>74</sup>. Entende-se que é na mobilização social e no fortalecimento dos movimentos sociais que se pode trabalhar em favor da saúde, uma vez que ela amplia a discussão sobre a cidadania, e o respeito aos direitos

constitucionais <sup>51</sup>. Alguns autores <sup>46, 74</sup> destacam que, ao contrário do pensamento comum, a cidadania não reflete um direito natural dos sujeitos. Há de considerar que a obviedade nominal, esconde uma pluralidade de representações construídas entre Estado e sociedade civil. Sem a participação do Estado a cidadania não se realiza plenamente <sup>74</sup>.

Quanto à equidade, temos que a polissemia atribuída ao conceito conduz a uma superposição de significados ligados à disparidade, desigualdade e iniquidade, muitas vezes tratados como sinônimos. Entretanto, parece haver concordância sobre esse atributo estar intrinsecamente ligado às diferentes concepções de justiça social <sup>46, 63, 75</sup>. Já as desigualdades referem-se àquelas diferenças mensuráveis, quer nas condições de saúde, quer no acesso aos serviços de saúde; nem sempre injustas. Uma vez que a percepção de injustiça varia de acordo com o contexto sociopolítico e cultural de uma dada localidade <sup>63</sup>.

Na opinião de Barreto <sup>63</sup>, essa diferenciação é importante, visto que as desigualdades são objetos de investigação e estudos comparativos. Já as iniquidades, por variarem de acordo com o que os grupos sociais interpretam, são mais difíceis de serem objetivamente investigadas. Segundo esse mesmo autor, quando as desigualdades se transformam em iniquidades é que emergem as condições para formulações de políticas direcionadas a minimizá-las. Cabe ressaltar que não se trata de suprimir os diferenciais de saúde existentes na população, mas sim, identificar diferenças injustas e evitáveis, remetendo à ética subjacente ao princípio <sup>57</sup>. O alcance da equidade depende da mobilização de recursos que extrapolam os limites da saúde, mas que pode e deve ser suscitado por esse setor, considerando sua amplitude e legitimidade diante das demandas sociais <sup>48</sup>. A equidade corresponderia à participação e à governança determinada pela cidadania plena <sup>75</sup>.

O conceito de governança segue integrado ao de iniquidade em saúde, onde, segundo a OMS, as respostas políticas dedicadas à sua redução demandam uma governança que explicita as responsabilidades individuais e conjuntas dos diferentes atores e setores <sup>76</sup>. Esse termo é utilizado para identificar e descrever um conjunto de procedimentos,

atores e processos atuantes em prol de um objetivo comum. Concebe-se como um sistema de regras formais e informais (normas, procedimentos, costumes, entre outros), também denominadas de ‘regras do jogo’, que estabelecem as pautas de interação entre atores, tanto dos poderes públicos, quanto atores sociais e econômicos, no processo de tomada de decisões<sup>77</sup>. Entre seus requisitos estão: a integração de políticas setoriais; a mudança na cultura administrativa, por meio da transparência e avaliação das ações; e a valorização de política participativa<sup>78</sup>.

Um ou outro aspecto dentro das temáticas, conceitos e valores propostos pela Carta de Ottawa foi ressaltado em Conferências Internacionais posteriores, mas sem alterar significativamente os contornos do campo, o que serviu para fortalecer suas bases conceituais e políticas<sup>45, 79</sup>. Entre as principais contribuições propostas por essas Conferências destacam-se: a ênfase dada a intersetorialidade na condução de políticas de PS (Declaração de Adelaide, 1988); o reconhecimento da importância do ambiente físico, socioeconômico, político e cultural no processo saúde-doença (Declaração de Sundsvall, 1991); a proposição pioneira de parceria com o setor privado- uma vez que esse interfere na dinâmica de vida e de trabalho (Declaração de Jacarta, 1997)-; a relevância da PS nos desafios globais e redução das iniquidades (Declaração do México, 2000 e Declaração de Nairóbi, 2009); e o reforço à importância da ação comunitária e fortalecimento de capacidades (Declaração de Bangkok, 2005)<sup>45, 46, 79</sup>.

Isso reflete que independentemente das diferentes perspectivas teóricas e políticas envolvidas na PS e destarte seus princípios estarem razoavelmente definidos, ainda persistem contradições e inconsistências no campo. Na visão de Potvin, McQueen<sup>58</sup>, as Declarações e documentos em PS fornecem uma base sólida para o desenvolvimento do conhecimento e da prática profissional em PS, pois o principal documento de referência (Carta de Ottawa) foi produto de diversos debates e deliberações realizadas por representantes de diversas disciplinas e perspectivas. Entretanto, por quão cuidadosamente esses documentos tenham sido construídos, não podem capturar todo o interesse existente num campo emergente<sup>58</sup>.

Alguns autores<sup>55, 57, 58</sup> apontam que há, ainda, pouco consenso sobre o que constitui práticas no campo da PS. As divergências evidenciam-se por problemas, tanto na

delimitação conceitual com os campos da educação em saúde e da prevenção de doenças, quanto na dificuldade de operacionalizar seus princípios em projetos e práticas coerentes.

A mescla entre os campos da prevenção e promoção é considerada emblemática, pela pouca clareza na delimitação acabar por conduzir superposição de conceitos. A prevenção, originalmente, deveria voltar-se às ações de detecção e controle de fatores de risco na ocorrência de doenças/agravos, tendo o indivíduo como unidade. Deve identificar os riscos e atuar sobre eles, não considerando da sua alçada a gênese desses. Nesse caso, a ausência de doenças/agravos seria suficiente nesse campo <sup>55</sup>.

Boa parte da confusão entre prevenção e promoção advém da ênfase na redução de fatores de risco, nos indivíduos sujeitos a tais fatores (grupos de risco), uma vez que muitas intervenções, ditas de ‘promoção’, apresentam foco quase que exclusivo nesses aspectos <sup>45, 60</sup>. Ayres <sup>60</sup> considera que a adoção da categoria ‘grupo de risco’ traz inúmeros problemas, como: discriminação de grupos mais afetados. Já o ‘comportamento de risco’ remete a intervenções inespecíficas e culpabilização dos indivíduos, à medida que sua adoção não depende apenas da vontade individual, mas do contexto em que as individualidades se conformam e se manifestam não na esfera individual, mas na vida social (sujeitos sociais). Considerando a natureza complexa, subjetiva e contextual da relação entre saúde-doença, propõe-se a substituição da clássica abordagem de fatores de risco por ‘modelos de vulnerabilidade’ <sup>60</sup>.

Quando se argumenta em risco, entende-se probabilidade de ocorrência de um determinado ‘evento’ (aquilo que se repete). No entanto, há de se atentar para a caracterização inequívoca de fatores de contexto, causais e vulnerabilidades em ‘fatores de risco’. No plano das intervenções em saúde, a confusão entre risco e vulnerabilidade é menos frequente, uma vez que raras são as intervenções que propõem reduzir vulnerabilidade. Mas, dificilmente escapam à redução de risco, mesmo quando aderidas filosoficamente ao conceito da vulnerabilidade, e que, por isso mesmo, nem sempre demonstrável em termos probabilísticos <sup>60</sup>. Nesse caso, pode haver uma lacuna entre o que ‘é’ e ‘o que se pode medir’ <sup>80</sup>.

Para Campos et al.<sup>51</sup>, há de fazer apostas na articulação dos conceitos de prevenção, PS e redução de danos para criação de maneiras de trabalho situada entre o respeito às opções individuais e o compromisso com a saúde coletiva. Pensar em redução de danos é pensar num modo de lidar com os riscos que não signifique abrir mão dos conhecimentos técnicos, clínicos e epidemiológicos, e ao mesmo tempo não represente o aprisionamento da vida em mecanismos disciplinares e higienistas.

De acordo com Tesser<sup>81</sup>, no bojo das concepções da PS, e sua interface com o campo da prevenção, podem ser vislumbrados quatro eixos bipolares demarcados por práticas e tensões internas. Tais eixos permitem um mapeamento de saberes, discussões e práticas envolvidas, com complementaridade e, por vezes, disputas e conflitos entre seus polos, em geral assimétricos e mesclados com a prevenção de doenças: 1. ênfase no social  $\longleftrightarrow$  ênfase no individual; 2. intersectorialidade  $\longleftrightarrow$  ações específicas no campo da saúde; 3. conceituação ampliada da saúde  $\longleftrightarrow$  saúde como ausência de doenças, e 4. educação em saúde emancipadora  $\longleftrightarrow$  educação autoritária e controladora.

Esse mesmo autor sugere que o primeiro eixo alude à determinação social do processo saúde-doença e o desenvolvimento de ações comunitárias, interinstitucionais e culturais. Essas ações visam o aumento do *empowerment* comunitário, participação social e política, e sua interface com outras no âmbito individual, como por exemplo, a reorientação de hábitos e comportamentos, desenvolvimento de ‘habilidades pessoais’ e de estilos de vida saudáveis. O segundo eixo refere-se à construção de intervenções político-institucionais, educativas, sociais, econômicas, que também incluem ações específicas do setor saúde. No terceiro eixo, a saúde transita entre uma conceituação ampliada e positiva, multidisciplinar e centrada na determinação social do processo saúde-doença e a aplicação da clínica biomédica dominada pela centralidade nas doenças, seus riscos e prevenção. Por fim, o quarto eixo situa-se entre as ações dialogais, ‘empoderadoras’, com valorização do saber local e construção de parcerias responsáveis e solidárias, e ações com ênfase nos aspectos de adesão e cumprimento de orientações ao estilo de vida saudável, numa concepção com tendência autoritária e normatizadora da educação em saúde.

Conforme Campos et al.<sup>51</sup>, mais do que focar em linhas ou eixos de PS, há de se destacar a possibilidade de mobilidade nos conceitos e definições teórico-políticas múltiplas que impliquem na produção da saúde. Nessa dinâmica, faz-se importante marcar alguns pontos de comunicação entre a saúde coletiva e perspectiva de redirecionamento de práticas, a partir da PS. O conceito ampliado de saúde, apesar de configurar como avanço inquestionável, traz novo dilema ao lidar com algo tão amplo quanto à própria noção de vida, num misto de singularidade e subjetividade. As múltiplas dimensões abarcadas (ex.: ambiental, sociopolítica, econômica, comportamental) exigem, por um lado, ações globais por parte do Estado, e por outro a singularidade e autonomia dos sujeitos e coletividades<sup>47, 51, 55</sup>.

Com relação à autonomia, apoiamo-nos na concepção de Campos, Onocko Campos<sup>82</sup>, para os quais ela não significa dependência ou liberdade absoluta. Ao contrário, refere-se à capacidade do sujeito lidar com sua rede de dependências, no sentido da coprodução. Contemporaneamente, a rede de poderes e saberes na qual estamos imersos constroem e desconstroem opções, libertam e constroem escolhas. Na conformação atual de sujeitos, para exercerem uma autonomia regulada, a construção da livre escolha dá-se a partir de uma lógica de mercado, gerando um fluxo contínuo de consumo, que pode exacerbar processos adoecedores. As ações de PS, para fins de construção de autonomia, devem apostar no desenvolvimento dos modos de vida que proporcionem capacidade de análise conjunta (coanálise) e corresponsabilização pelo cuidado consigo, sem que isso signifique a retirada das responsabilidades do Estado quanto às condições de vida<sup>46, 51, 55, 82</sup>.

Para Koury<sup>83</sup>, a constituição de redes sociais tem importância estratégica na consolidação de novos estilos e modos de viver, onde esses são testados a todo instante como adequados ou não para serem intercambiados. As redes sociais podem ser vistas sob diversos prismas. De acordo com Martins<sup>84</sup>, elas são pequenos sistemas dinâmicos que funcionam como reguladores de conflitos e acordos entre indivíduos e grupos minoritários. Elas extrapolam a noção de grupo social, já que uma rede pode ser composta por vários grupos. Tais tramas são redes de convívio que se reproduzem não somente por determinações contextuais, mas por dispositivos de trocas experienciais

que tanto podem emancipar saberes e práticas reprimidas, como condicioná-las e inibi-las.

Assim, as razões que levam o usuário a participar mais ativamente da ‘gestão compartilhada em saúde’ dependem da desconstrução de dispositivos que fragmentam as redes e isolam os atores sociais <sup>74</sup>. Nesse aspecto, a organização dos cuidados em saúde deve valorizar os diferentes saberes de cura, construídos a partir de experiências vividas e reproduzidas pelas tradições e memórias, onde o usuário é *coparticipe*, produzindo redes de pertencimento <sup>74, 84</sup>.

As crenças e vivências construídas no âmbito das instituições primárias- família, vizinhos, profissionais de saúde, entre outras- são revalorizadas pelos usuários dos serviços de saúde, a partir de suas redes de pertencimento, podendo revelar a dinâmica de interações intersubjetivas na PS e na busca ou oferta de cuidados. Os atores sociais (profissionais, usuários, entre outros) se ‘empoderam’ na interação e na resignificação do funcionamento de suas redes, reordenando certezas e rotinas no cotidiano, como sujeitos ativos. Desse modo, formam-se redes de apoio acionadas na construção de saberes e práticas de enfrentamento aos problemas de saúde, na comunidade ou na população <sup>74</sup>.

Os aspectos discutidos até o momento, a exemplo da autonomia, *empowerment*, participação social, vêm se constituindo em fundamentos para a prática da promoção enquanto política de saúde no âmbito local-global. O governo brasileiro tem envidado esforços no desenvolvimento e consolidação de política de PS que incorpore tais fundamentos, de modo a atender aos novos desafios contemporâneos em saúde <sup>85</sup>.

## **2.2. Política Nacional de Promoção Saúde e a agenda governamental da promoção da atividade física**

A riqueza do debate internacional e nacional no campo da PS advém, principalmente, dele inspirar políticas, ações e iniciativas, por meio do delineamento de intervenções

multifocais, voltadas a mudanças sociais abrangentes e sustentáveis, tornando-se um campo aplicado de conhecimentos e tecnologias <sup>48</sup>.

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 <sup>86</sup>. Segundo Mehry <sup>86</sup>, as tecnologias em saúde podem ser: duras, leves duras e leves. As tecnologias duras (ex.: equipamentos, máquinas) fomentam saberes e fazeres bem estruturados e acabados. As tecnologias leves duras são o conhecimento que direciona o trabalho, como: protocolos, normas, entre outros, 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 <sup>86, 87</sup>.

Para Potvin, McQueen <sup>58</sup>, o insuficiente consenso sobre definição de práticas e tecnologias em PS, como também a carência de estrutura institucional específica, em muitas organizações traz algumas vantagens. Uma delas é o fato de os sujeitos envolvidos gozarem de certa liberdade para inovarem e experimentarem novas abordagens em saúde. Assim, a PS apresenta-se como um excelente ‘laboratório’ de ações inovadoras. Inovação, comumente, significa ‘novidade’, compreendendo a exploração de novas práticas, novas tecnologias; novos produtos, processos ou formas de organização <sup>88, 89</sup>. Intervenções inovadoras têm igualmente contribuído numa reorientação de práticas em saúde emergentes e desafiadoras.

Tais desafios têm origem nas chamadas três ‘revoluções’ da saúde pública, as quais provocaram transformações nas suas finalidades e práticas. As primeiras mudanças ditas ‘revolucionárias’ relacionaram-se ao manejo das doenças infecciosas, que dizimou populações impedindo o crescimento demográfico constante e estável e, posteriormente, a ascensão das DCNT, decorrente das transições demográfica e epidemiológica (segunda revolução). A terceira ‘revolução’ diz respeito aos indivíduos, atualmente, esperarem vivenciar sua longevidade livre de doenças, de modo que há mais espaço na agenda da saúde pública para investimento em ações de PS. Nesse caso, a saúde não é concebida como um recurso ‘biológico’, e sim um ‘bem’ produzido no cotidiano e que

abrange todos os aspectos da vida. Uma perspectiva tão ampla requer uma expansão da atual base de conhecimento, que é também característica da terceira revolução <sup>58</sup>.

Nos países da América Latina, as discussões sobre PS surgiram pela primeira vez em 1992, quando da realização da I Conferência Latino Americana em Bogotá, na Colômbia <sup>46</sup>. No Brasil, a PS começou a ganhar espaço nos anos 1990, mas somente no final da década iniciou-se um movimento concreto no desenho de uma política nacional. Os conceitos e valores do campo previstos constitucionalmente, como também os documentos de referência produzidos, serviram de base e tendo sido incorporados aos princípios e diretrizes da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde (SUS) <sup>45</sup>.

A discussão sobre a estruturação de Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) transcorreu durante os anos 2000, sendo um primeiro documento apresentado em 2002, que não chegou a ser publicado, posteriormente o lançamento da primeira versão em 2006, e sua redefinição, em 2014. O documento de 2002, apesar da não edição, representou um esforço de teorização no campo, trazendo o tema para a agenda política, ainda que de maneira pouco clara <sup>56</sup>. A publicação de 2006 oficializou a institucionalização da PS, servindo para consolidar a temática no País, como parte integrante da agenda interfederativa proposta pelo Pacto pela Saúde, inclusive com definição de indicadores na área <sup>36, 48, 51, 90</sup>.

Entre os documentos propostos pelo Pacto pela Saúde - Pacto em Defesa da Vida, Pacto em Defesa do SUS, e o Pacto de Gestão <sup>90</sup> -, destaca-se o Pacto em Defesa da Vida. Ele propõe, entre suas prioridades, o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados pelo SUS, com ênfase na qualificação da Estratégia Saúde da Família, fortalecimento da PS, com destaque para políticas de: AF; hábitos saudáveis de alimentação e de vida; controle do tabagismo; controle do uso abusivo de bebida alcoólica; e cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento <sup>90</sup>. O documento da PNPS de 2006 alinhou-se a essas prioridades na constituição dos seus eixos temáticos.

Na visão de Silva, Baptista <sup>56</sup>, a PNPS 2006 representou um avanço em conceituar o campo, por meio dos marcos legais internacionais, situando o debate nacional enquanto estratégia de articulação transversal a diferentes áreas. Entretanto, ao trazer, em seu bojo, estreita relação com a vigilância em saúde- uma vez localizada, a partir de 2004, como área técnica da Coordenação-Geral de Doenças e Agravos da Secretaria de Vigilância em Saúde- SVS/MS-, privilegiou em seus objetivos a redução de riscos, e, portanto, aproximando-se mais do conceito de prevenção, ainda que acompanhada da perspectiva do conceito ampliado de saúde.

A estrutura do supracitado documento reforça preocupação na definição de estratégias voltadas para mudanças nos hábitos e estilo de vida, como: alimentação saudável, AF, controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, e por acidentes de trânsito, prevenção da violência e cultura da paz e promoção do desenvolvimento sustentável <sup>91</sup>.

A redefinição da PNPS, em 2014, levou em conta o necessário alinhamento aos novos compromissos nacionais (ex.: Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento de DCNT 2011- 2022), assim como compromissos internacionais, como: a Conferência de Alto Nível ONU-DCNT (2011), a Conferência Mundial dos Determinantes Sociais da Saúde (2011) e a Conferência Rio + 20 de 2012 <sup>36, 85</sup>.

A PNPS 2014 define PS como <sup>85</sup>:

‘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’.

A PNPS 2014 objetiva <sup>85</sup>:

‘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 ambientais’.

Dentre as mudanças, temos que o documento de 2014 estabeleceu um conjunto de valores considerados pilares na efetivação da política, quais sejam: solidariedade, felicidade, ética, respeito à diversidade, humanização, corresponsabilidade, justiça, e

inclusão social. Entre os valores mencionados, a humanização merece ênfase enquanto política com importante interface com a PNPS <sup>85</sup>.

A Política Nacional de Humanização do SUS (HumanizaSUS) foi instituída em 2003, baseada nos seguintes dispositivos: cogestão, apoio institucional, clínica ampliada e compartilhada, apoio matricial (AM) e acolhimento <sup>95</sup>. A cogestão propõe a incorporação de diversos olhares tanto na gestão, por meio do apoio institucional entre gestores e trabalhadores, quanto na sociedade, a partir do fazer coletivo visando à democratização das relações <sup>92</sup>. Essa deve ser a diretriz regente na viabilidade da implantação dos demais dispositivos, nela incluindo-se a clínica ampliada e o AM. A clínica ampliada propõe olhar o sujeito para além da sua ‘queixa’, contemplando os aspectos sociais e subjetivos <sup>93</sup>.

Já o AM é parte integrante da clínica ampliada, que foca na complementaridade de saberes e práticas em duas dimensões: clínico-assistencial e técnico-pedagógica. O AM é muito útil na elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), que sistematizam o cuidado construído entre a equipe de saúde e o usuário, a partir de condutas terapêuticas articuladas para um indivíduo ou coletivos <sup>94</sup>. O acolhimento é o processo de escuta (qualificada) do usuário, com reconhecimento do seu protagonismo pelo cuidado de si, e com ativação de redes de compartilhamento de saberes <sup>95</sup>.

Alinhado a essas diretrizes, a PNPS 2014 traz uma preocupação com a necessidade de transversalização da PS na rede de atenção à saúde, favorecendo práticas de cuidado humanizadas, pautadas pelas necessidades locais e na integralidade do cuidado, e buscando a produção da saúde nos âmbitos individual e coletivo. Isso trouxe importantes avanços discursivos, muito embora, seu foco permanecer direcionado à redução de riscos à saúde <sup>56</sup>.

Ao traçar um comparativo entre os documentos propostos pela PNPS, Silva, Baptista <sup>56</sup>, identificaram que eles refletem três momentos distintos de debate no País e que, de alguma forma, se complementaram. O primeiro momento (documento de 2002), apesar de pautado pela agenda e documentos internacionais em PS, esteve vinculado aos

preceitos da reforma sanitária. O segundo momento (PNPS 2006) pareceu não guardar referência direta ao primeiro, já que se estabeleceu sob novas bases, com ênfase na vigilância em saúde. Assim, em 2006, houve uma inflexão importante da política com foco na definição de estratégias para sua execução e acompanhamento. O terceiro momento (PNPS 2014) pareceu unir alguns pontos entre as duas propostas anteriores, retomando e aprofundando os conceitos de PS propostos em 2002, mas ao mesmo tempo preservando os elementos operacionais presentes na PNPS 2006 <sup>56</sup>.

A PNPS 2014 também aprimorou e atualizou os temas prioritários, com ênfase para ampliação do conceito de mobilidade segura e da formação e educação permanente. Os temas propostos foram: 1. formação e educação permanente; 2. alimentação adequada e saudável; 3. atividade física; 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 <sup>85</sup>.

Das temáticas supracitadas, a promoção da AF apresenta evidência no âmbito nacional. A partir de 2005, houve intenso investimento por parte do governo brasileiro na implantação desse tipo de programa. Esse movimento foi influenciado pela *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*, anteriormente citado, cuja estratégia foi tomada como referência pela esfera federal, que apoiou suas proposições. Criou-se um grupo de trabalho para planejamento de ações sinérgicas à mencionada estratégia <sup>9</sup>.

Entre 2005 e 2009, o MS realizou repasses financeiros anuais por meio de editais públicos. Esses editais, inicialmente para as capitais e o Distrito Federal, eram abrangentes, pois abarcavam diversos tipos de iniciativas de PS e objetivavam que os municípios submetessem projetos nessa área, que se aprovados fariam jus aos recursos. Esse financiamento posteriormente foi expandido aos demais municípios. Os municípios contemplados em pelo menos um dos editais compuseram a Rede Nacional de Atividade Física (RNAF) <sup>27</sup>.

Nesse mesmo período foram realizados outros investimentos voltados à PAF. Em 2007,

foi elaborado o Plano Nacional de Práticas Corporais e Atividade Física, objetivando estabelecer diretrizes na indução de políticas públicas inerentes nos municípios. Assim como a operacionalização das ações contidas no Programa de Aceleração do Crescimento da Saúde 2007-2010 ('Mais Saúde') e no Plano Plurianual do MS, ambos com proposições relativas à PAF<sup>9</sup>.

Por meio dos editais do MS muitos municípios investiram em iniciativas próprias nessa área. Estudos descritivos<sup>27, 28</sup> sobre programas que compuseram a RNAF concluíram que a maior parte deles (72,3%) foi desenvolvida em municípios de pequeno porte (menos de 30.000 habitantes) abrangendo 500 pessoas ou mais. As ações de comunicação, educação e informação, por meio de rádio/rádio comunitária, foram as mais frequentemente reportadas, seguidas das ações comportamentais e sociais. As atividades mais frequentes foram: caminhada orientada e aulas de ginástica em parques/praças, seguida da utilização de ginásios/quadras e unidades básicas de saúde. A maioria dos projetos se vinculava à Estratégia Saúde da Família, e 35,1% desenvolveram atividades em parceria com os NASF<sup>28</sup>.

A criação do NASF, em 2008, merece destaque nesse campo<sup>96</sup>. Esse equipamento foi implantado para atuar de forma integrada, principalmente com as equipes de Saúde da Família à luz do dispositivo do AM, descrito anteriormente<sup>94</sup>. Muito embora o foco de atuação da equipe de NASF não seja exclusivo para a AF e alimentação saudável, ele foi pensado como um dos programas voltados ao seu incremento<sup>9</sup>. A possibilidade, a depender do perfil sanitário municipal, da composição profissional da sua equipe incluir diferentes formações, entre elas: o educador físico e o nutricionista trouxeram potencial de atuação compartilhada com outras equipes de saúde<sup>96</sup>.

Esses investimentos preparam o terreno para o lançamento, em 2010, do Programa Academia da Saúde (PAS). Atualmente, o PAS, que foi redefinido em 2013, é a principal estratégia nacional de expansão e qualificação do eixo de PAF. O programa é de base comunitária e objetiva contribuir com a PS, por meio da implantação de locais ao ar livre, denominados de polos, com infraestrutura e profissionais, geralmente, de educação física, para a orientação à prática de AF e modos de vida saudáveis. A

implantação/implementação do PAS integra um conjunto de iniciativas de APS, onde a AF, enquanto política pública deve também ser estimulada por profissionais do NASF, do Programa Saúde na Escola e da Estratégia Saúde da Família <sup>97</sup>.

O PAS fomenta a implantação municipal, por meio de parceria na construção de novos polos, e auxílio no custeio dos existentes. Aliado a isso, o PAS incorpora também iniciativas municipais que forem consideradas similares à proposta (polo similar). A habilitação como polo similar faz com que o município possa receber apoio financeiro. Os polos do PAS recebem custeio mensal do MS no valor de R\$ 3.000,00 por polo habilitado, devendo o município pactuar investimento complementar (contrapartida). Até meados de maio de 2015, 2.849 municípios haviam sido contemplados com o programa, com um total de 4.240 polos, incluindo 450 polos similares. O programa estimula o desenvolvimento de atividades compartilhadas em rede <sup>98</sup>.

O movimento nacional na construção e revisão da PNPS e do eixo de PAF avançaram no sentido de incorporar a PS e a AF em diversas outras políticas nacionais. Contudo Silva, Baptista <sup>56</sup>, chamam atenção de que, ainda há falta de integração e contradições nesse campo. A diversidade de interpretações se traduz em dificuldades na aplicação da PS nos referidos programas. Para Coelho, Verdi <sup>62</sup>, alguns deles até apresentam concepção teórica ligada à PS, mas num segundo momento demonstram aproximação ao modelo comportamental. Muitos deles objetivam, como foco principal, ampliar o conhecimento da população sobre a prática e os benefícios da AF <sup>62</sup>. Outros, inclusive, chegam a nomear a inatividade física como ‘inimigo externo’, que tem que ser ‘combatido’ com a atividade física, tida como um ‘remédio’ para curar esse ‘mal’, numa perspectiva medicalizante do processo saúde doença. Mais que isso, apoiam suas estratégias em mudanças comportamentais individuais como meio de redução do risco, independentemente do contexto socioeconômico e cultural dos indivíduos <sup>61</sup>.

Estudo, a partir da literatura, realizado por Becker et al. <sup>37</sup>, sobre avaliação de intervenções de AF no SUS indicou que entre os principais meios de PAF no SUS estão o aconselhamento à referida prática nos atendimentos realizados pelos profissionais das unidades básicas de saúde. Esse tipo de intervenção é considerado de alcance limitado,

pelo seu foco individual <sup>24</sup>.

Nesse sentido, as intervenções comunitárias ganham lugar de destaque pelo seu potencial de qualificação das ações de PS nas comunidades <sup>98</sup>. Entretanto, mais do que pensar em estratégias amplas, há de se apostar na aplicação de referenciais voltados à diminuição das desigualdades e à superação dos enfoques que promovam a passividade dos sujeitos e responsabilização individual frente ao seu processo de adoecimento, com abordagem conservadora e despolitizada do debate em PS <sup>61, 62, 56</sup>.

### **2.3. Aspectos gerais do Programa Academia da Cidade Recife-PE**

O Programa Academia da Cidade Recife-PE, instituído em 2002, foi oficializado em 2003, por intermédio do Decreto Municipal Nº 19.808/2003 <sup>100</sup>, e reconhecido como política municipal de PS, a partir de norma específica, publicada anos depois <sup>101</sup>. Suas diretrizes foram definidas considerando uma concepção ampliada de saúde, e tendo como pano de fundo a construção de uma ‘Cidade Saudável’ <sup>102</sup>.

A temática das Cidades Saudáveis surgiu, pela primeira vez, na década de 1980 no bojo das discussões mundiais sobre PS à época, com diversos significados. Uma Cidade Saudável define-se como um lugar onde a sociedade, em conjunto com o poder público, está continuamente criando e melhorando o ambiente físico e social, e fortalecendo os recursos comunitários para melhoria da qualidade de vida <sup>103, 104</sup>.

O PAC é de base comunitária e contava, em 2016, com 42 polos instalados em diversos bairros da cidade. Entre critérios para a implantação de um novo polo estão: 1. ter sido apontado como prioridade em instâncias de controle social, principalmente, Orçamento Participativo (OP) e Conferências de Saúde; 2. Zonas Especiais de Interesse Social; 3. regiões com presença de serviços de saúde para servir de referência e contrarreferência; 4. áreas com indicadores de violência altos; e 5. viabilidade técnica para a execução da obra de qualificação/requalificação do espaço público <sup>105</sup>.

O objetivo geral do programa, inicialmente, foi definido como direcionado à <sup>100</sup>:

‘implementação e desenvolvimento de ações que contemplem a prática de atividade física regular, de forma orientada e sistematizada, visando à promoção da saúde da população recifense, em suas diversas faixas etárias, com utilização de espaços públicos do município do Recife’.

Entre seus objetivos específicos tínhamos <sup>100</sup>:

‘a. estimular a prática do exercício físico regular pelo cidadão recifense; b. desenvolver e estimular espaços de inclusão social; c. executar ações e eventos voltados à educação continuada em saúde do público em geral; d. incluir a atividade física regular como fator importante ao desenvolvimento das políticas públicas de saúde; e. promover ações integradas com outras desenvolvidas no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde’.

Em 2006, seu objetivo foi reformulado para <sup>101</sup>:

‘contribuir para construção de um Recife Saudável, fomentando a prática regular de exercícios físicos, hábitos alimentares saudáveis e inclusão social na perspectiva da promoção da saúde efetivada dentro do modelo de gestão integrada e participativa da Prefeitura do Recife’.

Nesse mesmo ano, apresentou as seguintes diretrizes <sup>101</sup>:

‘a. gestão integrada às políticas de saúde; b. potencialização dos espaços públicos; c. promoção da intersetorialidade; e d. promoção da participação efetiva do sujeito, valorizando o conhecimento popular e proporcionando sua contribuição no processo de planejamento das ações desenvolvidas nos polos’.

As atividades do PAC são realizadas em espaços públicos ao ar livre, qualificados ou requalificados para esse fim (polos), em horários diferenciados, três turnos ao dia (manhã, tarde e noite). O programa destina-se a todas as faixas etárias, sem necessidade de inscrição. Os usuários são orientados pelos profissionais a realizarem a avaliação física prévia à sua inserção, mas, essa não é obrigatória <sup>1, 2</sup>.

Cada polo conta com uma dupla ‘fixa’ de educadores físicos, responsáveis pelas atividades, que são diversificadas conforme a realidade de cada polo, e incluem, entre outras: avaliação física, orientação/prescrição de AF, promoção de jogos esportivos/populares, recreação, eventos coletivos (passeios, festas comemorativas) e outros tipos de atividades físicas, culturais e de lazer, promoção de vivências de ginástica, dança e práticas corporais orientais (yoga, *Tai Chi Chuan*), orientação sobre alimentação saudável, e educação em saúde <sup>102, 106</sup>. Os profissionais desenvolvem, ainda,

atividades comunitárias denominadas ‘extrapolo’. À escolha do profissional, o extrapolo pode ser realizado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas unidades básicas de saúde (UBS) ou na comunidade <sup>1, 107, 108</sup>.

O CAPS é um dos principais equipamentos da rede de atenção à saúde mental municipal. Tal modelo está à desinstitucionalização com implantação de rede substitutiva, tendo o CAPS como principal articulador <sup>109</sup>. O trabalho conjunto entre o CAPS e o PAC objetiva a reinserção social do usuário, numa perspectiva de cuidado em saúde baseado no AM <sup>94</sup>, onde o educador físico pode atuar tanto na equipe de referência, quanto no matriciamento <sup>107</sup>.

O PAC Recife conta, ainda, com dois polos diferenciados: 1. Projeto Bom Dia; e 2. polo experimental. O polo experimental localiza-se no *campus* da instituição de ensino que participou da origem do programa e objetiva desenvolver novas tecnologias e inovações em educação física, a serem aplicadas no programa, assim como ações de extensão comunitária, formação e pesquisa <sup>1, 2</sup>.

O projeto Bom Dia foi criado, em 2005, por educadores físicos do PAC em parceria com profissionais de um Centro Municipal de Referência Especializada (Centro Médico Senador José Ermírio de Moraes). Tal Centro realiza atendimentos de oftalmologia, e situações agudas de DM e HAS. Nesse projeto, os usuários são acompanhados por equipe composta por: médicos, fisioterapeutas, nutricionistas e educadores físicos. Objetiva-se a reabilitação cardiovascular pulmonar e metabólica, por meio de ações não farmacológicas, como: exercícios físicos e orientação alimentar e nutricional. Para cada caso há a elaboração de PTS, o qual é reavaliado periodicamente. A intenção é que os usuários reabilitados possam ser encaminhados a outros polos do PAC (comunitários), para fins de continuidade do seu processo de cuidado em saúde <sup>2</sup>.

#### **2.4. Concepções teórico-metodológicas sobre avaliação em promoção da saúde**

Problemas e intervenções de natureza complexa, a exemplo das intervenções em PS, podem trazer um distanciamento entre suas concepções, formulação e implementação <sup>48, 110</sup>, sendo o diálogo entre a teoria e a prática fundamental na consolidação do campo.

Assim, a prática avaliativa deve considerar a complexidade envolvida, de modo a escolher métodos e abordagens que deem conta dos diversos atributos que caracterizam as intervenções complexas <sup>48</sup>.

No campo sanitário, a teoria da complexidade, cujas linhas mestras foram delineadas por Edgar Morin, e entendida por esse como método que deve ‘distinguir sem separar, juntar sem confundir’, vem sendo discutida e aprimorada ao longo dos anos <sup>111, 112</sup>.

A teoria dos sistemas é uma proposta de maior força explicativa para estudar e intervir no processo saúde-doença e a complexidade inerente. É concebida como conjunto de elementos que se inter-relacionam e são interdependentes e em alguns casos adaptativos, não podendo ser descritos linearmente, já que nenhuma causa é suficiente para criar um determinado efeito. São adaptativos os sistemas que podem aprender de sua própria experiência, têm a capacidade de se adaptar às novas condições impostas pelo ambiente, a partir da sua interação com ele, e podem mudar ao longo do tempo <sup>113, 114</sup>.

Niklas Luhmann citado por Stockinger <sup>113</sup> introduz elementos à teoria dos sistemas ao considerá-los partes integrantes dos sistemas sociais. O sistema social, como qualquer outro sistema vivo, é comunicativo e processa informações, que é sua matéria prima básica, pois esse cessa ou deixa de existir quando a comunicação acaba. A base do sistema social não é o sujeito, mas sim o ambiente. Ambos formam uma unidade inseparável, numa relação nem tanto de influência mútua, mas sim de cooperação. O referido autor faz menção ao paradigma da *autopoiesis*, proposto pelos biólogos chilenos Maturana e Varela <sup>115</sup>, como a condição que os seres vivos têm de contínua produção de si mesmos, por meio da produção e renovação de seus componentes.

Para Luhmann <sup>113</sup>, os sistemas sociais são autopoieticos (auto-organizados) que é uma qualidade interna do sistema, e processam a informação de modo não linear, o que conduz a uma sociedade funcionalmente diferenciada, capaz de lidar com a incerteza e contradições mediante interação. Esses sistemas seriam responsáveis pela redução da complexidade a partir da seleção e exclusão de possibilidades de sentido, mas o

processo sempre cria nova complexidade. Para gerenciá-la há de se lidar com tal paradoxo buscando o sentido <sup>113</sup>.

De acordo com o supracitado autor, o sentido constitui um fator ordenador do mundo, sendo responsável pelo delineamento dos limites de um sistema, numa dialética sem síntese representada pela complexidade. Pode se até tentar isolar os sistemas, subsistemas ou entidades para melhor estudá-los (reducionismo), mas há de se atentar que as interações podem ser tão ou mais importantes que esses elementos. Sob essa abordagem um sistema não é a soma de suas partes <sup>111</sup>.

A multivariabilidade de contextos, nos quais as intervenções estão inseridas, não permite sua classificação e homogeneização já que há variação de situações singulares de um contexto para o outro <sup>116</sup>. Intervenções de PS resultam das ações dos agentes e suas percepções (de acordo com seus valores e crenças), em constantes interações com mecanismos estruturais presentes na sociedade, que atuam sobre a situação julgada problemática, sendo assim, consideradas sistemas de ação complexos <sup>117</sup>. Essas ações estão interconectadas de modo que a ação de um agente muda o contexto para os outros agentes. Dessa forma, os resultados das intervenções complexas são sensíveis a pequenas alterações menos estáveis e pouco controláveis, como por exemplo, os pensamentos dos indivíduos por trás da intervenção (agentes) <sup>50, 118</sup>.

As relações de interação nestes sistemas são dinâmicas, evoluem no tempo, entre os componentes da intervenção, os contextos, e os diferentes atores que interagem por meio de seus processos. As práticas ou as condutas dos atores são simultaneamente constitutivas da intervenção e influenciadas pela estrutura desta, tornando-se interdependentes <sup>119</sup>.

Muitos são os desafios apontados na área da avaliação de políticas de PS, principalmente quanto à produção de evidências e avaliação de efetividade, para a qual há certa exigência de ‘provas’ <sup>48, 116</sup>. Nesse aspecto, há tanto dificuldades epistemológicas, na definição do que se constitui evidência no campo, quanto no uso dessa mesma evidência no planejamento, execução e avaliação dessas políticas <sup>116</sup>.

Intervenções inovadoras compartilham algumas características que correspondem a sistemas complexos, sendo por isso consideradas intervenções complexas. Intervenções dessa natureza, como é o caso do PAC Recife, por consistirem de uma série de tentativas e erros, buscam por seu modelo próprio de ação e adaptação aos diferentes e dinâmicos contextos, apresentando numerosos desafios para sua avaliação <sup>89, 118, 120, 121</sup>.

O contexto de ambiguidades e incertezas presentes, com envolvimento de múltiplos atores, aliado a demandas e tensões sobre a efetividade de uma dada intervenção, vem gerando diversidade de métodos e práticas avaliativas frequentemente reduzidas em sua abordagem. Reconhece-se que os desenhos experimentais apresentam limitações na avaliação de intervenções complexas, que por sua vez, exige a construção e adoção de modelos complexos e inovadores <sup>48, 122, 123, 124</sup>. Uma vez que a identificação de teorias e mecanismos, que intermediam as mudanças promovidas pelos programas em um determinado contexto social, envolve a utilização de métodos coerentes e consistentes na compreensão de significados e valores culturais <sup>122</sup>.

Entre as alternativas para enfrentar esse problema, sem afetar o rigor metodológico, está a avaliação baseada na teoria. Crescente tem sido o interesse nesse tipo de abordagem, nos últimos anos <sup>125, 126, 127, 128</sup>. Para Chen <sup>129</sup>, um importante autor na área, essas avaliações visam descompactar a ‘caixa preta programática’, investigando as teorias relativas ao funcionamento no interior dos programas sociais. Para esse mesmo autor, a teoria da intervenção é composta de teorias específicas que servem de sustentação aos seus objetivos, contexto e interações, denominadas de teorias descritivas, e teorias normativas (prescritivas). Onde a primeira busca explicar as relações entre a intervenção, sua implementação e seus resultados, e a segunda estaria direcionada à definição da sua imagem-objetivo, auxiliando na elaboração de intervenções.

Na perspectiva de Van Der Knaap <sup>130</sup>, a avaliação baseada na teoria é a análise do valor da contribuição de estratégias da intervenção para resolver ou controlar problemas sociais, ou seja, para provocar a mudança social esperada. A teoria refere-se à racionalidade, à lógica entre o problema e a solução proposta e, ainda, entre os objetivos e a maneira como esses objetivos podem ser atingidos pela gestão e uso de recursos.

As situações problemáticas, assim como as intervenções em saúde, resultam das ações exercidas por mecanismos que estruturam os objetos do mundo real, os quais podem ser ativados pelos próprios atores implicados na intervenção, considerados como sujeitos ativos. No entanto, tanto as ações propostas pela intervenção, quanto os mecanismos que as originam só adquirem significado por meio das representações dos atores. A prática avaliativa deve incorporar modelos explicativos e a teoria dos atores a fim de aprimorar a apreensão dos mecanismos acionados na produção das ações <sup>117</sup>.

A intervenção é tida como uma matriz de inter-relações entre a diversidade de atores cujas ações e consequências constituem a intervenção propriamente dita. Isso implica que, para além de se conhecer as ‘causas’ de um dado problema de saúde, é necessário explorar os mecanismos utilizados para resolvê-lo <sup>117</sup>. Os componentes básicos da complexidade inerentes a essas intervenções são distribuídos por uma cadeia operada pelos responsáveis pelas políticas públicas, e por profissionais e participantes que mobilizam vários modelos teóricos intrínsecos à intervenção <sup>131</sup>.

Leeuw, Donaldson <sup>128</sup>, destacam a importância que as avaliações baseadas na teoria têm na compreensão das etapas, e no desenho do estudo avaliativo, facilitando o processo de escolha de instrumentos e métodos. Ademais, contribuem na superação do dilema ético presente nas avaliações organizacionais, onde os pressupostos/mecanismos e os objetivos são definidos pelos decisores, tornando premente que as teorias subjacentes incorporem as perspectivas de outros atores interessados na intervenção e na avaliação.

Avaliações baseadas na teoria, apesar do crescente interesse, apresentam algumas limitações a serem trabalhadas. Weiss <sup>132</sup> aponta que essas abordagens são normalmente baseadas na teoria da implementação, que foca em como a intervenção é desenvolvida, ao invés de se basear na teoria da intervenção, que diz respeito a como ela deveria funcionar. Conseqüentemente, a avaliação analisará se a intervenção está sendo conduzida conforme planejada, ao invés de avaliar os pressupostos por trás dos mecanismos subjacentes (‘causais’).

Na avaliação de intervenções comunitárias de PS, recentemente, houve incorporação de novas abordagens baseadas na teoria. Elas objetivam aprofundar o processo pelo qual a intervenção foi capaz de alcançar seus objetivos ou produzir efeitos de curto, médio e longo prazo esperados <sup>44, 48, 127, 133</sup>. Entre as abordagens despontam a avaliação ‘realista’, nomeada por Pawson e Tilley <sup>126</sup>, e a análise da contribuição, proposta por Mayne <sup>125</sup>. Ambas utilizam o conceito de mecanismo na explicação sobre como uma dada intervenção alcança seus efeitos.

O termo de mecanismo, popularizado por Chen <sup>129</sup>, envolve numerosas definições, muitas vezes, com significados ambíguos <sup>39, 41, 133, 147</sup>. Astbury, Leeuw <sup>133</sup>, o descreveram como entidades, processos, ou estruturas ocultas que operam em contextos específicos para gerar os resultados de interesse. Eles são sensíveis a variações no contexto, como por exemplo, nem todos os sujeitos envolvidos na intervenção, em todos os lugares e em todos os tempos, irão utilizar a mesma ‘crença’ sobre um dado mecanismo. Os mecanismos não são as atividades, mas a resposta que a interação entre as atividades ou recursos ‘causa’ (ou não) na conduta dos envolvidos na intervenção. Eles também não são as ‘setas’ que representam as ligações entre recursos, atividades e resultados. Apresentam-se normalmente ‘escondidos’. Isso significa que sua identificação e análise podem ser teórica e empiricamente desafiadoras <sup>133</sup>.

Para esses mesmos autores, os mecanismos produzem resultados. Entretanto, o argumento de que as inobserváveis entidades ‘causais’ (mecanismos) geram efeitos, é consideravelmente diferente das representações sobre causalidade promovidas por David Hume, onde só podemos saber o que experimentamos diretamente. Nessa perspectiva, a explicação não incide apenas sobre os resultados em si, mas também os mecanismos geradores desses resultados. As intervenções sociais não consistem apenas no que observamos (recursos, atividades e resultados), mas nas interações entre os mecanismos e os contextos, que representam o que observamos <sup>133</sup>.

As avaliações realistas são tidas como abordagens promissoras por sua capacidade de realçar o marco teórico de uma intervenção específica, além de explicitarem os mecanismos subjacentes comuns às diferentes intervenções e/ou contextos favorecendo

o aprendizado sobre os efeitos positivos e negativos de diversas teorias sociais. Tais avaliações em vez de tratar todas as intervenções como completamente novas, utilizam-se da construção de um conhecimento teórico e de base advindos de intervenções semelhantes <sup>48, 134, 135</sup>. Uma das características mais importantes dessa abordagem é a explicação de como as intervenções funcionam, priorizando características do contexto que parecem ser mais importantes para moldar o funcionamento dos mecanismos subjacentes, a partir de análise do tipo contexto-mecanismo-resultado.

Segundo Pawson, Manzano-Santaella <sup>126</sup>, a principal unidade de análise na avaliação, com potencial de generalização de lições aprendidas sobre as mudanças sociais, estaria vinculada mais às teorias que às intervenções propriamente ditas. Nesse caso, o estudo avaliativo deveria analisar o conjunto de intervenções que compartilham as mesmas teorias, que analisar separadamente diversas intervenções para cada situação problemática. Tal conduta, quando da análise, poderia ser realizada não somente por meio de estudos originais, como também sínteses, a partir de pesquisas do tipo revisões sistemáticas, denominadas de *'realistic synthesis'*.

Entre as avaliações baseadas na teoria, a análise da contribuição, a ser detalhada a *posteriori*, apresenta como principal vertente a explicitação e testagem da TM proposta pela intervenção. Nesse caso, uma teoria mais genérica de mudança, não necessariamente na forma contexto-mecanismo-resultado, é utilizada para explicar uma sequência de passos 'causais' que conduzem, a partir das atividades da intervenção, a mudanças nas condutas dos envolvidos e, eventualmente, para os resultados pretendidos <sup>127</sup>.

Outro aspecto que merece destaque na avaliação de intervenções em PS refere-se à importância do seu desenho. Os desenhos avaliativos não participativos, na visão de Potvin, Gendron, Bilodeau <sup>117</sup>, encaram as intervenções como 'corretivos' efetivos na reparação de objetos defeituosos (situação problemática). Nessa versão, a avaliação objetiva determinar sua efetividade ignorando a interferência dos atores envolvidos na sua realização. Contudo, esses autores ponderam que, nas últimas décadas, a institucionalização da participação cidadã (*empowerment*) vem redefinindo as práticas

de saúde/avaliativas no sentido de que: 1. as intervenções não devem ser unicamente desenvolvidas por especialistas externos ao contexto, e 2. a existência de soluções prontas e comprovadas é crescentemente questionada, dando lugar a soluções construídas e negociadas <sup>117</sup>.

Alguns autores <sup>121, 136</sup> destacam que a pesquisa avaliativa colaborativa, realizada com transparência e confiança predispõe a coprodução e a formação de alianças socio sanitárias locais, criando oportunidades para a inovação em PS. Atualmente, tem se investido para que o desenho e a implementação do modelo de avaliação sejam eles próprios uma intervenção, no sentido da aprendizagem dos envolvidos na pesquisa com fortalecimento de capacidades comunitárias e respeito ao saber local, o que favorece a utilização dos resultados da avaliação <sup>137</sup>. Esse modelo introduz novas possibilidades à investigação em saúde, aludindo à necessidade de construção coletiva de saberes em realidades onde a saúde está em causa <sup>136</sup>.

Nesse sentido, a avaliação de intervenções na área de PS requer que o conhecimento seja gerado em tempo real de modo a produzir e reproduzir a ação, daí a importância do desenho de pesquisa ser de natureza interdisciplinar e participativa <sup>138</sup>. Para Patton <sup>139</sup>, o cerne da análise de contribuição deve ser o envolvimento dos principais usuários da avaliação na projeção e interpretação das informações geradas com definição de em que medida essas apoiam conclusões significativas e úteis sobre o grau com que uma intervenção afetou os resultados esperados.

Hartz et al. <sup>137</sup>, consideram importante pensar a prática avaliativa como uma mediação entre os envolvidos. Sua finalidade seria de reconciliar as diversas representações do problema e da intervenção construídas pelos atores implicados a fim de melhorar a ação localmente, favorecendo, assim, sua sustentabilidade <sup>88, 117</sup>.

#### **2.4.1. Análise da Contribuição**

A análise de contribuição (AC) é um tipo de abordagem relativamente recente, evoluiu desde sua primeira apresentação em 1999 <sup>140</sup> e, vem despontando crescente interesse <sup>39</sup>.

44, 131, 141, 142, 143, 144, 147 uma vez que o desafio da atribuição é uma questão central, se constituindo numa fronteira entre a avaliação e outros campos.

Nesse caso, faz-se necessária a distinção entre os termos ‘atribuição’ e ‘contribuição’. A atribuição é utilizada para identificar a causa de um determinado efeito, assim como para estimar quantitativamente quanto do efeito pode ser atribuído à intervenção. Já a contribuição possibilita dizermos que diante dos múltiplos fatores que influenciam um resultado, a intervenção teve significativa contribuição no seu alcance, e de que forma o fez <sup>42, 125, 134, 139</sup>.

A AC pode ser adequada para análise de efeitos de intervenções complexas, onde é inapropriado atribuir os efeitos observados à intervenção estudada a partir de desenhos experimentais. Essa abordagem permite explicar se a intervenção contribuiu para os desfechos observados, tornando-se possível estabelecer relação entre a intervenção e seus resultados esperados e não esperados. Em outras palavras, não há pretensão de estabelecer e ‘provar’ que a intervenção causou os resultados (demonstrar a atribuição), mas sim, fornecer as melhores evidências de que ela contribuiu para os resultados de interesse (demonstrar a contribuição) <sup>125</sup>. Essa abordagem é especialmente adequada quando há vários projetos e parceiros trabalhando para os mesmos resultados, onde os impactos finais ocorrem durante longos períodos de tempo, influenciados por diversos ‘*outputs*’ cumulativos <sup>139</sup>.

Um dos aspectos centrais na AC refere-se ao desenvolvimento de uma postulada teoria da mudança (TM) da intervenção que está sendo analisada. Sua explicitação e testagem, apesar de raramente realizada, deve ser uma preocupação em avaliações baseadas na teoria, uma vez que a intervenção pode estar baseada numa teoria ultrapassada ou pouco realista (frágil), e dessa forma não irá trazer as mudanças desejadas, independentemente de quão bem a intervenção esteja implementada <sup>133</sup>.

A TM deve integrar a teorias da implementação e a teoria da intervenção <sup>44, 134, 147</sup> identificando os pressupostos por trás do porquê ela deve vir a funcionar, ou seja, os mecanismos gerativos subjacentes; os nexos para cada uma das cadeias de resultados e

os riscos relacionados a esses pressupostos. Ademais, ela requer a identificação dos papéis exercidos por outros fatores de influência e explicações rivais, também denominadas de ‘alternativas’. O desenvolvimento da TM deve iniciar pela análise em profundidade do problema em questão, suas causas e seus determinantes, utilizando teorias sociais e evidências existentes. Isso facilita a identificação dos fatores que podem influenciar nos resultados, como também a identificação de explicações rivais <sup>44</sup>.  
125, 145.

Os elementos presentes na TM, conforme proposto por Mayne <sup>125</sup>, partem da premissa de que as intervenções não agem sozinhas e os resultados esperados são produtos de uma combinação de fatores, incluindo outras intervenções imbricadas, como também fatores e condições externas. A avaliação, além de identificá-los, deve estabelecer as relações entre eles e a intervenção. Para esse autor, os pressupostos (ou suposições) são fatores de apoio e condições necessárias para que a TM funcione. Já os riscos são fatores contraditórios que, caso ocorram, podem ter impacto de modo a comprometer o funcionamento da intervenção (não sustentação dos elos previstos nas cadeias).

Tal análise subsidia responder: a intervenção, conjuntamente com os fatores de apoio, é suficiente para produzir os resultados esperados? Contudo, reconhece-se que poderia haver outras formas para que os resultados aconteçam e, conseqüentemente, esse conjunto pode não ser necessário para alcançá-lo. Assim, é importante analisar se a intervenção foi uma parte necessária nesse alcance, uma vez que ele pode ter sido obtido por meio dos fatores de apoio, sem a intervenção, ou mesmo devido a outras explicações, que não a TM proposta <sup>125</sup>.

Para Mayne <sup>125</sup>, as explicações rivais e os outros fatores que influenciam (condições contextuais) são elementos ou condições internas e externas à intervenção que podem ajudar a explicar a ocorrência dos resultados esperados. Os pressupostos/mecanismos se constituiriam num conjunto de explicações primárias contribuintes para determinados resultados, ou seja, eles seriam os mecanismos explicativos principais na história de contribuição. Já as explicações rivais seriam (normalmente um complexo de) mecanismos (concorrentes) que separadamente poderiam levar aos resultados

esperados, podendo desafiar a teoria geral. Os fatores que influenciam podem inibir ou permitir a ativação de mecanismos na condução da mudança pretendida. O contexto é multifacetado e opera numa variedade de níveis, incluindo dimensões políticas, sociais, organizacionais e individuais <sup>41, 44, 125, 134</sup>.

Hartz <sup>146</sup>, ao realizar reflexão histórica e conceitual sobre a importância do contexto na avaliação, aponta que um dos conceitos aplicáveis em PS seria:

‘misto local de condições, eventos, agentes sociais, objetos e interações que caracterizam os sistemas abertos, no qual uma só confluência de tempo e espaço seletivamente ativa, aciona, bloqueia ou modifica mecanismos e causas potenciais na cadeia de reações que pode levar a resultados muito diferentes, dependendo dessa dinâmica relação espacial e temporal’.

A utilização de explicações rivais na análise constitui-se num diferencial da AC, já que essa abordagem não apenas identifica e testa a teoria da intervenção, mas também analisa a influência de possíveis fatores explicativos externos <sup>41, 44, 125</sup>. De acordo com Yin <sup>148</sup>, a análise de explicações rivais tornou-se parte central em pesquisas na área de avaliação, principalmente nos estudos de caso, sendo utilizada no fortalecimento da validade desse tipo de estudo. No entanto, esse autor pondera que apesar do reconhecimento da importância, esse ainda é um procedimento pouco empregado na maior parte dos estudos avaliativos <sup>148</sup>.

A explicitação e pactuação da TM é um fator chave na AC. Mayne <sup>125</sup> propõe a utilização de modelos lógicos no desenvolvimento da TM. Importante notar que a literatura sobre avaliação baseada na teoria apresenta uma profusa gama de termos, como: quadro lógico, marco lógico, modelo teórico lógico, teoria da intervenção, lógica da intervenção, mecanismo de mudança, entre outros. Portanto, algumas distinções são importantes serem realizadas <sup>149</sup>.

O modelo lógico, ou modelização, mostra-se adequado para avaliação de intervenções complexas. Os modelos permitem tornar inteligíveis (compreensíveis) as intervenções, enquanto sistemas de ação complexos, permitindo a construção de modelos explicativos, e auxiliando os processos de comunicação aos interessados na intervenção e na avaliação <sup>117, 123, 129, 150</sup>.

Champagne et. al. <sup>149</sup>, propõem a modelização da intervenção com base em três modelos: modelo causal, modelo lógico teórico e modelo lógico operacional. Para esses autores, o modelo causal deve representar o conjunto de causas ou determinantes referentes à situação problemática em questão. O modelo teórico lógico é uma representação do encadeamento ‘causal’ presumido com base numa teoria (teoria da mudança). Ressalta-se que a TM não é a intervenção em si, mas as respostas geradas pelas atividades. Enquanto o modelo lógico operacional representa a maneira como a intervenção deveria alcançar os objetivos, descrevendo os vínculos (normalmente representados por ‘setas’) entre os recursos, os processos e resultados esperados (lógica da intervenção). A diferenciação entre modelo lógico teórico e operacional faz-se necessária por se tratar de naturezas distintas, porém interfaciadas, e, portanto, utilizaremos deste ponto em diante, a nomenclatura de modelo teórico lógico para definir os modelos: lógico teórico e lógico operacional <sup>149</sup>.

Importante destacar que a lógica e a TM, muitas vezes utilizadas como sinônimos, são aspectos distintos. A lógica identifica e descreve a intervenção, geralmente num formato de simples sequência de ‘entradas’, atividades, produtos e resultados, com utilização ou não de ‘setas’. A TM vai um passo além, tentando construir um relato explicativo de como a intervenção funciona, com quem, e em que circunstâncias. Dessa forma, a TM pode ser vista como um modelo teórico lógico, onde a ênfase está na explicação gerativa, usando a ideia de pressupostos/mecanismos por trás do modo de funcionar da intervenção. Sua explicitação pode reduzir os nexos presentes no modelo. Embora a lógica e a TM devam ser utilizadas como complementares, isso não parece ser uma prática comum no campo, onde é mais comum o desenho de modelos lógicos operacionais <sup>125, 131, 133</sup>.

O modelo teórico lógico não deve se confundir com a realidade. Ao modelo não cabe a representação do que ocorre, mas sim prestar alguma compreensão sobre a intervenção pesquisada. Daí se deduz que há sempre simplificações, omissões, e escolhas que o analista faz em conformidade com os seus propósitos <sup>149</sup>. Essa construção teórica foi retomada por Reis et al. <sup>151</sup>, para os quais modelos expressam teorias; intervenções e avaliações têm concepções teóricas que podem e devem ser modelizadas, como forma

de estabelecer as relações de atribuição entre a intervenção e as mudanças por ela provocadas (efeitos).

A despeito das críticas quanto a TM ser representada num modelo teórico lógico ‘quase linear’, o que é questionável por simplificar questões complexas, a incorporação de mecanismos explicativos é útil no desenvolvimento de modelos teórico lógicos. Como observado por Mayne <sup>125</sup>, a disposição num formato ‘quase linear’ favorece a comunicação da história da contribuição da intervenção, e, conseqüentemente, o estabelecimento de relações entre a intervenção e seus efeitos. O que não impede que as presumíveis ‘interações/retroalimentações’ e interdependências entre os elementos sejam representados por linhas curvas, espirais, entre outros <sup>125, 139</sup>.

Para Joly et al. <sup>42</sup>, embora o método possa parecer embasado num modelo linear tradicional, não o é, uma vez que o processo é essencialmente social, envolvendo comunicação e negociação entre os envolvidos. A noção de mecanismos gerativos de resultados centra-se no envolvimento e interação dos atores e codefinição de seus interesses <sup>42, 44</sup>. Argumenta-se que a construção da TM com a incorporação de pressupostos/mecanismos envolve idas e vindas entre seu componente conceitual (teoria) e seu componente empírico (recolha de dados para teste sistemático da TM) <sup>125, 133</sup>.

De acordo com Mayne <sup>125</sup>, a TM é analisada e testada quanto à sua plausibilidade (lógica) e robustez, com recolha de evidências sobre os resultados esperados, os pressupostos/mecanismos e outros fatores explicativos. A análise verifica a consistência e limitações da TM proposta, para aprimorá-la, se for o caso, com recolha de novas evidências que possibilitem aumentar a credibilidade da história da contribuição. A TM é normalmente desenvolvida com base em intenções políticas iniciais, orientadas por uma variedade de visões, incluindo a dos envolvidos, teorias e estudos das ciências sociais, como também avaliações e pesquisas anteriores. A verificação da TM é realizada na medida em que o que é observado coincide com o que aconteceu <sup>145</sup>.

Mayne <sup>125</sup> propõe os seguintes critérios que a TM deve cumprir a fim de inferir ‘associação probabilística’ entre a intervenção e seus efeitos: 1. a lógica e os pressupostos/mecanismos são plausíveis, orientados por pesquisas e/ou literatura existente e apoiados pelos principais interessados; 2. as atividades da intervenção foram implementadas conforme sugerido na TM; 3. A TM é confirmada por evidências novas ou existentes; e 4. os fatores que influenciam e as explicações rivais foram analisados e, demonstrado que não tiveram significativa contribuição ou, se tiveram, essa foi relativamente pequena <sup>125</sup>.

Alguns autores <sup>39, 41, 44</sup> afirmam que apesar do crescente interesse na AC, há poucos estudos sobre sua aplicação. Como também, sua metodologia, de modo a atingir todo seu potencial, precisa ser aprimorada, principalmente quanto à operacionalização da análise dos fatores que influenciam e explicações rivais. Biggs et al. <sup>39</sup>, consideram importante que a AC incorpore explicações rivais ou influenciadoras da sustentabilidade, uma vez que mudanças para além dos resultados e benefícios iniciais da intervenção necessitam ser refletidas na sua lógica e na sua teoria da mudança.

#### **2.4.2. Análise da Sustentabilidade**

Na opinião de alguns autores <sup>118, 152</sup>, a maioria dos estudos sobre implantação de intervenções as retratam como entidades estáticas desconsiderando sua dependência de alterações ao longo do tempo. A análise do seu percurso permite compreender os eventos concretos vivenciados pelos atores como um sistema dinâmico resultante de espaços negociados. Onde as transformações de suas ações, em constante evolução, são capazes de promover mudanças nessa mesma intervenção, que permitem explicar os mecanismos que contribuíram no alcance dos seus efeitos de forma duradoura <sup>42, 118, 122, 137</sup>.

Considera-se que, em se tratando de intervenções complexas como as de PS, a produção dos seus resultados são dependentes da sua sustentabilidade, pois as múltiplas influências e incertezas presentes no ambiente de implementação produzem instabilidades e soluções que podem conduzir a solidez ou ruptura das intervenções <sup>153</sup>.

Nessa perspectiva, a análise da sustentabilidade encontra-se imbricada à da contribuição  
42.

A sustentabilidade, tida como a necessária continuidade dos efeitos positivos das intervenções<sup>88, 152, 154, 155, 156</sup> e importante princípio da PS, é considerada um estágio fundamental dentro do ‘ciclo de vida’ de uma intervenção, modelizados didaticamente em: concepção, implantação, avaliação, continuação e disseminação<sup>152, 157</sup>. Mas, que não se caracterizam como estágios distintos que seguem uma ordem cronológica linear, tendo em vista sua sobreposição (concomitância dos estágios)<sup>88, 158</sup>.

No campo da saúde coletiva, esse conceito tem sido refletido e aplicado por diversos teóricos da área de PS<sup>88, 152, 156, 159, 160, 161</sup>. Oliveira et al.<sup>43</sup>, ao realizarem revisão na literatura a respeito de sustentabilidade de intervenções de PS, apontaram que muitas são as nomenclaturas utilizadas para denominá-la, como: manutenção, continuação, duração, perenização, rotinização, institucionalização e incorporação. Não há concordância sobre sua conceituação, nem tampouco sobre os fatores que influenciam a continuidade das intervenções. E concluem que esse tema tem sido pouco explorado na literatura nacional.

No campo da PS, sua conceituação tem sido relacionada à continuidade das intervenções, distintas em ações organizacionais, e ações em parceria com grupos comunitários. Nessa definição, uma parceria é geralmente uma aliança entre indivíduos e organizações que têm objetivos diversos, mas que unem esforços para efetuar mudanças, algo que não conseguiriam individualmente<sup>152, 154</sup>.

Shediac-Rizkallah, Bone<sup>154</sup>, ao estudarem sobre sustentabilidade de intervenções de PS, sugerem que questões relativas à comunidade estejam entre os indicadores utilizados na sua aferição, quais sejam: 1. manutenção dos benefícios iniciais alcançados pela intervenção; 2. institucionalização da intervenção no ambiente organizacional ou comunidade; e 3. construção de capacidade comunitária. Nessa perspectiva, a sustentabilidade consistiria na corresponsabilização entre as organizações de saúde e comunitárias, sobre as quais a comunidade possa exercer algum poder, o que contribui

na permanência da capacidade construída, permitindo que indivíduos e/ou comunidades continuem a intervenção <sup>88, 154</sup>.

Aspectos inerentes ao fator temporal parecem comuns às diversas concepções de sustentabilidade, à medida que se espera que a intervenção esteja incorporada no âmbito organizacional e/ou comunitário, de forma estável e regular. Em outras palavras, seja capaz de manter-se ao longo do tempo para alcançar os resultados desejados <sup>88, 154, 162, 163</sup>. No entanto, o fator temporal introduz um viés, pois ao verificarmos que as ações da intervenção estão ‘incorporadas’, o mais provável seria que elas estivessem acontecendo há algum tempo. No entanto, a longevidade de uma intervenção não prediz sustentabilidade, pois essa pode ser descontinuada a qualquer tempo <sup>159, 160</sup>.

A avaliação da sustentabilidade de intervenções de PS desponta interesse, tendo em vista que há um período de latência entre o início das atividades e os efeitos sobre a saúde. Dessa forma, intervenções sustentadas permitem manter seus efeitos de longo prazo <sup>88, 159</sup>. Ademais, intervenções nessa área destinam-se a questões de natureza complexa envolvendo processos de transformação de coletivos, devendo sobreviver durante um período de tempo prolongado para que alcancem resultados <sup>57, 88, 159</sup>.

Diversos são os domínios, propostos por diferentes autores, que afetam a capacidade de uma intervenção tornar-se sustentável <sup>43</sup>. Entre os principais, temos: 1. adaptação, com flexibilidade para transformar-se ao longo do tempo, de acordo com as características ou circunstâncias locais (comunitárias) e externas <sup>88, 152, 154, 157, 159, 162, 163</sup>; 2. aprendizagem organizacional, com formação permanente da equipe a frente da intervenção, que possa replicar suas vivências e aprendizados a outros grupos e à comunidade. Um adendo a essa questão refere ao fato de que a equipe ‘capacitada’ deve ter baixa rotatividade <sup>160, 162, 163</sup>; 3. apoio organizacional e parcerias, com criação de ambiente político interno favorável (apoio organizacional, além do financeiro), integração à missão institucional, como também presença de ‘defensores’, com características de líderes influentes que possam lutar pelas intervenções em períodos vulneráveis <sup>88, 152, 154, 158, 162</sup>; 4. financiamento, com recursos contínuos e suficientes advindos de múltiplas fontes, e investimentos na captação externa de recursos, no

entanto sem dependência dos mesmos <sup>154, 160, 163</sup>; e 5. manutenção de benefícios, com percepção pelos participantes de que a intervenção está produzindo os resultados iniciais desejados, pois nem toda intervenção merece ser sustentada, apenas as que tiverem alcançando resultados positivos <sup>88, 152</sup>.

Pluye et al. <sup>159, 160</sup> definem que a avaliação da sustentabilidade deve caracterizar os processos por meio dos quais uma intervenção se torna sustentável. Esses autores concebem dois aspectos na sustentabilidade: rotinização e padronização. A rotinização deve estabelecer as rotinas organizacionais, em outras palavras, é produto de atividades que se tornaram ‘rotinizadas’. Ela é considerada o processo primário pelo qual a sustentabilidade é alcançada, já que a rotina organizacional, por definição, é um evento durável <sup>88, 154, 159</sup>. As rotinas organizacionais possuem quatro elementos característicos: memória, adaptação, valores e regras <sup>159</sup>.

A memória organizacional (conhecimento armazenado) é definida como interpretações compartilhadas de experiências passadas, por meio de redes de relações sociais, manuais impressos e/ou em meio digital, sobre as atividades atuais. Tal compartilhamento necessita de recursos estáveis, sendo vulneráveis à rotatividade de atores chave. A adaptação refere-se à interação das atividades rotineiras com o contexto local. Muitas vezes é possível verificar atividades tornadas rotinas, no entanto, mal adaptadas. Os valores dizem respeito aos ideais e crenças coletivas refletidas nas atividades de rotina dentro da organização. Sua explicitação ocorre durante a formulação dos objetivos da intervenção. Expressam-se por meio de artefatos culturais, como: códigos, símbolos, rituais e linguagens (jargões). As atividades rotineiras devem seguir as regras organizacionais que regem o processo de tomada de decisão e ação na organização. As regras representam ‘a forma como as coisas são realizadas por aqui’ <sup>88, 159</sup>.

A sustentabilidade pode estar limitada a rotinas organizacionais ou pode obedecer a padrões institucionais oficiais que dão origem a rotinas padronizadas, mais duráveis <sup>159, 160</sup>. Essas rotinas e padrões permitem a análise de dois processos de sustentabilidade: rotinização (processo primário) e padronização (processo secundário) <sup>160</sup>. A padronização se sobrepõe à rotinização, podendo conduzir a rotinas programáticas

padronizadas, consideradas mais sustentáveis que as rotinas organizacionais. Trata-se de padrões institucionais manifestos nas regras e políticas governamentais que delimitam a ação das rotinas organizacionais <sup>88</sup>.

Pluye et al. <sup>159, 160</sup>, também acrescentaram a temporalidade como fator na avaliação da sustentabilidade. Para esses autores, intervenções são rotinizadas quando suas atividades satisfazem as características que definem as rotinas organizacionais. A rotinização é o processo que conduz ao estabelecimento dessas rotinas. Assim, ‘eventos’ são unidades de observação relevantes para o estudo desses processos, à medida que são dispostos numa sequência com ordenamento geralmente temporal, constituindo-se num instrumento analítico que permite reconstruir e analisar o desenvolvimento das intervenções. Os eventos e seus efeitos/consequências podem contribuir na explicação sobre os processos organizacionais, baseado na ‘história teórica de eventos conceituais’. Há de se levar em conta que apesar do termo evento remeter a uma precisão temporal, ele pode se referir a qualquer coisa como: um ano ruim, uma fusão, uma decisão, uma reunião, uma conversa, ou um aperto de mão.

Os eventos devem ser caracterizados como processos de implementação e sustentabilidade, que na visão de Pluye et al. <sup>160</sup> acontecem concomitantemente. Alguns eventos influenciam especificamente a sustentabilidade, outros, a implementação, e, outros influenciam ambos, sendo denominados de eventos mistos.

Cada um desses tipos pode ser caracterizado a partir de determinadas dimensões e indicadores <sup>158, 159, 160</sup>, a saber: 1. recursos financeiros adequados e suficientes para a realização das atividades e práticas e técnicas da intervenção compatíveis com as da organização (capacidade de transformar requisitos da intervenção em práticas concretas, compatibilidade com outras atividades organizacionais) (eventos de implementação); 2. incentivos aos profissionais envolvidos (incentivo financeiro, autonomia, participação nas decisões), adaptação da intervenção ao contexto local e externo, alinhamento dos objetivos da intervenção aos da organização, comunicação transparente entre os envolvidos e com a sociedade (diálogo permanente com o controle social, compartilhamento periódico de informações e evidências, ouvidoria), compartilhamento

de valores entre a equipe da intervenção e a organização, integração das regras da intervenção às regras da organização (legislação, documentos oficiais, organograma) (eventos de implementação e sustentabilidade); e 3. estabilização/renovação dos recursos organizacionais (financeiros, humanos, educação permanente e materiais) e adoção de atividades novas (riscos) por todos os participantes, com criação, por parte da organização, de ambiente político interno favorável (eventos de sustentabilidade) <sup>159, 160</sup>.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo geral**

Analisar como os eventos relativos à sustentabilidade do Programa Academia da Cidade (PAC) no município de Recife, Pernambuco, Brasil, contribuíram para o alcance dos seus efeitos esperados, no período de 2002 a 2016.

#### **3.2. Objetivos específicos**

- 1) Identificar e analisar a qualidade de estudos avaliativos de intervenções de promoção de atividade física comunitárias provenientes da literatura;
- 2) Descrever a linha do tempo e analisar o percurso dos eventos relativos à sustentabilidade do PAC, no período do estudo;
- 3) Construir a teoria da mudança do PAC e analisá-la segundo a ocorrência de eventos de sustentabilidade no alcance dos efeitos esperados, no período do estudo.

## **4. MÉTODOS**

### **4.1. Desenho de estudo**

Trata-se de uma pesquisa avaliativa com foco na análise da sustentabilidade do Programa Academia da Cidade (PAC) do município de Recife, Pernambuco, Brasil, vinculada à investigação sobre em que medida essa mesma sustentabilidade, analisada por meio dos eventos, contribuiu no alcance de seus resultados esperados (análise da contribuição).

A análise da sustentabilidade levou em conta as dimensões propostas por Pluye et al. <sup>159</sup>, <sup>160</sup>. Para a análise da contribuição adotou-se o referencial teórico de avaliação baseada na teoria, conforme Mayne <sup>125</sup>, com desenvolvimento, explicitação e análise e testagem da TM do programa estudado.

Com vistas à consecução dos objetivos do estudo, optou-se pela abordagem metodológica qualitativa. Essa abordagem preocupa-se com a compreensão interpretativa da ação social. Ancorando-se em diferentes bases disciplinares, metodológicas e paradigmáticas, forma-se um conjunto de atividades interpretativas <sup>164</sup>. Na pesquisa avaliativa, por método qualitativo entende-se o trabalho com atitudes, crenças, comportamentos e ações, procurando entender a forma como os indivíduos interpretam e conferem sentido às suas experiências e ao mundo em que vivem <sup>165</sup>.

A estratégia de pesquisa utilizada foi o estudo de caso único <sup>166</sup>, tendo o PAC Recife como unidade de análise. Essa estratégia permite investigar um fenômeno em profundidade no seu contexto, tornando-se útil na avaliação de intervenções complexas, na qual é difícil diferenciar os efeitos produzidos pela intervenção dos elementos contextuais presentes no meio de implementação <sup>148, 166</sup>.

O caso foi definido de acordo com as recomendações de Yin <sup>166</sup> na condução de um de estudo de caso único. Para o mencionado autor, esse tipo de estudo se justifica pela caracterização do caso como peculiar ou exemplar, onde o desenho de casos múltiplos

ou uma amostra estatisticamente representativa de casos seria inviável. O PAC Recife preencheu tais requisitos, uma vez se tratar de um programa exitoso, com características singulares, que serviram de referência para implantação de programas semelhantes em outras localidades <sup>3, 27, 31</sup>.

#### **4.2. Local da Intervenção**

O município estudado (Recife) é capital do Estado de Pernambuco, localizado no Nordeste brasileiro. Conta com 94 bairros, distribuídos em seis Regiões Político-Administrativas e oito Distritos Sanitários. A heterogeneidade do seu espaço em relação à questão socioeconômica é constatada quando da coexistência de áreas altamente valorizadas com bolsões de pobreza. Atualmente, reconhece-se a presença de 66 Zonas Especiais de Interesse Social <sup>167</sup>.

Esse município é totalmente urbano e apresenta área territorial de 218,435 km<sup>2</sup> com densidade demográfica de 7.039,6 habitantes/km<sup>2</sup> <sup>168</sup>. Trata-se da cidade mais populosa, em termos de área metropolitana, das regiões Norte e Nordeste do País. A população estimada para 2016, a partir do censo de 2010, é de 1.625.583, onde aproximadamente 40% dos indivíduos vivem em situação de pobreza <sup>168</sup>.

Quanto à distribuição populacional, recenseada em 2010, há predomínio de mulheres (827.885), em comparação aos homens (709.819), e concentração nas faixas etárias mais jovens: de 20 a 39 anos. Em consonância com o quadro nacional, observa-se mudança na estrutura etária municipal, com repercussão no envelhecimento populacional <sup>168</sup>. A transição no padrão demográfico se reflete na ampliação da carga das DCNT, mais frequentes com o aumento da idade mediana da população <sup>169</sup>.

O Índice de Desenvolvimento Humano-IDH (0,772: classificado na faixa de Alto Desenvolvimento Humano) é o melhor das capitais nordestinas, ocupando, em 2010, a primeira colocação entre os municípios pernambucanos para esse indicador. Em contraste com o valor alcançado para o índice que afere a desigualdade na distribuição de renda (índice de Gini: 0,49), considerado o mais alto do Estado <sup>168</sup>.

No que se refere à cobertura de serviços essenciais (saneamento básico), dados de 2010 revelam que o município apresenta percentuais, relativamente altos, de domicílios ligados à rede geral de abastecimento de água (87%) e destino de lixo por meio de coleta pública (98%). No entanto, pouco mais da metade dos domicílios tem acesso à rede geral de esgotamento sanitário ou sistema pluvial (55%)<sup>170</sup>.

No quadro de mortalidade municipal, de um modo geral, as doenças do aparelho circulatório são responsáveis pela maior parte dos óbitos, alcançando os maiores coeficientes no período de 2006 a 2013. Nesse mesmo período ocorreram mudanças: o segundo e terceiro lugares nas causas de óbitos de 2006 a 2010, ocupados por causas externas e neoplasias, respectivamente, passaram a ser ocupados, nessa ordem, por neoplasias e doenças respiratórias. As doenças infecciosas e parasitárias ocupam a sétima colocação no *ranking* dos óbitos, o que demonstra sua relevância epidemiológica no contexto municipal. O município apresenta, ainda, razão de mortalidade materna preocupante, que alcançou patamar de 62,4%, em 2013. Nesse mesmo ano, o coeficiente de mortalidade infantil foi de 12,1 por mil habitantes; e coeficiente de mortalidade pós-neonatal de 3,3<sup>191</sup>. Alinhado ao cenário nacional e estadual, o município apresenta situação de saúde de tripla carga de doenças, manifestada pela convivência de doenças infecciosas, parasitárias, problemas de saúde reprodutiva, causas externas e doenças crônicas<sup>169</sup>.

O município conta com ampla rede própria de atenção primária à saúde (APS) com equipamentos peculiares, a exemplo das Unidades de Cuidados Integrados e Núcleos de Apoio às Práticas Integradas, cujo foco de atuação é as práticas integrativas e complementares, a exemplo da: acupuntura, homeopatia, fitoterapia, entre outros (quadro 1). Em 2016, a proporção de cobertura populacional por equipes de Saúde da Família estimada era de 58,4<sup>168</sup>.

Quadro 1: Rede própria de Saúde integrante da APS, Recife, 2016.

<b>Estabelecimento</b>	<b>Quantitativo</b>
Equipes de Saúde da Família	275
Equipes de Saúde Bucal	164
Equipes da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde	55
Equipes de Apoio à Saúde da Família (NASF)	19
Equipes de Consultório de Rua	2
Unidade de Pronto Atendimento- UPINHA (24 horas)	4
Núcleos de Apoio às Práticas Integradas	6
Unidades de Cuidados Integrals	2
Unidades Básicas Tradicionais	22
Polos do Programa Academia da Cidade	42
Centros de Atenção psicossocial (CAPS)	17
Residência Terapêutica	12
Farmácia da Família	11

Fonte: Gerência de Atenção Básica, SMS, Recife-PE (2016).

### **4.3. Qualidade do estudo**

O presente estudo adotou os seguintes critérios de qualidade, conforme sugerido por Yin<sup>166</sup>: validade de constructo, validade interna, validade externa, e confiabilidade.

Para fortalecer a validade de constructo utilizaram-se múltiplas fontes de evidências, entre documentos, entrevistas e grupos focais. Ademais, o instrumento preliminar empregado na análise, a TM da intervenção estudada, foi revisada por informantes-chave.

A validade interna diz respeito à minimização de vieses que podem comprometer a exatidão das conclusões de uma pesquisa, portanto depende da qualidade e da complexidade da articulação teórica subjacente ao estudo; e da adequação entre o modo de análise escolhido e o modelo teórico Assim, empregaram-se estratégias analíticas com o objetivo de reforçar o potencial explicativo do estudo, a saber<sup>166</sup>: combinação de padrão, uso de modelos teóricos lógicos e abordagem de explicações rivais.

Nesse trabalho, partiu-se da premissa de que o uso do modelo teórico lógico é uma forma de adequação ao padrão, uma vez que essa ferramenta expressa as relações entre uma intervenção (no caso, o PAC Recife) e seus resultados, orientando a recolha e

análise dos dados <sup>148, 166</sup>. A constatação de que os pressupostos para cada resultado foram encontrados (comparando-se o padrão empírico ao padrão teórico- previsto à condução do estudo), ao mesmo tempo em que explicações rivais e riscos não são demonstrados, fortalece a validade interna de avaliações de estudos de caso <sup>125, 166</sup>.

Por ser tratar de estudo de caso único, utilizou-se a TM como referência à sua validade externa (tida como a capacidade de realizar generalizações, além do estudo de caso imediato). Na generalização analítica (teórica e não estatística) constrói-se uma explicação, considerada uma espécie de teoria, de como e porque uma intervenção produz (ou não) seus efeitos esperados. Na referida generalização, extrapola-se um conjunto particular de resultados a alguma teoria mais abrangente (teoria sobre as mudanças ocorridas) e não a todos os casos. Para Yin <sup>148</sup> o desenvolvimento de uma estrutura teórica constitui-se num importante instrumento para generalizar casos novos. A explicação, no presente estudo, baseou-se numa teoria hipotética derivada de revisão da literatura e revisão de documentos oficiais e técnicos do programa <sup>148</sup>.

Para fins de garantia da confiabilidade e reprodutibilidade do estudo, os protocolos da pesquisa passaram por pré-testes, anteriores a recolha dos dados. Assim como os documentos utilizados foram arquivados num banco de dados, como forma de comprovação das análises realizadas, segundo recomendação de Yin <sup>166</sup>.

Os procedimentos de recolha de dados, o processamento e análise dos dados, segundo cada objetivo específico do presente estudo, serão descritos a seguir.

#### **4.4. Descrição dos procedimentos para a recolha de dados**

##### **Objetivo 1**

Foi realizada uma revisão sistematizada na literatura, com o objetivo de identificar estudos de avaliação sobre intervenções comunitárias de PAF. O plano de pesquisa baseou-se nas recomendações do *Cochrane Handbook* <sup>171</sup>, que inclui: a definição da pergunta da revisão; as bases de dados a serem consultadas; palavras chaves e

estratégias de busca; critérios para seleção; avaliação crítica dos estudos; recolha e síntese dos dados, e interpretação e conclusão.

A busca na literatura foi realizada no período de janeiro a fevereiro de 2017, nas seguintes bases de dados eletrônicas: SciELO (*Scientific Electronic 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, procedeu-se pesquisa para identificação de potenciais unitermos, os quais foram testados individualmente. A seleção deles foi realizada mediante consulta ao *Medical Subject Headings (Mesh)*; disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>) e ao Descritores em Ciências da Saúde (DeCS; disponível em: <http://decs.bvs.br/>).

Após o pré-teste, chegou-se à 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.

Foram incluídos artigos originais publicados no período de 2007 a 2016 nas bases de dados selecionadas. Os estudos tinham de estar publicados em português, espanhol ou inglês, e terem como objetivo avaliar intervenções de PAF baseadas na comunidade, conforme referencial proposto por Hoehner et al.<sup>24</sup>.

A escolha do período de publicação deu-se pelo fato de que a partir de 2007 muitos dos resultados das pesquisas sobre efetividade de intervenções comunitárias de PAF, advindas da parceria entre o MS, CDC e universidades nacionais e internacionais, foram publicados a partir desse ano, nas bases eleitas pelo presente estudo.

Anteriormente à seleção dos títulos todos os documentos recuperados, nas diversas bases de dados, foram transferidos para 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 a serem incluídos na revisão foi realizada em quatro 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) <sup>171, 172</sup>.

A primeira e a terceira etapa contaram com dois pesquisadores independentes. A seleção referente a cada uma dessas 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 promoção de PAF na comunidade; 3. ser revisão sistemática/narrativa, artigo de opinião, dissertação, tese, monografia. 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, acrescentou-se outro critério de exclusão: 5. não ser estudo avaliativo com metodologia claramente definida, conforme Champagne et al. <sup>149</sup>.

As divergências no processo de inclusão e exclusão foram discutidas em reuniões de consenso entre os pesquisadores, com presença de um terceiro examinador <sup>172</sup>. Ao término de cada etapa, a concordância entre os revisores foi analisada com o emprego do cálculo do índice *Kappa* (K), como recomendado por Sampaio, Mancini <sup>172</sup>.

O índice *Kappa* analisa a concordância entre duas medidas, em relação à medida geral. Tal índice pode ser aplicado a variáveis nominais ou ordinais, sendo considerado 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 esperadas <sup>173</sup>.

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); ruim (0,21 – 0,40); regular (0,41 – 0,60); boa (0,61 – 0,80); ótima (0,81 – 0,99) e perfeita (1,00) <sup>173</sup>.

Os textos incluídos passaram para a última etapa seletiva (avaliação da qualidade). A qualidade das avaliações (meta-avaliação) é uma preocupação crescente entre os estudiosos da área <sup>174, 175, 176, 177</sup> que a consideram muito útil na identificação de pontos fortes e fracos desse tipo de estudo. Ela consiste em avaliar os estudos avaliativos à luz de critérios definidos. Isso vem responder a uma necessidade fundamental em estudos de revisão sistematizada, uma vez que seus resultados são dependentes da qualidade dos textos selecionados, e, portanto, essa fase é considerada essencial nesse tipo de estudo <sup>171, 172</sup>.

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, Natal <sup>175</sup> e validados por Costa et al. <sup>178</sup>. Esses parâmetros são divididos em quatro blocos (quadro 2), 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 aos envolvidos; e 4. acurácia ou precisão (doze critérios): analisa aspectos relativos à validade do julgamento de valor ou mérito realizado <sup>175</sup>.

Quadro 2: Parâmetros e critérios propostos pela JCSEE para meta-avaliação.

<b>Parâmetros</b>	<b>Critérios/descrição</b>
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, Natal <sup>175</sup>.

Recentemente, Hartz et al. <sup>179</sup>, propuseram critérios de meta-avaliação que podem ser aplicados a estudos avaliativos sobre PS 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 (E): E1- teoria e mecanismos de mudança: a avaliação expõe a teoria ou mecanismos de mudança de forma clara (presença do modelo lógico da avaliação ou similar); E2- capacidade comunitária: a avaliação adere aos princípios do 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: a avaliação fornece informação referente à responsabilização da comunidade/*stakeholders*; e E5- práticas eficientes: a avaliação ajuda a disseminar práticas eficientes <sup>179</sup>.

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 estudos <sup>179</sup>. 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) <sup>175</sup>.

Cada um dos critérios recebeu pontuação de zero a dez por dois pesquisadores independentes. Para o julgamento da qualidade dos estudos calculou-se a média dos critérios, 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 foram excluídas as referências que obtiveram avaliação crítica em qualquer um dos critérios avaliados <sup>175</sup>.

## **Objetivo 2**

Para a recolha de dados, nessa fase, utilizou-se a Técnica de Incidentes Críticos proposta por Flanagan <sup>180</sup>. Essa técnica versa sobre solicitar aos atores chave que relatem fatos e situações marcantes quando da sua vivência com o programa, durante um período de tempo determinado pelo pesquisador. Incidentes críticos são situações relevantes, observadas e relatadas pelos sujeitos entrevistados, podendo ser positivos ou negativos em função de suas consequências para a continuidade do programa <sup>158, 159, 160, 180</sup>.

Seguindo a orientação de Yin <sup>166</sup>, para o qual o enriquecimento da interpretação do caso é facilitado pela triangulação, os procedimentos de recolha dos dados foram

constituídos de três etapas, a saber: realização de entrevistas individuais, grupos focais, e revisão de documentos oficiais e técnicos. O período de referência levou em conta fatos/situações transcorridos de 2002 a 2016, tendo como ponte de corte o mês de agosto de 2016. Os fatos/situações acontecidos desde a instituição do programa (2002) até dezembro de 2010 foram recolhidos por intermédio de pesquisa anterior <sup>38</sup>. A mencionada pesquisa também objetivou analisar a sustentabilidade do PAC Recife.

Com o objetivo de resguardar a identidade dos participantes foi atribuído um código, tanto para os entrevistados individuais (E1, E2, E...n), quanto para os grupos focais (GF 1, GF 2, GF...n).

### **Etapa a- entrevistas individuais**

Realizaram-se quatorze entrevistas individuais com informantes-chave em dois períodos de referência distintos: agosto a dezembro de 2010 (primeiro período de recolha), e maio a agosto de 2016 (segundo período de recolha). No primeiro período de recolha, foram executadas quatro entrevistas, por meio da pesquisa anteriormente citada <sup>38</sup>, as demais (dez) no segundo período de recolha.

Os informantes-chave foram eleitos intencionalmente, de acordo com sua experiência/*expertise* em atividades de pesquisa, ensino, gestão e atuação profissional no programa, como também indicação por outro informante-chave. Nesse aspecto, concordou-se com Flick <sup>181</sup> e Fontanella et al. <sup>182</sup>, para os quais o modo de selecionar os sujeitos é sua relevância ao tópico da pesquisa, e não sua representatividade. Os entrevistados em potencial foram contatados por telefone, para verificação do interesse/disponibilidade em participar da pesquisa, como também agendamento das entrevistas. Não houve recusas à participação.

No primeiro período de recolha dos dados (agosto a dezembro de 2010) foram entrevistados dois ex-gestores do PAC, um gestor da SMS e um gestor do MS. No segundo período (maio a agosto de 2016), além da coordenação do PAC (um) foram incluídos: gestores municipais: de Atenção Primária à Saúde (um), e de Vigilância em Saúde (um); como também gestores estaduais: das Secretarias de Vigilância em Saúde

(um) e das Cidades (um); representante de entidade de classe (Associação dos Profissionais de Educação Física de Pernambuco- APEF) (um); representantes de instituição local de ensino e pesquisa (dois); e profissionais de polo diferenciado (Projeto Bom Dia) (dois). Na ocasião, a participação do representante da Vigilância em Saúde Municipal apresentou duplo papel, por este ter ocupado, anteriormente, a coordenação geral do programa. Como também a participação do gestor da Secretaria Estadual das Cidades, pelo fato dele ser profissional de educação física do PAC e membro da mencionada entidade de classe.

Previamente a recolha de dados realizou-se testagem do instrumento (anexo 1). Esse se baseou nas questões norteadoras, propostas por Pluye et al.<sup>160</sup> e validadas por Felisberto et al.<sup>158</sup>, úteis na evidenciação dos aspectos importantes à continuidade do programa. As questões que ocasionaram dúvidas foram reescritas.

As entrevistas, com duração média de duas horas e meia, foram conduzidas pelos dois pesquisadores principais à época, mediante consentimento livre e esclarecido dos participantes, em salas reservadas, cedidas pelas instituições envolvidas. Seu registro foi efetuado por meio de gravação em meio digital e anotações manuscritas. As gravações transcritas integralmente, por profissionais independentes, produziram 485 páginas.

### **Etapa b- grupos focais**

Os grupos focais objetivaram a recolha de informações sobre opiniões e valores a respeito dos fatos/situações marcantes na sustentabilidade do programa, peculiares a um determinado grupo, à medida que ele faz emergir simultaneamente concepções sobre um dado tema e relações diferentes das opiniões particulares<sup>183</sup>.

A definição dos participantes seguiu as recomendações de Gatti<sup>183</sup>, para o qual a composição do grupo focal deve basear-se em algumas características comuns dos participantes (homogeneidade), no entanto, com suficiente variação entre eles para que apareçam opiniões diferentes ou divergentes. Como critério de inclusão nesses grupos,

nos seus dois períodos de recolha tivemos o tempo de atuação/participação no programa (pelo menos um ano).

Os integrantes dos grupos focais foram identificados intencionalmente, em conjunto com a equipe de coordenação do PAC, segundo seu protagonismo no programa e representação dos diversos Distritos Sanitários. Identificaram-se os usuários com o auxílio dos profissionais do programa, utilizando os mesmos critérios anteriores. Para composição do grupo focal com os profissionais dos polos, além desses critérios foi solicitado que os sujeitos fossem mesclados de acordo com: diferentes turnos (manhã e tarde), atuação no polo e extrapolo (Centro de Apoio Psicossocial- CAPS, UBS e comunidade), e atuação somente no polo. Após a nomeação dos potenciais integrantes, esses foram convidados via contato telefônico.

Considerando a possibilidade de desistências, a seleção foi interrompida quando, no mínimo, oito sujeitos de cada um dos grupos focais aceitaram participar. Levando-se em conta tal regra foi necessária a condução de dois grupos focais distintos com usuários, uma vez que a previsão de realização de grupo focal único, com público de diversos polos e Distritos Sanitários, não foi possível diante de dificuldades organizacionais quanto a local, data, e quantitativo mínimo de participantes (quórum). Os grupos foram realizados em localidades distritais próximas aos polos onde houve quantidade adequada de interessados em participar da pesquisa.

O instrumento de recolha de dados (anexo 1) utilizado nos grupos focais com coordenadores técnico-pedagógicos distritais e profissionais foi semelhante ao utilizado nas entrevistas individuais. Empregou-se instrumento específico para recolha de dados com os usuários (anexo 2). Todos os roteiros foram elaborados especificamente para esse estudo.

Os grupos focais foram conduzidos pelos mesmos moderadores e comoderadores em locais privativos, disponibilizados pela SMS, a qual também prestou apoio necessário à participação dos gestores, e dos profissionais integrantes da pesquisa.

O teor das discussões dos grupos focais, com duração média de duas horas cada sessão, foi gravado, mediante autorização prévia dos participantes, e registrado por meio de notas breves sobre aspectos relevantes. Posteriormente, os áudios foram transcritos na íntegra por profissionais independentes, cuja transcrição totalizou 257 páginas.

No primeiro período de recolha de dados (agosto a dezembro de 2010) foram realizados dois grupos focais, sendo um com coordenadores técnico-pedagógicos distritais (seis integrantes) e outro com profissionais dos polos (oito integrantes). Já no segundo período (maio a agosto de 2016), foram conduzidos quatro grupos focais: dois grupos com usuários (cada um com seis integrantes), um com coordenadores técnico-pedagógicos distritais (seis integrantes) e um com profissionais dos polos (sete integrantes). Totalizando seis grupos focais distintos.

Para definição do número suficiente de entrevistados e grupos focais, nessa fase, foi utilizado o critério de saturação teórica. Onde se levou em conta tanto a reincidência de ideias e não surgimento de novos elementos, como também a complementaridade das informações recolhidas <sup>165, 182</sup>.

### **Etapa c- revisão de documentos**

Os documentos oficiais e técnicos relevantes sobre o programa de 2002 a 2010 foram obtidos por meio da supracitada pesquisa <sup>38</sup>. A complementação do período (de 2011 a 2016) foi, inicialmente, realizada por meio de buscas em endereços eletrônicos que contivessem notícias/relatórios a respeito de fatos/situações relacionadas ao PAC Recife à época. Além dessa busca, durante a fase de recolha dos dados primários, solicitou-se aos participantes a disponibilização de documentos que permitissem registrar os fatos/situações relevantes na continuidade do PAC narrados durante as entrevistas e grupos focais.

Assim, foram identificados 13 documentos institucionais que compuseram a análise, a saber:

- Projeto Academia da Cidade, versão 2001 a 2002 <sup>102</sup>;

- Projeto Academia da Cidade, versão 2003 a 2004 <sup>100</sup>;
- Perfil Epidemiológico do Recife, 1999 e 2000 <sup>184</sup>;
- Portaria Gerência de Atenção Básica Secretaria de Saúde/Prefeitura da Cidade do Recife Nº 132/2006. Edital Academia da Cidade para contratos temporários <sup>185</sup>;
- Lei Municipal Nº 17.400/2007. Cria cargos efetivos no âmbito da Administração Direta do Município <sup>186</sup>;
- Edital de concurso público, publicado no Diário Oficial do Município, Edição Nº. 54 de 15/05/2008 <sup>187</sup>;
- Portaria GM/MS Nº 3.157/2011. Homologa os municípios ao recebimento do incentivo para custeio das ações de promoção da saúde do Programa Academia da Saúde <sup>188</sup>;
- Portaria GM/MS Nº 2.684/2013. Redefine as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para construção de polos e de custeio no âmbito do Programa Academia da Saúde <sup>189</sup>;
- Relatório Final da 11ª Conferência Municipal de Saúde <sup>190</sup>;
- Relatório Final da 12ª Conferência Municipal de Saúde <sup>191</sup>;
- Audiência pública debate os problemas no programa Academia da Cidade (disponível em:  
<http://www.recife.pe.leg.br/noticias/audienciapublicadebateosproblemasnoprogramaacademiadacidade>);
- Eurico Freire realiza audiência pública para discutir o programa Academia da Cidade (disponível em:  
<http://www.recife.pe.leg.br/noticias/euricofreirerealizaaudienciapublicaparadiscutiprogramaacademiadacidade>);
- Relatório dos avanços e ações realizadas nos anos de 2013-2015.

### Objetivo 3

A recolha dos dados para elaboração e posterior testagem da teoria da mudança (TM) do PAC empregou entrevistas individuais com informantes-chave, e revisão de documentos entre documentos oficiais e técnicos e os documentos obtidos por meio do objetivo 1.

Primeiramente, alguns documentos e normas oficiais do programa foram utilizados na revisão do modelo teórico lógico inicial, construído pela equipe do PAC Recife, em 2007, e que permitiram a elaboração de TM preliminar (anexo 3):

- Decreto da Secretaria Municipal de Saúde Nº 19.808/2003. Institui e regulamenta o Programa Academia da Cidade <sup>106</sup>;
- Portaria da Secretaria Municipal de Saúde Nº 122/2006. Insere o Programa Academia da Cidade como Política de promoção a saúde da atenção básica da Secretaria de Saúde <sup>192</sup>;
- Decreto da Secretaria Municipal de Saúde Nº 22.345/2006. Reestrutura o regulamento do Programa Academia da Cidade <sup>101</sup>;
- Portaria GM/MS Nº 2.681/2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde <sup>97</sup>;
- Plano Municipal de Saúde 2010-2013 <sup>105</sup>;
- Plano Municipal de Saúde 2014-2017 <sup>167</sup>.

Os componentes preliminares da TM foram organizados conforme os eixos importantes na contínua renovação das práticas em intervenções de PS. Eles baseiam-se na premissa de que a gestão integrada, proposta por programas dessa natureza, exige a adoção de estratégias participativas que incluam diversos atores, setores e instituições num tipo de governança partilhada. A adoção dessas estratégias, na condução de pesquisas sobre programas de PS, auxiliou na retroalimentação (aplicação do conhecimento) que deve existir entre a realização dessas pesquisas e a formação permanente, uma vez elas contribuírem no aprendizado dos envolvidos <sup>89</sup>. Nessa perspectiva, os componentes preliminares da TM ficaram, assim, divididos: cogestão e intersetorialidade; teoria e

práticas do PAC, e educação, pesquisa e comunicação (anexo 3).

Para cada componente foram desenhados os recursos, as atividades e os resultados esperados, como também as relações entre eles. Para cada cadeia de resultados integrante da TM preliminar foram apontados os pressupostos por trás de como elas deveriam funcionar de modo a alcançar os resultados previstos, e os riscos para esse alcance (anexo 3). A adoção desse molde objetivou explicitar aos informantes-chave um conjunto de explicações primárias contribuintes no alcance sustentável dos resultados esperados, representados pelos pressupostos. Assim como as condições que poderiam colocar em risco as relações entre os elementos da cadeia <sup>125</sup>. Os pressupostos iniciais derivaram da literatura sobre sustentabilidade de intervenções, levando em conta os aspectos que a influenciam, conforme Pluye et al. <sup>159, 160</sup>.

Num segundo momento, a TM inicial (anexo 3) juntamente com um roteiro semiestruturado (anexo 4), previamente testado, foram utilizados como auxiliares na realização de entrevistas com os mesmos informantes-chave abordados durante o segundo período de recolha de dados do objetivo 2 (maio a agosto de 2016); perfazendo dez especialistas. Nessa fase, a aplicação da entrevista semiestruturada, realizada concomitantemente ao roteiro do objetivo 2, procurou facilitar a delimitação dos conteúdos a serem recolhidos para fins de validação da TM inicial, no entanto, preservando a liberdade do entrevistador na identificação e exploração de itens que necessitassem de aprofundamento diferenciado, como também outros tópicos considerados importantes <sup>165</sup>.

Da mesma forma que no objetivo 2, utilizou-se o critério de saturação teórica para definição do número suficiente de entrevistas nessa fase <sup>165, 182</sup>.

#### **4.5. Processamento e análise dos dados**

##### **Objetivo 1**

A partir dos estudos incluídos na revisão sistematizada foi realizada a análise do seu conteúdo, com sistematização por meio de preenchimento de matriz de extração contendo itens de caracterização geral (ano de publicação, autor (es), título; País). Os

resultados obtidos foram apresentados descritivamente, segundo características das intervenções avaliadas e das abordagens avaliativas empregadas.

As abordagens avaliativas foram descritas de acordo com os aspectos adaptados de Hartz et al. <sup>179</sup>. Para isso analisaram-se o foco principal da avaliação (processo, resultado ou ambos), assim como os métodos utilizados na análise da informação (qualitativo, quantitativo, ou combinação deles). Os aspectos das intervenções de AF avaliadas foram categorizados conforme as seguintes dimensões: objetivos da intervenção, tipo de intervenção e resultados principais.

A classificação das intervenções por tipo foi realizada de acordo com as categorias adaptadas do *Community Guide* (disponível em: [www.ajpm-online.net](http://www.ajpm-online.net)) sobre abordagens comunitárias promissoras no incremento da AF: 1. abordagem informativa: campanhas comunitárias ou de comunicação de massa e divulgação de mensagens sobre AF e educação em saúde; 2. social e comportamental: intervenções com foco em mudanças comportamentais personalizadas (metas individualizadas de AF) e 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 e políticas e ações que favoreçam caminhadas, uso de bicicletas e transporte público. Por não serem excludentes entre si, as intervenções de PAF foram classificadas em mais de uma categoria.

Posteriormente, os dados descritos foram incorporados na matriz de análise do objetivo 3, como forma de testar a robustez da TM proposta para o PAC Recife.

## **Objetivo 2**

Para fins da organização e análise do material produzido pelas entrevistas e grupos focais empregou-se a análise de conteúdo, modalidade temática, conforme Bardin <sup>193</sup>. A pré-análise levou em conta a qualidade do material produzido, como também a ordenação dos dados. Na análise da qualidade, observou-se se as informações

produzidas eram suficientes para a interpretação, ou seja, adequadas para a reflexão sobre aspectos importantes tendo em vista os objetivos do estudo <sup>194</sup>.

Procedeu-se a interpretação, por meio da classificação das informações, a partir da leitura minuciosa e repetida do material transcrito, considerando as categorias conceituais pré-estabelecidas, presentes nos instrumentos de recolha de dados. Primeiramente, montou-se uma grade de análise contendo as respostas dos entrevistados, procurando identificar aproximações e divergências. Os trechos das entrevistas, submetidos a vários tipos de marcação, foram organizados em quadros temáticos <sup>193</sup>. Tal agrupamento possibilitou a análise de temas recorrentes que serviram de base na identificação de unidades de significação das categorias de análise, confirmação de categorias e definição dos incidentes relativos ao programa no período em questão (2002 a 2016).

A técnica utilizada na definição dos incidentes como críticos obedeceu à conceituação proposta por Flanagan <sup>180</sup>, para o qual, o incidente para ser crítico precisa ter suas consequências, em termos de mudanças nas atividades, além de ter características claramente definidas: incidentes que os sujeitos não julguem importantes ou para os quais há ausência de resposta ou mesmo respostas contraditórias sugerem um incidente vago, e, portanto não crítico. Nessa perspectiva, foram considerados incidentes críticos os fatos/situações citados de modo repetido pelos entrevistados como acontecimentos com influência negativa ou positiva na história do programa. A aplicação dessa técnica permitiu captar fatos/situações e comportamentos que podem ser parâmetros do sucesso ou insucesso de um programa, os denominados eventos relativos à sustentabilidade <sup>159</sup>,  
160, 180

Os dados produzidos, por meio das entrevistas e revisão de documentos, permitiram a elaboração de um instrumento auxiliar na identificação e sistematização dos eventos relativos à sustentabilidade do PAC no período em estudo: a linha do tempo. O desenho da linha do tempo é útil na identificação dos principais eventos ao longo de um dado período, dos indivíduos/organizações e das dimensões do contexto envolvidas, como também os ‘pontos de virada’ relativos à história de uma intervenção <sup>42</sup>.

Joly et al.<sup>42</sup>, preconizam que a linha do tempo seja construída progressivamente durante a investigação do caso, uma vez que a delimitação dos eventos, com características de incidentes críticos, necessários para explicar a manutenção dos programas e a produção dos seus resultados, não está dada *a priori*. Dessa forma, à medida que os dados foram sendo analisados, a linha do tempo foi sendo revista. Isso subsidiou a construção da linha do tempo final do programa contendo os eventos relativos à sustentabilidade, e os aspectos contextuais envolvidos. Apenas eventos tidos como incidentes críticos, que compreendem momentos de desestabilização no percurso do PAC, foram considerados na etapa de análise dados.

Os incidentes críticos foram analisados e interpretados de acordo com as categorias analíticas propostas por Pluye et al.<sup>159, 160</sup> e adaptadas por Felisberto et al.<sup>158</sup>, que os classificam por tipo de evento em: 1. implementação; 2. implementação e sustentabilidade; e 3. sustentabilidade (Quadro 3).

Além disso, os incidentes críticos foram especificados quanto ao fato de serem favoráveis ou desfavoráveis à sustentabilidade. Considerou-se como favorável o incidente crítico cujas consequências foram interpretadas como positivas em relação à continuidade do programa. Já os desfavoráveis foram interpretados como fatos/situações adversos à sua sustentabilidade<sup>158</sup>.

Quadro 3: Definição das categorias analíticas para análise da sustentabilidade.

<b>Categorias</b>	<b>Definição/critérios</b>
<b>Implementação</b>	
Investimento adequado de recursos	investimento de recursos organizacionais (financeiros, humanos, materiais/físicos) suficientes/adequados a realização das atividades; presença de defensores do programa, liderança, equipe com <i>expertise</i> , carga horária dos profissionais adequada às atividades.
Práticas e técnicas compatíveis com as da organização	capacidade de transformar requisitos/discurso do programa em práticas concretas, compatibilidade com outras atividades organizacionais, compatibilidade de papéis e contribuições da equipe.
<b>Implementação e sustentabilidade</b>	
Incentivos aos profissionais do programa	implantação de políticas de valorização do trabalhador, adoção de incentivos (financeiros: Plano de Cargos, Carreiras e Salários, gratificações, contrato/acordo de gestão, produtividade e não financeiros), condições de trabalho, trabalho em rede compartilhado, estímulo à autonomia dos envolvidos, reconhecimento e satisfação profissional, promoção dos envolvidos, envolvimento da equipe na tomada de decisão.
Adaptação de atividades ao contexto local	adequação das atividades às necessidades da população/comunidade, da organização e ao contexto externo. Percepção pelos participantes de que o programa está produzindo os resultados iniciais desejados; adaptação a programas 'concorrentes'.
Alinhamento aos objetivos da organização	programa entre as prioridades de gestão; adequação/reorientação entre os objetivos do programa e os objetivos, valores e missão organizacionais; consenso a respeito dos valores do sistema.
Comunicação transparente entre os envolvidos com o programa	instituição de canais formais e informais de comunicação (relatórios, e-mails, site, publicações, ouvidoria, colegiado permanente, entre outros); diálogo permanente com o controle social, compartilhamento periódico de informações e evidências sobre o programa.
Compartilhamento de valores	compartilhamento de valores (símbolos, rituais, linguagem) comuns entre os atores/organizações envolvidos.
Integração do programa com as regras/normas organizacionais	regulamentação institucional do programa, inserção no modelo de atenção à saúde, menção em documentos oficiais e técnicos, inserção do programa no organograma institucional, nomeação oficial de equipe de coordenação, planejamento integrado entre o programa e a organização.
<b>Sustentabilidade</b>	
Estabilização e/ou renovação de recursos	estabilização de recursos organizacionais (financeiros, humanos, educação permanente, materiais/físicos) dedicados ao programa. Com renovação de recursos materiais/equipamentos (quando necessário).
Riscos assumidos pela organização em prol dos programas	exploração e adoção de atividades novas em nível organizacional para fins de apoio à continuidade do programa ('apostas'); com mescla de atividades novas e antigas, e criação, por parte da organização, de ambiente político interno favorável, com construção de confiança entre os envolvidos.

Adaptado de Pluye et al.<sup>159, 160</sup> e Felisberto et al.<sup>158</sup>.

### Objetivo 3

De modo a atender esse objetivo do estudo, a TM inicial do PAC (anexo 3) foi reconstruída com o auxílio da análise do material empírico advindo das entrevistas com os informantes-chave. Assim, foi possível o desenho da TM final do PAC.

Para a ‘testagem’ da TM reformulada utilizaram-se as categorias preconizadas por Mayne <sup>125</sup>: 1. pressuposto: eventos e condições que precisam acontecer para que os nexos previstos nas cadeias de resultados funcionem; 2. risco: eventos e condições que poderiam colocar em risco os nexos; 3. explicações rivais: outros fatores explicativos que podem auxiliar na explicação da ocorrência dos resultados observados, além da influência da intervenção; e 4. fatores que influenciam: condições contextuais que podem inibir ou ativar os mecanismos na condução da mudança pretendida.

Nessa etapa, a estratégia de análise dos dados produzidos pelas entrevistas foi similar à utilizada no objetivo 2, a exceção de que sua leitura objetivou identificar/validar os pressupostos e riscos propostos na TM preliminar. Isso permitiu verificar a plausibilidade (lógica) da TM inicialmente proposta.

Para a testagem da TM foi elaborada matriz de análise contendo as categorias listadas acima. Nela, os incidentes críticos identificados, por meio do objetivo anterior, foram utilizados como subsídio à análise da contribuição, uma vez eles serem importantes na explicação sobre como uma intervenção produz seus efeitos em longo prazo de maneira contínua <sup>39, 42</sup>.

Com auxílio dessa mesma matriz, a TM foi testada quanto à sua robustez, tida como o grau em que o fator ou mecanismo é identificado como significativo colaborador numa ampla gama de fontes de dados e métodos de recolha de dados <sup>41, 143</sup>. As evidências recolhidas no presente estudo foram dispostas, na mencionada matriz, por tipo de meio de verificação (entrevistas, grupos focais, revisão de documentos, revisão da literatura), para fins de verificar se os pressupostos que sustentam a lógica do programa são realistas e não estão atuando como barreiras <sup>39</sup>. Em outras palavras, tal análise foi utilizada para aferir em que medida os componentes da TM foram apoiados (suportados) por essas mesmas evidências.

Os procedimentos de análise descritos permitiram reelaborar os pressupostos sobre os mecanismos do PAC que explicam seus resultados esperados. O que possibilitou testar a TM do programa, assim como analisar a influência de possíveis fatores explicativos externos.

#### **4.6. Aspectos éticos**

A pesquisa foi conduzida em conformidade com a Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e 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 5). O estudo foi autorizado pela Secretaria de Saúde do município do Recife por meio de emissão de Carta de Anuência (anexo 6).

Ao início da abordagem dos participantes foi realizada leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 7), caso concordassem em participar, esses assinaram o referido Termo individualmente e em duas vias. Os princípios da privacidade e da confidencialidade dos sujeitos envolvidos na pesquisa foram garantidos à medida que não houve identificação das informações relativas a esses. Os dados foram armazenados em local seguro.

Os resultados desse estudo podem vir a serem apresentados em congressos, seminários, publicações científicas ou de outra natureza.

## **5. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados e a discussão serão apresentados por objetivo específico.

### **5.1. Revisão sistematizada sobre estudos avaliativos de intervenções de promoção de atividade física comunitários**

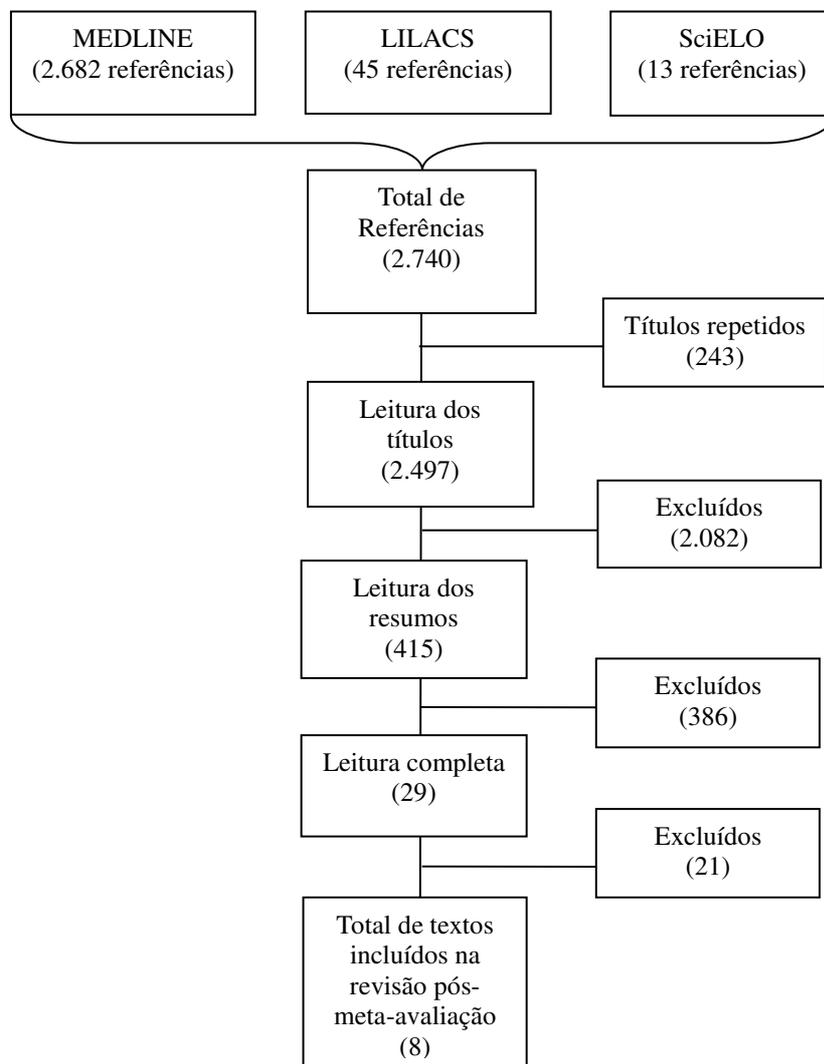
A partir da busca nas bases de dados selecionadas, foram identificadas 2.740 referências, sendo 2.682 no *Medline/interface Pubmed*, 45 no LILACS, e 13 no SciELO. Desses, 243 foram excluídos por se tratarem de duplicidades, restando 2.497 artigos (Figura 2). O processo de seleção foi realizado de acordo com os critérios de exclusão previstos para cada etapa. A descrição destes 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), 2.082 referências foram excluídas, e 85 títulos foram discordantes entre os examinadores. A concordância entre eles, nessa fase, foi considerada adequada segundo a classificação do índice *Kappa* (0,68;  $p \geq 0,001$ ). Dos 85 títulos, após reunião de discussão e consenso com a participação do terceiro revisor, 70 títulos foram excluídos. Desse modo, restaram 415 referências para a fase seguinte (figura 2).

Na etapa de leitura dos resumos ( $n = 415$ ), 369 referências foram excluídas pelos revisores, restando 17 artigos discordantes entre eles (*Kappa* = 0,49: regular;  $p \geq 0,001$ ). Agregando-se a terceira opinião ao processo, todas as referências discordantes foram excluídas, totalizando 386 exclusões nessa etapa (figura 2).

Os títulos 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 (*Kappa* = 1,00: perfeito;  $p \geq 0,001$ ). Assim, oito referências passaram para a etapa seguinte (avaliação da qualidade).

Figura 2: Fluxograma de seleção de referências para revisão sistematizada sobre avaliação de intervenções de promoção de atividade física comunitárias, 2016.



Fonte: elaboração própria.

Quadro 4: Quantitativo de títulos excluídos, segundo etapas de seleção da revisão sistematizada e critérios de exclusão, 2016.

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: não ter o desenho de estudo avaliativo claramente definido.	Não se aplica	Não se aplica	9

Fonte: elaboração própria.

Quanto 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 sistematizada sobre intervenções comunitárias de atividade física, 2016.

Parâmetros/ Critérios	Draper; Kolbe- Alexander, Lambert <sup>195</sup>	Dubuy et al. <sup>196</sup>	Parra et al. <sup>34</sup>	Norwood et al. <sup>197</sup>	Fernandes et al. <sup>198</sup>	Mendonça et al. <sup>33</sup>	Hallal et al. <sup>30</sup>	Reis et al. <sup>199</sup>
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
P4-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).

Os trabalhos de Draper, Kolbe-Alexander, Lambert<sup>195</sup> e Dubuy et al.<sup>196</sup> obtiveram média geral melhor (excelente a boa) que os demais estudos (quadro 5). No Quadro 5 observamos que os parâmetros de factibilidade (P2) e de acurácia ou precisão (P4) alcançaram melhor pontuação que os demais parâmetros propostos pelo JCSEE. Os critérios de especificidade (E1 a E5), de um modo geral, receberam pontuação relativamente menor que os parâmetros JCSEE (quadro 5).

Quanto à caracterização geral das referências incluídas no estudo temos que a maior parte foi realizada no Brasil (n= 5), e publicada nos anos de 2009 (n= 2), 2010 (n= 2) e 2014 (n= 2) (quadro 6).

Quadro 6: Estudos incluídos na revisão sistematizada sobre avaliação de intervenções comunitárias de promoção de atividade física, segundo caracterização geral, 2016.

Ano	Autor (es)	Título	País
2009	Draper, Kolbe-Alexander, Lambert <sup>195</sup>	A Retrospective Evaluation of a Community-Based Physical Activity Health Promotion Program.	África do Sul
2009	Hallal et al. <sup>30</sup>	Avaliação de programas comunitários de promoção da atividade física: o caso de Curitiba, Paraná.	Brasil
2010	Parra et al. <sup>34</sup>	Assessing Physical Activity in Public Parks in Brazil Using Systematic Observation.	Brasil
2010	Mendonça et al. <sup>33</sup>	Exposure to a Community-Wide Physical Activity Promotion Program and Leisure-Time Physical Activity in Aracaju, Brazil.	Brasil
2013	Dubuy et al. <sup>196</sup>	'10 000 Steps Flanders': evaluation of the state-wide dissemination of a physical activity intervention in Flanders.	Bélgica
2014	Norwood et al. <sup>197</sup>	Active travel intervention and physical activity behaviour: An evaluation.	Escócia
2014	Reis et al. <sup>199</sup>	Promoting Physical Activity and Quality of Life in Vitoria, Brazil: Evaluation of the Exercise Orientation Service (EOS) Program.	Brasil
2015	Fernandes et al. <sup>198</sup>	Atividade física de lazer no território das Academias da Cidade, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: o efeito da presença de um programa de promoção da saúde na comunidade.	Brasil

Fonte: elaboração própria.

No que diz respeito às abordagens avaliativas empregadas, metade dos estudos focaram nos resultados <sup>33, 196, 197, 199</sup> e a outra metade em processo e resultados <sup>30, 34, 195, 198</sup>. Nenhum deles abordou o impacto dessas intervenções. Utilizou-se, a exceção do estudo de Draper; Kolbe-Alexander, Lambert <sup>195</sup>, o delineamento transversal, com emprego de inquéritos domiciliares e telefônicos, e a análise quantitativa na maioria dos estudos (n= 7). Em três estudos <sup>34, 197, 198</sup> compararam-se grupos de indivíduos 'expostos' à intervenção de PAF, aos 'não expostos': indivíduos advindos de áreas sem a presença de intervenção de PAF (quadro 7).

Quanto aos instrumentos para mensuração da AF, os estudos selecionados empregaram questionários variados. Entre os questionários mais utilizados tivemos o IPAQ (Questionário Internacional de Atividade Física) <sup>33, 196</sup> e o SOPARC (Sistema de Observação de Brincadeiras e Comunidades) <sup>34</sup>. Apenas um estudo utilizou o pedômetro

(instrumento que afere os passos, controlam a velocidade e o ritmo de um indivíduo que marcha) como medida objetiva complementar ao nível de AF<sup>196</sup>. Os demais estudos utilizaram questionários não validados.

No que se refere aos objetivos das intervenções de PAF avaliadas, o Quadro 7 demonstra que todas tiveram como objetivo principal ofertar AF comunitária, com vistas ao seu incremento. Agregado a isso, três delas<sup>33, 34, 198</sup> objetivaram estimular a alimentação saudável. Metade das intervenções avaliadas englobaram as três abordagens propostas pelo *Community Guide* (informativa; comportamental e social; e política e ambiental). Chama atenção que a totalidade das intervenções estudadas apresentou ações classificadas como abordagem do tipo sociocomportamental (quadro 7).

Os indicadores de processo estiveram relacionados a aspectos organizacionais e estruturais dos programas, como: manutenção do ambiente físico/equipamentos, segurança, distância do local de instalação dos programas e relacionamento com os profissionais, sendo, de um modo geral, aspectos bem avaliados pelos entrevistados (n= 4). Quanto aos resultados das avaliações, a maior parte delas (n= 7) identificou aumento no nível de AF na população usuária dos programas como principal resultado. O estudo de Draper, Kolbe-Alexander, Lambert<sup>195</sup> relatou efeito sobre melhoria da qualidade de vida e bem-estar dos participantes, em contraste com o estudo de Reis et al.<sup>199</sup>, que constatou que a ‘exposição’ ao programa não foi associada à qualidade de vida (quadro 7).

Quadro 7: Descrição dos estudos incluídos na revisão sistematizada sobre avaliação de intervenções comunitárias de promoção de atividade física, segundo aspectos da intervenção, 2016.

Autor	Aspectos da intervenção		
	Objetivos da intervenção	Tipo de intervenção (abordagem)	Resultados principais
Draper, Kolbe-Alexander, Lambert <sup>195</sup>	CHIP's: promover aulas de AF, por meio de pagamento de taxa simbólica, em comunidades desfavorecidas com objetivo de aumentar seu nível.  Reduzir DCNT.	social e comportamental  política e ambiental	Dificuldades na obtenção de recursos financeiros, mesmo com uma taxa moderadora acessível, constitui-se numa ameaça à sua sustentabilidade.  O envolvimento de líderes comunitários na implementação do programa favoreceu sua continuidade.  Os profissionais do programa foram avaliados como acolhedores, comprometidos e capacitados.  Participantes relataram sentimento de pertencimento, melhoria do estilo de vida, autoestima, bem-estar e alívio de estresse.  Aumento da conscientização sobre os benefícios da AF.
Hallal et al. <sup>30</sup>	Diversos programas de PAF da prefeitura municipal (PMC): promover AF por meio de disponibilização de espaços públicos para AF, realização de atividades físicas e esportivas (aulas de ginástica, caminhada, entre outros) orientadas por profissionais de AF nos Centros de Esporte e Lazer (CEL), integrantes do Programa CuritibaAtiva, além de distribuição de <i>folder</i> 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 PMC.  Aumento da quantidade de indivíduos que frequentam os locais dos programas e são fisicamente ativos.  A estratégia do CuritibaAtiva de divulgação de mensagens curtas sobre os benefícios da AF, por meio de entregas de <i>folders</i> apresentou pouca abrangência.  A segurança e a manutenção da estrutura/equipamentos foram os itens melhor avaliados pelos participantes dos programas oferecidos pela PMC. Já as informações disponibilizadas nos espaços foi o item com pior avaliação.
Parra et al. <sup>34</sup>	Programa Academia da Cidade (PAC); Recife PE: promover AF (aulas de ginástica, caminhada, entre outros), 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 parques públicos são recursos potenciais para a promoção da atividade física, principalmente em locais de baixa renda.  Os participantes do programa tiveram mais probabilidade de realizarem atividade física moderadas a vigorosas, e vigorosas que os não participantes.

Continuação do Quadro 7: Descrição dos estudos incluídos na revisão sistematizada sobre avaliação de intervenções comunitárias de promoção de atividade física, segundo aspectos da intervenção, 2016.

Autor	Aspectos da intervenção		
	Objetivos da intervenção	Tipo de intervenção (abordagem)	Resultados principais
Mendonça et al <sup>133</sup>	PAC; Aracaju- SE: promover AF (aulas de ginástica, caminhada, entre outros), 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 programa (ter ouvido falar, ter visto, ser participante atual e ser ex-participante) foram significativamente associadas ao aumento dos níveis de atividade física no lazer.
Dubuy et al <sup>196</sup>	Programa <i>10.000 Steps Flanders</i> : Incrementar a AF por meio de ações nos âmbitos individual, social e ambiental, como disponibilização de ciclovias, locais para caminhada, divulgação sobre benefícios da AF em meios de comunicação de massa.	social e comportamental política e ambiental	Aumento do nível de AF moderada a vigorosa, dentro do recomendado pela OMS em indivíduos 'expostos' ao programa nos três domínios estudados (casa, trabalho, e lazer).
Norwood et al <sup>197</sup>	Programa <i>Smarter Places</i> : incrementar a AF por meio de incentivo a adoção da caminhada, do ciclismo e da utilização dos transportes públicos (viagens ativas).	social e comportamental	Aumento de 6% no nível de AF nas áreas com a intervenção (programa) em comparação com áreas sem a intervenção.
Reis et al <sup>199</sup>	Serviço de Orientação ao Exercício (SOE): 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 para adultos.
Fernandes et al <sup>198</sup>	PAC; Belo Horizonte-MG: promover AF (aulas de ginástica, caminhada, entre outros), 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	A proximidade ao programa foi associada ao relato de maior facilidade para caminhar e ver mais pessoas se exercitando na vizinhança.  Não usuários, residentes em áreas adstritas (até 500 metros do polo do programa) 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 terem recebido suporte social de amigos/familiares para a prática de atividade física.

Fonte: elaboração própria.

A aplicação dos parâmetros e critérios de meta-avaliação revelou que os estudos incluídos na presente revisão apresentaram alta qualidade, uma vez que os parâmetros concernentes à acurácia/precisão e factibilidade obtiveram maiores pontuações. Entretanto, chama atenção que os métodos e abordagens escolhidos não contemplaram os atributos que caracterizam as intervenções de PS <sup>104, 179</sup>, expressos nos critérios de especificidade. Esses últimos obtiveram pontuação relativamente baixa, em comparação aos parâmetros propostos pela JCSEE. Apenas um estudo empregou o critério de uso adequado da teoria (E1) com explicitação do modelo lógico da intervenção <sup>195</sup>.

Esses resultados foram consistentes com revisões sistemáticas sobre avaliação de intervenções de PS. Trabalho conduzido por Hartz et al. <sup>179</sup>, apontou que os critérios de especificidade foram menos empregados, onde apenas 52% dos estudos pesquisados alcançaram classificação muito boa ou excelente para esses critérios, e 30% deles obtiveram pontuação 5,0 (regular) no uso adequado da teoria (E1), e na 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 empregadas em PS.

Os resultados do presente estudo apontaram que a utilização de abordagens multiestratégicas para avaliação de intervenções comunitárias de PAF ainda é restrita, uma vez que a análise da informação foi predominantemente quantitativa e com foco nos resultados. Tal achado foi constatado em estudos de revisões sistemáticas, cujo objetivo foi avaliar intervenções de PS e/ou AF <sup>37, 179, 200</sup>.

Para Akerman et al. <sup>103</sup>, 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 avaliá-las a partir dos métodos usualmente utilizados na avaliação do cuidado médico e da prevenção de doenças.

Os estudos nacionais integrantes da presente revisão <sup>30, 33, 34, 198, 199</sup> destacaram preocupação na melhoria do rigor metodológico de estudos sobre a efetividade de

intervenções de PAF, citando os achados de revisão sistemática realizada por Hoehner et al. <sup>24</sup>. O referido estudo concluiu que além de escassas, as evidências produzidas sobre esse tipo de intervenção na América Latina possuíam lacunas metodológicas. Isso pode justificar, em parte, a ênfase dada nos estudos selecionados na presente revisão à efetividade, com emprego de análises epidemiológicas.

Ainda com respeito à metodologia empregada, reconhece-se que a utilização, na maioria dos estudos, do delineamento transversal apresentou vantagens importantes, como: o baixo custo e a rapidez na obtenção dos dados. Entretanto, o ideal seria que outros tipos de delineamentos pudessem ter sido encontrados, o que denotou sua escassez, conforme corroborado por Hallal et al. <sup>200</sup>. Outro fator que merece destaque se refere ao desfecho 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 et al. <sup>37</sup>, estudos avaliativos desse tipo de intervenção que contemplem indicadores de processo ainda são pouco comuns.

Em relação às características das intervenções, conforme o *Community Guide*, temos que a metade dos estudos focou nas três abordagens propostas (informativa; comportamental e social; e política e ambiental). E, portanto, trata-se de intervenções abrangentes que 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 (ex.: 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. <sup>179</sup>, que consideraram positiva a maioria das intervenções de PS de diversos países, por eles estudadas, procurar compor metas referentes à mudança no âmbito individual (comportamental), com objetivos de implementação de mudanças em nível meso e macro (abordagens política e ambiental).

Em que pese o potencial limitado de avaliações que não combinem aspectos de processo aos de resultado <sup>179</sup>, os achados encontrados nos artigos revisados por esse estudo

apontaram 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.

Entretanto, uma das limitações importantes da presente revisão refere-se ao fato de que a diversidade de métodos e instrumentos de recolha de dados empregados não permitiu comparações entre os trabalhos. Ademais, os questionários, utilizados na maior parte dos estudos, estão sujeitos à subjetividade das respostas, assim como o viés de memória, não permitindo comparações com medidas objetivas do nível de AF<sup>200, 201</sup>.

## **5.2. Percurso dos eventos relativos à sustentabilidade do PAC Recife**

Os resultados referentes a esse objetivo serão apresentados em duas partes. Inicialmente será descrita a linha do tempo contendo os principais eventos que marcaram a origem e o desenvolvimento do PAC de 2002 a 2016. Em seguida, discorre-se sobre a análise dos eventos que foram importantes quanto às suas consequências para a continuidade do programa, e, portanto, considerados como incidentes críticos.

A linha do tempo do PAC, no período em análise, situou os incidentes críticos quanto ao seu início e duração, buscando representar como suas consequências atuaram sobre outros eventos relevantes, sobre as práticas e o contexto do programa. É possível notar que alguns eventos derivaram da vinculação com outros, nesse caso representado pelos círculos e setas entre eles (figura 3).

Os incidentes críticos também foram relacionados aos eixos considerados no estudo (figura 3). Nessa perspectiva, eles foram distribuídos nos mesmos eixos organizacionais do programa previstos como componentes da teoria da mudança (TM) do PAC: cogestão e intersetorialidade; teoria e práticas do PAC, e educação, pesquisa e comunicação. Essa compatibilização dos dois instrumentos propostos na pesquisa (TM e linha do tempo) objetivou tanto alinhá-los aos eixos integrantes de programas voltados à PS<sup>153</sup>, quanto auxiliar na posterior testagem da TM, uma vez o objetivo 2 subsidiar a

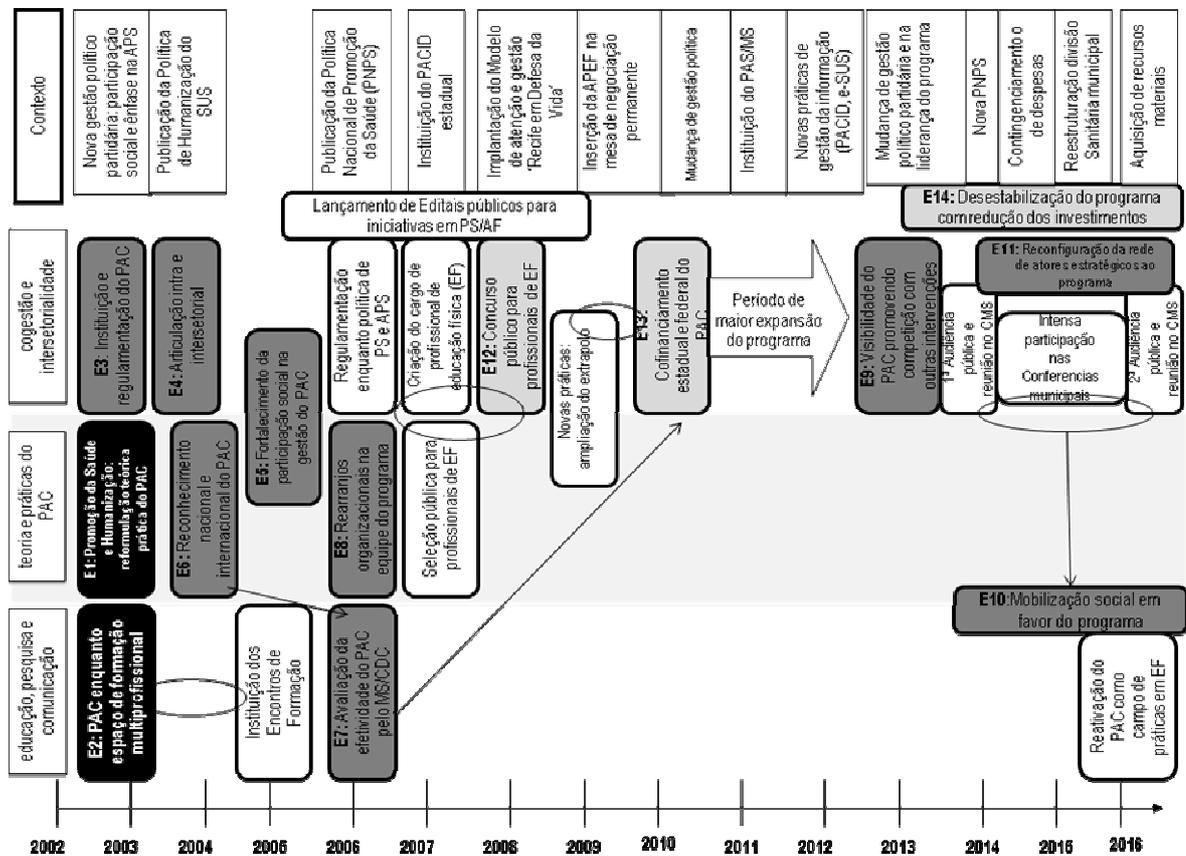
análise do objetivo 3.

O delineamento da linha do tempo permitiu identificar quatorze eventos (E) com características de incidentes críticos (sinalizados em escala cinza na figura 3). Quanto à sustentabilidade, ao interpretarmos e classificarmos os eventos/incidentes críticos conforme as categorias propostas por Pluye et al.<sup>159, 160</sup> tivemos dois eventos que influenciaram no processo de implementação do programa (em preto na figura 3): E1-Promoção da Saúde e Humanização: reformulação teórica prática do PAC (2003), e E2-PAC como espaço de formação multiprofissional (2003).

Os eventos/incidentes críticos que influenciam tanto os processos de implementação quanto os de sustentabilidade (mistos) foram a maior parte com nove (em cinza escuro na figura 3): E3-Instituição e regulamentação do Programa Academia da Cidade (2003), E4-Articulação intra e intersetorial (2003), E5-Fortalecimento da participação social na gestão do PAC (2004), E6-Reconhecimento nacional e internacional do PAC como experiência exitosa em PS (2004), E7-Avaliação da efetividade do PAC (2006), E8-Rearranjos organizacionais na equipe do programa (2006), E9-Visibilidade do PAC promovendo competição com outras intervenções (2013), E10-Mobilização social em favor do programa (2014-2016), e E11-Reconfiguração da rede de atores estratégicos ao programa (2014) (figura 3).

Já os eventos de sustentabilidade totalizaram três, destacados na cinza claro, na figura 3: E12-Concurso público para profissionais de educação física (2008), E13-Cofinanciamento estadual e federal do PAC (2010), e E14-Desestabilização do programa com redução dos investimentos (2013-2016).

Figura 3: Linha do tempo dos eventos/incidentes críticos\* (E) relativos à sustentabilidade do Programa Academia da Cidade, Recife- PE, 2002 a 2016.



Fonte: elaboração própria.

A análise dos eventos/incidentes críticos, organizados de acordo com as categorias anteriormente citadas <sup>159, 160</sup>, será apresentada por meio de narrativas a seguir. Cada evento/incidente crítico será abordado segundo elementos comuns, presentes em todas as narrativas. Com objetivo de auxiliar na compreensão de como eles aconteceram: recursos mobilizados (físicos, organizacionais e simbólicos), práticas (atividades e interações) e consequências <sup>159, 160</sup>. Sempre que necessário será apresentado o contexto político-institucional referido ao incidente crítico e que influenciou no percurso do programa.

A utilização desses elementos fundamentou-se na consideração do PAC enquanto sistema de ação organizado e interdependente situado num determinado contexto e momento. Onde sua estrutura (recursos) é constituída pela interação entre uma estrutura

física (recursos financeiros, humanos, imobiliários, técnicos, informacionais), uma estrutura organizacional (governança intra e extrainstitucional) e uma estrutura simbólica específica (representações, valores, normas coletivas, saberes, poder). Ela delimita um espaço social no qual interagem diversos atores (indivíduos ou grupos sociais), num jogo permanente de concorrência e cooperação, orientados pelas finalidades do sistema no intuito de conseguir ou de controlar os recursos. Nele as práticas dos atores são, ao mesmo tempo, influenciadas pela estrutura do sistema e constitutivas dela <sup>149</sup>. Ao final da narrativa uma segunda linha do tempo foi elaborada, considerando a distribuição dos incidentes críticos conforme as categorias e subcategorias analíticas do estudo. Pela expressão que teve no desenvolvimento do programa, o evento 1 será apresentado com maior detalhamento que os demais.

### **Eventos de implementação**

#### E1- Promoção da Saúde e Humanização: reformulação teórica prática do PAC

##### **Contexto:**

A concepção, em 2002, do Programa Academia da Cidade (PAC) no município estudado esteve relacionada à preocupação com a estruturação/ampliação de locais para lazer e convivência, mas principalmente para realização de atividade física (AF) <sup>102</sup>.

Compreendia-se a necessidade do programa atuar na mudança do perfil epidemiológico municipal, que apresentava indicadores de DCNT e de violência urbana crescentes, concomitantemente à presença de doenças infecto parasitárias no quadro sanitário <sup>184</sup>.

‘[...] Essa ideia nasceu [...] pela observação dos espaços públicos que eram utilizados de uma forma desordenada para fazer caminhada [...] por outro aspecto foi a questão das doenças cardiovasculares e a ampliação desse que chamam de transição epidemiológica, na verdade, não é uma transição, a gente não fez uma transição, a gente fez um acúmulo [...] desde a primeira proposta de 2001 [primeiro Projeto do PAC 2001-2002], um dos objetivos era a redução da violência’ (E1, ex-gestor PAC).

Conjuntamente ao cenário epidemiológico municipal descrito, o programa alinhou-se ao projeto político governamental à época, tido como decisivo à sua implantação, conforme trecho reproduzido a seguir:

‘[...] primeiro, decisão política, a gente não pode nunca tirar a discussão de quem assumiu a prefeitura, a disponibilidade política, discutir isso com prefeito [...] então, era uma intenção que a gente tinha, muito grande no início do governo [...] de fazer um trabalho com atividade física que pudesse permitir o acesso da população de uma maneira ampla’ (E3, ex-gestor PAC).

O contexto favorável teve início em 2001, quando assumira nova gestão administrativa municipal que propunha a inclusão social com: responsabilidade metropolitana, ação integrada, planejamento descentralizado e Orçamento Participativo- OP <sup>102</sup>. No âmbito da saúde, objetivava-se a construção de um ‘Recife Saudável’, a partir do referencial de Cidades Saudáveis, com proposição de mudanças no modelo de atenção à saúde: de foco hospitalar (hospitalocêntrico) para expansão e qualificação da APS <sup>102</sup>. Assim, o alinhamento político conjugou-se ao técnico, onde as diretrizes propostas pela gestão municipal serviram de base para a construção do projeto do PAC.

A primeira experiência municipal dessa natureza teve início em 1996, com a implantação de projeto de uma instituição local de ensino (Escola Superior de Educação Física- ESEF/Universidade de Pernambuco- UPE), em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Recife, denominado Exercício e Saúde, que ofertava avaliação física, médica e nutricional e prescrição individual de AF <sup>10</sup>. Segundo os relatos, a diferença entre esse projeto e o PAC era o foco limitado (preventivo e individualizado) em relação às questões de saúde pública/coletiva propostas pelo PAC: ampliação do acesso à AF orientada e à alimentação saudável, estímulo à inclusão e à participação social, qualificação/requalificação de espaços públicos, educação em saúde, cidadania e empoderamento, e ações integradas <sup>102</sup>.

‘[...] não é que o Exercício e Saúde fosse ruim, mas pra o que o programa [PAC] pretendia que eu escutava na gestão [...] ele não dava conta [...] [O PAC] trazia mais saúde pública para o projeto [Exercício e Saúde], empoderamento, participação social, né? Aquela coisa toda, aí ela avançava’ (E2, ex-gestor).

Apesar de o PAC estar funcionando desde fevereiro de 2002, até um ano após sua implantação havia discussões e não consenso sobre o modelo de atenção à saúde municipal e a inserção do programa nele. Além disso, em que pese se basear nos princípios da PS, suas práticas ao início assumiram características prescritivas e biomédicas, na linha do antecessor.

Nessa fase, houve preocupação com a consolidação das diretrizes planejadas à sua concepção, assim como sua adequação à Política Nacional de Humanização do SUS (HumanizaSUS), publicada nesse mesmo ano <sup>95</sup>. Os dispositivos dessa política serviram de base para o redesenho do modelo de atenção e gestão à saúde municipal, implementado anos mais tarde (2009). Muito embora esse modelo ganhar força a partir de 2009, a implementação de seus pilares, iniciadas em 2003, constituiu-se numa referência para as ações municipais, principalmente de APS. Mudanças na gestão do PAC, em 2003, proporcionaram movimentos favoráveis à sua reconfiguração na direção dos seus objetivos ampliados.

‘[...] em 2004, a gente começa a reescrever, e começa a nascer os primeiros, bem primeiros mesmo, ainda não era uma política, a questão do HumanizaSUS, da Humanização, aí a gente começa a brincar e dizer assim: vamos fazer o PAC humanizado?’ (E1, ex-gestor).

#### **Recursos mobilizados (físicos, organizacionais e simbólicos):**

O PAC iniciou em cinco polos instalados em estruturas preexistentes (parques, praças e orla marítima), sendo que três deles eram integrantes do projeto Exercício e Saúde. Esses espaços foram reformados para esse fim, tendo sido inaugurados entre fevereiro e maio de 2002 <sup>102</sup>.

Diversos atores participaram da concepção e implantação do PAC e, posteriormente, da sua reformulação teórico prática. À época da sua implantação, a SMS estabeleceu parcerias, principalmente, com a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), em especial com o Departamento de Nutrição, com a ESEF/UPE, e outras Secretarias Municipais, com destaque para a Secretaria de Turismo, Esporte e Lazer, por meio do programa Círculos Populares de Esporte e Lazer (CPEL), implantado um ano antes (2001) <sup>100, 102</sup>. Até meados de 2002, esses atores exerciam cogestão do programa, o qual tinha um profissional médico como coordenador.

Outros atores envolvidos referiam-se à equipe multiprofissional contemplada por profissionais de nutrição, de medicina e de educação física, esses últimos divididos em avaliadores físicos e professores de ginástica, e à equipe de coordenação com: coordenador geral, supervisores de polo, responsáveis por questões administrativas dos

polos; e coordenadores técnico-pedagógicos, encarregados de suporte aos profissionais dos polos <sup>102, 106</sup>.

A nova coordenação do programa, formada por profissionais de saúde coletiva, retomou a necessidade de alinhá-lo ao discurso da gestão e seu projeto político. Nesse processo, ocorrido ao longo de 2004, houve ampliação do debate com inserção de novos atores internos e externos. O perfil da nova coordenação favoreceu a aproximação com o CPEL, que teve participação ativa nas discussões.

Por outro lado, houve conflitos de interesse entre alguns dos envolvidos. A equipe a frente da sua primeira versão, e a nova coordenação tiveram desentendimentos quanto às correntes teóricas que deveriam prevalecer. As novas proposições divergiram da preocupação com a atividade física e aferição de medidas antropométricas. Aliado a isso, houve contestações entre a coordenação e os educadores físicos dos polos. As mudanças propostas foram percebidas como perda de poder da categoria profissional, mas depois compreendidas como um movimento importante no seu desenvolvimento profissional. Esse processo resultou na reorganização da equipe do programa, conforme expresso a seguir:

[...] o que a gente propôs foi uma coisa contra-hegemônica, aí começou os conflitos internos [...] começou um mal estar e tal, porque tava: ‘ah tá mudando o programa’ [...] que é aquela ideia da educação física [...] se não medir, não pesar, nada funciona [...] o mal estar foi tanto que pessoas chaves que construíram o programa até então [...] começaram a sair [...] a gente foi quebrando paradigmas [...] nós passamos [...] 2004 inteiro fazendo essa quebra, mas teve um corte no programa [...] ele ficou diferente, teve um avanço’ (E2, ex-gestor).

Esse processo também trouxe dissensos entre a equipe do PAC e as instituições de ensino mencionadas anteriormente, principalmente a UPE, ora denominada Universidade. Ela apoiava a ideia do escopo de atuação do PAC ser a prescrição do exercício físico, com sua ampliação como campo de práticas, principalmente para estudantes de educação física. Além das divergências conceituais, havia disputas quanto à reivindicação da gestão do programa, já que essas instituições faziam parte do seu núcleo gestor. Isso repercutiu no distanciamento do PAC dessas instituições.

### **Práticas (atividades e interações):**

Nesse período, o programa começou a ganhar contornos de uma política de PS, com implementação de dispositivos como: cogestão, acolhimento aos usuários, apoio institucional, exercido pelos coordenadores técnico-pedagógicos, qualificação dos espaços públicos e o estímulo à participação social. Entre eles, a instalação dos polos em equipamentos urbanos trouxe uma singularidade para o programa, onde a maior parte deles, antes depredados, teve seu uso potencializado.

Entretanto, havia, ainda, um incômodo por parte da gestão da SMS de que ele pudesse ter capilaridade na comunidade com objetivo de identificação de lideranças comunitárias, de outros espaços públicos para lazer e AF, e de equipamentos sociais presentes na área adstrita aos polos, mas também para divulgação e integração do programa à rede e às demais políticas municipais de saúde.

Na ocasião, entrou em cena o ‘mapeamento territorial’ pelos profissionais dos polos, influenciado pela teoria de espaço e território, proposta por Milton Santos, cujo detalhamento foi apresentado no referencial teórico metodológico desse trabalho. A mudança no processo de trabalho foi aceita pelos profissionais, configurando-se num instrumento reflexivo das práticas e gestão do território em rede, conforme esclareceram alguns entrevistados:

‘[...] então, era mapear esses espaços e as pessoas de referência, se tinha associação comunitária [...] mapeamento [...] que era chamado de território político, naquela perspectiva de Milton Santos; isso aqui foi fundamental pra você propor, você quebrar barreiras com os profissionais e propor alguma coisa da saúde pública [...] os profissionais aderiram [...] eles começaram a problematizar’ (E2, ex-gestor).

### **Consequências:**

A instituição da nova coordenação, em 2003, contribuiu no reconhecimento mútuo do programa como compatível ao projeto político da SMS e do governo municipal. Esse processo trouxe maior articulação tanto entre a equipe de coordenação do PAC e as instâncias de gestão superiores, quanto entre a coordenação e os profissionais dos polos. A partir das novas configurações, o projeto inicial do PAC (2001-2002) foi reescrito (2003-2004) <sup>106</sup>. A redefinição conceitual e prática trouxe ampliação do campo de atuação profissional, com aplicação das diretrizes de PS no planejamento e avaliação

das ações, que passaram a ser compartilhados com usuários e grupos sociais.

O mapeamento territorial aproximou os profissionais das comunidades, fazendo com que eles se apropriassem do espaço e do território envolvidos, além de possibilitar o reconhecimento do perfil socio sanitário da população do entorno e suas necessidades em saúde.

## E2- PAC como espaço de formação multiprofissional

### **Contexto:**

A formação permanente e a integração ensino serviço sempre se destacaram no bojo das ações do PAC, contudo passaram a ser potencializadas a partir de 2003. Os esforços envidados na sua reconfiguração, descritos anteriormente, foram acompanhados de mudanças nos espaços formativos de profissionais e estudantes. Reconheceu-se que a formação tradicional dos educadores físicos possuía limitações quanto às competências requeridas à nova versão do programa. A formação, na opinião dos entrevistados, apresentava caráter tecnicista, com ênfase em questões corporais e estéticas, além de deficiência nos conteúdos de saúde pública/coletiva. Ao mesmo tempo enfatizou-se o diferencial dessa profissão na equipe de saúde, por ela ser voltada à educação, como nos trechos transcritos a seguir:

‘[...] pelo menos até alguns anos atrás, a gente não tinha nenhuma formação de área de saúde no sentido específico, no sentido de público, né?’ (GF2, profissionais).

‘[...] nós temos formação em educação, e aí a gente atua na área da saúde, até porque é uma das áreas de atuação [da profissão] [...] o que eu vejo como decisivo é a visão educacional que nós temos, que alguns profissionais de saúde não têm claramente’ (GF2, profissionais).

A formação permanente, além dos conteúdos técnicos pedagógicos, passou a incluir temas tanto referentes às novas diretrizes do programa, quanto do campo da saúde, pois pelo seu caráter inovador havia ‘inauguração’ dos educadores físicos, tradicionalmente voltados à educação, nesse campo. Nota-se um estreitamento entre os propósitos do PAC e os do governo municipal à época quando da discussão desses conteúdos:

[...] essa reflexão teórica fez a gente enxergar os caminhos pra [...] realmente aproximar o programa do que ele realmente deveria ser pra atender aos princípios da gestão democrática e popular que o [prefeito] [...] trazia, na verdade, e a gente trazia junto com o P. [Partido] lá' (E2, ex-gestor).

### **Recursos mobilizados (físicos, organizacionais e simbólicos):**

O projeto original do PAC propunha a inserção de estudantes, enquanto integrantes da equipe de trabalho formada pelas três áreas envolvidas, na ocasião (medicina, educação física e nutrição). As parcerias interinstitucionais entre a SMS e as instituições locais de ensino (UFPE e Universidade) favoreceram a caracterização do programa como um importante campo de práticas, ao seu início <sup>102</sup>.

A inserção dos estudantes, presentes de maneira expressiva até meados de 2008, representou uma qualificação no processo de formação permanente. Destaca-se que muitos deles se identificaram com o PAC passando a integrá-lo, posteriormente. Em 2008, a partir da publicação de nova Lei (Lei Nº 11.788 de 25 de setembro de 2008), conhecida como Lei de Estágio <sup>202</sup> passou-se a ter dificuldades nessa inserção.

Mesmo com o avanço nas temáticas, havia queixas quanto a não integração dos envolvidos, uma vez que as reuniões técnicas aconteciam no mesmo dia e horário, em grupos separados por 'atribuições': estudantes, avaliadores físicos e professores de ginástica.

### **Práticas (atividades e interações):**

Em 2005, foi criado (e mantido até os dias atuais) o Encontro de Formação. Trata-se de um colegiado mensal, realizado inicialmente no mesmo dia (aos sábados), com todos os profissionais e estudantes. Posteriormente, os envolvidos foram divididos por turno (manhã e tarde). Essa mudança foi importante, pois a utilização de um dia extra (sábado) causava problemas administrativos. Por outro lado, constituiu-se num dos únicos momentos de encontro de todos os profissionais, favorecendo trocas de experiências. Com a mudança, as atividades de formação tornaram-se parte da carga horária profissional. No entanto, houve a preocupação de não caracterizar isso como um

processo punitivo. A necessidade de um espaço de compartilhamento em que todos estivessem presentes fez com que fosse implantado o Encontro Anual de Formação.

O Encontro de Formação, paulatinamente, passou a ser um espaço legitimado na construção compartilhada de saberes. O fato da escolha das temáticas, realizada durante o Encontro Anual, ser conjunta pela equipe, foi um dos fatores contribuintes. Além disso, a depender do tema, os profissionais são convidados a serem facilitadores, o que faz com que se sintam valorizados. Nesses Encontros também se realiza avaliação das ações.

‘[...] a realidade é trazida e é discutida, não tá vindo algo assim direcionado como uma estrutura já fechada [...] os profissionais escolhem os temas de educação permanente de acordo com suas necessidades’ (GF2, profissionais).

### **Consequências:**

Os conhecimentos trazidos pelas novas diretrizes do programa promoveram ampliação do campo de saberes dos profissionais e estudantes envolvidos, numa perspectiva multiprofissional. Isso repercutiu no fortalecimento das discussões teórico práticas, com incorporação e valorização de outros saberes, adequados às necessidades de qualificação dos envolvidos.

Esse movimento criou oportunidade para discussão sobre as competências necessárias à formação, principalmente em educação física, com foco no Sistema Único de Saúde (SUS). Como consequência, instituições locais de ensino modificaram sua grade curricular, inserindo conteúdos de saúde pública/coletiva, de modo a contemplar o novo mercado que se abria para educadores físicos. Aliado a isso, cresceu nesse período, a procura desses profissionais por cursos de pós-graduação em saúde pública/coletiva, como forma de dar vazão ao seu crescente interesse pelo programa e pela saúde coletiva.

‘[...] se discutia muito como é que o profissional de educação física estava sendo formado, e como é que a gente poderia estar agregando conhecimento de SUS, então os estagiários [estudantes] tinham uma estrutura de espaço de troca muito grande e os profissionais também’ (E1, ex-gestor).

## **Eventos de implementação e de sustentabilidade**

### E3- Instituição e regulamentação do Programa Academia da Cidade

#### **Contexto:**

A partir de 2003, com o movimento de reconfiguração das diretrizes do PAC (evento 1), teve início um processo gradual de reconhecimento interno, com ênfase na publicação de normas regulamentadoras pelo governo municipal.

Essas normas, além de se adequarem ao cenário municipal, também se alinharam ao contexto nacional, quando da instituição da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), publicada em 2006 <sup>91</sup>.

#### **Recursos mobilizados (físicos, organizacionais e simbólicos):**

Nesse período houve expansão do PAC, com inauguração de dois novos polos, além da sua oficialização por meio da publicação do Decreto Municipal Nº 19.808 de três de abril de 2003 <sup>100</sup>, que o instituiu e o regulamentou. Esse Decreto também inseriu o programa no organograma da SMS, mesmo que com nomenclatura do projeto que servira de referência: coordenação da Política de Exercício e Saúde.

Em 2006, as novas diretrizes do programa foram institucionalizadas pela publicação do Decreto Municipal Nº 22.345 <sup>101</sup>. A grande contribuição dessa publicação foi o reconhecimento do PAC como política municipal de PS, inserindo-o como ponto de atenção de APS, integrante da rede e do modelo de atenção à saúde municipal.

As proposições desse documento apontam aspectos de saúde coletiva presentes no cotidiano do programa, com destaque para a cogestão e a valorização dos saberes populares no fazer. Pode-se conceber que as práticas experimentadas foram sendo incluídas nas normatizações, onde foram englobados conceitos, produtos de discussões internas e externas.

#### **Práticas (atividades e interações):**

Outros setores integrantes da Administração Municipal passaram a colaborar com as

ações do PAC <sup>100</sup>. A formalização, por meio do Decreto, da parceria intersetorial, em especial com a EMLURB (Empresa de Manutenção e Limpeza Urbana), foi interpretada como ratificação de uma das principais características propostas pelo programa: a requalificação dos espaços físicos públicos.

‘[...] o Decreto [Decreto Nº 19.808/2003], ele cria, em articulação com a EMLURB, pra questão de requalificação do espaço público [...] porque fazia toda diferença pra comunidade [...] o pessoal que estava nessa época [2002], me passou [...] a nítida sensação de que eles nasceram com convênio com a EMLURB, então ele [PAC] já nasce intersetorial, o Decreto ele já trabalha com a perspectiva intersetorial’ (E1, ex-gestor).

### **Consequências:**

Nesse momento, houve decisão do governo municipal, na visão de alguns entrevistados, de manter o programa oficialmente na pasta da Saúde, e não da Secretaria de Educação, como era reivindicado na ocasião, o que foi considerado fundamental na direção do seu aprimoramento:

‘[...] ia ser muito difícil o programa tomar o rumo que ele tomou estando incorporado à estrutura da Educação [Secretaria de Educação], por toda a história da Educação [...] houve uma decisão, que foi política [...] de manter esse programa na Saúde [Secretaria de Saúde] acho que isso foi definidor’ (GF1, coordenação técnico-pedagógica).

O arcabouço legal previsto pelos mencionados decretos legitimou a valorização interna do programa, sendo importante na sua consolidação, tanto pela inserção oficial no modelo de atenção à saúde municipal, como equipamento de saúde de PS; quanto pela criação de condições para seu ‘enraizamento’ institucional.

‘[...] a publicação do Decreto [Decreto Nº 22.345/2006], que insere o PAC na atenção básica [APS] como sequência de todo esse movimento [...] de reconhecimento de que é da saúde, e é de saúde pública, ele trouxe muita solidez ao programa’ (E2, ex-gestor).

Outra consequência importante foi a definição da requalificação dos espaços públicos para se tornarem polos do PAC. Os polos conformaram um elemento central na evolução do programa, e o ponto focal de interação com a comunidade e outros serviços públicos.

## E4- Articulação intra e intersetorial

### **Contexto:**

A preocupação com a realização de ações integradas, alinhadas ao projeto governamental, era uma tônica no discurso oficial do PAC. No âmbito intrainstitucional, o alinhamento se inicia pelos polos integrados com os CAPS e extrainstitucionalmente com o CPEL. Em 2002, já funcionavam dois polos integrados ao CPEL <sup>102</sup>, mas em 2003, essa parceria se fortaleceu como parte da reconfiguração e da abertura ao diálogo intersetorial do PAC, uma vez esse ser considerado muito fechado em suas proposições.

### **Recursos mobilizados (físicos, organizacionais e simbólicos):**

A atuação nos CAPS, nas suas duas modalidades (CAPS Ad- Álcool e outras drogas e CAPS- Transtorno Mental), deu-se pela criação em 2002, por um grupo de profissionais do PAC, de projeto denominado Grupo Movimento. Esse Grupo, expoente na integração com o PAC, constituiu-se, também, como um grupo de discussão sobre temáticas técnico pedagógicas da educação física, trazendo reflexões, inicialmente ausentes do programa, para o seu núcleo gestor.

‘[...] era a história do Grupo Movimento que estava nos CAPS [...] como ele se posicionava, era como se fosse à parte, como não fosse o Academia [PAC] e aí eles traziam pra discutir a abordagem do profissional de educação física também nos grupos [...] [os educadores físicos do Grupo Movimento] tinham uma produção [...] dos conteúdos, na verdade, sistematizados pela educação física, que são as práticas corporais, eles já tinham uma ideia mais avançada [...] e a gente passou a integrar o Grupo Movimento [...] a gente começou a problematizar [...] isso’ (E2, ex-gestor).

### **Práticas (atividades e interações):**

O projeto inicial do PAC (2001-2002) contemplava polos classificados em: módulo básico e módulo integrado. Nos polos integrados propunham-se ações conjuntas com outros programas, políticas ou ações, de acordo com a comunidade envolvida <sup>102</sup>. Desse modo, em 2002, contava-se com quatro CAPS com educadores físicos exclusivos <sup>102</sup>. Na perspectiva do trabalho integrado, o usuário, ao ser reinserido socialmente, continuava tendo os profissionais dos polos ditos ‘tradicionais’ como referência,

conforme expresse abaixo:

‘[...] a gente precisa trabalhar dentro do CAPS, na perspectiva de que [...] é um equipamento transitório [...] e que o grande objetivo da rede de saúde mental, e do CAPS, é reinserir ou inserir [...] quando o profissional de educação física está dentro do CAPS, ele está como técnico também do serviço, ele é uma referência pra o usuário e sendo referência ali [no CAPS] e sendo referência no polo [comunitário], é mais fácil pro usuário participar das atividades do polo [comunitário], porque ele vai sair do CAPS’ (GF1, coordenação técnico-pedagógica).

Quanto à aproximação ao CPEL, apesar da parceria oficial desde 2002 <sup>102</sup>, havia uma competitividade entre os dois serviços. Os profissionais do CPEL percebiam o PAC como restrito à prescrição de exercícios físicos, com ênfase em aspectos biomédicos, e essa percepção dificultava o trabalho conjunto nos polos integrados. A coordenação do PAC - exercida, anteriormente a 2003, por um profissional médico- ajudava a reforçar esse entendimento, como explícito na seguinte fala:

‘[...] a gente tinha uma visão terrível do Academia da Cidade [PAC] lá no CPEL: reducionista, prescritiva, não tinha uma perspectiva educacional, os profissionais se comportavam quase que como médicos, atendendo e tal [...] a gente tinha uma rixa [...] dos Círculos Populares com o Academia [PAC] inclusive tinha feito algumas reuniões na época, quem coordenava [o PAC] era um médico [...] e aí reforçava bastante esse pensamento que eu tinha’ (E2, ex-gestor e ex-integrante do CPEL).

O PAC, mesmo estando dirigido a todas as faixas etárias, pelo seu formato, conseguia atrair mais a população adulta. O CPEL desenvolvia atividades esportivas e de lazer com crianças e adolescentes, dessa forma, a integração visava qualificar as atividades ofertadas pelos dois programas nos polos do PAC. Entretanto, ao início, a integração era vista como cessão de espaço físico meramente.

### **Consequências:**

O perfil de nova coordenação que assumira o PAC, a partir de 2003, fez com que a aproximação intentada se efetivasse. As críticas advindas dos profissionais do CPEL passaram a ser debatidas no núcleo gestor do programa. Mais do que a oportunidade de atuação conjunta nos polos, essa aproximação foi vista como profícua no debate acerca das diretrizes que estavam sendo propostas para o PAC.

‘[...] o êxito [da reaproximação] não tava somente em trabalhando junto [nos polos] [...] os Círculos Populares traziam uma discussão boa, eu até estimulava trazer [...] o pessoal [do CPEL] achava que o Academia [PAC] tomava uma dimensão grande por ser uma coisa só de atividade física, eles carimbavam demais esse lado, que tinha uma certa verdade [...] o pessoal trabalha numa linha de [...] entendimento de cidadania [...] então [...] não pode perder esse lado que os Círculos Populares [CPEL] tá dizendo’ (E3, ex-gestor).

A ‘costura’, que culminou na articulação entre os dois programas, foi mediada pelo Modelo de Gestão Integrada e participativa, proposto pelo governo municipal, que tinha o estímulo à integração de políticas como uma de suas principais diretrizes.

#### E5- Fortalecimento da participação social na gestão do PAC

##### **Contexto:**

O reconhecimento das práticas comunitárias e suas necessidades em saúde, por meio do mapeamento territorial, favoreceu a incorporação dos saberes locais, assim como a valorização de elementos culturais e sociais nas práticas do programa. A autonomia no planejamento no âmbito local contribuiu na readequação das atividades nos polos de acordo com as características do território/preferências dos participantes, como: grupos de corrida, capoeira, festas do calendário cultural comemorativo e festas personalizadas. Entretanto, com preservação da identidade do programa, a partir de um elenco comum. Isso colaborou na manutenção da adesão dos usuários, como segue:

‘[...] percebo que uma forma de fazer com que os alunos fiquem no programa [...] é a gente fazer atividades que sejam do interesse do aluno [...] tem polo que tem muitos evangélicos e não dá pra fazer atividade de muita dança com o evangélico, primeiro porque ele não vem com a roupa, tem polo que adora o contexto cultural [...] adora quadrilha, adora São João, faz bloco de carnaval [...] a gente faz um processo de sedução diário com os nossos usuários, eles vem porque eles [...] se sentem [...] acolhidos, dá vontade de voltar’ (E7, profissional).

‘[...] todo mês tem um café da manhã dos aniversariantes [...] aí a professora [profissional do polo] organiza um café da manhã, cada um contribui com alguma coisa, fica um negócio bem legal, e ali, tem o café da manhã, brinca, leva mensagem pra lê, as professoras leem também cada mensagem linda pra gente’ (GF5, usuários).

Além disso, o acolhimento aos usuários, inserido como uma nova diretriz do PAC promoveu ‘sentimento de pertencimento’, com fortalecimento de vínculo socioafetivo mútuo entre profissionais e usuários, tido como importante na consolidação do

programa. Os usuários também passaram a formar uma rede de relações entre si, conformando-a como rede de apoio social.

‘[...] eu mesmo quando falto, vixe! Está faltando alguma coisa [...] a gente se acostuma àquele ritmo, todo mundo junto, é muito gostoso viu?! Fora as amizades que a gente fez no grupo, né? [...] quando uma falta, cutuca lá, o que foi que aconteceu? Vamos simhora! É uma puxando a outra!’ (GF5, usuário).

‘[...] eu perdi meu esposo, fiquei viúva. Então, fiquei numa depressão triste. Passei uns cinco dias ou mais sem vir pra cá. Mas, foi pior! Eu me via sem coragem até de me levantar. Aí pronto! A minha salvação foi o pessoal daqui. Senão tivesse esse polo aqui eu tava deprimida em casa’ (GF5, usuário).

‘[...] acontecia muito quando eu era da manhã, chegar assim: ‘ai, meu Deus, o que é que eu tô fazendo aqui? Eu tô morrendo de sono’ e se deparar com uma turma motivada, que quer. Na hora você muda o astral [...] ‘peraí, vou fazer assim, a aula vai ser diferente, vai ser mais dinâmica’, de manhã era batata! Assim, era sempre’ (GF4, profissionais).

O investimento na requalificação do espaço público, como importante objetivo do programa, passou a produzir mudanças sociais. Despontou o entendimento, pelos entrevistados, de que o uso social de um equipamento público oportunizou a aplicação de conceitos como inclusão social, cidadania e empoderamento:

‘[...] tem Academia [polo do PAC] hoje que se organiza pra fazer festa autônoma, eles comemoram e convidam a gente pra participar, querem fazer até casamento lá [...] quando você coloca o equipamento público em contato com a comunidade e torna ele um social, ele ganha legitimidade [...] porque passa a ser um equipamento defendido pela comunidade [...] o pessoal bate na minha porta: ‘não tá bem cuidada, reclamações, não estão varrendo direito’, vêm reclamar, positivo isso, pela lógica da construção cidadã, cidade cuida do cidadão, cidadão cuida da cidade’ (E3, ex-gestor).

A característica inclusiva do programa fica clara à medida que ele está disponível a todo cidadão num caráter universal, desestigmatizando a pecha de que as políticas públicas são voltadas para pessoas ‘carentes’, ou a crença de que só os programas pagos são bons.

‘[...] mas acaba estimulando todo mundo [...] em determinados polos, muitas pessoas que a gente vê que tem possibilidade de pagar uma academia que tá lá pela excelência do trabalho, porque gosta’ (E8, ex-gestor).

‘[...] E. [usuária do PAC] me falava, e eu achava que não era o que ela dizia, eu fazia particular [academia particular], não vinha, mas depois que eu vim, não quero mais sair daqui [do PAC] de jeito nenhum!’ (GF6 usuários).

O trabalho no sentido dos objetivos ampliados do PAC, com ênfase no empoderamento, tendo como ferramenta a educação em saúde, apresentou destaque nas falas dos profissionais:

‘[...] a gente quer ver aquele usuário empoderado [...] que de fato ele tenha aderência ao exercício, que ele tenha comprometimento com ele, com a coletividade, então o objetivo da Academia da Cidade [PAC], ele é muito integrado [...] hoje em dia, não posso pensar em exercício, sem ver aquela pessoa consciente [...] informada [...] também ela não pode ter isso se ela não sabe dos direitos, dos deveres dela, então é tudo muito conectado’ (E12, profissional).

### **Recursos mobilizados (físicos, organizacionais e simbólicos):**

A partir de 2004, houve intensificação da participação de usuários na gestão do programa, que passaram a discutir conjuntamente a programação dos polos. Nesse mesmo ano, foi realizado um Fórum específico, o I Encontro dos Profissionais e Usuários do PAC, com a finalidade de discutir e avaliar suas ações. Esse Encontro, que contou com a participação de gestores, coordenadores da SMS e do programa, profissionais de outras instituições públicas, educadores físicos e usuários, foi considerado um marco no fortalecimento da participação social no âmbito do programa.

### **Práticas (atividades e interações):**

O PAC começou a ser divulgado ‘boca a boca’ pelos usuários, uma vez que, na visão dos entrevistados, o investimento em divulgação institucional foi limitado desde sua concepção. Nesse período, o PAC totalizava nove polos (cerca do dobro do número inicial: cinco). Apesar do número ainda reduzido de polos face ao contingente municipal, o programa passou a contar com instâncias municipais de gestão participativa (OP e as Conferências de Saúde), para dar vazão à sua crescente legitimação junto à população. Assim, solicitações espontâneas para instalação de novos polos, a partir do OP, cuja proposição chegou a ocupar o primeiro lugar, em 2004, e participação social de usuários nas Conferências de Saúde ganharam vulto nesse período. Houve percepção do exercício do controle e a participação social, embalados pelo caráter participativo do governo municipal, e pelo conceito ampliado de saúde:

‘[...] em 2004, primeiro voto em saúde [no OP] foi o Academia da Cidade

[PAC] então, ganhou uma força [...] em 2005, teve outra Conferência de Saúde [...] vários delegados são usuários do Academia da Cidade [...] eles passam a querer [...] intervir nas decisões da saúde [...] o usuário SUS começa a ter um sentido ampliado de saúde [...] começa a [...] ampliar esse sentido de cuidar, que vai pra além do corpo, cuidar do outro, cuidado [...] com o meio ambiente' (E1, ex-gestor).

### **Consequências:**

O fortalecimento da gestão participativa sugere que os usuários identificaram-se como integrantes do programa, além da percepção, por parte deles, de que o PAC estava alcançando resultados biomédicos e socioculturais:

'[...] eu tinha... só vivia sentindo tontura, o médico chegou até dizer que eu não ia mais ficar boa, que eu tinha que conviver com isso. Aí comecei a participar do Programa [PAC] e as coisas mudou... Mas assim, dormir e acordar tonta, acabou-se isso. E o que melhorou também [...] pra mim [...] eu consegui ficar mais falante, conversar mais com as pessoas, eu ficava muito presa [...] dançar também, não tinha quem me fizesse. Podia me adular, pagar que eu não dançava. Aprendi na Academia [PAC]... Eu adoro, adoro. É muito bom!' (GF5, usuários).

'[...] diminuir a comida e aumentando a quantidade por dia. Comia só de manhã, de tarde e de noite. Agora como de três em três horas' (GF6, usuários).

'[...] a professora [profissional do polo], ela só não passa pra gente os exercícios físico, não! Ela, cada coisa que acontece ela explica pra gente, fatos sociais, histórico [...] pede opinião da gente [...] Passeios! Ela faz cota com a gente, faz passeios conosco. Recentemente a gente foi pra o Paço do Frevo [...] foi muito prazeroso' (GF5, usuários).

'[...] e depois que frequentei a Academia [PAC] diminuiu minha taxa, entendeu? Diminui o colesterol [...] comecei a frequentar e melhorei [...] se não existisse a Academia da Cidade [PAC] ia somente ficar no medicamento' (GF5, usuários).

Inicia-se a fidelização dos usuários ao programa, conforme trecho transcrito a seguir:

'[...] Eu! Mudou. Já me acordo de manhã já pensando nas coisas que eu vou fazer, pra onde eu tenho que ir pra depois vir pra Academia [PAC]. Meu compromisso certo é aqui! Então, quer dizer, já faz parte do meu dia-a-dia' (GF6, usuários).

O programa ganhou visibilidade política diante da demanda popular pela sua implantação, cresceu o interesse partidário em torno dele, o qual foi adotado como marca de gestão na campanha eleitoral de 2004, focada na reeleição.

## E6- Reconhecimento nacional e internacional do PAC como experiência exitosa em PS

### **Contexto:**

O programa reescrito e aplicado a partir das novas diretrizes conquistou premiações nacionais e internacionais. Em 2004, ficou entre as 45 iniciativas finalistas na área de humanização da saúde do Prêmio David Capistrano Filho, concedido pelo MS. No ano de 2005, obteve a primeira colocação na categoria atividade física, no Segundo Concurso Internacional Cidades Ativas, Cidades Saudáveis, promovido pela Fundação *Ciudad Humana*, de Bogotá-Colômbia, em parceria com a OPAS/OMS, o CDC, o *International Union for Health Promotion and Education* e o Centro Internacional de Gestão Humana.

O PAC também foi escolhido, em 2010, entre as cinquenta experiências internacionais bem-sucedidas na área de inclusão social, prêmio promovido pelo Observatório Internacional *United Cities and Local Governments*, em parceria com o Centro de Estudos Sociais, da Universidade de Coimbra, Portugal.

Essas premiações foram importantes na sua visibilidade enquanto iniciativa exitosa em PS, promovendo aproximação entre o programa e outras instituições, com destaque para o MS e o CDC, conforme relatado:

‘[...] o programa começou a ser visto aqui no Ministério [da Saúde], o David Capistrano [Prêmio nacional] lhe deu uma visibilidade, aí quando o programa ganha como primeiro lugar nas ações [Prêmio internacional Cidades Ativas], no melhor programa da América Latina de promoção de atividade física na comunidade, o CDC viu o programa, e o Ministério já tinha visto’ (E2, ex-gestor).

O fato de um ex-secretário municipal de saúde, um dos mentores do programa, ter assumido a pasta do MS na ocasião, também foi apontado como importante na amplificação da sua divulgação nacional.

Quando da premiação nacional, o MS estava mapeando experiências bem-sucedidas em PS/AF para fins de estruturação de proposta de cofinanciamento federal na área, que culminou na Rede Nacional de Atividade Física (RNAF), assim como a idealização da

primeira edição da PNPS (2006). Ampliava-se a discussão nacional sobre PS, e gestores do PAC foram convidados a integrar um grupo de trabalho para construção da referida política.

#### **Recursos mobilizados (físicos, organizacionais e simbólicos):**

A partir de 2005, o PAC passou a ser contemplado com os repasses federais, por meio dos editais públicos de incentivo à implantação de iniciativas municipais de PS/AF. Com isso, o município integrou a RNAF. O programa, tido como referência pelo MS, era convidado para se apresentar nos seminários regulares entre os membros dessa Rede, o que ampliou sua divulgação nacional enquanto experiência inovadora.

[...] essa flexibilidade pra que eles [os municípios] recebendo o recurso pudessem aplicar em diversos formatos, mas sempre a gente mantinha o contato com a Academia [PAC] que era nossa grande referência [...] todos os nossos eventos [MS] tinha sempre uma fala do Academia e isso a gente sempre procurava tanto difundir quando induzir: ‘qual? Mas qual o melhor formato?’ [...] os gestores do Recife estão tão acostumados àquilo, é uma coisa tão natural, que eles não têm ideia da dimensão e da inovação que representa o PAC’ (E4, gestor MS).

#### **Práticas (atividades e interações):**

Em 2004, a convite do secretário de saúde do município, o PAC foi apresentado num Colegiado Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), fazendo com que outros municípios solicitassem seu projeto. Desse modo, o programa tornou-se referência na implantação de programas semelhantes, inclusive com o mesmo nome, nos municípios de Aracaju-SE (2004), Cabo de Santo Agostinho-PE (2005) e Belo Horizonte-MG (2006).

À época, o CDC, enquanto instituição parceira do MS com interesse no campo de PS/AF aproximou-se da equipe do PAC preparando o terreno para a instituição de parceria adiante (2006). Essa parceria visava a realização de estudos avaliativos sobre a efetividade do programa. Os resultados positivos dessas avaliações, a serem descritas no próximo evento, fizeram com que ele fosse adotado como modelo a ser implantado em San Diego, Califórnia (EUA).

### **Consequências:**

O reconhecimento do PAC como experiência de PS utilizada como modelo para implantação em outras localidades nacionais e internacionais auxiliou na sua projeção interna e externa. Ao mesmo tempo em que isso foi visto como oportunidade de refletir sobre o modelo municipal de PS e da sua necessária reinvenção e implementação, para que continuasse no caminho da inovação e da qualificação.

‘[...] essa questão da visibilidade [...] favoreceu [...] a possibilidade de responder perguntas, de qualificar a intervenção, de ser cada vez mais, não em se tornar referência mundial, isso traz um peso, da gente inovar o tempo todo, a gente começar a dar resposta das coisas [...] de responder às questões da promoção mesmo [...] quando teve a notícia do prêmio de Coimbra [...]: ‘meu Deus, onde é que a gente vai chegar?’ [...] isso é significativo, né? Você precisa começar a dar respostas’ (GF1, coordenação técnico-pedagógica).

### E7- Avaliação da efetividade do PAC

#### **Contexto:**

A participação de integrantes da equipe do PAC no grupo de trabalho à frente da proposição da PNPS rendeu parcerias na realização de pesquisas sobre a efetividade do programa. A implantação do Projeto Bom Dia, que pela sua condição diferenciada, consegue produzir dados médicos e biomédicos de qualidade, mas também as premiações recebidas revelaram a necessidade de melhorias na qualidade dos dados. Principalmente sobre avaliação física, com a finalidade de monitorar e avaliar sistematicamente o programa nos polos ditos ‘tradicionais’. Reconhecia-se haver excessiva quantidade de dados não utilizados.

Além disso, houve preocupação no respaldo científico das ações, tanto para qualificação da tomada de decisão baseada em evidências (sair do ‘achismo’), quanto para consolidação do programa, enquanto política pública, já que a produção de evidências, na opinião dos entrevistados, teria o papel de justificar sua existência para o governo municipal, fortalecendo sua manutenção no município.

‘[...] um pensamento de tá alinhando o programa pra parte científica mesmo [...] essa parte [...] se tornou bastante importante, até por uma questão de avaliação, por uma questão de dar mesmo sustentabilidade ao programa, né? justificar o programa’ (GF4, profissionais).

O afastamento, nos primórdios do programa, das instituições de ensino locais, foi tido como um fator que prejudicou a realização de pesquisas de modo continuado. Assim, o convite, do MS, para inserir o PAC no rol de iniciativas da RNAF a ser alvo de pesquisas avaliativas, foi prontamente aceito pelo núcleo gestor da SMS.

**Recursos mobilizados (físicos, organizacionais e simbólicos):**

As pesquisas começaram a ser realizadas em 2006, por meio do projeto GUIA. Como produto preliminar do trabalho de pré-campo, a equipe do PAC construiu, conjuntamente com o CDC, o modelo lógico do programa, importante na sua sistematização visual.

**Práticas (atividades e interações):**

Sobre o PAC Recife foram realizadas quatro pesquisas à época <sup>31, 32, 34, 40</sup>. Elas foram publicadas, a partir de 2009, em meios científicos, incluindo revistas internacionais. Entre seus principais resultados tivemos: por meio de inquérito telefônico de base populacional, concluiu-se que os indivíduos que utilizavam o PAC apresentaram maior probabilidade de serem ativos no período de lazer <sup>31</sup>. Resultado similar foi encontrado por Parra et al. <sup>34</sup> que ao observar sistematicamente 32.974 pessoas, entre usuários e não usuários verificou que os participantes do PAC foram mais propensos, comparativamente, a se engajarem em atividades físicas moderadas e vigorosas e vigorosas. O grau de satisfação com o programa, a partir de estudo quali-quantitativo, mostrou-se elevado entre seus usuários <sup>32</sup> e profissionais, em detrimento das dificuldades observadas quanto à estrutura física, recursos humanos, divulgação e segurança dos polos <sup>40</sup>.

**Consequências:**

As pesquisas foram consideradas fundamentais, uma vez ser o início da produção de evidências sobre os resultados positivos do PAC, servindo para ratificar, para a equipe envolvida, os resultados observados na prática. Mas também importante no fortalecimento da sua disseminação internacional.

[...] o ganho que a pesquisa trouxe foi divulgar internacionalmente o programa, é tanto que a primeira experiência do Brasil em saúde pública a ser implementada nos Estados Unidos, teve uma repercussão internacional' (E1, ex-gestor).

## E8- Rearranjos organizacionais na equipe do programa

### **Contexto:**

Apesar de o programa ter o trabalho compartilhado em rede como prerrogativa, a intrasetorialidade apresentava-se tímida. A exceção dos CAPS, as ações com outros equipamentos de saúde eram pontuais. Muitas vezes, a parceria era desarticulada, se restringindo à participação dos profissionais do PAC na abertura de eventos promovidos pela SMS, com realização de atividades de alongamento/ginástica.

[...] a gente sente o trabalho de rede, assim: alguém do Distrito [Sanitário] chama a Academia da Cidade [PAC] para fazer o evento X, de atendimento em todo lugar, semana da saúde [...] mas no dia-a-dia essa troca de figurinha, referência, contrarreferência, ela é precaríssima [...] eu mesma sinto falta de participar de um evento [...] e não participar do planejamento dele' (E7, profissional).

### **Recursos mobilizados (físicos, organizacionais e simbólicos):**

A partir de 2006, iniciaram-se discussões sobre o arranjo organizacional das equipes do PAC, em duas frentes: equipe de profissionais e equipe de coordenação<sup>102, 106</sup>.

O desconhecimento pelos profissionais de saúde da existência do PAC fez com que fossem planejadas ações para sua capilaridade na rede de saúde. Esse processo caminhou *pari passu* à redistribuição dos profissionais de nutrição e de medicina da equipe do PAC para outros serviços municipais. Argumentava-se que o programa não precisaria ter todos os profissionais na sua equipe, mas sim fazer alianças, fortalecendo a implementação de protocolos de referência e contrarreferência.

[...] a gente problematizou pensar o polo na rede, dentro do Distrito [Sanitário], fazendo parte da teia de saúde [...] não sintonizava você pensar com médico lá [...] então, a gente tirou o médico, não é porque é inútil esse profissional, não! Porque era uma estratégia pra gente entrar na rede, porque tem a Estratégia Saúde da Família, tem um médico lá e quem queria estar na rede, e ter o nosso nucleozinho ali que não precisa de ninguém?' (E2, ex-gestor).

Essa medida, também, auxiliou na revisão das atribuições profissionais, onde a presença do médico na equipe, por exemplo, representava a valorização biomédica, tão rejeitada quando do seu processo de reformulação. Além do entendimento, por parte da gestão, sobre não ser necessário nutricionistas exclusivos para o programa. O custo-efetividade

do PAC também foi relevante nessa decisão, uma vez ele ser custeado, à época, apenas com recursos municipais.

As modificações na equipe de gestão do programa significaram a extinção da função de supervisores de polo, que passaram a constituir a equipe dos polos, como educadores físicos. Aliado a isso, ampliou-se o quantitativo de coordenadores técnico-pedagógicos de modo que pudessem apoiar todos os Distritos Sanitários (seis, na ocasião, e, atualmente oito).

Na opinião dos profissionais, a transferência dos nutricionistas e médicos representou comprometimento da qualidade do programa, tanto pela redução drástica de profissionais e estudantes, quanto pela perda da oportunidade do matriciamento, principalmente com os nutricionistas. A diminuição no número de estudantes nessas duas áreas se deveu a problemas na supervisão indireta, já que sua preceptoria passou a ser realizada por profissionais posicionados em unidades de saúde próximas aos polos.

‘[...] a gente tinha uma equipe enorme [...] em cada polo, em cada turno, a gente tinha um supervisor, [...] três acadêmicos [estudantes] de educação física, tínhamos mais dois profissionais de educação física, que eram um avaliador e uma professor [...] de ginástica, nós tínhamos uma nutricionista e uma estudante de nutrição, nós tínhamos uma estudante de medicina e um médico [...] então, e a equipe foi se reduzindo [...] pra mim foi bom não, na questão de reduzir os profissionais de nutrição’ (GF2, profissionais).

Quanto aos usuários, percebe-se o forte apelo social do profissional médico onde sua ausência dos polos foi interpretada como ‘risco de vida’, conforme ilustrado nos trechos a seguir:

‘[...] a única coisa que eu sinto assim, que a gente não tem o direito de termos um médico, aqui pra gente, a gente não tem isso, um médico, caso assim passe mal, não tem ninguém para socorrer a gente, devido a nossa idade, o cansaço, né?’ (GF5, usuários).

‘[...] agora tá assim desse jeito, mas já foi muito bom, nós tínhamos médico, tínhamos clínica geral, nutricionista [...] a gente se sentia seguro, muito seguro mesmo, aí depois acabou tudo, tiraram os médicos, e não teve abaixo-assinado que voltasse’ (GF6, usuários).

### **Práticas (atividades e interações):**

Mesmo com as mudanças na equipe, o programa continuou isolado. Segundo os profissionais, seus horários diferenciados dificultam a articulação intrasetorial. Ressalta-se que, diferente de outros municípios, a gestão da SMS Recife optou pela não inserção de profissionais mesclados, nos moldes propostos pelo MS para os NASF e PAS. Onde há a opção de educadores físicos na equipe NASF, e de nutricionista no PAS. Isso dificultou a integração do PAC com os demais serviços de saúde.

‘[...] nos outros municípios tem diversos profissionais atuando na Academia [PAC/PAS] e em Recife, que a gente começou como referência, hoje a gente só tem um profissional: o de educação física [...] então, [nos outros municípios] tem fisioterapeuta, nutricionista, educação física [...] é diferente de Recife, que a gente fica isolado [...] quando a gente começa a funcionar de cinco horas da manhã, os outros não tão funcionando e quando a gente finaliza o atendimento eles estão começando [...] aí fica muito difícil esse diálogo com a rede [de saúde]’ (E10, profissional).

### **Consequências:**

A remoção, principalmente, dos nutricionistas não se constituiu num ponto pacífico entre gestores e profissionais, onde estes últimos reivindicam seu retorno, por meio de concurso público. Alega-se que a saída do nutricionista exclusivo para o PAC prejudicou a avaliação nutricional, quase extinta. Os educadores físicos realizam orientação à alimentação saudável, entretanto, de maneira incipiente. Com a implantação municipal, em 2010, dos NASF, em alguns Distritos Sanitários, vêm sendo desenvolvidas parcerias na área. Contudo, há de se avançar na disseminação dessas atividades conjuntas. Isso resultou no comprometimento de um dos principais objetivos do programa: o estímulo à alimentação saudável. Reacendeu-se discussão sobre a necessidade de investir na cogestão multiprofissional e trabalho em rede compartilhada.

‘[...] realmente precisa acontecer a cogestão [...] eu diria que é a parte, por exemplo, de alimentação saudável, é uma coisa muito fraca no programa porque a gente não tem muito, apesar de que recentemente eles estão tendo apoio dos NASF’ (E11, gestor).

## E9- Visibilidade do PAC promovendo competição com outras intervenções

### **Contexto:**

No período analisado (2002 a 2016) houve duas mudanças de governo municipal, sendo a primeira (2009 a 2012) do mesmo partido de concepção do PAC, ora denominada mudança política, e a segunda (2013 a 2016) de partido dito de ‘oposição’, ora denominada mudança política partidária (ou ‘nova gestão’). A mudança política trouxe arrefecimento nas discussões sobre o programa. No seu último ano (2012), a expressiva expansão no número de polos não foi acompanhada de investimentos na sua manutenção e qualificação, embora se tratar de ano eleitoral.

Já a mudança político partidária foi compreendida como ‘ruptura política’ que refletiu tanto no agravamento das condições organizacionais e materiais, quanto na perda de espaço para o PAC, que passou a não gozar do mesmo prestígio. Reconheceu-se a interferência de questões políticas partidárias ao longo da sua história, mas que na nova gestão isso ficou mais evidente, com interpretação do PAC como ‘marca da gestão anterior’. Houve incômodo com o caráter político-partidário dado aos programas públicos que, de um modo geral, são tratados como políticas de governo e não de Estado. Além da necessidade que sucessivas gestões têm de criar novos programas que sejam vistos pela população como ‘seus’, em detrimento de qualificar os existentes.

[...] ele foi utilizado sempre como instrumento [...] político-partidário... isso, por um lado foi algo, é..., muito forte pro Academia da Cidade [PAC] desde o seu princípio [...] hoje a gente tem uma realidade diferente, e o programa está sendo desprezado, mas não me parece mais a ‘menina dos olhos’ [...] da gestão’ (E9, representante de instituição de ensino).

### **Recursos mobilizados (físicos, organizacionais e simbólicos):**

Na nova gestão foram criados dois programas voltados ao estímulo a AF: a Ciclofaixa (março de 2013) e o Programa Academia Recife (dezembro de 2013), ambos ligados à Secretaria de Turismo, Esportes e Lazer. A Ciclofaixa, em parceria com uma instituição privada, disponibiliza aos domingos e feriados faixas sinalizadas por cones, onde profissionais organizam o fluxo de ciclistas, carros e pedestres. Os profissionais do PAC participam desse projeto realizando avaliação física simplificada. Houve críticas sobre as ações entre os dois serviços serem pontuais e pouco integradas, além da percepção

desse último ser um programa elitizado.

O programa Academia Recife refere-se a um local ao ar livre, onde são disponibilizados aparelhos alugados para a prática, mediante inscrição, de musculação/exercícios físicos orientados por educadores físicos, inicialmente contratados por empresa terceirizada, e posteriormente (2015), por contratos temporários de trabalho (CTD). Esse projeto contava com 13 unidades instaladas próximas aos espaços dos polos do PAC. A instalação circunvizinha, em alguns casos dentro do próprio polo, sem que fosse realizada articulação prévia (*'top down'*), foi interpretada como não interesse, por parte da gestão da SMS, na articulação de ações, mas da criação de 'marca de gestão' própria. A denominação similar trouxe constrangimentos aos profissionais do PAC, sendo considerada estratégia para destacar o programa Academia Recife.

'[...] a prioridade deles é essa [...] é criar as coisas deles e fazer um nome, é por isso que [...] eles criaram a Academia Recife, tanto que tem usuário que não sabe a diferença, assim, usuários que não tão ligados mesmo, eles não... Não tem diferença pra eles' (GF4, profissionais).

Houve percepção do PAC ter sido preterido, com não reconhecimento da sua história e seus resultados positivos, por um programa com poucas chances de sustentabilidade, principalmente financeira. Isso trouxe repercussões no relacionamento entre gestores e profissionais do PAC.

Ao início da nova gestão também houve troca do coordenador geral do PAC e de alguns coordenadores técnico-pedagógicos distritais, indicados politicamente. Isso representou uma descontinuidade na forma de escolha do seu núcleo gestor, tradicionalmente eleitos colegiadamente, numa espécie de regimento informal. Essa substituição trouxe insatisfação para os integrantes da equipe, com interpretação de perda de autonomia, o que fez com que os novos coordenadores não fossem, a princípio, reconhecidos pelos pares. Posteriormente, houve reconhecimento mútuo na 'luta' pelo programa.

### **Práticas (atividades e interações):**

A maior parte dos entrevistados apontou que os objetivos dos dois programas são semelhantes, porém distintos. O programa Academia Recife estimula a prescrição do

exercício físico, e o PAC trabalha com promoção da saúde. Ponderou-se sobre a polaridade entre a ‘tecnologia leve’ (promovida pelo PAC) e a ‘tecnologia dura’ (promovida pelo Academia Recife):

‘[...] eles entram por questão visual, né? Mas a aderência, assim, o que faz eles manter ali já é a relação: às vezes eles não têm a relação com o professor como tem com a Academia [PAC], o acolhimento [...] é diferenciado. Então, isso aí faz eles voltarem ou, pelo menos, ficar nos dois’ (GF4, profissionais).

### **Consequências:**

A implantação do programa Academia Recife trouxe desmotivação à equipe do PAC. Na sequência, houve mobilização das equipes dos dois programas no aprimoramento das suas atividades. Atualmente, em algumas localidades, os profissionais fazem parcerias, onde é possível perceber, inclusive, aumento dos usuários do PAC, que acabam aderindo aos dois serviços.

No entanto, isso não representou a articulação institucional esperada entre as Secretarias envolvidas (Saúde e Turismo, Esportes e Lazer). Assim como, as queixas sobre o trabalho com a Ciclofaixa, houve preocupação quanto a não integração intersetorial entre o PAC e o Programa Academia Recife, nos moldes institucionais propostos à época do CPEL, atualmente denominado PELC (Programa Esporte e Lazer da Cidade).

‘[...] a gente solicitou uma reunião para tá sendo apresentado o programa [Academia Recife] [...] mas sempre foi negado esse espaço [...] o que acontece hoje é que os profissionais da Academia Recife e da Academia da Cidade [PAC], [...] acabam fazendo parcerias entre eles [...] não é algo que veio de gestão, mas sim dos profissionais, em muitos locais [...] a Academia da Cidade, que já existia, acabou tendo mais usuários, porque eles vinham pra uma atividade, via outra também e acabava aderindo às duas atividades (E10, profissional).

As trocas ocorridas na coordenação do PAC não trouxeram descontinuidade das ações, com manutenção da sua identidade, uma vez que a nova coordenação geral foi apoiada pelos coordenadores técnico-pedagógicos, considerados os ‘guardiões’ da memória institucional do programa. Esses coordenadores, que anteriormente exerciam sua função na Gerência de Atenção Básica Municipal, passaram, a partir de 2015, a trabalharem nas sedes dos Distritos Sanitários, o que foi apontado pelos entrevistados como um elemento fortalecedor da liderança local do programa. Apesar disso, houve dificuldades

na interlocução entre a coordenação geral e os gestores de médio e alto escalão, anteriormente privilegiada. Isso conduziu a uma perda de liderança para o programa no nível da macrogestão.

### E10- Mobilização social em favor do programa

#### **Contexto:**

A participação social destacou-se em diversos momentos da história do PAC. Na época do OP, conforme relatado anteriormente, houve intensa utilização desse canal na interlocução entre governantes e população. No período da nova gestão, o OP foi substituído pelo Recife Participa, que teoricamente deveria funcionar no mesmo formato, mas que na opinião dos entrevistados, não vem cumprindo esse papel.

‘[...] a relação com o controle social se perdeu nessa gestão [nova gestão], foi mais forte na época do OP, eu acho que houve um afastamento, desses diálogos permanentes [...] porque a gente tinha muita participação quando existia o Orçamento Participativo’ (E6, gestor).

Dado o *déficit* de condições organizacionais, materiais e de recursos humanos para o programa, agravado durante o período da nova gestão, e a consequente desmotivação de profissionais e usuários, iniciou-se, a partir de 2014, novo pico de participação social com intensa mobilização em favor do programa. Para isso, diversos canais de gestão participativa foram utilizados.

#### **Recursos mobilizados (físicos, organizacionais e simbólicos):**

Esses movimentos apresentaram protagonismo da Associação de Profissionais de Educação Física de Pernambuco (APEF) instituída em 2008 e presidida por um profissional do PAC. Ela passou a ser reconhecida tanto pelos gestores da SMS, quanto pela categoria profissional como importante liderança, onde muitos profissionais do PAC passaram a integrá-la. À APEF são atribuídas conquistas, como: Plano de Cargos, Carreiras e Salários, reativação do PAC como campo de práticas (com seleção, em 2016, de 21 estagiários de educação física), e realização de curso de especialização para profissionais dos polos.

### **Práticas (atividades e interações):**

As mobilizações sociais tiveram início em 2013, entre elas destacaram-se a participação nas instâncias de controle social (Conselhos e Conferências de Saúde) e a realização de audiências públicas. Quanto ao controle social, profissionais e usuários participaram ativamente das 11ª e 12ª Conferências Municipais de Saúde, ocorridas em dezembro de 2013 e junho de 2015, cujos relatórios finais chegaram a aprovar 17 e 12 propostas de melhorias para o programa, respectivamente <sup>190, 191</sup>.

No Conselho Municipal de Saúde, aconteceram dois movimentos dignos de nota: 1. realização de duas reuniões em 2015 e 2016, que trataram das condições de trabalho no programa, adicionada da reivindicação da incorporação das propostas da 12ª CMS no Plano de Saúde Municipal; e 2. posse de representante do Conselho Regional de Educação Física como conselheiro titular no biênio 2016-2018. Em 2016, houve eleição expressiva de profissionais dos polos (nove) e usuários (três) como conselheiros distritais de saúde.

[...] a participação nos Conselhos e nas Conferências, efetiva, pesada, diferenciada do programa [PAC] [...] eu acho que isso foi um diferencial [...] as duas reuniões que fizemos no Conselho Municipal de Saúde sobre o programa [...] são pontos fortes pra que a gente seja conhecido [...] a gente conseguiu mais fiscalização do conselho no PAC, nunca tinha vindo conselheiro municipal fiscalizar os polos, isso foi bom' (E7, profissional).

As audiências públicas foram realizadas em 2014 e em 2016 na Câmara Municipal de Vereadores, cujas pautas foram as condições de trabalho, mas também a fiscalização dos recursos repassados para o PAC, por meio do PAS. Esses momentos foram considerados emblemáticos entre os movimentos reivindicatórios, posto que houve participação maciça de usuários de distintos polos e Distritos Sanitários. Reconheceu-se a forte inserção e apelo social do programa na realização dessas mobilizações, o que reforçou o vínculo entre profissionais e usuários.

[...] a gente teve duas audiências públicas e numa delas a gente teve uma participação, assim, extraordinária de usuários, né? Encheram o plenário da Câmara [...] eles tão sempre junto conosco, e é meio que uma via de mão dupla, né? A gente não vive sem eles, eles não vivem sem a gente' (GF4, profissionais).

‘[...] a gente foi falar [nas audiências públicas], foi falar da necessidade do polo, a gente foi atendida pela necessidade, inclusive, a gente levou colchonete, levamos bastão pra mostrar como tava a necessidade da gente, de cada polo a gente mostrava como tava a necessidade’ (GF5, usuários).

Além desses fóruns, nesse período foram realizadas outras ações de mobilização: abaixo-assinado com mais de duas mil assinaturas, ‘paralisações’ (com realização de atividade física) e denúncias na Ouvidoria Municipal.

### **Consequências:**

A chegada dos materiais de apoio às aulas, em meados de junho de 2016 foi interpretada como fruto de muita reivindicação. Num determinado momento, houve descrença de que as mobilizações lograriam êxito, dado o intervalo de tempo entre seu início e sua concretização.

A utilização de diversas frentes de mobilização social foi importante no fortalecimento político dos envolvidos. Destaca-se o educador físico como categoria atuante, engajada politicamente pelo reconhecimento enquanto profissional de saúde e seu compromisso com o programa e com os usuários. Compromisso esse que se manteve mútuo ao longo do período estudado.

‘[...] houve, sim, uma desmotivação por causa dessa demora desses processos [licitatórios], mas não houve uma desmotivação capaz de tirar a vontade deles de estarem trabalhando, de estarem lutando [...] a motivação intrínseca dele [educador físico] é muito grande, eles gostam do que eles fazem, eles são exemplos’ (E8, ex-gestor).

## **E11- Reconfiguração da rede de atores estratégicos ao programa**

### **Contexto:**

Em meados de 2014, iniciou-se uma reaproximação da equipe do PAC com uma das instituições de ensino que participou da sua origem (Universidade). Esse movimento foi tido como importante, já que o afastamento, ocorrido em meados de 2003 foi considerado desfavorável em termos de retroalimentação/suporte conceitual para o programa, já que a Universidade era considerada um alicerce nesse aspecto. Além da percepção de que sem essa parceria o programa estava insulado.

**Recursos mobilizados (físicos, organizacionais e simbólicos):**

A reaproximação deu-se por meio de convênio entre as duas instituições para realização de curso de especialização com 100 vagas para os profissionais dos polos. O curso foi realizado de 2014 a 2015 em duas linhas: atividade física e saúde pública e reabilitação cardiopulmonar e metabólica. Apesar de algumas falas retratarem insatisfação no atendimento das expectativas iniciais, ele trouxe consequências positivas, principalmente quanto ao aprendizado institucional, à integração, revisão de aspectos teóricos e práticos, e à produção de evidências sobre o processo de trabalho do programa.

**Práticas (atividades e interações):**

As pesquisas, produtos da conclusão dessa pós-graduação, apresentaram características de projetos de intervenção, sendo úteis na identificação de entraves e aplicação de soluções. Esse movimento foi interpretado como importante para justificar a continuidade dos investimentos no programa. Os resultados de algumas delas foram apresentados e discutidos durante os Encontros de Formação trazendo contribuições no compartilhamento de informações. Houve críticas sobre esses resultados terem sido apresentados apenas internamente (endógenos). Também se criticou o pouco aproveitamento que é dado ao material gerado pelo próprio programa, a partir dos seus instrumentos oficiais de monitoramento (ex.: monitoraPAC, e-SUS e planilhas das avaliações físicas).

**Consequências:**

A partir dos Encontros de Formação, para alguns temas específicos, abordados nas pesquisas, foi montado grupo de discussão a parte. A realização do curso de especialização promovido pela SMS, em parceria com a Universidade, ampliou o quadro de especialistas em saúde pública. Sendo também útil na ampliação da produção de evidências sobre o programa nos seus aspectos de processo.

A produção de evidências e o fortalecimento da educação permanente foram tidos como fatores favoráveis na (re)criação de rede colaborativa interinstitucional. Outros importantes frutos dessa parceria foram: a reativação, na Universidade, do polo

experimental, e a revisão conjunta do protocolo de avaliação física. Nesse processo, os profissionais sentiram-se estimulados tanto pela possibilidade da titulação, quanto pelo compartilhamento de conhecimentos, o que serviu como oportunidade de reinvenção/aprimoramento do programa.

‘[...] a UPE [Universidade] tem hoje auxiliado nessa luta aí pra manutenção do programa [PAC] [...] e a utilização desse polo como campo experimental das metodologias [...] ainda tá em processo de algumas amarrações, mas à disposição’ (E14, representante de instituição de ensino).

## **Eventos de sustentabilidade**

### E12-Concurso público para profissionais de educação física

#### **Contexto:**

Apesar do reconhecimento interno e externo que o PAC começara a ter a partir de 2005, os recursos organizacionais eram considerados insuficientes e inadequados. A precariedade do vínculo profissional era um aspecto emblemático, tido, na ocasião, como importante entrave à sua sustentabilidade. O pagamento dos salários era realizado por meio de convênio com Organização de Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP). Isso trazia problemas, como atrasos no pagamento e não garantia de direitos trabalhistas, sendo visto como um paradoxo na história do programa. Alegavam-se dificuldades inerentes à máquina pública na definição de financiamento para pagamento de pessoal e aquisição de recursos organizacionais.

‘[...] foi controverso [...] era lindo o Academia [PAC], o Academia tomou uma repercussão [...] a gente perdeu o controle, que é o que acontece quando o negócio é bom, mas que também a gestão não reconhecia e continuava emperrando em compra de equipamento, pagamento profissional, resolução do concurso, tinha essas coisas controversas’ (E2, ex-gestor).

As evidências sobre o programa, obtidas pelas pesquisas sobre sua efetividade, a avaliação positiva pela população, além da sua previsão legal prepararam o terreno para investimentos em aspectos estruturantes, a exemplo da regulação do trabalho dos profissionais dos polos.

### **Recursos mobilizados (físicos, organizacionais e simbólicos):**

Em 2006, foi realizado processo seletivo simplificado contemplando 80 vagas para educadores físicos <sup>185</sup>. Esse processo foi preparatório na efetivação do concurso público, dois anos mais tarde, assim como na consolidação do programa no município.

Diante do ineditismo e da inovação do PAC, o concurso público dependia da criação de novo cargo na Administração Direta Municipal: profissional de educação física (PEF), pois o cargo de professor de educação física pertencia à estrutura organizacional da Secretaria de Educação <sup>186</sup>. O cargo de PEF foi criado em 2007, um ano depois realizou-se concurso público com 120 vagas para a referida profissão.

### **Práticas (atividades e interações):**

O concurso público trouxe certa desorganização inicial ao programa, pois profissionais, presentes desde sua origem, não permaneceram no quadro. Alguns dos novos profissionais apresentavam perfil diferente dos contratados (via seleção), considerados mais comprometidos. Esse fato, posteriormente, foi visto como oportunidade para remodelação das ações de formação permanente.

‘[...] quando a gente fez o concurso passou por uma instabilidade, porque teve que mudar as pessoas, porque nem todo mundo passou, mas aí a gente já tinha o quadro definitivo de quem era, aí pode investir na formação, o vínculo não está dissociado da formação’ (E3, ex-gestor).

Outras repercussões organizacionais do concurso foram: 1. reformulação do processo de trabalho, onde os profissionais dos polos, divididos em avaliador físico e professor de ginástica, passaram a se revezarem nessas duas funções; e 2. reorganização das atividades intrasetoriais (extrapolo), ampliadas de CAPS, com profissionais não exclusivos como dantes, para Unidades Básicas de Saúde (UBS) e comunidades, como forma de complementação da jornada de trabalho, que passou de vinte para trinta horas semanais.

A ampliação do extrapolo trouxe um diferencial para o PAC Recife, em relação a iniciativas nacionais semelhantes, por se tratar de atividades peculiares. Esse movimento ampliou a capilaridade do programa nas comunidades, apesar de queixas

quanto a não integração com as UBS no formato dos CAPS.

‘[...] essa forma de inserção não tá muito integrada [...] nos CAPS há uma integração muito grande dos profissionais [...] mas [...] nas Unidades de Saúde da Família, a gente não consegue perceber’ (E10, profissional).

### **Consequências:**

O concurso público acarretou diversas consequências à gestão do PAC, sendo a estabilidade do vínculo profissional, por meio do Regime Jurídico Único, a principal delas. Esse processo foi apontado como um dos fatores fundamentais na sustentabilidade do programa:

‘[...] o foco era dar estabilidade a quem trabalha [...] a gestão do trabalho virou uma pauta, e aí a gente começou a fazer os concursos públicos [...] isso é um elemento chave no processo de estabilidade’ (E3, ex-gestor).

### E13- Cofinanciamento estadual e federal do PAC

#### **Contexto:**

Durante a parceria entre a equipe do programa e o MS e CDC, o PAC gozava de amplo prestígio. Os resultados positivos dessas pesquisas serviram de subsídio para fortalecê-lo, posto que eles embasaram a avaliação da efetividade da própria PNPS, recém-criada. Assim, o PAC tornou-se um dos principais veículos de divulgação da implementação da PNPS. Esse momento foi tido como favorável à adoção do PAC Recife como programa a ser expandido para todo o estado de Pernambuco.

Em 2007, um dos mentores do PAC Recife, responsável pela sua viabilidade enquanto Secretário Municipal de Saúde na ocasião, e que ocupara anteriormente cargo de Ministro da Saúde, assumiu a Secretaria das Cidades no governo estadual, instituindo, com o apoio do MS e do CDC, o Programa Academia das Cidades (PACID). Destaca-se que essa parceria fez com que o PACID entrasse, tempos depois, no rol de experiências de PAF a terem sua efetividade avaliada.

‘[...] H.C. [ex-secretário municipal de saúde] pegou o modelo de Recife, que, aliás, ele que implantou em Recife, implantou em todos os municípios [do estado de Pernambuco], quer dizer a gente nunca viu isso nem no Brasil, e quando a gente fala isso pros americanos eles: ‘gente, vocês são loucos! Como é que implantam num estado inteiro’, a gente tem que saber disso, a gente tem que avaliar, até pra ver o impacto’ (E4, gestor MS).

### **Recursos mobilizados (físicos, organizacionais e simbólicos):**

Anos mais tarde (2010), a SMS Recife estabeleceu convênio com o governo estadual para construção e inauguração conjunta de 21 novos polos. Por meio desse convênio, que previra apenas novas construções, o programa apresentou forte expansão. Nele, o estado arcou com 80% das despesas com a construção e o município com restante. Esse último, como contrapartida, deveria também arcar com as despesas relativas ao custeio dos polos conveniados. Isso representou um avanço, uma vez que até 2009, o PAC era integralmente financiado pela SMS.

Em 2012, registrou-se período de maior ampliação, com instalação de 14 novos polos. À época, o município foi um dos mais beneficiados do Estado em termos de novas construções, com ampliação significativa da cobertura do programa, passando de 21 polos, em 2010, para os atuais 42 (2016).

Em 2011, essa parceria interinstitucional se estreitou, com a eleição do programa, pelo Governo federal, como uma das cinco melhores experiências de PS a serem replicadas no País, uma vez ele ser oficialmente reconhecido como importante na concepção do Programa Academia da Saúde (PAS) <sup>97</sup>. O primeiro polo municipal, inaugurado em parceria com o Governo do Estado, foi também o primeiro no Brasil a ser incorporado ao PAS. Após o lançamento do PAS, o PAC passou a contar com recurso federal de custeio mensal no valor de R\$ 3.000,00 por polo habilitado. Atualmente, são 37 polos habilitados nesses moldes, comparativamente o maior número de polos do Estado.

### **Práticas (atividades e interações):**

O financiamento compartilhado entre os três entes federativos foi visto como importante na sustentabilidade financeira do programa. Entretanto, tanto houve insuficiência de recursos, quanto indefinição de dotação orçamentária própria. A esfera municipal ainda é seu principal financiador, devido ao pagamento de folha de pessoal. Ademais, considera-se que os recursos advindos do MS são irregulares e escassos para fins de manutenção dos polos, e o município arca com parte desse tipo de despesa. Não houve definição de recursos municipais próprios, desde a origem do programa.

‘[...] a própria prefeitura do Recife [...] não tem recurso próprio para o Programa Academia da Cidade, isso é desde a criação [...] os recursos que alimentou a criação do programa, era recursos que vinha do gabinete do prefeito, era recursos de emendas, e etc. verba de gabinete [...] ele depende do recurso que vem pra Secretaria, o recurso [...] que vem lá do Ministério da Saúde, que é muito pouco para manutenção dos polos’ (E14, representante de instituição de ensino).

### **Consequências:**

O reconhecimento estadual e nacional do programa foi considerado relevante na trajetória do PAC, tanto no coroamento dos esforços envidados até o momento na sua reformulação conforme diretrizes de PS, quanto na definição de cofinanciamentos específicos para expansão e manutenção dos polos, respectivamente.

A diversidade de fontes de financiamento faz com que, do ponto de vista administrativo, haja distinção entre polo PAC, PACID e PAS. Essa diferenciação não interferiu na identidade do PAC, uma vez que dentro da gestão municipal todos os polos são tratados indistintamente como polos do PAC.

### E14- Desestabilização do programa com redução dos investimentos

#### **Contexto:**

O período da nova gestão representou um momento no qual houve menos investimentos em recursos organizacionais destinados ao PAC, o que na opinião dos entrevistados chegou a comprometer a realização das atividades, com desmotivação de profissionais e usuários.

Houve percepção de ‘inversão de prioridades’ no modelo de atenção à saúde municipal. Uma vez que foram inaugurados novos serviços de média e alta complexidade, como hospitais (Hospital da Mulher), Unidades de Pronto Atendimento (Upa) e serviços de atenção básica/APS, denominados de ‘Upinha’. Essas inaugurações foram realizadas num período de contingenciamento de despesas municipal, iniciado em meados de 2015. Esse contexto, consonante com os cenários estadual e federal, foi utilizado, na opinião dos entrevistados, como pretexto para a não aquisição de recursos materiais para o PAC e não investimento nos serviços de APS, de um modo geral. As Upinhas foram

implantadas e expandidas na nova gestão, sendo equipamentos de APS exclusivos do município em questão. Considerou-se que o dispositivo de cogestão ficou prejudicado nesse período, como segue:

‘[...] Não sei se é porque o recurso do SUS é muito pouco e eles vão dar prioridade [...] à alta complexidade [...] não tô dizendo que isso é melhor ou pior, cada gestor faz o que ele acha, mas eu acho que ele não deve fazer só o que ele acha, eu acho que ele deve escutar, hoje em dia as coisas pra ter sucesso elas precisam [...] de um processo de cogestão [...] e isso não acontece não, você faz um plano e você executa’ (E7, profissional).

### **Recursos mobilizados (físicos, organizacionais e simbólicos):**

Na ocasião, houve escassez e inadequação de recursos de apoio às aulas, como: recursos materiais (ex.: halteres, *step*, colchonete), instrumentos de avaliação física (balança, fichas), fardamento, água mineral nos polos e material de limpeza, alguns considerados elementares, como: álcool em gel para limpeza dos colchonetes e materiais de primeiros socorros, além de equipamento de proteção individual (EPI), no caso protetor solar.

Os espaços físicos dos polos também apresentaram dificuldades para sua manutenção, com problemas na regularidade da limpeza e efetivação de reformas. Na visão dos participantes, os serviços de reforma não foram bem executados, voltando a apresentar problemas tempos depois, principalmente no período de chuvas.

‘[...] acaba que no dia-a-dia essa fragilidade de manutenção do polo, reposição de equipamentos [...] desestimula a produção de, de atividades inovadoras, entendeu?’ (E6, gestor).

Outra preocupação dos envolvidos referiu-se à segurança, onde os vigilantes, por motivos de contenção de gastos, foram substituídos por porteiros no período diurno. Esse profissional não presencia as atividades do PAC por conta dos seus horários diferenciados.

Somado a isso, houve um *déficit* de profissionais, visto que desde o último e único concurso (expirado em 2012), não houve reposição. O quantitativo de afastamentos (licenças por quaisquer motivos), além da equipe reduzida, principalmente sem estudantes (ausentes de 2008 a 2016), e sem profissionais substitutos serviram para

agravar a situação. Assim, nos polos com um profissional, houve revezamento durante seu período de férias, na impossibilidade disso o polo permaneceu fechado. Esse *déficit*, aliado à escassez de recursos organizacionais contribuiu na sobrecarga dos profissionais.

### **Práticas (atividades e interações):**

Nesse período, a percepção do não investimento no PAC, em detrimento de programa semelhante (Academia Recife), apresentou ênfase nas falas dos entrevistados. Segundo eles, para esse programa foi possível adquirir boa estrutura, com bons equipamentos e quadro técnico completo, gerando a percepção de concorrência.

[...] eles não deveriam concorrer, deveriam ser complementares [...] mas eles concorrem, então gera insatisfação do usuário, insatisfação profissional, porque o programa X tem isso? E o programa Y não tem? (E11, gestor).

Algumas questões estruturais, consideradas pleitos antigos, também foram trazidas à tona pelos entrevistados. Como exemplos, temos a construção de banheiros em alguns polos (cerca de cinco), não previstos quando do seu planejamento, além da não equiparação salarial com outros profissionais de APS (ex.: médico, enfermeiro, cirurgião-dentista). Tais queixas serviram para agravar a percepção de que os profissionais ditos ‘assistenciais’, aparentemente, são mais valorizados que os de ‘promoção da saúde’.

[...] financeiramente a gente [educadores físicos] não tem reposição da inflação há muito tempo, não tem ganho real, e não acompanhou o crescimento das outras categorias, né? O salário base das outras categorias, não tem essa equiparação salarial do base’ (E7, profissional).

A demora, relatada anteriormente, na aquisição dos recursos materiais (três anos) foi atribuída, por parte da SMS, a entraves inerentes à gestão pública. Em que pese o reconhecimento da importância das mobilizações para isso, o fato da chegada dos recursos materiais ter sido coincidente com o período em que o governo municipal pleiteava a reeleição reforçou, para os entrevistados, a relação do programa com questões partidárias.

[...] em relação aos materiais, a gente agora recebeu os materiais que foi pedido em 2013, pra você ter uma ideia o material chegou agora em 2016, né? Misteriosamente no ano da reeleição, né? Chegou agora’ (GF4, profissionais).

**Consequências:**

As condições de trabalho aquém do preconizado e o contexto político desfavorável serviram de mote para uma reinvenção das ações do programa. Os profissionais moldaram as atividades nos polos às novas condições. Usuários passaram a se engajarem em mutirões de limpeza. Materiais de apoio às aulas foram substituídos por artefatos artesanais confeccionados por profissionais e usuários (ex.: cabo de vassoura, garrafa PET com areia).

‘[...] de primeiro, a gente tinha garrafa com areia, eu mesma trouxe muita garrafa de casa com areia, para poder fazer física [atividade física]. Cabo de vassoura a gente trazia de casa’ (GF5, usuários).

A partir da narrativa apresentada foi possível identificar e sistematizar os eventos quanto às categorias e subcategorias de análise e quanto ao fato de serem favoráveis ou não (em escala cinza) à sustentabilidade do PAC. No período analisado, observou-se que a maior parte dos eventos tiveram consequências favoráveis à continuidade do programa, com concentração deles entre os anos de 2002 e 2012. Chama atenção o fato de nenhum evento apresentar características de riscos assumidos pela organização em prol do programa (quadro 8).

Quadro 8: Linha do tempo dos eventos/incidentes críticos\* (E) segundo categorias e subcategorias de análise, e quanto ao fato de ser favorável ou desfavorável à sustentabilidade do PAC, Recife, 2002-2016.

Eventos conceituais	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Implementação</b>															
Práticas e técnicas compatíveis com as da organização	E1														
Investimento adequado de recursos	E2														
<b>Implementação e sustentabilidade</b>															
Integração do programa com as regras/normas organizacionais	E3														
Alinhamento aos objetivos da organização	E4														
Adaptação de atividades ao contexto local	E5														
Compartilhamento de valores	E6														
Comunicação transparente entre os envolvidos com o programa	E7														
Incentivos à equipe do programa	E8														
<b>Sustentabilidade</b>															
Estabilização e/ou renovação dos recursos	E9														
Riscos assumidos pela organização em prol do programa	E10														
	E11														
	E12														
	E13														
	E14														

**Fonte:** elaboração própria.

\*E1-Promoção da Saúde e Humanização (2003); E2-PAC como espaço de formação multiprofissional (2003), E3-Instituição e regulamentação do Programa Acadêmica da Cidade (2003), E4-Articulação intra e intersetorial (2003), E5-Fortalecimento da participação social na gestão do PAC (2004), E6-Reconhecimento nacional e internacional do PAC como experiência exitosa em PS (2004), E7-Avaliação da efetividade do PAC (2006), E8-Rearranjos organizacionais na equipe do programa (2006), E9-Visibilidade do PAC promovendo competição com outras intervenções (2013), E10-Mobilização social em favor do programa (2014-2016), E11-Reconfiguração da rede de atores estratégicos ao programa (2014), E12-Concurso público para profissionais de educação física (2008), E13-Cofinanciamento estadual e federal do PAC (2010), e E14-Desestabilização do programa com redução dos investimentos (2013-2016).

Ao considerarmos os eventos segundo a tipologia proposta por Pluye et al.<sup>159, 160</sup>: implementação, implementação e sustentabilidade e sustentabilidade, o estudo ratificou que eles não se caracterizam como estágios distintos, mas sim, concomitantes<sup>88, 158</sup>. Em que pese os eventos de implementação (eventos 1 e 2) terem ocorrido alguns anos após a instituição do programa, e os de sustentabilidade (eventos 12 ao 14) anos mais tarde, os eventos de implementação apresentaram forte influência nos de sustentabilidade, essa tendência também foi observada no estudo de Felisberto et al.<sup>158</sup>.

Verificou-se que os dois eventos de implementação (favoráveis), ocorridos em 2003, foram decisivos no desenvolvimento do PAC enquanto política municipal de PS,

contribuindo no fortalecimento de aspectos teóricos práticos estruturantes desse ponto no tempo em diante. A reformulação das suas diretrizes (evento 1) repercutiu na maior parte dos eventos identificados no estudo, com mais força nos ocorridos até meados de 2012, podendo ser considerado um marco no percurso do programa. Esse evento traduziu a capacidade do PAC de transformar seu discurso em prática ao início do seu processo de implantação. Essa capacidade, segundo Pluye et al.<sup>160</sup>, é fundamental na compatibilidade técnica entre um programa e a organização que o abriga, contribuindo no seu ‘enraizamento’ institucional.

A formação permanente (evento 2), ao ser reformulada de acordo com as novas diretrizes, e necessidades de formação dos profissionais e estudantes, favoreceu que esse espaço se mantivesse ao longo do tempo como um espaço legitimado e característico do PAC, uma vez que o formato adotado lhe é peculiar. Investimentos na formação permanente demonstraram em outros estudos<sup>154, 160, 203</sup> serem importantes na continuidade de programas. A manutenção das capacidades, de forma duradoura, favorece que os profissionais continuem proporcionando benefícios, assim como contribuam no fortalecimento de capacidades comunitárias num círculo virtuoso de retroalimentação. Além de possibilitar a aprendizagem organizacional e a difusão de inovações para outros grupos<sup>203</sup>. No caso estudado observou-se que as inovações promovidas extrapolaram a esfera do programa, com incorporação dos conteúdos relativos às novas diretrizes nos currículos universitários locais, além da expansão para outras localidades (evento 6)<sup>3, 200</sup>.

Feitosa<sup>3</sup> ao estudar sobre o PAC Recife concluiu que seu processo de implementação apresentou forte influência na concepção de programas similares no próprio Estado (PACID) e Governo federal (PAS), quanto em outros estados e vice-versa. Uma vez que além dele influenciar a criação dessas iniciativas, também recebeu influência delas, principalmente do PAS e do PACID.

Quanto aos eventos de implementação e de sustentabilidade (mistos), a maior parte deles foi considerada favorável. Pode-se conceber que muitos deles (eventos 3, 4, 5, 6 e 8) estiveram intensamente alinhados às diretrizes do projeto político da gestão que idealizou o programa, como: gestão participativa, ações integradas, inclusão social e planejamento descentralizado<sup>102</sup>. Isso pode ser considerado um diferencial na direção

de decisões acertadas que obtiveram êxito no período de 2002 a 2012, e que cooperaram no desenvolvimento e na projeção/difusão do programa nas esferas estadual, nacional e internacional, com compartilhamento de valores entre os envolvidos. A exceção desse processo foram os rearranjos organizacionais na equipe do programa, efetivados a partir de 2006 (evento 8). Eles objetivavam fortalecer um dos pilares do referido projeto político: ações integradas em rede, mas que não conseguiram efetivar-se plenamente, nos moldes desenvolvidos entre PAC e CAPS, cujo trabalho conjunto vem se desenvolvendo desde as origens do PAC, e onde a presença do educador físico na equipe apresenta diversas contribuições para os usuários, como: reinserção e socialização, e participação nos projetos terapêuticos singulares <sup>107</sup>.

O apoio organizacional, para além do financeiro, é considerado pela literatura como fator estratégico na sustentabilidade, contribuindo na construção de confiança entre os envolvidos e na integração do programa à missão organizacional <sup>152, 159, 160, 163</sup>. Como parte desse apoio está a formalização do programa nas normas e regras organizacionais (evento 3), uma vez serem mais sustentáveis aqueles que se baseiem em procedimentos escritos <sup>158, 160</sup>. O fato do PAC ter se originado da ‘necessidade’ dos envolvidos na sua operação, num processo colaborativo com outros atores internos e externos- ‘*bottom up*’ <sup>114</sup> - fortaleceu ainda mais sua integração organizacional no período (de 2002 a 2012), e consequentemente sua continuidade. Para alguns autores expoentes na área <sup>152, 154</sup>, intervenções não verticalizadas têm mais oportunidades de prosseguimento.

A literatura demonstra que a flexibilidade de uma intervenção se modificar ao longo do tempo conforme o contexto local, com percepção de que ela está produzindo os resultados iniciais desejados e com apoio de membros comunitários, são condições críticas na prestação de serviços continuados <sup>152, 154, 159, 160, 163</sup>. A criação de vínculo entre profissionais dos polos e usuários, fortalecida durante o evento 5 (participação social), e a adaptação do programa às necessidades desses últimos, conformou uma rede de atores, com características de coalização comunitária <sup>152</sup>.

O estímulo à participação social, nesse caso, esteve alinhado às proposições de Akerman <sup>104</sup>, para o qual o ato de se beneficiar de um programa não deve ser um fim em si mesmo, uma vez que ser beneficiário não significa ser um receptor passivo do que é

oferecido, e sim há de se refletir sobre: ‘o que nos é oferecido é o que necessitamos?’. Essa preocupação parece ter sido uma tônica no percurso da intervenção estudada.

O estabelecimento de parcerias intra e intersetoriais (evento 4), apesar da sua intermitência em determinados períodos, também foram fundamentais na conformação dessa rede, promovendo engajamento contínuo dos interessados. Na opinião de Schell et al.<sup>163</sup>, esse engajamento amplifica o ajuste/adaptação entre a intervenção e o contexto local.

A realização de pesquisas sobre a efetividade do programa (eventos 7 e 11) contribuíram fortemente para a consolidação e qualificação do programa no município. Oliveira et al.<sup>43</sup>, ao realizarem revisão na literatura sobre fatores favoráveis a sustentabilidade concluíram que a avaliação é essencial nesse aspecto, uma vez que suas conclusões devem informar a evolução das intervenções e gerar novas práticas (baseadas em evidências), podendo servir também para assegurar financiamentos futuros. No caso do PAC, essa assertiva foi ratificada quando da ocorrência do evento 13 (Cofinanciamento estadual e federal do PAC).

A partir de 2012, com as duas mudanças de gestão municipal, o PAC passa a não estar alinhado aos projetos políticos inerentes, e, portanto, entre as prioridades de investimento<sup>160</sup>. Chama atenção o abrandamento das discussões verificado durante a primeira mudança de gestão (2012), mesmo sendo do mesmo partido de criação do PAC, assim como a ‘ruptura’ ocorrida quando da segunda mudança em 2013 (de partido de oposição). Essa última criou dois programas de estímulo à AF, acarretando desmotivação aos profissionais do PAC, pela percepção de competição entre ele e essas intervenções (evento 9). A ocorrência desse evento, juntamente com o evento 14 (Desestabilização do programa com redução dos investimentos) promoveu momento de instabilidade do programa no município constituindo-se numa ameaça à sua continuação.

A criação de ambiente político desfavorável advindo do mencionado contexto promoveu intensa mobilização social em diversos canais de comunicação e interlocução municipais, com participação de profissionais, entidades de classe, instituições de ensino, mas principalmente de usuários. Esse evento (evento 10) foi interpretado como

fruto do vínculo mútuo entre profissionais e usuários, onde desde 2004, esses últimos passaram a exercer participação ativa no planejamento e gestão das ações do programa. A desestabilização sofrida foi superada pela presença de lideranças influentes (*'champions'*) dentro (coordenação técnico-pedagógica) e fora da intervenção que lutaram pelo programa num contexto tido como vulnerável. Isso foi decisivo na manutenção do programa no município, uma vez que formação de alianças com características de rede aliada é um fator chave na sustentabilidade<sup>88, 152, 154, 160, 204</sup>. Esse processo, inclusive, suplantou o enfraquecimento da liderança interna do programa, quando da troca, em 2013, da sua coordenação geral<sup>160</sup>.

Berg<sup>205</sup>, ao estudar sobre aspectos que interferiram na sustentabilidade de três intervenções comunitárias de PAF nos EUA concluiu que questões ligadas à estabilidade financeira foram importantes, mas não tanto quanto o apoio social, onde a falta de apoio das partes interessadas foi percebida como um obstáculo substancial na não continuidade dos programas estudados. Esse autor chama atenção de que o não envolvimento dos interessados, para além da fase de formulação do programa, mostrou-se como um fator contribuinte na não sustentabilidade das ações no âmbito comunitário, com diminuição do apoio político na esfera local. Além disso, os líderes do programa eram frequentemente limitados na sua capacidade de gerir os recursos necessários à sustentabilidade local.

Os eventos de realização de concurso público para profissionais de educação física em 2008 (evento 12), e de cofinanciamento estadual e federal do PAC a partir de 2010 (evento 13), trouxeram estabilidade para o programa, sendo considerados favoráveis à sustentabilidade. Em oposição à sua desestabilização, ocorrida de 2013 a 2016, onde houve redução no investimento em recursos organizacionais e materiais (evento 14).

A equipe a frente da intervenção tem papel de destaque na sustentabilidade, além da formação permanente, o envolvimento dela na tomada de decisão é fundamental no sentimento de pertencimento e na motivação profissional. Nesse aspecto, a partir de 2012, com a transição de gestões municipais, a cogestão e coanálise ficaram prejudicadas. Houve diminuição da participação da equipe no processo de negociação relativa à intervenção, o que interferiu na autonomia profissional. Por outro lado, a característica estável da força de trabalho foi considerada um contraponto no bojo

dessas dificuldades, posto que a literatura indica que a estabilidade profissional é um fator determinante na sustentabilidade<sup>43, 204</sup>.

O financiamento também se destaca na direção da institucionalização, sendo marcado por diversos autores como primordial. O fato de o PAC apresentar duas outras fontes de financiamento externas sem, no entanto, ser dependente delas, foi importante na garantia de recursos regulares para o programa. O PAC também não teve financiadores privados, o que pode ter contribuído na manutenção dos seus objetivos iniciais, pois para Scheirer<sup>152</sup>, é comum que programas com financiamento desse tipo tenham que passar por mudanças frequentes para atender às necessidades dos patrocinadores.

Entretanto, a indefinição de dotação orçamentária própria, e o investimento insuficiente de recursos foram importantes na instabilidade ocorrida entre 2012 e 2016. Conforme Schell et al.<sup>163</sup>, diversas intervenções de PS estão fadadas à interrupção devido ao não investimento de recursos suficientes. Para Scheirer<sup>152</sup>, em períodos de financiamento escasso não se pode supor que os serviços prestados e, conseqüentemente, os benefícios para os usuários continuem no mesmo patamar. Dessa forma, conjectura-se que os benefícios atribuídos ao programa só puderam ser retomados em 2016, quando da chegada dos recursos materiais.

No cômputo geral, faz-se necessário destacar algumas características da gestão do Sistema Nacional de Saúde que interferem na continuidade de intervenções. Felisberto et al.<sup>158</sup> chamam atenção que a alternância entre as eleições municipais e as estaduais e federais, com intervalo de dois anos entre elas, provoca um descompasso nas mudanças de gestão desses entes federados, o que pode acarretar um refreamento nas discussões sobre os programas em curso. Esses mesmos autores, apontam serem comuns as mudanças nas gerências de programas e projetos, inclusive numa mesma gestão, o que favorecem modificações na condução dos mesmos na perspectiva dos diferentes interesses, contribuindo, muitas vezes, para a geração de períodos de instabilidade institucional.

Nesse ínterim, a análise da sustentabilidade de políticas, projetos ou programas nacionais de PS deve abranger uma dimensão longitudinal das ações, significando problematizar e analisar a possibilidade de sobrevivência dos programas quando das

transições governamentais, que se sucedem periodicamente, de continuarem a obter e manter os recursos para o desenvolvimento das atividades e, ainda, em que medida essas iniciativas podem manter os seus efeitos por um longo período <sup>161</sup>.

### **5.3. Análise da contribuição dos eventos relativos à sustentabilidade para alcance dos efeitos do programa**

A análise dos dados empíricos revelou coerência entre os eixos definidos para a pesquisa e os componentes da TM do PAC, que ficaram divididos em: cogestão e intersetorialidade; teoria e práticas do PAC; e educação, pesquisa e comunicação. A TM sintetizou as atividades por componente, os resultados esperados, os pressupostos e os fatores contextuais (figura 4).

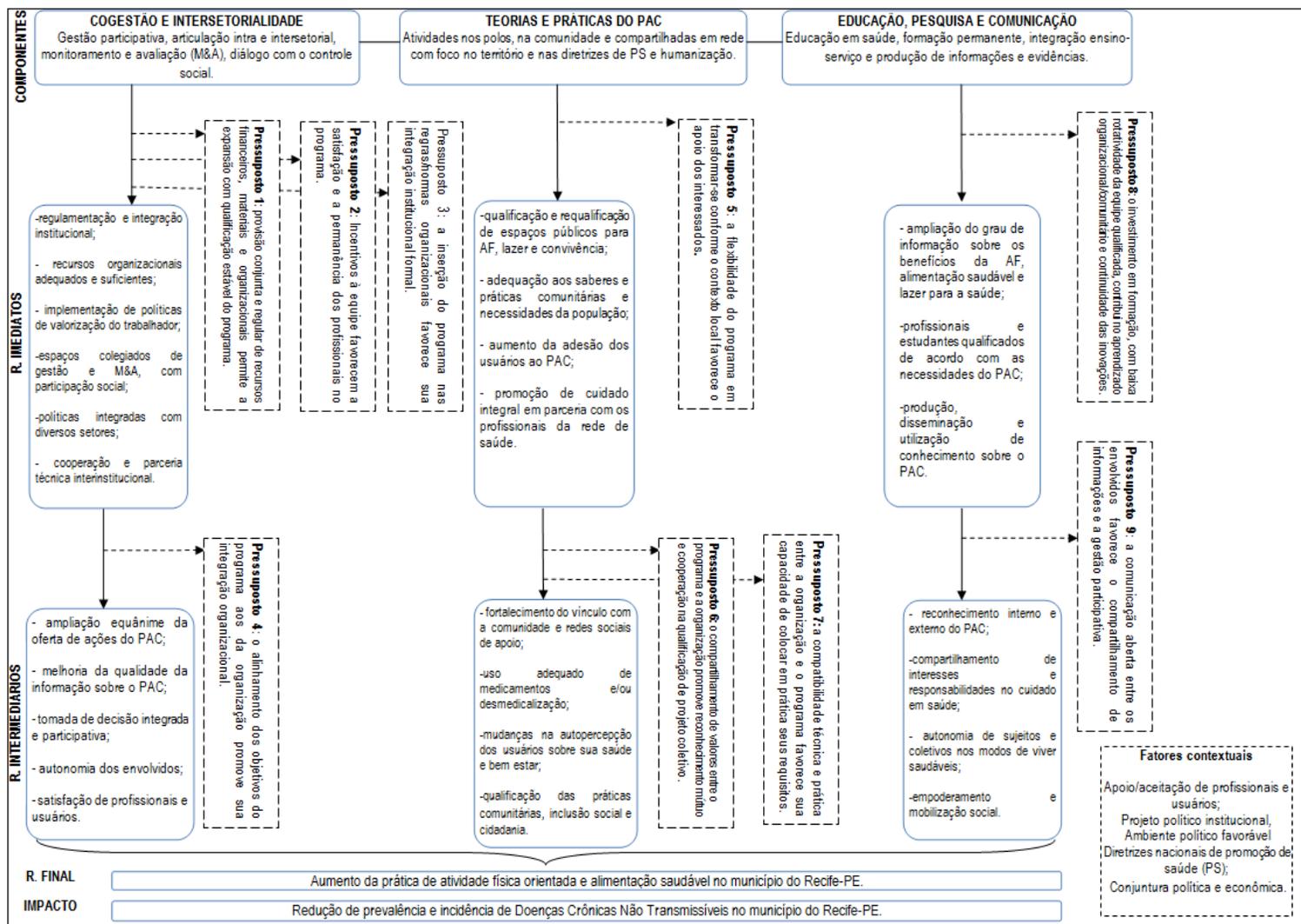
Entre os componentes, o de teoria e práticas do PAC destacou-se pela peculiaridade das atividades propostas, as quais se ancoraram em pilares/valores considerados inovadores, como: promoção e humanização em saúde, territorialização, atividades extramuros (extrapolo), inclusão e participação social, e qualificação de espaços públicos.

Para a análise da contribuição dos eventos relativos à sustentabilidade (incidentes críticos) no alcance dos efeitos esperados pelo programa, a TM foi desenhada na forma de cadeia de resultados, conforme preconizado por Mayne <sup>125</sup>. Desse modo, para cada um dos componentes citados foi desenvolvida uma cadeia integrada por meio dos nexos entre elas (nesse caso, representados pelas setas e linhas). Os resultados foram divididos de acordo com o tempo necessário para seu alcance em: imediatos, intermediários e final/impacto (figura 4).

As cadeias de resultados estiveram permeadas por um dado contexto sociopolítico. Os informantes-chave apontaram fatores contextuais importantes para o alcance dos resultados propostos pelo programa. Entre esses, tivemos aspectos ligados ao programa, como: apoio de profissionais e usuários; fatores relacionados ao município, a exemplo da continuidade do projeto político institucional; e criação de ambiente político favorável; além de fatores macrocontextuais, como: diretrizes nacionais de promoção da

saúde (PS) e conjuntura política e econômica (figura 4).

Figura 4: Teoria da mudança do Programa Academia da Cidade, Recife, PE, 2016.



Fonte: elaboração própria.

Após a confirmação dos elementos da TM com os informantes chave foi realizada a sua análise, com o objetivo de testar os mecanismos que impulsionam (ou não) a sustentabilidade do programa. Essa análise é considerada o cerne da análise da contribuição, onde devem ser considerados: a validade dos pressupostos quanto ao seu potencial explicativo, a influência dos fatores contextuais nos resultados e a comprovação de que os resultados encontrados não são devidos a explicações rivais <sup>125</sup>.

Os pressupostos relacionados a cada uma das cadeias de resultados, por componente da TM, e reescritos ao final da fase anterior, foram dispostos em matrizes (quadros 9 a 11) contendo os demais elementos da análise da contribuição, segundo Mayne <sup>125</sup>, necessários à testagem da TM, a saber: riscos, explicações rivais e fatores contextuais. Os dados relativos à testagem da TM foram provenientes do material empírico e da revisão de documentos, incluindo os da literatura.

Nessa análise, os eventos/incidentes críticos identificados e classificados no objetivo anterior, conforme Pluye et al. <sup>159, 160</sup>, foram tomados como fatos/situações, ocorridos ao longo do desenvolvimento do programa, que serviram para embasar/confirmar (ou não) os pressupostos por componente. No caso da não confirmação de um dado pressuposto, ele pode se constituir num risco ao elo da cadeia envolvida, podendo chegar a comprometer a manutenção dos resultados a ela relacionados. Os riscos foram entendidos como situações que criaram obstáculos à realização do pressuposto <sup>125</sup>. Dessa forma, a coluna ‘risco’, na matriz de análise, apresenta os dados recolhidos da forma como se expressaram: como ratificação do pressuposto, ou como risco à sua confirmação. A coluna ‘explicações rivais’ foi expressa do mesmo modo que a de ‘risco’: confirmando ou não as explicações rivais prévias a recolha de dados.

Os fatores contextuais ligados aos eventos/incidentes críticos foram analisados quanto ao seu potencial de inibir ou não a ativação dos mecanismos na condução da mudança pretendida. Para fins analíticos, as explicações rivais foram tidas como mecanismos que separadamente poderiam levar aos resultados esperados (mecanismos concorrentes). A coluna denominada de ‘implicações’ sumarizou o grau de influência que os elementos da TM tiveram sobre a cadeia de resultados envolvida <sup>41</sup>. Ao final, na coluna ‘meios de

verificação' apontaram-se as fontes de dados que subsidiaram a análise da contribuição (quadros 9 a 11).

Como desenvolvido no presente estudo, e conforme apresentado na seção de Métodos, a análise de contribuição realizada não pretendeu avaliar em que medida a cadeia de resultados do programa foi responsável pelos efeitos esperados, descritos a partir dos possíveis indicadores de situação de saúde e condições de vida. Conforme apresentado a seguir, a análise observou como os incidentes críticos que marcaram o percurso da sustentabilidade relacionam-se ao alcance dos resultados, tal como entendido na TM da intervenção. Nesse sentido, compreende-se que quanto mais os eventos confirmem os pressupostos da TM, não se constituam em riscos ou reforcem explicações rivais, maior a possibilidade de a cadeia de resultados alcançarem os efeitos esperados no tempo e contexto do programa no período em análise.

Quadro 9: Análise da contribuição dos eventos/incidentes críticos\* (E) relativos à sustentabilidade na cadeia de resultados do componente de cogestão e intersetorialidade

<p><b>Pressuposto 1:</b> a provisão conjunta e regular de recursos financeiros, materiais e organizacionais permite a expansão com qualificação estável do programa.  <b>Risco:</b> gestão da SMS não prevê, de maneira contínua e conjunta, os recursos financeiros, materiais e organizacionais necessários às atividades do programa.  <b>Explicações Rivais:</b> o programa é custeado, exclusivamente, por recursos externos.</p>					
Pressuposto	Risco	Explicações rivais	Fatores Contextuais	Implicações	Meios de verificação
<p>O programa é cofinanciado pelos três entes federativos, onde os Governos federal e estadual auxiliaram na manutenção e na construção de novos polos, respectivamente. Ao município cabe arcar com despesas referentes à manutenção (de maneira complementar-contrapartida) e ao pagamento de pessoal (E13).</p>	<p>Os recursos municipais próprios destinados ao programa foram avaliados como insuficientes para sua implementação desde sua origem, mas em especial no período de 2013 a 2016. Esse não investimento representou um período de grande instabilidade para realização das atividades, que em parte, foi superada pela utilização de artefatos substitutos confeccionados por profissionais e usuários (E14). Nesse último ano foram adquiridos recursos de apoio às aulas, fruto de mobilizações sociais em favor do programa (E10).</p>	<p>Não há definição de recursos municipais próprios, principalmente para manutenção do programa. O recurso mensal, por meio do PAS/MS, foi considerado insuficiente para o custeio das ações do programa (E13).</p>	<p>A definição, a partir de 2010, de cofinanciamento estadual (PACID) e federal (PAS), posterior às pesquisas sobre sua efetividade (E7), permitiu intensa expansão do PAC, com garantia de recursos compartilhados regulares para construção e custeio dos polos (E13).</p> <p>O período de contingenciamento de despesas municipal iniciado em 2015 prejudicou a oferta da contrapartida municipal.</p>	<p>A significativa expansão do PAC, a partir de 2012, foi acompanhada de escassez de recursos materiais e organizacionais, que não chegaram a paralisar suas atividades, porém diminuíram sua potencialidade de atuação (de 2013 a 2016) (E14).</p> <p>A indefinição de recursos municipais próprios como contrapartida aos recursos estaduais e federais, aliado ao período de contingenciamento no município, representou um entrave à sua manutenção (E13).</p>	<p>Entrevistas com informantes chave;</p> <p>Grupos focais;</p> <p>Revisão de documentos: Brasil<sup>188</sup>, Draper, Kolbe-Alexander, Lambert<sup>195</sup>, Hallal et al.<sup>30</sup>, Fernandes et al<sup>198</sup>.</p>

Continuação do Quadro 9: Análise da contribuição dos eventos/incidentes críticos\* (E) relativos à sustentabilidade na cadeia de resultados do componente de cogestão e intersetorialidade

<p><b>Pressuposto 2:</b> incentivos à equipe favorecem a satisfação e a permanência dos profissionais no programa.  <b>Risco:</b> os profissionais não se sentem incentivados.  <b>Explicações Rivas:</b> o incentivo aos profissionais advém de políticas de valorização do trabalhador do governo municipal (não específicas da SMS).</p>					
Pressuposto	Risco	Explicações rivais	Fatores Contextuais	Implicações	Meios de verificação
<p>No período analisado (2002 a 2016) a equipe manteve autonomia interna (entre profissionais e coordenadores), especialmente até o ano de 2013 (E9).</p> <p>Um incentivo marcante foi a realização do concurso público para os profissionais de educação física (E12).</p> <p>A partir de 2013, diversas mudanças levaram a situações de insatisfação e desestímulo dos profissionais (E9).</p>	<p>Precárias condições de trabalho, a partir de 2013, trouxeram insatisfação e percepção de não reconhecimento em detrimento de programas 'concorrentes' (E14).</p> <p>Houve relatos do não envolvimento da equipe na tomada de decisão em nível municipal (E14).</p> <p>Muitos profissionais dos polos solicitaram cessação/permuta para outros setores/órgãos municipais (E14).</p>	<p>A implantação de ações de valorização do trabalhador propostas pelo governo municipal como: plano de cargos, carreiras e salários, gratificações por produção, realização de curso de especialização (E10 e E11) não foram suficientes para suplantarem a desmotivação de profissionais e usuários de 2013 em diante (E14).</p>	<p>Em 2013, houve mudança de gestão político partidária, que implantou dois novos programas de estímulo à atividade física (Ciclofaixa e Academia Recife), o que acirrou a desmotivação, principalmente dos profissionais do PAC (E9).</p>	<p>As condições de trabalho inadequadas e o não reconhecimento da história do programa criou ambiente político interno desfavorável à sua implementação, a partir de 2013 (E9 e 14).</p> <p>Esse momento foi, em parte, superado pelo apoio institucional interno e apoio social dos usuários (E9 e 10).</p>	<p>Entrevistas com informantes chave</p> <p>Grupos focais</p> <p>Revisão de documentos: Recife<sup>101</sup>, Recife<sup>105</sup>.</p>
<p><b>Pressuposto 3:</b> a inserção do programa nas regras/normas organizacionais favorece sua integração institucional formal.  <b>Risco:</b> não apoio dos gestores e demais profissionais à inserção do PAC como política municipal de APS.  <b>Explicações Rivas:</b> a inserção do programa deveu-se ao contexto externo e não à decisão política da gestão.</p>					
Pressuposto	Risco	Explicações rivais	Fatores Contextuais	Implicações	Meios de verificação
<p>Os gestores da SMS, profissionais e usuários apoiaram a implantação do PAC. Nos primeiros anos, ele apresentou duas normatizações publicadas por meio de decretos municipais, além da sua inserção no organograma da SMS e em documentos oficiais e técnicos, com destaque para os relatórios das conferências e planos municipais de saúde (PMS). O que denotou sua prioridade política no período (E1, E3, E4 e E5).</p>	<p>A partir de 2013 houve diminuição das metas de expansão presentes nos PMS de 2010-2013 e o de 2014-2016, passando de implantação de 21 novos polos para dois novos polos, respectivamente (E10).</p> <p>O plano de 2014-2016 focou em metas de qualificação.</p>	<p>A reformulação do programa segundo as diretrizes nacionais de PS e humanização, em 2003, favoreceu a decisão do governo municipal pela permanência do PAC na pasta da SMS, por meio dessas regulamentações. Na ocasião, o PAC havia sido requisitado por outra pasta, a Secretaria de Educação, devido ao seu foco na educação física (E1 e E3).</p>	<p>O programa nasceu dentro das diretrizes da gestão municipal que visava a ampliação do acesso a locais públicos para a prática de AF orientada (E1). A publicação da PNPS, em 2006 (da qual a equipe do PAC participara da construção) fez com que houvesse um alinhamento normativo do PAC às diretrizes nacionais, em discussão desde o ano de 2002. Essa conjuntura favoreceu a publicação de decreto que considerou o programa como dispositivo de PS e APS (E3 e E6).</p>	<p>O arcabouço legal previsto pelos dois decretos fortaleceu o reconhecimento interno do programa, inserindo-o na estrutura organizacional da Secretaria de Saúde e no modelo de atenção à saúde municipal vigente à época da sua concepção (E3).</p> <p>A publicação das duas normatizações forneceu previsão legal consistente ao programa, já que elas foram publicadas por meio de decretos e não de portarias municipais. Em detrimento da não publicação de novas normas de 2013 até o presente momento (E3).</p>	<p>Entrevistas com informantes chave</p> <p>Revisão de documentos: Recife<sup>100</sup>, Recife<sup>101</sup>, Recife<sup>105</sup>, Recife<sup>189</sup>.</p>

Continuação do Quadro 9: Análise da contribuição dos eventos/incidentes críticos relativos\* (E) à sustentabilidade na cadeia de resultados do componente de cogestão e intersetorialidade

<b>Pressuposto 4:</b> o alinhamento dos objetivos do programa aos da organização promove sua integração organizacional.					
<b>Risco:</b> não há alinhamento entre os objetivos do programa e os da organização que o abriga.					
<b>Explicações Rivais:</b> os objetivos do programa estão alinhados aos de outras instituições externas.					
Pressuposto	Risco	Explicações rivais	Fatores Contextuais	Implicações	Meios de verificação
O programa esteve alinhado às diretrizes do projeto político do governo municipal que o originou (inclusão social, ação integrada, planejamento descentralizado e participativo) (E1, E3, E4 e E5).	O não investimento no programa a partir de 2013, mesmo com os recursos advindos do PAS, sugeriu que o programa não esteve entre as prioridades da nova gestão municipal que assumira em 2013 (E9 e E14).	O alinhamento dos programas estadual (PACID) e nacional (PNPS/PAS) aos objetivos do PAC, e não o contrário foi um fator favorável à sua manutenção (E6 e E13).	Em 2013, com a mudança de gestão político partidária, o modelo de atenção à saúde esteve mais voltado a implantação de serviços de média e alta complexidade (E9 e E14).	As mudanças no modelo de atenção à saúde a partir de 2013, não chegaram a interferir na reorientação das estratégias organizacionais do PAC, e, portanto, com preservação dos seus objetivos, embora com comprometimento na realização das suas atividades (E9 e E14).	Entrevistas com informantes chave  Revisão de documentos: Recife <sup>101</sup> , Reis et al. <sup>199</sup> , Fernandes et al. <sup>198</sup> .

Fonte: elaboração própria.

\*E1-Promoção da Saúde e Humanização: reformulação teórica prática do PAC (2003), E3-Instituição e regulamentação do Programa Academia da Cidade (2003), E4-Articulação intra e intersetorial (2003), E5-Fortalecimento da participação social na gestão do PAC (2004), E6-Reconhecimento nacional e internacional do PAC como experiência exitosa em PS (2004), E7-Avaliação da efetividade do PAC (2006), E9-Visibilidade do PAC promovendo competição com outras intervenções (2013), E10-Mobilização social em favor do programa (2014-2016), E11-Reconfiguração da rede de atores estratégicos ao programa (2014), E12-Concurso público para profissionais de educação física (2008), E13-Cofinanciamento estadual e federal do PAC (2010), e E14-Desestabilização do programa com redução dos investimentos (2013-2016).

Quadro 10: Análise da contribuição dos eventos/incidentes críticos\* (E) relativos à sustentabilidade na cadeia de resultados do componente de teorias e práticas do PAC.

<b>Pressuposto 5:</b> a flexibilidade do programa em transformar-se conforme o contexto local favorece o apoio dos interessados.					
<b>Risco:</b> não vínculo com a comunidade/usuários.					
<b>Explicações Rivais:</b> o apoio/aceitação é devido a programas 'similares' ligados a outras secretarias municipais.					
Pressuposto	Risco	Explicações rivais	Fatores Contextuais	Implicações	Meios de verificação
O programa conquistou capilaridade comunitária, a partir de 2003, com a reformulação de suas diretrizes e implantação do mapeamento territorial (E1). Esse processo aproximou-o da comunidade fazendo com que ele se adaptasse tanto às necessidades comunitárias, quanto à dos usuários (E5 e E10).	Desde a formulação de suas diretrizes em 2003 (E1), o programa estabeleceu e manteve vínculo comunitário, não ocorrendo evento, no período em análise, que confirmasse o risco acima indicado.	A presença de programas públicos concorrentes, a partir de 2013, potencializou a mensagem sobre os benefícios da prática de AF e alimentação saudável, fortalecendo a participação da população nos polos do PAC. A utilização de espaços comuns entre o PAC e esses programas, apesar do constrangimento inicial, fez com que o PAC adaptasse suas atividades às desses programas e vice-versa. As comunidades passaram a se beneficiar de mais de um programa de AF (E9).	A diretriz de gestão participativa proposta pelo governo municipal que criou o PAC, tendo o Orçamento Participativo como principal ícone, facilitou o processo de expansão do programa de maneira equânime, onde se considerou não só os pedidos por novos polos, a partir do OP, mas indicadores de vulnerabilidade social para as novas implantações de 2010 a 2012 (E5 e E13).	O envolvimento dos interessados no programa, para além da sua formulação inicial, criou sentimento de pertencimento por parte de profissionais e usuários que passaram a ter participação ativa na sua gestão, além de configurarem uma rede de apoio social em torno dele (E5 e E10).  O aumento da demanda popular pela sua implantação favoreceu, a partir de 2004, sua visibilidade política, vindo a diminuir com as trocas de gestão municipal, a partir de 2012 (E9).	Entrevistas com informantes chave  Grupos focais  Revisão de documentos: Recife <sup>101</sup> , Draper, Kolbe-Alexander, <sup>195</sup> Lambert <sup>195</sup> , Fernandes et al. <sup>198</sup> .

Continuação do Quadro 10: Análise da contribuição dos eventos/incidentes críticos\* (E) relativos à sustentabilidade na cadeia de resultados do componente de teorias e práticas do PAC.

<p><b>Pressuposto 6:</b> o compartilhamento de valores entre o programa e a organização promove reconhecimento mútuo e cooperação na qualificação de projeto coletivo.</p> <p><b>Risco:</b> os valores não são comuns entre a equipe e parceiros do PAC.</p> <p><b>Explicações Rivaís:</b> os valores foram, predominantemente, 'verticalizados': de equipes externas para a equipe do PAC.</p>					
Pressuposto	Risco	Explicações rivaís	Fatores Contextuais	Implicações	Meios de verificação
A compatibilização de valores institucionais, representado pelo processo de reconfiguração das diretrizes do programa (E1), foi fundamental na conquista de prêmios nacionais e internacionais, importantes na ampliação da sua projeção e divulgação (E6 e E7).	Os valores entre a equipe do programa e a SMS basearam-se nas diretrizes do PAC e no modelo de atenção à saúde municipal. Eles nasceram dentro do município e foram comuns ao longo do período estudado. Mesmo com a implantação do PAS/MS, o PAC Recife manteve características peculiaridades. Não ocorreu evento que confirmasse o risco acima indicado.	O reconhecimento mútuo entre o PAC e a organização (SMS) foi fortalecido pela troca da coordenação do programa (em 2003), composta por profissionais com perfil de saúde coletiva. Esses coordenadores foram convidados a ser integrantes de grupo a frente da construção da PNPS (E1 e E6).	As premiações fortaleceram o vínculo da equipe do PAC com parceiros nacionais (MS) e internacionais (CDC) (E6 e E7).	O alinhamento institucional, a partir de interesses e valores comuns, promoveu o fortalecimento de parcerias interinstitucionais e o reconhecimento do PAC como experiência exitosa a ser expandida em nível estadual e nacional, assim como modelo a ser replicado em outro País (EUA) (E6 e E7).	Entrevistas com informantes chave  Grupos focais  Revisão de documentos: Mendonça, et al <sup>33</sup> .
<p><b>Pressuposto 7:</b> a compatibilidade técnica e prática entre a organização e o programa favorece sua capacidade de colocar em prática seus requisitos.</p> <p><b>Risco:</b> não há apoio organizacional no desenvolvimento de inovações no âmbito do programa.</p> <p><b>Explicações Rivaís:</b> as inovações são propostas por atores externos ao programa.</p>					
Pressuposto	Risco	Explicações rivaís	Fatores Contextuais	Implicações	Meios de verificação
A reformulação das diretrizes do programa, em 2003, foi um 'divisor de águas' na aplicação de conceitos de PS/saúde coletiva, como: qualificação de espaço público, cidadania, empoderamento, acolhimento, cogestão, e inclusão e participação social. De acordo com o projeto político vigente (E1, E2, E4 e E5).	Um dos pilares propostos para o PAC: o fortalecimento de ações intrasetoriais foi considerado incipiente no período analisado, principalmente com equipes de Saúde da Família e NASF (E8).	Os conflitos entre os atores que participaram da sua reconfiguração resultaram em afastamentos e sinergias propícias à incorporação de inovações no PAC (E1, E2, E4 e E5).	A mudança de coordenação do PAC, em 2003, mobilizou diversos atores internos e externos na reconfiguração das suas bases teóricas e práticas (E1 e E2).	O movimento de reconfiguração culminou no seu alinhamento técnico ao projeto político à época, e na ampliação do seu escopo de atuação (E1, E2, E4 e E5). Esse movimento foi considerado decisivo para o que o programa é atualmente.  A insuficiente atuação compartilhada em rede fragilizou uma das importantes atividades do programa: o estímulo à alimentação saudável (E8).	Entrevistas com informantes chave  Grupos focais  Revisão de documentos: Recife <sup>101</sup> , Fernandes et al <sup>198</sup> .

Fonte: elaboração própria.

\*E1-Promoção da Saúde e Humanização: reformulação teórica prática do PAC (2003); E2-PAC como espaço de formação multiprofissional (2003), E4-Articulação intra e intersetorial (2003), E5-Fortalecimento da participação social na gestão do PAC (2004), E6-Reconhecimento nacional e internacional do PAC como experiência exitosa em PS (2004), E7-Avaliação da efetividade do PAC (2006), E8-Rearranjos organizacionais na equipe do programa (2006), E9-Visibilidade do PAC promovendo competição com outras intervenções (2013), E10-Mobilização social em favor do programa (2014-2016), E13-Cofinanciamento estadual e federal do PAC (2010).

Quadro 11: Análise da contribuição dos eventos/incidentes críticos\* (E) relativos à sustentabilidade na cadeia de resultados do componente educação, pesquisa e comunicação.

<p><b>Pressuposto 8:</b> o investimento em formação, com baixa rotatividade da equipe qualificada, contribui no aprendizado organizacional/comunitário e continuidade das inovações.</p> <p><b>Risco:</b> não há investimento na formação permanente e na estabilidade da equipe.</p> <p><b>Explicações Rivals:</b> a qualificação profissional e de estudantes deve-se a formações externas.</p>					
Pressuposto	Risco	Explicações rivais	Fatores Contextuais	Implicações	Meios de verificação
<p>O investimento, por parte da SMS, na formação permanente de profissionais e estudantes, desde sua concepção até os dias atuais, constitui-a como espaço legitimado de gestão e trocas de experiências (E2). A realocação, a partir de 2006, de nutricionistas e médicos, e a escassez de estudantes no programa não representou uma ameaça à qualidade das atividades de formação, que se reinventaram ao longo do tempo (E2 e E8).</p> <p>A partir de 2016, houve reativação do PAC enquanto campo de práticas para estudantes de educação física (E10).</p>	<p>A realização de concurso público para educadores físicos, em 2008, favoreceu a permanência dos profissionais qualificados em serviço (E12). Muito embora, atualmente haja <i>déficit</i> de profissionais pela não realização, até o presente momento de novos concursos (E14).</p>	<p>A instituição do PAC representou abertura de novo mercado para educadores físicos com perfil de saúde coletiva. Isso fez com que muitos dos seus profissionais procurassem realizar, por conta própria, cursos externos na área. Entretanto, isso não substituiu a importância da formação permanente promovida pelo município, tendo em vista, a adequação desse espaço às demandas cotidianas do programa (E2).</p>	<p>A formação tradicional dos educadores físicos era limitada quanto aos temas de saúde coletiva e PS. A reformulação, em 2003, da formação permanente por parte da SMS, de modo a contemplar as novas diretrizes do programa favoreceu seu alinhamento ao projeto político institucional à época (E1 e E2). Mesmo com as mudanças de gestão, a partir de 2012, a formação permanente continuou a ser prioridade, integrante da carga horária do programa.</p>	<p>A perenidade da formação, inicialmente multiprofissional, foi acompanhada de transformações no seu formato e conteúdo ao longo do tempo, contribuindo no aprendizado organizacional de acordo com as necessidades de profissionais, estudantes, e da própria SMS (E2). Esse processo aliado ao quadro profissional estável permitiu a contínua transformação e reinvenção do programa no período analisado (E1, E2 e E8).</p>	<p>Entrevistas com informantes chave</p> <p>Grupos focais</p> <p>Revisão de documentos: Recife<sup>187</sup>, Fernandes et al.<sup>198</sup>.</p>

Continuação do Quadro 11: Análise da contribuição dos eventos/incidentes críticos\* (E) relativos à sustentabilidade na cadeia de resultados do componente educação, pesquisa e comunicação.

<p><b>Pressuposto 9:</b> a comunicação aberta entre os envolvidos favorece o compartilhamento de informações e a gestão participativa.  <b>Risco:</b> não há investimento na divulgação de informação e evidências sobre o PAC. As evidências produzidas não têm foco na utilidade.  <b>Explicações Rivas:</b> a divulgação de informações e evidências é realizada por meios e canais não institucionais.</p>					
Pressuposto	Risco	Explicações rivais	Fatores Contextuais	Implicações	Meios de verificação
<p>No período analisado houve comunicação e produção de informações, entre os envolvidos com o PAC, com fortalecimento da cogestão. Foram utilizados diversos canais de gestão participativa (ex.: OP, ouvidoria municipal, conferências municipais de saúde, audiências públicas), assim como realização de pesquisas sobre o programa. Além dos usuários, esse processo envolveu cooperação técnica intra e interinstitucional, incluindo instituições internacionais e entidades de classe (E5, E7, E10 e E11).</p> <p>Muitos desses atores conformaram uma rede colaborativa (de governança) que se engajou na luta pelo programa durante o período de escassez de investimentos (de 2013 a 2016) (E10 e E11).</p>	<p>As evidências produzidas pelas pesquisas (em 2006 e em 2014) tiveram foco na utilidade (E7 e E11). Entretanto, o investimento em divulgação institucional (por meio de materiais informativos- ex.: <i>folders</i>-, mídia falada e escrita, entre outros) foi insuficiente desde a origem do programa.</p>	<p>A escassez de divulgação institucional foi superada pela divulgação de informações e evidências, mesmo que em fóruns restritos (em meios científicos, canais de gestão participativa e internos à instituição), assim como pelo incentivo à cogestão entre os envolvidos. A principal divulgação foi 'boca a boca' pelos usuários que culminou no fortalecimento da gestão participativa do programa (E5, E7, E10 e E11).</p>	<p>A discussão nacional sobre PS aproximou a equipe do programa do MS e CDC, com realização de pesquisas sobre sua efetividade (E6 e E7). A realização conjunta de curso de especialização para profissionais do PAC em parceria com a Universidade reaproximou as duas instituições. A partir dessa parceria também foram realizadas pesquisas com foco no processo de trabalho do programa (E11).</p>	<p>Os resultados positivos das pesquisas auxiliaram na disseminação de informações sobre o programa, endossando para os envolvidos os resultados vislumbrados na prática (E7 e E11). O estímulo à participação social e o compartilhamento de informações e evidências fortaleceu a conformação da rede de aliados que se iniciara com a construção de vínculo entre profissionais e usuários, e que depois foi expandida com inserção de novos atores internos e externos (E5, E7, E10 e E11).</p> <p>O engajamento desses atores promoveu, a partir de 2014, mobilizações em diversos fóruns, as quais foram atribuídas melhorias no investimento de recursos materiais para o PAC (E10 e E14).</p>	<p>Entrevistas com informantes chave</p> <p>Grupos focais</p> <p>Revisão de documentos: Recife<sup>105</sup>, Recife<sup>190</sup>, Hallal et al.<sup>30</sup>, Fernandes et al.<sup>198</sup></p>

Fonte: elaboração própria.

\*E1-Promoção da Saúde e Humanização: reformulação teórica prática do PAC (2003); E2-PAC como espaço de formação multiprofissional (2003), E5-Fortalecimento da participação social na gestão do PAC (2004), E6-Reconhecimento nacional e internacional do PAC como experiência exitosa em PS (2004), E7-Avaliação da efetividade do PAC (2006), E8-Rearranjos organizacionais na equipe do programa (2006), E10-Mobilização social em favor do programa (2014-2016), E11-Reconfiguração da rede de atores estratégicos ao programa (2014), E12-Concurso público para profissionais de educação física (2008), e E14-Desestabilização do programa com redução dos investimentos (2013-2016).

A análise da contribuição dos eventos/incidentes críticos relativos à sustentabilidade (incidentes críticos) para alcance dos efeitos esperados pelo PAC Recife levou em conta que os programas e políticas públicas representam mais que os conceitos, crenças e expectativas dos indivíduos em torno dos seus resultados. Demonstrou-se que se faz necessário o confronto da TM com os elementos socioculturais mobilizados no desenvolvimento das ações. Além disso, considerou-se que os fatores contextuais trazem oportunidades e limites próprios para o alcance das mudanças pretendidas<sup>206</sup>. Desse modo, a testagem da TM do PAC procurou estabelecer relações entre as

atividades, o contexto e os resultados, buscando considerar não só os resultados finais, mas também compreender como os efeitos foram sendo alcançados ao longo do tempo analisado <sup>207</sup>.

A análise da contribuição revelou robustez da TM, uma vez que ela considerou a integração dos dados qualitativos produzidos na perspectiva dos informantes chave e dos participantes dos grupos focais, assim como a revisão de documentos, provenientes da literatura (a partir do objetivo 1) e dos documentos oficiais e técnicos do programa selecionados pelo estudo. Isso permitiu considerar a consistência e limitações da TM proposta, aumentando a credibilidade da história da contribuição sobre os resultados esperados <sup>125, 143</sup>. O fato da maioria das referências provenientes do objetivo 1 não ter explicitado a teoria de mudança das intervenções estudadas trouxe limitações à análise de alguns pressupostos ligados ao processo de trabalho.

A apreciação por componente da TM evidenciou que o de cogestão e intersetorialidade apresentou dificuldades na confirmação dos pressupostos presentes na sua cadeia de resultados. A análise da contribuição, para essa cadeia, apontou que os pressupostos sobre provisão conjunta e regular de recursos organizacionais e materiais e sobre incentivos à equipe representaram riscos, principalmente para os resultados imediatos, com destaque para o alcance dos recursos organizacionais adequados e suficientes, e implementação de políticas de valorização do trabalhador de maneira contínua.

Por outro lado, o pressuposto de inserção do programa nas regras/normas organizacionais foi identificado, por meio dos dados recolhidos em diversas fontes, como um forte contribuinte na regulamentação e integração institucional do PAC. O pressuposto de alinhamento dos objetivos do programa aos da organização foi parcialmente confirmado, posto que tal alinhamento esteve mais fortalecido entre os anos de 2003, a partir da implantação das novas diretrizes, e 2011. Desse período em diante, com as trocas de gestão municipal iniciou-se desarticulação entre os discursos organizacionais e os do programa.

Os resultados do presente estudo quanto à normatização de programas de PAF estiveram

alinhados à literatura. Sá et al. <sup>98</sup>, ao pesquisarem sobre a implementação do Programa Academia da Saúde (PAS), por meio da planilha de monitoramento mensal (FormSUS), concluíram que parte importante dos municípios estudados (86%) incluíram o PAS no PMS vigente. Considera-se esse resultado um relevante achado uma vez que o PMS é um dos importantes instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação de ações, além de proporcionar o exercício do controle social, denotando a inclusão de programas dessa natureza na agenda municipal de saúde. Apesar dessa inclusão, o monitoramento das ações cotidianas desses programas, a partir dos sistemas oficiais (e-SUS, monitoraPAC), encontrar-se incipiente e seus resultados pouco utilizados no processo de tomada de decisão <sup>207, 208</sup>.

Quanto à sustentabilidade, principalmente financeira, diversos estudos sobre intervenções de PS/AF têm explorado esse aspecto. O supracitado estudo <sup>98</sup> apontou que cerca de 90% dos polos PAS estudados não dependem do recurso federal para funcionarem, com recebimento de contrapartidas municipais. A maior parte das contrapartidas dá-se na manutenção dos polos e aquisição de material de consumo e permanente. Entretanto, a garantia de recursos financeiros e aquisição e manutenção de recursos materiais e físicos destinados a esse tipo de programa, como observado no presente estudo, foi considerada um entrave no desenvolvimento das suas atividades, incluindo estudos sobre o PAC Recife <sup>40</sup>.

Ainda em relação a questões estruturais, outros trabalhos apontaram que a presença das instalações físicas onde são ofertadas as atividades (polos, ou outros) foi avaliada pela população do entorno (usuários ou não), como importante na melhoria da iluminação, manutenção das ruas e calçadas e segurança dos espaços públicos onde foram instalados <sup>30, 198</sup>.

O componente de teoria e práticas do programa foi se reinventando ao longo do tempo com adaptação à cultura local e às necessidades comunitárias e dos usuários, assim como transformação dos seus propósitos em práticas cotidianas. Muito embora uma das suas importantes diretrizes ainda esteja incipiente: desenvolvimento de ações compartilhadas em rede, o que pode estar influenciando de forma negativa os resultados

propostos para essa cadeia, principalmente no que diz respeito à gestão integrada do cuidado.

A necessidade de investimentos voltados à integração de equipamentos de PAF na rede de atenção à saúde, principalmente com equipes de Saúde da Família, foi evidenciada na literatura. No caso do PAC Recife, mesmo com as ações extrapolo nas unidades básicas de saúde <sup>40, 108</sup> foram encontrados problemas tanto no conhecimento pelos profissionais de APS das ações que o PAC desenvolve <sup>209</sup>, quanto no desenvolvimento de ações integradas de maneira sistemática <sup>210, 211</sup>, mesmo nos CAPS <sup>107</sup>. Alega-se pouca divulgação institucional do programa tanto interna quanto externa <sup>32, 40</sup>, onde as principais formas de conhecimento dele são por meio de outra pessoa e/ou pelo fato de ter visto um polo <sup>32</sup>. Além da carga horária destinada às ações no extrapolo ser reduzida, tendo em conta o tempo de deslocamento entre o polo e os outros equipamentos da rede, e, portanto, sendo importante a contratação de profissionais exclusivos para os outros equipamentos de saúde. Essa estratégia tem sido utilizada em outros municípios com indícios de que a proximidade favorece a integração <sup>212</sup>.

No entanto, mesmo com a proximidade, dificuldades de atuação compartilhada entre os diversos equipamentos de atenção primária à saúde foram observadas em outros trabalhos <sup>213, 214</sup>. Para Campos, Domitti <sup>94</sup>, nesses casos é comum haver composição multiprofissional, com baixo grau de coordenação, comunicação e integração, com apego à identidade de seu núcleo de especialidade, o que dificulta a interação.

Os pressupostos presentes na cadeia de resultados do componente educação, pesquisa e comunicação foram ratificados pelos eventos/incidentes críticos favoráveis à manutenção de equipe qualificada, ao compartilhamento de informações e evidências sobre o programa, além da participação social e do empoderamento dos envolvidos, com conformação de rede de aliados interinstitucional. Ressaltando que tal rede promoveu engajamento de lideranças, considerado pela literatura como um fator estratégico na condução de mudanças pretendidas por um dado programa <sup>43, 143, 195</sup>. Isso fortaleceu a hipótese de que os resultados propostos para essa cadeia foram alcançados de maneira contínua ao longo do percurso estudado.

O vínculo empregatício estatutário dos profissionais do PAC Recife contrastou com os polos PAS, uma vez que 71% dos municípios brasileiros estudados por Sá et al.<sup>98</sup> apresentou contrato temporário, por meio de prestação de serviços, como principal forma de contratação, seguido de cessão de outras secretarias (20%), e contratação via regime CLT (15%). Tal quadro também foi observado no PACID estadual, onde cerca de 70% dos profissionais foram contratados por prestação de serviços<sup>215</sup>. Sá et al.<sup>98</sup> consideraram que o fato de municípios, como Recife-PE e Belo Horizonte-MG, já possuírem iniciativas anteriores ao PAS influenciou na estabilidade do vínculo profissional, uma vez que esses municípios haviam investido na estruturação prévia dos programas, diferentemente dos demais que implantaram recentemente o PAS, com predomínio de habilitação para construção de polos, e não obstante encontraram dificuldades para sua implementação e funcionamento.

O período de 2012 a 2016 representou um momento no percurso do PAC de intensa instabilidade tanto no alinhamento de objetivos e valores entre a organização e o programa, quanto no investimento de recursos adequados e suficientes para implementação/qualificação das suas atividades. Até o momento da recolha de dados do presente estudo alguns recursos, principalmente de apoio às aulas, haviam sido adquiridos, entretanto com *déficit* de profissionais, apesar da contratação de 21 ‘estagiários’ de educação física, que não substituem profissionais, por estarem em período de formação. O alinhamento institucional representado pela inserção do PAC no modelo de atenção à saúde municipal atual não pode ser constatado até o momento da recolha de dados. Houve entendimento de compreensão e valorização do programa por parte da gestão política partidária que assumira em 2013, contudo constatou-se que ele ainda não é uma prioridade dentro das ações municipais propostas.

Partindo do pressuposto de que a motivação profissional é um fator crítico na implementação e qualificação de um programa, o pouco apoio promovido pela gestão municipal, no período supracitado, demonstrou influência na implementação das atividades, onde a escassez, principalmente de materiais de apoio às aulas, foi também uma das principais queixas dos usuários, conforme observado em recente trabalho<sup>216</sup>. Aspectos relativos à infraestrutura do PAC Recife haviam sido apontados em pesquisas

anteriores como importantes na insatisfação de usuários e profissionais <sup>32, 40</sup>.

De acordo com Padilha, Oliveira, Figueiró <sup>212</sup>, a compreensão sobre como se dá a relação de um programa com o ambiente político e social (contexto externo) e o ambiente organizacional (contexto institucional) é importante na reflexão sobre aspectos que podem interferir nas condições de implementação da intervenção e na produção dos efeitos. Nesse caso, o suporte intensivo e descentralizado dado pelos coordenadores técnico-pedagógicos do PAC e o vínculo entre profissionais e usuários fortalecidos nesse período (contexto interno) foram aspectos fundamentais na minimização do ambiente político desfavorável (contexto externo).

Esses achados se alinham aos da literatura, onde as práticas relacionais entre trabalhadores e entre trabalhadores e usuários são mais bem avaliadas que questões organizacionais, como: recursos materiais e físicos <sup>87, 216</sup>. Em outras palavras, aparentemente o contexto interno ‘estável’ foi responsável pela manutenção do envolvimento, do compromisso e da adesão ao programa por profissionais e usuários, em pese a insatisfação com sua infraestrutura e falta de apoio político. Pesquisas sobre análise da contribuição de intervenções de PS demonstraram que o suporte interno foi fundamental na implementação das atividades propostas <sup>39, 44</sup>.

Ainda nesse aspecto, o fato da maioria dos coordenadores técnico-pedagógicos ter trabalhado anteriormente nos polos, assim como o fato dessa coordenação ter sido desconcentrada, em 2015, facilitou o processo de governança local. Berg <sup>205</sup> enfatiza que a governança delegada de um programa de PAF precisa ser gradual, até que os líderes do programa estejam totalmente preparados para exercerem suas funções em nível local.

A maior parte dos pressupostos foi confirmada, o que sugere que a teoria geral do estudo: ‘programa sustentado proporciona efeitos duradouros em longo prazo’; apresenta coerência e consistência. Isso sugere grande possibilidade dos resultados finais previstos pelo programa estariam sendo alcançados de maneira sustentável, uma vez que as evidências analisadas sugeriram que o PAC foi importante no

desenvolvimento desses resultados na presença de outros fatores de influência (contextuais e explicações rivais),<sup>41, 44, 125</sup> apesar da instabilidade ocorrida de 2012 a 2016.

Os dados apresentados sugerem que o PAC tem contribuído para o aumento da prática de AF orientada e alimentação saudável de modo continuado no município. Uma vez que ele foi descrito como tendo um efeito positivo no desenvolvimento de capacidades comunitárias, favorecendo mudanças, por parte dos seus usuários, em prol de escolhas saudáveis, assim como na sua percepção sobre melhorias na saúde, na diminuição do uso de medicamentos, modificação na alimentação, no bem-estar e prazer pela prática de AF, e no convívio social, conforme reforçaram estudos realizados com usuários do PAC Recife<sup>32, 216, 217</sup>. Simões et al.<sup>31</sup>, constataram que indivíduos que participam ou participaram do PAC Recife têm probabilidade 3,1 vezes maior de praticar AF, dentro do recomendado (pelo menos 150 minutos por semana), que indivíduos não participantes.

Com relação ao impacto previsto na TM (redução de DCNT), a literatura aponta a prática de AF regular como uma potente ação para a prevenção e tratamento dessas doenças<sup>197, 198, 199, 218</sup>, reforçando a coerência de como, na TM proposta, os resultados finais (AF orientada e alimentação saudável) contribuem no alcance do impacto. Para Norwood et al.<sup>197</sup>, a AF não precisa ser extenuante para ter efeitos na saúde e no bem-estar dos indivíduos. As evidências mostram que as pessoas ativas, mesmo não estando dentro do recomendado, têm vidas mais longas, bem-estar, menos depressão e taxas mais baixas de tabagismo, por exemplo<sup>23, 219</sup>.

Os resultados finais e o impacto apontados na TM foram coincidentes com a literatura que indica que investimentos em intervenções políticas e ambientais, com estruturação de locais acessíveis para a prática de AF (ciclovias, parques, praças, pistas de caminhada), por si só favorecem seu incremento comunitário<sup>25, 30, 34</sup>. No entanto, esse incremento é potencializado pela implantação, nesses espaços, de programas sistematizados de PAF orientada por profissionais<sup>33, 40, 197, 201</sup> como, por exemplo, o PAC Recife<sup>31</sup>, o Serviço de Orientação e Exercício- SOE<sup>199</sup>, e o PAC Belo Horizonte

De fato, não se espera que a disponibilização de áreas públicas com programas voltados para orientar a prática de AF e a alimentação saudável seja suficiente para desenvolver todas as capacidades e ações necessárias ao alcance do impacto previsto na TM: redução de indicadores de DCNT, por se tratar de doenças de manejo multiestratégico e integrado, por isso mesmo o trabalho inter e intrasetorial ser tão importante.

Além do que a implantação de intervenções de AF não ser suficiente na superação de barreiras individuais e macroestruturais na manutenção da adesão à AF, como: violência urbana, baixa renda e escolaridade, doenças incapacitantes, falta de tempo, inacessibilidade e distância de locais para AF <sup>32, 197, 198, 199, 212, 217</sup>; e no acesso à alimentação saudável, a exemplo de: emprego e renda; onde a aquisição desse tipo de alimento continua a ser onerosa <sup>195</sup>.

Apesar de consideramos o atendimento aos resultados finalísticos e impacto fundamentais, ressalta-se que pelo caráter inovador do PAC Recife não poderíamos deixar de considerar a ‘limitação’ que esses resultados (de longo prazo) representam frente aos efeitos imediatos e intermediários, cujo alcance extrapola aspectos relacionados à redução de ‘fatores de risco’ e prevenção de doenças. Entre esses efeitos estão: qualificação e potencialização de espaços públicos; fortalecimento da participação social; cidadania; inclusão social; empoderamento; universalidade do acesso, e configuração de rede social de apoio, convívio e lazer <sup>32, 40</sup>.

Intervenções similares ao PAC, a exemplo do PAC Belo Horizonte e do SOE Vitória também fizeram apostas na ampliação de modelo de intervenção de AF: focado em mudanças comportamentais individuais (ex.: prática de AF, alimentação saudável) para estratégias mais abrangentes (voltadas a PS), pelo entendimento de que elas alcançam mais pessoas e coletivos organizados promovendo, resultados também ampliados, onde a criação de vínculo e a inclusão social apresentam lugar de destaque <sup>198, 199</sup>. Estudo realizado na África do Sul sobre intervenções comunitárias de AF revelou que o sentimento de pertencimento provocado por elas é favorecido pelo fato dos usuários, em

sendo da mesma comunidade, serem capazes de se relacionarem e compartilharem objetivos comuns numa rede socioafetiva, principalmente em comunidades vulneráveis 195.

Pesquisas realizadas sobre intervenções comunitárias de PAF nacionais demonstraram que esses programas captam um perfil de usuários bem definido 10, 31, 34, 199, 216 : mulheres, idosos, indivíduos com morbidades crônicas e de menor poder socioeconômico, o que traduz a sua capacidade de proporcionar o acesso à AF a grupos com poucas oportunidades para prática. Nesses casos, chama atenção o fato de que apesar de muitos trabalhos concluírem que indivíduos com mais anos de estudo serem mais informados sobre os benefícios da AF e da existência das intervenções comunitárias de AF estudadas, a participação é maior entre os indivíduos com menos escolaridade, reforçando a potencialidade desses programas na redução de iniquidades 195, 197, 198, 199.

Considera-se que o investimento nessas intervenções são alternativas promissoras, principalmente em países em desenvolvimento, onde há problemas de segurança, baixa renda e opções limitadas de ambientes para AF 33, 197, 198. O investimento em qualificação e requalificação de espaços públicos para esse fim é especialmente relevante em localidades vulneráveis, onde a população depende dessas instalações para se tornar mais ativa fisicamente 34.

Não obstante a relevância da AF na saúde e bem-estar de populações vulneráveis destaca-se que, no caso dessas intervenções, elas extrapolam esses aspectos na direção de agregação de valor social à saúde como preconizado pelos documentos de PS. Onde o estímulo à autonomia promovido traduz-se como superação das modelagens direcionadas apenas aos comportamentos saudáveis. Essas práticas contam com uma dimensão comunicativa que busca estabelecer vínculos sociais com a comunidade e suas formas culturais, numa perspectiva de troca de saberes e maturidade política 47.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisar os incidentes críticos, no percurso de uma intervenção de promoção de atividade física (PAC Recife), que contribuíram para o alcance dos seus efeitos de maneira sustentável, e identificar na literatura estudos avaliativos sobre esse tipo de intervenção, como suporte a essa análise, foram os objetivos almejados nesse estudo.

Os achados da revisão sistematizada na literatura revelaram escassez de estudos na área. Foi possível identificar oito referências com predominância de foco em resultados (principalmente, aumento de AF) e utilização de métodos quantitativos. Os indicadores de processo foram restritos, mesmo nos estudos de implantação. Neles, esses indicadores estiveram mais voltados à ‘satisfação’ dos entrevistados com questões estruturais dos programas, que aos aspectos sobre processo de trabalho. Raros foram os estudos que descreveram detalhadamente as atividades desenvolvidas pelas intervenções, limitando conclusões sobre sua implantação e comparações com outros contextos.

Não obstante, os dados recolhidos nas referências selecionadas pelo presente estudo foram relevantes na evidenciação de que as intervenções públicas de PAF avaliadas, ao mesclarem mais de uma abordagem, entre as previstas pelo *Community guide* (informativa, social e comportamental e política e ambiental) constituíram-se em recursos potenciais no incremento da AF.

A análise dos eventos relativos à sustentabilidade/incidentes críticos do PAC Recife nos permitiu concluir que ele passou um período de intensa expansão, difusão e alinhamento institucional até meados de 2012, quando mudanças no contexto político municipal trouxeram um arrefecimento nas discussões internas a seu respeito, com implicações no seu processo de implementação e estabilidade.

A instabilidade sofrida pela intervenção, desse ano em diante, foi superada pela ocorrência de fatos/situações cujas consequências positivas permitiram um movimento

de reconfiguração do programa, os quais foram decisivos na sua manutenção no município no período estudado.

Os fatores positivos mencionados, como: recursos financeiros advindos de múltiplas fontes, adaptação do programa de acordo com o contexto local, investimento na formação permanente e na autonomia da equipe, baixa rotatividade dos profissionais qualificados e formação de alianças com características de rede de 'liderança influente' estão alinhados ao mencionado pela literatura como fatores influentes na sustentabilidade de intervenções de PS.

Constatou-se que a intervenção estudada 'resistiu' às mudanças de governo municipal, ampliando seu escopo de atuação ao longo do tempo, com conformação de parcerias em diferentes níveis - em especial no âmbito local- passando de um projeto a uma política pública municipal de PS, que serviu de referência para adoção de políticas semelhantes nos âmbitos estadual, federal e internacional.

A perspectiva metodológica utilizada na compreensão dos eventos relativos à sustentabilidade e suas consequências (técnica do incidente crítico) mostrou-se adequada aos objetivos do presente estudo pela sua capacidade de identificar retrospectivamente os eventos/incidentes críticos considerados relevantes pelos pesquisados. Isso permitiu reconstruir o percurso da intervenção em questão, por meio do desenho da linha do tempo dos eventos/incidentes críticos e suas relações com outros eventos e fatores contextuais.

O período relativamente longo de implementação da intervenção (quatorze anos) permitiu uma análise aprofundada da sua história até então, nos diversos cenários que foram se apresentando, favoráveis ou não à sua sustentabilidade. Entretanto, uma questão que pode ser considerada uma limitação do estudo refere-se a não submissão da linha do tempo final aos entrevistados, para verificação se ela refletia suas opiniões. Apesar disso, esse material foi amplamente discutido e validado entre os integrantes da equipe de pesquisa.

Uma vez que intervenções semelhantes podem conduzir a resultados opostos em cenários mais ou menos favoráveis à sua sustentabilidade, a adoção do referencial analítico da avaliação baseada na teoria (análise da contribuição) permitiu testar se a teoria de mudança funcionou e como funcionou na presença dos eventos/incidentes críticos. Uma vantagem da análise da contribuição, em relação a outras abordagens de avaliação baseadas na teoria, diz respeito a ela não apenas identificar a teoria de mudança da intervenção, mas também analisar a influência de possíveis fatores explicativos externos (explicações rivais).

A análise da validade dos pressupostos e mecanismos que ligaram processos a resultados duradouros mostrou-se muito útil na captação da dinamicidade inerente ao percurso do programa, uma vez que a ocorrência de cada evento/incidente crítico teve sua influência analisada no alcance dos efeitos esperados ao longo do período de implementação estudado. Isso representou um diferencial na maneira como os estudos avaliativos são conduzidos, pois, não raro, as intervenções são avaliadas a partir de modelos lógicos/teorias de mudanças estáticas no tempo.

Considerando a testagem da postulada TM e as evidências originárias dos estudos advindos da busca sistematizada na literatura, podemos dizer que o PAC Recife é uma intervenção inovadora de PS, e que os eventos relativos à sua sustentabilidade tiveram importante contribuição na manutenção dos seus efeitos em longo prazo esperados, como o aumento da prática de atividade física orientada e a alimentação saudável.

Afirma-se que os achados do presente estudo têm potencial de generalização das lições aprendidas. A TM proposta apresentou robustez podendo ser muito útil em apontar problemas na base teórica de intervenções que objetivem resultados similares, ou mesmo analisar a contribuição e sustentabilidade de intervenções em outros contextos, que compartilhem da mesma teoria do PAC Recife.

Por fim, diante dos resultados apresentados recomenda-se:

- investimentos para que as metodologias empregadas na avaliação de intervenções de

PAF estejam alinhadas aos atributos que caracterizam as intervenções de PS, propostos por Hartz, et al. <sup>179</sup>, como: explicitação da teoria, capacitação da comunidade e a responsabilização; assim como incorporação de outros delineamentos (que não o transversal) e avaliação do impacto dessas intervenções;

- realização de estudos empíricos, em outros contextos, que demonstrem diferenças ou semelhanças aos fatores considerados positivos, pelo presente estudo, na sustentabilidade de intervenções de PS. A condução de novas pesquisas nacionais teria um campo fértil a ser explorado, tendo em vista o quantitativo de iniciativas de PS/AF no País, que inclusive, contam com indução do Governo federal para sua implantação, em contraponto com os poucos estudos que avaliem sua sustentabilidade. Com escassos recursos financeiros, torna-se cada vez mais oportuno a investigação dessa temática no âmbito das políticas públicas de PS/AF, como forma de demonstrar quais fatores são importantes para que essas intervenções sejam mantidas ao longo do tempo e as particularidades do contexto nacional.

## 7. REFERÊNCIAS

1. Hallal PC, Simões EJ, Parra DC, Munk M, Carvalho YM, Damascena W, et al. Programa Academia da Cidade em Recife. In: Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação de efetividade de programas de educação física no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. p. 75-89.
2. Lemos EC, Campozaña GG, Luna CF. Programa Academia da Cidade: a experiência do Recife. In: Gurgel IGD et al., organizadores. Gestão em Saúde Pública: contribuições para a política. Recife: UFPE, 2014. p. 140-153.
3. Feitosa WMN. Programas de Promoção da Atividade Física: estudo de caso acerca da implementação do Programa Academia da Cidade (PAC) em Recife entre 2002 e 2014. [tese]. Recife: Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz, Recife; 2015.
4. Ribeiro AG, Cotta RM, Ribeiro SMR. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 17(1): 7-17.
5. Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(9): 3755-3768.
6. WHO. World Health Organization. Global status report on non communicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization, 2011.
7. 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: Ministério da Saúde, 2012.
8. 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 e Serviços de Saúde* 2013; 1(22): 171-178.
9. Malta DC, Castro AC, Gosch AM, Scolari C, Cruz DKA, Bressan A, Nogueira JD, et al. Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. *Epidem e Serv de Saúde* 2009; 18(1): 79-86.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Avaliação de efetividade de programas de educação física no Brasil. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
12. Tenório MCM, Barros MVG, Tassitano RM, Bezerra J, Tenório JM, Hallal PC. Atividade física e comportamento sedentário em adolescentes estudantes do ensino médio. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13(1): 105-17.
13. Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *Lancet* 2012; 380: 247–257.
14. 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* 2012; 380: 219-229.
15. Szwarcwald CL, Malta DC, Pereira CA, Vieira MLFP, Conde WL, Souza Júnior PRB, et al. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. *Ciênc Saúde Coletiva* 2014; 19(2): 333-342.
16. Carvalho YM. Promoção da Saúde, Práticas Corporais e Atenção Básica. *Rev Bras Saúde Família* 2006; 7(11): 1-23.
17. Mielke, GI, Hallal PC, Rodrigues GBA, Szwarcwald CL, Santos FV, Malta DC. Prática de atividade física e hábito de assistir à televisão entre adultos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidem e Serv de Saúde* 2015; 24(2): 277-286.
18. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. *Pesquisa Nacional de Saúde: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas*. Rio de Janeiro: Diretoria de Pesquisas, 2014.
19. Malta DC, Andrade SSA, Santos MAS, Rodrigues GBA, Mielke GI. Tendências dos indicadores de Tendências dos indicadores de atividade física em adultos: Conjunto de capitais do Brasil 2006-2013. *Rev Bras Ativ Fís Saúde* 2015; 20(2): 141-151.
20. Ekelund U, Steene-Johannessen W, Fagerland MW, Owen N, Powell KE, Bauman ALM, et al. Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. *Lancet* 2016; 288: 1302-1310.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2015: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

22. 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* 2013; 3(44): 31-40.
23. Giraldo AED, Gomes GAO, Serafim THS, Zorzeto LP, Aquino DC, Kokubun E. Influência de um programa de exercícios físicos no uso de serviços de saúde na Atenção Básica de Saúde do município de Rio Claro, SP. *Rev Bras Ativ Fis Saúde* 2013; 18 (2): 186-196.
24. Hoehner CM, Soares J, Perez DP, Ribeiro IC, Joshu CE, Pratt M, et al. Intervenções em Atividade Física na América Latina: uma revisão sistemática. *American Journal of Preventive Medicine* 2008; 34(3): 224–233.
25. 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. *Lancet* 2016; 28(387): 2207-17.
26. 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* 2001; 92: 90-94.
27. Amorim TC, Knuth AG, Cruz DKA, Malta DC, Reis RS, Hallal, PC. Descrição dos programas municipais de promoção da atividade física financiados pelo Ministério da Saúde. *Rev Bras Ativ Fís Saúde* 2013; 18(1): 63-74.
28. Knuth AG, Simões EJ, Reis RS, Hallal PC, Cruz DKA, Zanchetta, LM, et al. Avaliação de programas de atividade física no Brasil: uma revisão de evidências em experiências selecionadas. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
29. Venturim LMDVP, Molina MDCB. Mudanças no estilo de vida após as ações realizadas no Serviço de Orientação ao Exercício-Vitória/ES. *Rev. Bras Ativ Fis Saúde* 2005; 10(2): 4-16.
30. Hallal PC, Reis RS, Hino AAF, Santos, MS, Grande D, Krempel MC, et al. Avaliação de Programas Comunitários de Promoção da Atividade Física: o Caso de Curitiba, Paraná. *Rev Bras Ativ Fis Saúde* 2009; 14(2): 104-114.
31. Simões EJ, Hallal PC, Pratt M, Ramos L, Munk M, Damascena W, et al. Effects of a Community-Based, Professionally Supervised Intervention on Physical Activity Levels Among Residents of Recife, Brazil. *American Journal of Public Health* 2009; 99(4): 1-8.

32. Hallal PC, Tenório MMC, Tassitano RM, Reis RS, Carvalho YM, Cruz, DKA, et al. Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. *Cad. Saúde Pública* 2010; 26(1): 70-78.
33. 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* 2010; 7 (Suppl 2): 223-228.
34. 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* 2010; 100: 1420-1426.
35. Ferreira AD, César CC, Malta DC, Andrade ACS, Ramos CGC, Proietti FA, et al. Validade de estimativas obtidas por inquérito telefônico: comparação entre Vigitel 2008 e Inquérito Saúde em Beagá. *Rev Bras Epidemiol* 2011; 14(1): 16-30.
36. Malta DC, Silva MMA, Albuquerque GM, Amorim RCA, Rodrigues GAB, Silva TS, et al. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. *Rev Bras Ativ Fis e Saúde* 2014; 19(3): 286-299.
37. 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* 2016; 21(2): 10-122.
38. Figueiró AC; Samico IC; Felisberto E, Hartz ZMA. Formação de Avaliadores e o estudo das intervenções inovadoras em Saúde: o caso do Programa Academia da Cidade. In: Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Avaliação em promoção da saúde: uma antologia comentada da parceria entre o Brasil e a cátedra de abordagens comunitárias e iniquidades em saúde (CACIS), da Universidade de Montreal de 2002 a 2012/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2014. p. 170-190.
39. Biggs JS, Farrell L, Lawrence G, Johnson JK. A practical example of Contribution Analysis to a public health intervention. *Evaluation* 2014; 20(2): 214-229.
40. Hallal PC, Carvalho YM, Tassitano RM, Tenório MMC, Warschauer M, Reis RS, et al. Avaliação quali-quantitativa do Programa Academia da Cidade, Recife (PE): concepções dos professores. *Rev Bras Ativ Fis Saúde* 2009; 14(1): 9-14.
41. Lemire ST, Nielsen SB, Dybdal L. Making contribution analysis work: A practical framework for handling influencing factors and alternative explanations. *Evaluation* 2012; 18(3): 294-309.
42. Joly PB, Gaunand A, Colinet L, Lare P, Lemarie S, Matt M. ASIRPA: A comprehensive theory-based approach to assessing the societal impacts of a research organization. *Research Evaluation*; 2015: 1-14.

43. Oliveira SRA, Potvin L, Medina MG. Sustentabilidade de intervenções em promoção da saúde: uma sistematização do conhecimento produzido. *Rev Saúde Debate* 2015; 39(107): 1149-1161.
44. Dybdal L, Nielsen SB, Lemire S. Contribution Analysis Applied: Reflections on Scope and Methodology. *The Canadian Journal of Program Evaluation* 2011; 25(2): 29-57.
45. Buss PM. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção d saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 19-43.
46. Westphal MM. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos GWS, Minayo MCS, Bonfim JRA, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 635-669.
47. Batistella C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: Fonseca AF, Corbo AD, organizadores. *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007. p. 51-86.
48. Carvalho AI, Bodstein RC, Hartz ZMA, Matida AH. Concepts and approaches in the evaluation of health promotion. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004; 9(3): 521-529.
49. Luz MT. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde Soc* 2009; 18(2): 304-311.
50. Norman CD. Health promotion as a systems science and practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2009; 15(5): 868-872.
51. Campos GW, Barros RB, Castro AM. Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004; 9 (3): 745-749.
52. Buss PM, Pellegrini Filho A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Physis: Rev. Saúde Coletiva* 2007; 17(1): 77-93.
53. Rouquayrol MZ, Goldbaum M. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: Rouquayrol MZ, Almeida-Filho N. *Epidemiologia & Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 15-30.
54. Potvin L, Chabot P. Splendor and misery of epidemiology for the evaluation of health promotion. *Rev Bras Epidemiol* 2002; 5 (suppl.1): 91-102.
55. Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 43-59.

56. Silva PFA, Baptista TWF. A Política Nacional de Promoção da Saúde: texto e contexto de uma política. *Rev Saúde Debate* 2015; 39 (especial): 91-104.
57. Sícoli JL, Nascimento PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface* 2003; 7(12): 101-122.
58. Potvin L, McQueen D. Modernity, Public Health and Health Promotion: a reflexive Discourse. In: McQueen D, Kickbusch I, Potvin L, Pelikan J, Balbo L, Abel T. *Health & modernity: the role of theory in health promotion*. New York: Springer, 2007. p. 12-20.
59. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
60. Ayres JR. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004; 9(3): 583-592.
61. Ferreira MS, Castiel LD, Cardoso MHCA. Atividade física na perspectiva da Nova Promoção da Saúde: contradições de um programa institucional. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16 (supl. 1): 865-872.
62. Coelho CS, Verdi MIM. Políticas e programas de atividade física: uma crítica à luz da promoção da saúde. *Saúde & Transformação Social* 2015; 6(3): 96-108.
63. Barreto ML. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. *Ciênc Saúde Coletiva* 2017; 22(7): 2097-2108.
64. Potvin L. Intersectoral action for health: more research is needed! *Int J Public Health* 2012; 57: 5-6.
65. Hawe P, Riley T. Ecological Theory in Practice: Illustrations from a Community-Based Intervention to Promote the Health of Recent Mothers. *Prevention Science* 2005; 6(3): 445-454.
66. Richard L, Gauvin L, Raine K. Ecological Models Revisited: Their Uses and Evolution in Health Promotion over Two Decades. *Annual Review of Public Health* 2011; 32: 307-326.
67. Almeida-Filho N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004; 9(4): 865-804.
68. Monken M, Peiter P, Barcellos C, Iñiguez LR, Albuquerque MBM, Grácia MM, et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: Barcellos C, organizador. *Território ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23-42.

69. Santos M. O País distorcido: o Brasil, a globalização e a cidadania (organização, apresentação e notas de Wagner Costa Ribeiro e ensaio de Carlos Walter Porto Gonçalves), Publifolha, São Paulo, 2002.
70. WHO. World Health Organization. Regional Office for Europe. Health promotion evaluation: recommendations to policymakers. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1998.
71. Freudenberg N. Intersectoral Approaches to Health Promotion in Cities. In: Potvin L, McQueen D, editores. Health Promotion evaluation practices in the Americas. New York: Springer, 2009. p. 191-219.
72. Laverack G, Labonte R. A planning framework for community empowerment goals within health promotion. Health Policy Plan 2000; 15(3): 255-62.
73. Becker D, Edmundo K, Nunes NR, Bonatto D, Souza R. *Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde*. Ciênc Saúde Coletiva 2004; 9(3): 655-667.
74. Martins PH. Repensando sociologicamente a noção linear de determinantes sociais. In: Pinheiro R; Martins, PH, organizadores. Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ/editora Universitária UFPE/ABRASCO, 2009. p. 53-60.
75. Vieira-Da-Silva LM, Almeida-Filho N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. Cad. Saúde Pública 2009; 25 (suppl.2): S217-S226.
76. WHO. World Health Organization. Global status report on non communicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization, 2011.
77. Querol C. Governanza y desarrollo sostenible (Cataluña). Diálogos na Universidade de Vigo, 1-3, xuño 2004. [acesso em: 15 março 2015]. Disponível em: <[http://www.academia.edu/6752420/Di%C3%A1logos\\_na\\_Universidade\\_de\\_Vigo\\_13\\_xu%C3%B1o\\_2004\\_GOVERNANZA\\_Y\\_DESARROLLO\\_SOSTENIBLE\\_CATALU%C3%91A](http://www.academia.edu/6752420/Di%C3%A1logos_na_Universidade_de_Vigo_13_xu%C3%B1o_2004_GOVERNANZA_Y_DESARROLLO_SOSTENIBLE_CATALU%C3%91A)>.
78. Lima LD, Viana ALA, Machado CV, Albuquerque MV, Oliveira RG, Iozzi FL, et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. Ciênc Saúde Coletiva 2012; 17(11): 2881-2892.
79. Dias SF, Gama A. Promoción da saúde: evolução de um paradigma e desafios contemporâneos. Rev. Salud Pública 2014; 16(2): 307-317.
80. Lieber R, Romano-Lieber NS. Risco, incerteza e as possibilidades de ação na saúde ambiental. Rev Bras Epi 2003; 6(2): 121-134.
81. Tesser CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. Cad Saúde Pública 2009; 25(8): 1732-1742.

82. Campos GWS, Onocko Campos RT. Coconstrução de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, Minayo MCS, Bonfim JRA, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. 2ª ed. São Paulo: Hucitec 2012. p. 719-38.
83. Koury MGP. Estilos de vida e individualidade. Horizontes Antropológicos 2010; 16 (33): 41-53.
84. Martins PH. Redes sociais como novo marco interpretativo das Mobilizações coletivas contemporâneas. Caderno CRH 2010; 23(59): 401-418.
85. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria Nº 2.446/GM de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). [acesso em: 15 maio 2016]. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446\\_11\\_11\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html)>.
86. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.
87. Campos GWS. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. Ciênc Saúde Coletiva 2011; 16(7): 3033-3040.
88. Pluye P, Potvin L, Denis J-L. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. Eval Program Plann 2004; (27):121-33.
89. Figueiró AC, Santos MA, Kabad J, Cruz MM, Hartz ZMA. Avaliação da Rede Programa de Desenvolvimento e Inovação Tecnológica em Saúde Pública – Teias: inovação e produtos em questão. Rev Saúde Debate 2017; 41(especial): 290-301.
90. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União [DOU], 2006.
91. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
92. Pereira Júnior N, Campos, GWS. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. Interface 2014; 18 (supl 1): 895-908.
93. Cunha GT, Campos GWS. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. Saúde Soc 2011; 20(4): 961-970.
94. Campos GWS, Domitti AC. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública 2007; 23(2): 399-407.

95. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
96. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 154/GM de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Diário Oficial da União [DOU]. Brasília, 25 jan 2008; Seção 1.
97. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 2.681/GM de 7 de novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União [DOU], 2013.
98. Sá GBAR, Dornelles GC, Cruz KG, Amorim RCA, Andrade SSCA, Oliveira TP, et al. O Programa Academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vida saudáveis: cenário nacional de implementação. Ciênc Saúde Coletiva 2016; 21(6): 1849-1859.
99. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 2.436/GM de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União [DOU], 2017.
100. Recife. Secretaria Municipal de Saúde. Decreto N° 19.808, de 3 de abril de 2003. Institui e Regulamenta o Programa Academia da Cidade. Recife, 2003. [acesso em: 06 março 2016]. Disponível em: <<http://www.legiscidade.recife.pe.gov.br/decreto/19808/>>.
101. Recife. Secretaria Municipal de Saúde. Decreto N° 22.345, de 18 de outubro de 2006. Reestrutura o Regulamento do Programa Academia da Cidade. Recife, 2006. [acesso em: 06 março 2016]. Disponível em: <<http://www.legiscidade.recife.pe.gov.br/decreto/22345/>>.
102. Recife. Secretaria Municipal de Saúde. Projeto Academia da Cidade 2001 a 2002. Recife: Prefeitura do Recife, 2002.
103. Akerman M, Mendes BR, Bógus CM, Westphal MF, Bichire A, Pedrosa ML. Avaliação em promoção da saúde: foco no município saudável. Rev Saúde Pública 2002; 5(36): 638-46.
104. Akerman M. Avaliação participativa em promoção da saúde: um exercício de aprendizagem coletiva, reflexivo e contínuo. In: Tanaka OY, Ribeiro EL, Almeida CAL, organizadores. Avaliação em Saúde: contribuições para incorporação no cotidiano. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p. 71-91.
105. Recife. Secretaria de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2010-2013. Recife: Prefeitura do Recife, 2010.
106. Recife. Secretaria Municipal de Saúde. Projeto Academia da Cidade 2003 a 2004. Recife: Prefeitura do Recife, 2003.

107. Soares SETOM, Brainer MGF, Silva CBG, Leonídio ACR, Lemos EC. Contributions and challenges of physical education professionals at the Center for Psychosocial Support. *Rev Bras Ativ Fís Saúde* 2016; 21(5):420-430.
108. Melo VMC, Lemos EC, Marins AM, Silva BCR, Albuquerque AEMT, Aros LJJ, et al. Performance of Physical Education Professionals from the Academia da Cidade Program in Primary Health Care in Recife. *Rev Bras Ativ Fís Saúde* 2016; 21(5): 483-493.
109. Trapé TL, Onocko Campos R. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. *Rev Saúde Pública* 2017; 51 (19): 1-8.
110. Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(3): 401-412.
111. Schramm FR. Pensamento Complexo e Saúde Pública. In: Hortale VA, Moreira, COF, Bodstein RCA, Ramos CL, organizadores. *Pesquisa em Saúde Coletiva: Fronteiras, Objetos e Métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.
112. Hartz ZMA. Creating a dialogue between the concepts of complexity paradigms and the pragmatic approaches proposed for evaluating complex interventions. *The Canad Journal of Program Evaluation* 2012; 26 (3): 115-118.
113. Stockinger G. *Sistemas Sociais: A teoria sociológica de Niklas Luhmann*. Pré textos 1997. [acesso em: 06 março 2014]. Disponível em: <[ftp://ftp.dcc.ufla.br/professores/monserrat/Sistemas\\_Complexos/Artigos%20sobre%20Sistemas%20Complexos/Gustavo/gottfried.html](ftp://ftp.dcc.ufla.br/professores/monserrat/Sistemas_Complexos/Artigos%20sobre%20Sistemas%20Complexos/Gustavo/gottfried.html)>.
114. Hartz ZMA. Contextualizando a implantação de intervenções e da avaliação em saúde: um ensaio pragmático. In: Samico IC, Felisberto E, Frias PG, Espírito Santo ACG, Hartz ZMA, organizadores. *Formação profissional em avaliação em saúde: desafios na implantação de programas*. Rio de Janeiro: MedBook, 2015. p. 3-21.
115. Maturana HR, Varela F. *De máquinas e seres vivos- Autopoiese- a organização dos seres vivos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
116. Potvin L. Why we should be worried about evidence-based practice in health promotion. *Rev Bras de Saúde Materno Infantil* 2005; 5 (supl.1): S93-S97.
117. Potvin L, Gendron S, Bilodeau A. Três Posturas Ontológicas Concernentes à Natureza dos programas de saúde: implicações para a avaliação. In: Bosi MM, Mercado FJ, organizadores. *Avaliação Qualitativa de programas de Saúde. Enfoques Emergentes*. Editora Vozes, 2006. p. 65-86.
118. Bisset SL, Potvin L. Expanding our conceptualisation of program implementation: lessons from the genealogy of a school-based nutrition program. *Health Educ Res* 2007; 22: 737-746.

119. Champagne F, Contrandriopoulos A-P. Elementos de arquitetura dos sistemas de avaliação de desempenho dos serviços de saúde. In: Contandriopoulos AP, Hartz ZMA, Gerhir M, Nguyn A, organizadores. Saúde e Cidadania: as experiências do Brasil e do Quebec. Campinas: Saberes Editora, 2010. p. 297-340.
120. Hond F. On the structuring of variation in innovation processes: A case of new product development in the crop protection industry. *Res Policy* 1998; 27: 349-367.
121. Mantoura P, Potvin L. A realist-constructionist perspective on participatory research in health promotion. *Health Promotion International* 2012; 28(1): 61-72.
122. Potvin L, Chabot P. Splendor and misery of epidemiology for the evaluation of health promotion. *Rev Bras Epidemiol* 2002; 5 (suppl.1): 91-102.
123. Carter CR, Rogers DS. A framework of sustainable supply chain management: moving toward new theory. *Int Journal Physic Distrib & Logist Manag* 2008; 38(5): 360-387.
124. Hartz ZMA, Denis J-L, Moreira E, Matida A. From knowledge to action: challenges and opportunities for increasing the use of evaluation in health promotion policies and practices. In: Potvin L, McQueen DV, editores. *Health Promotion Evaluation Practices in the Americas: Values and Research*. New York: Springer, 2009. p. 101-120.
125. Mayne J. Contribution analysis: Coming of age? *Evaluation* 2012; 18(3): 270-280.
126. Pawson R, Manzano-Santaella A. A realist diagnostic workshop. *Evaluation* 2012; 18(2): 176-91.
127. Befani B, Mayne J. Process Tracing and Contribution Analysis: A Combined Approach to Generative Causal Inference for Impact Evaluation. *IDS Bulletin* 2014; 45(6): 17-36.
128. Leeuw FL, Donaldson SI. Teoria em avaliação: reduzindo a confusão e encorajando o debate. *Evaluation* 2015; 21(4): 467-480.
129. Chen HT. *Theory-driven evaluations*. Newbury CA: Sage, 1990. 326 p.
130. Van Der Knaap P. Theory-based evaluation and learning: possibilities and challenges. *Evaluation: the International Journal of Theory, Research and Practice* 2004; 10(1): 16-34.
131. Sridharan S, Nakaima A. Towards an evidence base of theory-driven evaluations: Some questions for proponents of theory-driven evaluation. *Evaluation* 2012; 18(3): 378-395.
132. Weiss CH. Have we learned anything new about the use of evaluation? *American Journal of Evaluation* 1998; 19(1): 21-34.

133. Astbury B, Leeuw FL. Unpacking Black Boxes: mechanisms and Theory Building in Evaluation. *American Journal of Evaluation* 2010; 31(3): 363-381.
134. Blamey A, Mackenzie M. Theories of change and realistic evaluation: peas in a pod or apples and oranges? *Evaluation* 2007; 13(4): 439-455.
135. Astbury B. Algumas reflexões sobre a obra de Pawson, a ciência da avaliação: um manifesto Realista. *Evaluation* 2013; 19(4): 383-401.
136. Mantoura P, Potvin L. A realist-constructionist perspective on participatory research in health promotion. *Health Promotion International* 2012; 28(1): 61-72.
137. Hartz ZMA, Santos EM, Matida, AH. Promovendo e analisando o uso e a influência das pesquisas avaliativas. In: Hartz ZMA, Felisberto E, Silva LMV, organizadores. *Meta-avaliação da atenção básica. Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 169-87.
138. Kania A, Patel AB, Roy A, Gregory S, Nguyen DTK, Verhoef MJ. Capturing the complexity of evaluations of health promotion interventions: A scoping review. *The Canadian Journal of Program Evaluation* 2013; 27(1): 65-91.
139. Patton MQ. A utilization-focused approach to contribution analysis. *Evaluation* 2012; 18(3): 364-377.
140. Mayne J. Addressing attribution through contribution analysis: Using performance measures sensibly. *Canadian Journal of Program Evaluation* 2001; 16(1): 1-24.
141. Wimbush E, Montague S, Mulherin T. Applications of contribution analysis to outcome planning and impact evaluation 2012; 18(3): 310-329.
142. Delahais T, Toulemonde J. Applying contribution analysis: Lessons from five years of practice. *Evaluation* 2012; 18(3) 281-293.
143. Torres J. Análise da contribuição de um programa perinatal multifacetado na redução da prevalência de cesarianas em um hospital privado: um subprojeto da pesquisa *Nascer no Brasil*. [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz; 2014.
144. Buckley AP. Using Contribution Analysis to evaluate small & medium enterprise support policy. *Evaluation* 2016; 22(2): 129-148.
145. Mayne J, Johnson N. Using theories of change in the CGIAR Research Program on Agriculture for Nutrition and Health. *Evaluation* 2015; 21(4): 407-428.
146. Hartz ZMA. Contextualizando a implantação de intervenções e da avaliação em saúde: um ensaio pragmático. In: Samico IC, Felisberto E, Frias PG, Espírito Santo ACG, Hartz ZMA, organizadores. *Formação profissional em avaliação em saúde: desafios na implantação de programas*. Rio de Janeiro: MedBook, 2015. p. 3-21.

147. Lemire S. Contribution Analysis: The promising new approach to causal claims. [acesso em: 20 março 2015]. Disponível em: <[http://www.europeanevaluation.org/images/file/Conference/Past\\_Conference/2010\\_Prague/FullPapers/3\\_Lemire\\_Sebastian.pdf](http://www.europeanevaluation.org/images/file/Conference/Past_Conference/2010_Prague/FullPapers/3_Lemire_Sebastian.pdf)>2010.
148. Yin RK. Validade e generalização em futuras avaliações de estudo de caso. *Evaluation* 2013; 19(3): 321-332.
149. Champagne F, Brousselle F, Hartz ZMA, Contandriopoulos A-P. Modelizar as intervenções. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A-P, Hartz ZMA, organizadores. *Avaliação Conceitos e Métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 61-77.
150. Rey L, Brousselle A, Dedobeleer N. Logic Analysis: Testing Program Theory to Better Evaluate e Complex Interventions. *The Canadian Journal of Program Evaluation* 2012; 26(3): 61-89.
151. Reis AC, Santos EM, Arruda MR, Oliveira PTR. Estudo exploratório dos modelos de avaliação de desempenho em saúde: uma apreciação da capacidade avaliativa. *Rev Saúde Debate* 2017; 41(especial): 330-344.
152. Scheirer MA. Is sustainability possible? A review and commentary on empirical studies of program sustainability. *American Journal of Evaluation* 2005; 26: 320-47.
153. Figueiró AC, Oliveira SRA, Hartz ZMA, Couturier Y, Bernier J, Freire MSM, et al. A tool for exploring the dynamics of innovative interventions for public health: the critical event card. *Int J Public Health* 2016; 62(2): 177-186.
154. Shediak-Rizkallah MC, Bone LR. Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *Health education research*, Oxford 1998; 13(1): 87-108.
155. Hartz ZMA. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(3): 419-21.
156. Dijkman MAM, Harting J, Tol L, Van Der Wal MF. Sustainability of the good behaviour game in Dutch primary schools. *Health Promotion International* 2015: 1-12.
157. Scheirer MA, Dearing JW. An agenda for research on the sustainability of public health programs. *Am J Public Health* 2011; 101(11): 2059-67.
158. Felisberto E, Freese E, Bezerra LCA, Alves CKA, Samico I. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2010; 26(6):1079-1095.
159. Pluye P, Potvin L, Denis J-L, Pelletier J, Mannoni C. Program sustainability begins with the first events. *Eval Program Plann* 2005; (28):123-37.

160. Pluye P, Potvin L, Denis J-L, Pelletier J, Mannoni C, Potvin L, et al. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Eval Program Plann* 2004; 27:121-33.
161. Mendes R, Sacardo DP, Noronha G, Neves H, Alves YMD. Promoção da saúde na metrópole com foco na intersectorialidade e sustentabilidade. *Tempus Actas de Saúde Colet* 2014; 8(3): 125-143.
162. O'Loughlin J, Renaud L, Richard L, Gomez LS, Paradis G. Correlates of the sustainability of community-based heart health promotion interventions. *Prev Med* 1998; 27(5): 702-712.
163. Schell SF, Luke DA, Schooley MW, Elliott MB, Herbers SH, Mueller NB, et al. Public health program capacity for sustainability: a new framework. *Implementation science* 2013; 8(1): 1-15.
164. Creswell JW. *Qualitative Inquiry and Research Design: choosing among five traditions*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, 1998.
165. Minayo MCS, Souza ER, Constantino P, Santos NC. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 71-105.
166. Yin RK. *Estudo de Caso: planejamento e métodos*. 5ª Ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.
167. Recife. Secretaria de Saúde. *Plano Municipal de Saúde 2014-2016*. Recife: Prefeitura do Recife, 2014.
168. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [acesso em: 21 março 2016]. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=261160&search=pernambuco|recife>>.
169. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15(5): 2297-2305.
170. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo IBGE 2010*. [acesso em: 02 maio 2015]. Disponível em: <[http:// https://censo2010.ibge.gov.br](http://https://censo2010.ibge.gov.br)>.
171. Higgins JPT, Green S (edit). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions, version 5.1.0 (updated March 2011)* Oxford: The Cochrane Collaboration; 2011. [acesso em: 12 maio 2015]. Disponível em: <[http:// handbook.cochrane.org/](http://handbook.cochrane.org/)>.
172. Sampaio RF, Mancini MC. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Rev Bras Fisioter* 2007; 1(11): 83-89.

173. Hill MM, Hill A. Investigação por questionário. 2ª Ed. Lisboa: Silabo, 2008.
174. Hartz ZMA. Princípios e padrões em meta-avaliação: diretrizes para os programas de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(3): 733-738.
175. Santos EM, Natal S. Avaliando avaliações. In: Santos EM, Natal S. organizadores. Dimensão técnico-operacional. Unidade didático-pedagógica: meta-avaliação. Série Ensinando Avaliação. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
176. Contandriopoulos A-P. Avaliar a avaliação. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A-P, Hartz ZMA, organizadores. Avaliação Conceitos e Métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 263-273.
177. Figueiró AC, Felisberto E, Dubeux LS, Samico IC. Avaliando as avaliações: meta-avaliação, uma introdução ao tema. In: Samico IC, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. Avaliação em Saúde: Bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 161-171.
178. Costa JMBS, Silva VL, Samico IC, Cesse, EAP. Desempenho de intervenções de saúde em países da América Latina: uma revisão sistemática. *Rev Saúde Debate* 2015; 39 (especial): 307-319.
179. Hartz ZMA, Goldberg C, Figueiró AC, Potvin L. Multi-strategy in the Evaluation of Health Promotion Community Interventions: an indicator of quality. In: Potvin L, McQueen DV, editores. Health Promotion Evaluation Practices in the Americas: Values and Research. New York: Springer, 2009. p. 253-267.
180. Flanagan JC. A técnica dos incidentes críticos. *Arq Bras de Psicologia Aplicada* 1973; 25(2): 99-141.
181. Flick U. Desenho da pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009, p. 99-141.
182. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(1): 17-27.
183. Gatti BA. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Brasília-DF: Líber livro, 2005.
184. Recife. Secretaria Municipal de Saúde. Perfil Epidemiológico do Recife. Recife: Prefeitura do Recife, 2001.
185. Recife. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Atenção Básica. Portaria Nº 132/2006, de 21 de outubro de 2006. Edital Academia da Cidade para contratos temporários. Diário Oficial do Município [DOM]. Recife, 21 out. 2006.
186. Recife. Lei Municipal Nº 17.400/2007. Cria cargos efetivos no âmbito da Administração Direta do Município. Prefeitura do Recife, 2007.

187. Recife. Secretaria Municipal de Saúde. Edital de Concurso Público. Diário Oficial do Município [DOM]. Recife, 15 maio 2008; Edição Nº 54.
188. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.157/GM 2011 de 27 de dezembro de 2011. Homologa os municípios ao recebimento do incentivo para custeio das ações de promoção da saúde do Programa Academia da Saúde. Diário Oficial da União [DOU], 2011.
189. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.684/GM de 8 de novembro de 2013. Redefine as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para construção de polos e de custeio no âmbito do Programa Academia da Saúde. Diário Oficial da União [DOU], 2013.
190. Recife. Secretaria de Saúde. Relatório da 11ª Conferência Municipal de Saúde. Recife: Prefeitura do Recife, 2013.
191. Recife. Secretaria de Saúde. Relatório da 12ª Conferência Municipal de Saúde. Recife: Prefeitura do Recife, 2015.
192. Recife. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria Nº 122, de 28 de setembro de 2006. Insere o Programa Academia da Cidade como Política de promoção a saúde da atenção básica da Secretaria de Saúde. Diário Oficial do Município [DOM]. Recife, 28 set. 2006; Edição 110.
193. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: edições 70; 2011.
194. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciênc Saúde Coletiva 2012; 17(3): 621-626.
195. Draper CE, Kolbe-Alexander TL, Lambert EV. A retrospective evaluation of a community-based physical activity health promotion program. J Phys Act Health 2009; 6(5): 578-588.
196. 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 2013; 28(3): 546-551.
197. Norwood P, Eberth B, Farrar S, Anable J, Ludbrook A. Active travel intervention and physical activity behaviour: an evaluation. Social Science & Medicine 2014; 113:50-58.
198. Fernandes AP, Andrade ACS, Ramos CGC, Friche AAL, Dias MAS, Xavier CC, et al. Leisure-time physical activity in the vicinity of Academia da Cidade Program in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil: the impact of a health promotion program on the community. Cad Saúde Pública 2015; 31 (supl.1): 195-207.

199. Reis RS, Hino AA, Cruz DK, Silva Filho LE, Malta DC, Domingues MR, et al. Promoting physical activity and quality of life in Vitoria, Brazil: evaluation of the Exercise Orientation Service (EOS) program. *J Phys Act Health* 2014; 11(1):38-44.
200. Hallal PC, Dumith SC, Bastos JP, Reichert FP, Siqueira FV, Azevedo MR. Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física no Brasil: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(3): 453-60.
201. 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* 2016. [acesso em: 21 março 2016]. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.09.032>>.
202. Brasil. Lei Nº 11.788, de 25 de setembro de 2008. Dispõe sobre o estágio de estudantes e dá outras providências. *Diário Oficial da União [DOU]*. Brasília, 26 set 2008; Seção 1.
203. Denis JL. Institucionalização da avaliação na administração pública. *Rev Bras de Saúde Materno Infantil* 2010; 10 (Supl. 1): S229-S237.
204. Oliveira SRA, Medina G, Figueiró AC, Potvin L. Strategic factors for the sustainability of a health intervention at municipal level of Brazil. *Cad Saúde Pública* 2017; 33(7): 1-11.
205. Berg BK. Sustaining local physical activity programmes: lessons from the United States. *International Journal of Sport Policy and Politics*, 2015: 245-264. [acesso em: 15 maio 2016]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/19406940.2015.1108353>>.
206. Pawson R. Nothing as practical as a good theory. *Evaluation* 2003; 9(4): 471-490.
207. Lemos EC, Paes IMBS, Abath MB, Brainer MGF, Lima JIAF. Monitoramento do Programa Academia das Cidades e da Saúde: a experiência de Pernambuco 2015; 2 (20): 203-207.
208. Silva JRA, Lemos EC, Wanderley RSJ, Santos SJ, Silva Junior AG, Barros MVG. Monitoring and evaluation of physical activity interventions in the primary care network of Pernambuco. *Rev Bras Ativ Fis Saúde* 2016; 21(5): 431-441.
209. Moura VLG, Lemos EC, Cavalcanti JRF, Pajeú RB, Melo VMC, Bastos LLAG. Knowledge of Family Health Strategy professionals regarding the Academia da Cidade Program (ACP) in the city. *Rev Bras Ativ Fis Saúde* 2016; 21(5): 452-460.
210. Pajeú RB, Cavalcanti JRF, Moura VLG, Figueirêdo CAM, Melo VMC, Lemos EC. Interaction between the Family Health Units and the Academia da Cidade Program in Recife, Northeastern Brazil. *Rev Bras Ativ Fis Saúde* 2016; 21(5): 410-419.

211. Guarda FRB, Silva RN, Feitosa WMN, Farias JM, Santos Neto PM, Araújo Júnior JLAC. Self-perception of the objective, object and work products of Physical Education Professionals belonging to the Academia Saúde Program. *Rev Bras Ativ Fis Saúde* 2016; 21(5): 400-409.
212. Padilha MA, Oliveira CM, Figueiró AC. Estudo de avaliabilidade do Programa Academia Carioca da Saúde: desafios para a promoção da saúde. *Rev Saúde Debate* 2015; 39 (105): 375-386.
213. Lancman S, Gonçalves RMA, Abreu RM, Cordone NG, Barros JO. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública* 2013; 47(5): 968-975.
214. Andrade AF, Lima MM, Monteiro NP, Silva VL. Avaliação das ações da Fonoaudiologia no Nasf da cidade do Recife. *Audiol Commun Res* 2014; 19(1): 52-60.
215. Oliveira DCR, Brito ALS, Tassitano RM. Profile of professionals working in physical activity interventions within programs in the primary health care system in the state of Pernambuco. *Rev Bras Ativ Fis Saúde* 2016; 21(5): 442-451.
216. Feitosa WMN, Guarda FRB, Konrad LM, Gonçalves WSF, Martelli PJJ, Araújo Júnior JLAC. Users' perception of actions, improvement in quality of life and satisfaction with the Academia da Cidade Program. *Rev Bras Ativ Fis Saúde* 2016; 21(5): 461-469.
217. Lemos EC, Bastos LLAG, Silva GB, Luna CF, Gouveia GC. Factors associated with adherence to the Academia da Cidade Program in Recife. *Rev Bras Ativ Fis Saúde* 2016; 21(5): 470-482.
218. Rodrigues RWP, Santos ACE, Aguiar EJS, Nascimento VC, Sousa EC. Relação entre doenças crônicas não transmissíveis e atividade física em indivíduos senescentes de meia idade e idosos. *The FIEP Bulletin* 2012; 82: 58-61.
219. Macedo CSG, Garavello JJ, Oku E, Miyacusuku FH, Agnoll PD, Nocetti PM. Benefícios dos exercícios físicos para a qualidade de vida. *Rev Bras Ativ Fis Saúde* 2003; 8(2): 19-27.

## ANEXOS

Anexo 1 Roteiro de Entrevista para análise da sustentabilidade do Programa Academia da Cidade

### Especialistas e grupos focais com gestores e profissionais do PAC

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Formação: \_\_\_\_\_ Pós-graduação: \_\_\_\_\_

Cargo/Função que ocupa: \_\_\_\_\_

Tempo do exercício nesse cargo/ função: \_\_\_\_\_

Telefone e e-mail para contato: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### De acordo com sua vivência, considere os seguintes aspectos relacionados à sustentabilidade do PAC:

A) Em sua opinião, quais fatos/situações foram marcantes para que o Programa seja o que ele é hoje?

B) Para cada um desses fatos/situações identificados como importantes você poderia descrever:

- Como isso aconteceu? Por quê?

- Quem eram as pessoas/organizações envolvidas? Qual o papel/atribuição\* de cada um deles? Algumas dessas pessoas/organizações se destacaram (m) pela sua liderança e/ou defesa do Programa? Havia opositores?

- Quais as consequências desses fatos/situações? Elas foram positivas ou negativas em relação às práticas atuais do Programa?

\*tomadores de decisão eleitos, gestores, intervenientes, participantes.

C) Você poderia nos indicar/disponibilizar fontes de informação\* que registrem a ocorrência desses fatos/situações?

\*relatórios, documentos, atas de reunião, projetos ou políticas, normas, convênios, entre outros.

D) Há outras pessoas que deveríamos entrevistar para obtermos mais informações sobre esses fatos/situações?

E) Tendo em conta a trajetória do Programa desde sua origem, você considera que:

E1) Foram tomadas providências para estabilidade e/ou renovação dos recursos

organizacionais (financeiros, humanos, educação permanente, materiais, físicos) necessários às atividades do PAC? Por quê?

E2) Em sua opinião, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) assumiu algum tipo de risco (adoção de novas atividades e projetos por todos os seus participantes) para apoiar a implementação do Programa? Quais?

E3) Os objetivos do PAC estão integrados/coerentes aos valores da SMS e da equipe? Em sua opinião, há compartilhamento de um sistema de valores (símbolos, rituais, linguagem) comum entre os atores/organizações envolvidos no PAC?

E4) Em sua opinião, há integração/coerência das regras/normas do Programa com as regras/normas da SMS e vice-versa?

E5) Em sua opinião, as atividades do PAC foram adaptadas ao contexto local levando em conta seus resultados e necessidades da população/comunidade?

E6) Há mecanismos de incentivo/satisfação para que as pessoas envolvidas desempenhem as atividades do Programa? Quais? Em sua opinião, os profissionais sentem-se incentivados?

E7) Há mecanismos/canais de comunicação transparentes entre os atores/organizações envolvidos com o PAC? Quais? Como isso se dá? Quais dificuldades/facilidades para que isso ocorra?

**De acordo com sua vivência, considere os seguintes aspectos relacionados à implementação do PAC:**

F) Em sua opinião, qual(is) o(s) principais objetivo(s) do PAC? Eles vêm sendo alcançados?

G) Você considera que os recursos organizacionais (financeiros, humanos, educação permanente, materiais e físicos) disponibilizados pela SMS são adequados/suficientes para o desenvolvimento das atividades do PAC? Por quê? Quais as dificuldades/facilidades para isso?

H) Em sua opinião, o discurso e as práticas do Programa são compatíveis com as da SMS?

I) É possível observar consequências/efeitos relativos a essas atividades?

J) Em sua opinião, há apoio/aceitação dos usuários e comunidades ao Programa? Que fatores facilitam/dificultam a adesão deles?

Anexo 2: Roteiro de Entrevista para análise da sustentabilidade do Programa Academia da Cidade

**Grupo focal com usuários do PAC**

**Perfil dos participantes**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Formação/profissão: \_\_\_\_\_

Pós-graduação: \_\_\_\_\_

Telefone e e-mail para contato: \_\_\_\_\_

A. Há quanto tempo o (a) Sr.(a) participa das atividades do PAC? \_\_\_\_\_

A1. Com que frequência?

( ) frequência diária. Quantas vezes por dia? \_\_\_\_\_

( ) semanal. Quantas vezes por semana? \_\_\_\_\_

( ) mensal. Quantas vezes por mês? \_\_\_\_\_

A2. O (a) Sr.(a) realiza atividade física em outros espaços/locais que não no PAC?

( ) sim ( ) não.

A3. Caso sim. Em qual (is) local (is)?

\_\_\_\_\_  
A4. Com que frequência?:

( ) frequência diária. Quantas vezes por dia?

\_\_\_\_\_  
( ) semanal. Quantas vezes por semana?

\_\_\_\_\_  
( ) mensal. Quantas vezes por mês?

\_\_\_\_\_  
Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**De acordo com suas vivências com o Programa Academia da Cidade (PAC) Recife, relate-nos sobre:**

B) Quais motivos os fizeram procurarem o Programa Academia da Cidade (PAC)?

C) Quais atividades oferecidas pelo PAC vocês mais gostam? Por quê? Já participaram de atividades ofertadas entre PAC e outros programas de saúde (Programa Saúde da Família; Núcleo de Apoio à Saúde da Família; CAPS)? Se sim. Quais? Como isso se dá?

D) Vocês costumam realizarem outras atividades no espaço físico do PAC (em horários diferentes aos das atividades do Programa)? Se sim, quais?

E) Que fatores facilitam ou dificultam a participação de vocês nas atividades do PAC? Por quê?

F) Vocês percebem mudanças (físicas e/ou sociais) após terem iniciado as atividades do

PAC? Se sim, poderiam exemplificar?

G) Houve diferenças/mudanças no cotidiano comunitário, após a implantação do PAC? Caso sim. Quais? Vocês participam de alguma dessas atividades comunitárias/participação social? Como isso se dá?

H) Nos últimos cinco anos (2011 até então), vocês perceberam a ocorrência de fatos/situações que influenciaram na manutenção (continuidade) do PAC? Quais fatos/situações? Quais suas consequências para o Programa?

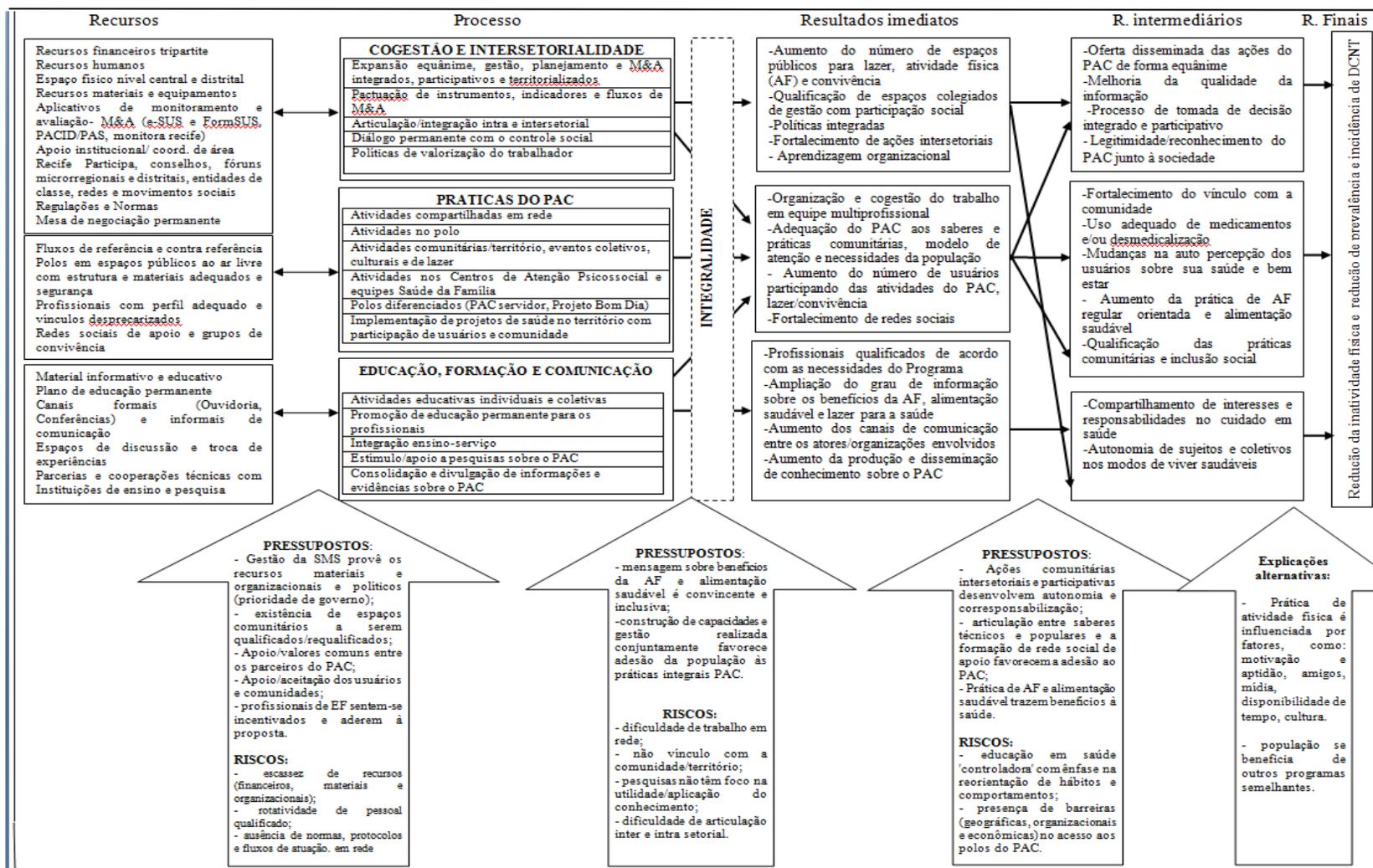
I) Na opinião de vocês, os recursos do PAC são adequados/suficientes para a realização das atividades? Por quê?

J) As atividades do PAC foram sendo adaptadas às necessidades dos participantes, da comunidade e/ou à cultura do local onde está inserido?

K) Informações e dados sobre o PAC são facilmente acessíveis? Se sim, em que meios? Quais dificuldades/facilidades para esse acesso?

L) Na opinião de vocês, qual(is) o(s) principais objetivo(s) do PAC? Eles vêm sendo alcançados?

### Anexo 3: Teoria da mudança preliminar do PAC, Recife-PE



Anexo 4: Roteiro de Entrevista para avaliação da teoria da mudança do Programa Academia da Cidade: especialistas

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Formação: \_\_\_\_\_ Pós-graduação: \_\_\_\_\_

Cargo/Função que ocupa: \_\_\_\_\_

Tempo do exercício nesse cargo/ função: \_\_\_\_\_

Telefone e e-mail para contato: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Com a ajuda da teoria da mudança preliminar do PAC, considere o seguinte:**

A) Os principais recursos, atividades, resultados esperados e pressupostos (inseridos nas setas maiores) estão presentes para cada uma das cadeias de resultados? Eles são adequados/pertinentes? Há itens que gostaria de incluir/excluir/reformular? Por quê?

B) Considerando os pressupostos presentes no modelo, em sua opinião:

C1) A utilização desses recursos dá conta da implementação dessas atividades?

C2) As atividades listadas são consistentes com o componente?

C3) Com a implementação dessas atividades obtemos esses resultados imediatos?

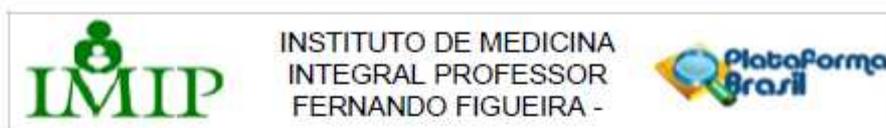
C4) Esses resultados imediatos dão conta de alcançar os resultados intermediários?

C5) Os resultados intermediários dão conta de alcançar os resultados finais?

D) Qual a possibilidade de ocorrência dos riscos presentes em cada cadeia de resultados. Qual o impacto deles nas cadeias de resultados?

E) Você concorda com as explicações alternativas (outros fatores que explicam a ocorrência dos resultados) do modelo? Há outras explicações alternativas que podem influenciar no alcance dos resultados para cada cadeia? Quais?

## Anexo 5: 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: comitedeetica@imip.org.br



Continuação do Parecer: 1.393.190

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 pano 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: 50.070-650  
UF: PE Município: RECIFE  
Telefone: (81)2122-4756 Fax: (81)2122-4782 E-mail: comfedeetica@imip.org.br



INSTITUTO DE MEDICINA  
INTEGRAL PROFESSOR  
FERNANDO FIGUEIRA -



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_P ROJETO_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)2122-4756 Fax: (81)2122-4782 E-mail: comitedeetica@imip.org.br

Página 03 de 04

Anexo 6: Carta de Anuência Secretaria Municipal de Saúde Recife-PE



**PREFEITURA DO  
RECIFE  
SECRETARIA DE SAÚDE**

**CARTA DE ANUÊNCIA**

Autorizo **Gisele Cazarin**, pesquisadora do Doutorado em Saúde Internacional Especialidade: Saúde e Desenvolvimento da Universidade Nova de Lisboa, a desenvolver pesquisa no Programa Academia da Cidade, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: **“Avaliação da contribuição e da sustentabilidade do Programa Academia da Cidade no município do Recife, Pernambuco, Brasil.”**, sendo orientada por Sônia Ferreira Dias e coorientação de Ana Cláudia Figueiró.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

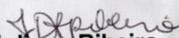
- O cumprimento das determinações éticas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 01 de dezembro de 2015.

Atenciosamente,

  
**Juliana Ribeiro**

Chefe de Divisão e Educação na Saúde

**Juliana Ribeiro**  
Divisão de Educação na Saúde  
DES/SEGTES/SESAU/PCR  
Matrícula nº 99.986-P

## Anexo 7: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



### Universidade Nova de Lisboa Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Convidamos o (a) Sr. (a) a participar como voluntário da pesquisa: **Avaliação da contribuição e da sustentabilidade do Programa Academia da Cidade (PAC) no município do Recife, Pernambuco, Brasil**, que é objeto de estudo do Doutorado em Saúde Internacional do Instituto de Higiene e Medicina Tropical/Universidade Nova de Lisboa, tendo Gisele Cazarin (residente a Rua Almirante Batista Leão, 76, ap. 604, Setubal, Recife-PE, CEP: 51030-660, telefone: + 55 (81) 98803-5455 (inclusive ligações a cobrar); email: gcazarin@gmail.com) como pesquisadora responsável.

O objetivo do estudo é avaliar de que forma a atuação do PAC contribui no alcance de resultados esperados para o Programa, como também que aspectos vêm influenciando na sua sustentabilidade/continuidade.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações prestadas por você. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa. Se você desejar informações adicionais ou mesmo fazer comentários poderá utilizar os contatos explicitados ao final deste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um questionário. O tempo de duração da aplicação do questionário é de aproximadamente 60 (sessenta) minutos.

Informamos que pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo a sua pessoa.

O benefício indireto relacionado com a sua colaboração nessa pesquisa é o de que as informações fornecidas poderão contribuir na qualificação das ações do Programa Academia da Cidade. Os resultados serão divulgados apenas em eventos ou publicações científicas dirigidas ao público participante por meio de relatórios da pesquisa e artigos científicos não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária.

Este documento é redigido em duas vias, onde uma via lhe será entregue e outra ficará com o pesquisador responsável.

\_\_\_\_\_  
Gisele Cazarin

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A):**  
eu, \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_, abaixo assinado, declaro que fui devidamente esclarecido dos objetivos, riscos e benefícios de minha participação voluntária na pesquisa **Avaliação da contribuição e da sustentabilidade do Programa Academia da Cidade (PAC) no município do Recife, Pernambuco, Brasil**, bem como do direito de desistir da participação a qualquer momento, sem que minha desistência implique em qualquer prejuízo a minha pessoa, e declaro minha concordância em participar. Autorizo, ainda, a publicação dos dados da pesquisa, que me garante o anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação.

Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2016.

Nome do entrevistado (a): \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre esta pesquisa, entre em contato com o comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do IMIP (CEP-IMIP) que objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas. O CEP-IMIP está situado à Rua dos Coelhos, 300, Boa Vista. Diretoria de Pesquisa do IMIP, Prédio Administrativo Orlando Onofre, 1º Andar tel: 2122-4756 – Email: comitedeetica@imip.org.br O CEP/IMIP funciona de 2ª a 6ª feira, nos seguintes horários: 07:00 às 11:30 hs (manhã) e 13:30 às 16:00hs (tarde).

Você poderá também contatar a pesquisadora responsável: Gisele Cazarin pelo telefone (inclusive a cobrar): +55 81 98803-5455 e/ou e-mail: gcazarin@gmail.com.