 DOI: https://doi.org/10.51723/ccs.v34i04.1394

Avaliabilidade do programa de obesidade infantojuvenil na rede pública especializada

Evaluability of the child and adolescent obesity program in the specialized public healthcare network

Camila Sousa Costa Pessoa[1], Elizabeth Moreira dos Santos[2], Mariana Sodário Cruz[3], Andreia Ferreira de Oliveira[4]

RESUMO

Objetivo: realizar um estudo de avaliabilidade (EA) descrevendo o planejamento do monitoramento e avaliação do Programa de Obesidade infantojuvenil de uma unidade da Rede de Atenção Secundária da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Método: com abordagem qualitativa, realizou-se análise documental, entrevistas com atores-chave, elaboração e validação do modelo lógico (ML) e do protocolo de boas práticas, a matriz de informações, o diagrama da teia e proposição da matriz de análise e julgamento (MAJ).

Resultado: verificou-se a ausência de protocolos que descrevessem as ações do programa. Selecionou-se o conteúdo prioritário para o protocolo e MAJ através das entrevistas e oficinas.

Conclusão: o programa é passível de avaliação, e o EA mostrou-se apropriado, permitindo a participação dos atores na elaboração do ML, além da reflexão sobre estratégias para melhorar o programa e interlocução com outros setores.

Descritores: Avaliação em Saúde; Manejo da Obesidade; Obesidade Infantil; Vigilância em Saúde Pública; Doença Crônica.

ABSTRACT

Objective: to carry out an evaluability assessment (EA) describing and planning the monitoring and evaluation of the Child and Adolescent Obesity Program in a unit of the Secondary Care Network of the Health Department of the Federal District.

Method: with a qualitative approach, document analysis, interviews with key actors, elaboration, validation of the logical model (ML) and protocol of good practices, information matrix, web diagram, proposition of the analysis and judgment matrix (MAJ) were carried out.

Result: there was a lack of protocols describing the program's actions. The priority content for the protocol and MAJ was selected through interviews and workshops.

Conclusion: the program is subject to evaluation, and the EA proved to be appropriate, allowing the participation of actors in the elaboration of the LM, in addition to reflection on strategies to improve the program and dialogue with other sectors.

Keywords: Obesity Managements; Health Impact Assessment; Pediatric Obesity; Public Health Surveillance; Chronic Disease.

[1] Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SESDF.

[2] Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Rio de Janeiro.

[3] Universidade de Brasília – UnB.

[4] Fundação Cesgranrio.

Autor correspondente: **Camila Sousa Costa Pessoa** – Centro Especializado de Diabetes, Obesidade e Hipertensão Arterial – Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 208/408 Norte, Asa Norte, Brasília – DF, Brasil. E-mail: camilascosta@yahoo.com.br. Telefone: 61 99144-6258.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a obesidade é um dos problemas de saúde pública mais grave do mundo. A cada ano, mais de quatro milhões de pessoas estão morrendo com sobrepeso e obesidade, e o mais preocupante é que esses números vêm aumentando em crianças e adolescentes[1]. Em 2017, um estudo liderado pela *Imperial College London* e pela OMS envolvendo diversos países mostrou que o número de obesos com idade entre cinco e 19 anos cresceu de 11 milhões em 1975 para 124 milhões em 2016, atingindo especialmente países de média renda[2].

Na América Latina, em 2018, a prevalência em crianças de até cinco anos de idade com sobrepeso é de 7,3%, um número que excede a média mundial de 5,6%[3]. Ainda em 2018, estudos no Brasil mostraram que a prevalência em crianças e adolescentes duplicou em 30 anos[4]. Já no Distrito Federal (DF), em 2021, dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) de 2021 mostraram que a prevalência de obesidade em crianças de até cinco anos foi de 5,9% e de adolescentes foi de 11,4%, sendo que destes quase 8.000 adolescentes estavam com obesidade grave[5].

O contexto da pandemia do COVID-19 a partir de 2019 piorou ainda mais esses dados. A partir do momento em que as crianças emergiram do confinamento nacional, os profissionais de saúde relatam que o problema da obesidade piorou. O distanciamento social, a escola virtual, o tempo de tela e a falta de atividade física contribuíram para o aumento do ganho de peso entre os jovens[6].

A obesidade já é por si só, uma doença preocupante, mas as doenças crônicas secundárias a ela, como o diabetes tipo 2, a doença coronariana, a doença arterial e o câncer têm sobrecarregado os sistemas de saúde[7]. Os níveis altos de gordura circulantes no sangue podem causar ainda dislipidemias, aumentando o risco de placas de ateromas, além dos quadros crescentes de esteatose hepática não alcóolica, podendo levar a fibrose e cirrose hepática em obesos nesta faixa etária, aumentando também o risco cardiometabólico na vida adulta[8-10].

Além das alterações fisiológicas e na estrutura corporal das crianças, alterações ortopédicas, como hiperlordose lombar, joelhos valgos, e dores musculoesqueléticas[11,12], a obesidade ainda afeta a saúde mental. As intervenções psicológicas são relevantes nesse contexto, pois os agravamentos relacionados às adversidades enfrentadas por crianças obesas indicam número elevado de tentativa de suicídio em adolescentes e na vida adulta[13-16].

Ações de prevenção e controle da obesidade

A prevenção e o controle dessa doença complexa e multifatorial se tornam necessários, visto que crianças e adolescentes com obesidade têm maiores chances de se tornarem adultos obesos e com complicações de saúde[17]. Para atuar sobre o problema, políticas e diretrizes têm sido elaboradas pelas organizações internacionais e nacionais, como o *Ending Childhood Obesity*[18], o Instrutivo para o cuidado da criança e do adolescente com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde, publicado pelo Ministério da Saúde[19] e o *Policy Brief*: Obesidade Infantil – estratégias para prevenção e cuidados em nível local[20], com o objetivo de direcionar e incentivar as ações no manejo da doença.

Nas intervenções implementadas, as ações e serviços se organizam por meio de Rede de Atenção à Saúde (RAS) em seus diversos níveis de atenção (primário, secundário e terciário), para o controle e prevenção da doença, por meio de linhas de cuidado e programas nas unidades de saúde. No DF, o Centro Especializado em Diabetes, Obesidade e Hipertensão Arterial (CEDOH), nível de atenção secundária no Sistema Único de Saúde (SUS), organizou ações dentro da Linha de Cuidados da Obesidade no DF a partir de 2021, formulando o Programa de Obesidade Infantojuvenil. O Programa de obesidade infantojuvenil desta unidade foi escolhido para este estudo por ser o centro de referência da rede de atenção especializada para o tratamento de obesidade, para onde as unidades da Atenção Primária à Saúde (APS) das regionais de saúde do DF encaminham as crianças e os adolescentes com obesidade grave ou obesidade com comorbidades associadas à doença, como diabetes, hipertensão arterial e outras.

Para contribuir no processo de tomada de decisão pelos gestores, a avaliação em saúde vem sendo cada vez mais utilizada. Trata-se de uma área do conhecimento e de práticas que colaboram para planejar e elaborar uma intervenção; fornecer informações que subsidiem melhorias na execução programa; e apontar decisões sobre sua continuidade, baseadas em evidências cientificamente comprovadas[21-23].

Considerando que a implementação da linha de cuidado ainda não foi objeto de avaliação, este

artigo tem por objetivo relatar as etapas metodológicas do estudo de avaliabilidade e seus principais achados, com a descrição da intervenção no CEDOH, a construção do modelo lógico e a elaboração do protocolo dos padrões de boas práticas técnicas. Tais elementos constituem condição indispensável para definir o padrão de qualidade técnica para avaliações posteriores, assim assegurando a qualidade técnica da intervenção.

MÉTODOS

Este artigo originou-se de um estudo de avaliabilidade (EA) compreendido como processo de planejamento da avaliação[24]. Este tipo de estudo visa proporcionar um ambiente favorável para avaliação por meio da construção de um entendimento entre os envolvidos sobre a natureza e os objetivos do programa e dos propósitos da avaliação[25]. Buscam a concordância quanto ao que será avaliado, às perguntas a serem respondidas preferencialmente de maneira colaborativa e participativa uma vez que estas abordagens viabilizam as possibilidades de uso da avaliação[26]. Assim, procurou envolver os interessados para maximizar a utilidade da futura avaliação.

Trata-se de estudo de caso que empregou a metodologia qualitativa e utilizou uma abordagem colaborativa, alinhando-se à definição de Rodríguez-Campos e Rincones-Gómez (2013)[27], pressupondo uma aliança entre avaliadores e *stakeholders*, sendo os avaliadores os responsáveis pela condução do processo. O método qualitativo visa apreender qual é, e como as pessoas constroem o significado e sentido de suas experiências de vida e de como elas compõem a sua visão de mundo. Merrian & Tisdell (2016)[28] complementam distinguindo quatro principais características da pesquisa qualitativa: ter foco em processos, compreensão e identificação de sentidos e significados; ter o pesquisador como principal instrumento de coleta e análise; privilegiar a indução; e ter produtos de grande riqueza descritiva. Dessa forma, na abordagem qualitativa o interesse é compreender o fato ou fenômeno a partir da perspectiva do participante e não do pesquisador.

O EA adaptou as orientações de operacionalização propostas por Thurston *et al*. (2003)[21] e Leviton *et al*. (2010)[23]. O estudo foi realizado em quatro etapas operacionais. A primeira consistiu na análise documental, por meio da consulta aos principais documentos de programas e projetos voltados para o enfrentamento do problema da obesidade infantil e a do adolescente. Foram consultados *websites* da OMS, OPAS, Ministério da Saúde, do Diário Oficial da União (DOU), o do Governo do Distrito Federal (GDF), além de consulta a arquivos disponibilizados pela Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Foram selecionados para a análise apenas documentos oficiais (planos de ação, portarias, circulares) que regulam recursos, insumos, atividades, fluxogramas do tratamento da doença.

Para sua análise foram consideradas as cinco dimensões citadas por Cellard (2008)[29]: o contexto; os autores; a natureza do texto; os conceitos-chaves e a lógica interna do texto; e autenticidade e confiabilidade do texto. Extrairam-se as informações da organização do cuidado da obesidade infantojuvenil especificamente na atenção secundária. Os manuais e diretrizes que se referiam ao cuidado na APS foram categorizados como insumos (protocolos/guias).

A análise do conteúdo dos documentos utilizou uma planilha previamente elaborada com os componentes que estruturariam o modelo lógico, um dos produtos deste estudo, sejam eles: insumos; atividades; produtos; resultados; resultados intermediários; e impacto para a população. Além disso, incluía a descrição da população-alvo.

Na segunda etapa, após visita ao CEDOH para o conhecimento do local e autorização da coleta de dados na unidade, foram identificados os principais interessados na avaliação. Dos 13 informantes-chave identificados, 10 participaram do estudo, sendo dois coordenadores externos, uma gerente da unidade, um nutricionista da APS e os demais componentes da equipe de saúde (endocrinopediatras, nutricionistas, psicólogo, fisioterapeutas, residente em nutrição). Três convidados recusaram a participação.

A coleta de evidências ocorreu no período de 16/04 à 18/08/2021, por meio de entrevistas de forma presencial ou *online* utilizando-se roteiro semiestruturado. As perguntas compreenderam os objetivos e metas do programa, as normativas e políticas que embasam o seu funcionamento, o público-alvo e beneficiários, os recursos necessários para as ações e suas finalidades, além do relato do contexto, que afetam o desempenho do programa. Também explorou o nível de experiência do entrevistado em M&A e o papel da atenção secundária na RAS.

As entrevistas foram gravadas e transcritas pelo autor. A partir da leitura detalhada das mesmas foram criadas as categorias para a análise qualitativa.

Na terceira etapa elaborou-se o modelo lógico (ML) preliminar do programa. O modelo lógico é uma representação visual da intervenção cuja função é descrever os vínculos complexos entre os recursos, atividades e efeitos de uma intervenção. A modelização visou responder às seguintes perguntas: o que é feito com os recursos disponíveis? Quais são os efeitos do programa e quem se beneficia deles? Que objetivos a longo prazo o programa pretende alcançar? Que fatores contextuais são suscetíveis para influenciar o sucesso da intervenção, e quais os vínculos lógicos causais entre tais fatores?

O modelo lógico compartilhado do avaliando é um dos produtos essenciais dos estudos de avaliabilidade, ou seja do planejamento da avaliação[30]. Com frequência as intervenções não são modelizadas. Assim, cabe aos avaliadores apresentar uma proposta preliminar de modelização para apreciação dos diversos atores envolvidos.

A quarta etapa consistiu na validação do modelo lógico por meio de uma oficina *online* no dia 20/10/2021, com oito atores-chave convidados: os componentes da equipe multidisciplinar e a gerência do CEDOH. A oficina conduzida pela pesquisadora buscou explorar como o programa estava funcionando na prática, quais atividades do modelo lógico sugerido seriam pertinentes e essenciais. Analisou quais os componentes e assuntos seriam importantes na elaboração do protocolo de boas práticas.

Com base nas evidências coletadas foi elaborado o protocolo de boas práticas e recomendações para a implementação do M&A. O protocolo é o produto concretizado na prática das diretrizes do modelo lógico, estratificando os objetivos da rede de atenção secundária em forma de conduta clínica e ações multidisciplinares, possibilitando a integralidade e uniformidade das ações da RAS e visualizando os pontos importantes de monitoramento e avaliação.

Baseado no modelo da intervenção, na análise documental e nas entrevistas elaborou-se o diagrama da teia, com a proposição das dimensões e subdimensões avaliativas. Os critérios de valoração foram elaborados em uma matriz de relevância, considerando o grau de importância para a elaboração de um protocolo de boas práticas, identificados na análise das entrevistas e da reunião de validação, e elaboração da matriz de análise e julgamento. Por fim, elaborou-se uma proposição para um plano de M&A.

Para a matriz de relevância, calculou-se a pontuação de cada um dos componentes de acordo com a quantidade de indicadores e a sua relevância, sendo somados cinco pontos a cada "R" atribuído a um indicador, totalizando 520 pontos, distribuídos conforme segue: 285 pontos para o componente "Cuidado Integrado" (55% da pontuação total); 100 pontos para o componente "Organização do Serviço e Gestão" (19% da pontuação total); 50 pontos para o componente "Vigilância Epidemiológica" (10% da pontuação total), 40 pontos para o componente "M&A" (8% da pontuação total) e 45 pontos para o componente "Pesquisa e inovação tecnológica" (8% da pontuação total).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), parecer nº 4.464.723, e Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS/SES/DF), parecer nº 4.630.416.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Delimitação do Programa e identificação das metas, objetivos e atividades

Foram analisados 25 documentos, sendo eles planos de ação internacionais (OMS), políticas, manuais e portarias nacionais do MS, além de notas técnicas e planos de ação do governo distrital. Extraiu-se dos documentos informações para subsidiar a construção do modelo lógico do programa, tais como indicações de insumos e recursos necessários para realização dos processos, além das atividades, produtos e resultados esperados, com foco nas ações da atenção especializada ou do nível de atenção secundário da saúde.

Não foram encontrados documentos oficiais com protocolo de funcionamento específico para o programa do CEDOH. A maior parte dos documentos-guia são voltadas para ações no âmbito da APS. Alguns documentos, como o Instrutivo para o cuidado da criança e do adolescente com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde (2021), citam o encaminhamento dessas crianças para o nível de atenção secundária respeitando alguns critérios: 1 – presença de doenças se-

cundárias (endócrinas e genéticas) e 2 – obesidade grave com presença de comorbidades, além de acompanhamento na APS por 2 anos sem atingir os desfechos desejáveis. Porém, em nenhum documento as atividades, funções da equipe, recursos necessários, dentro do nível de atenção secundário foi descrito[31].

As Portarias n. 424 de 2013[32] e n. 483 de 2014[33] do DF contêm diretrizes gerais de atuação da atenção especializada para pacientes com obesidade e doenças crônicas não transmissíveis de adultos, não especificando as atividades e ações para o público-alvo do programa, crianças e adolescentes. Já a Nota Técnica da Endocrinologia Pediátrica de 2018[34] indica as condições clínicas para encaminhamento das crianças e adolescentes com obesidade para esta especialidade, porta de entrada dos pacientes regulados para o CEDOH. Esta informação foi utilizada para elaborar o fluxograma simplificado da criança/adolescente na RAS apresentado no protocolo, produto desse estudo.

O consenso entre os manuais instrutivos de manejo da doença é de que as ações intersetoriais devem ser estimuladas e que este agravo multifatorial deve ser tratado com equipe multidisciplinar. Essas informações são coincidentes com as coletadas nas entrevistas e no ML e estão representadas pelas atividades descritas no eixo de Cuidado Integrado. Os documentos, apesar de não serem específicos para a atenção secundária, estimulam ações de vigilância e de M&A, que foram incluídos como eixos no ML.

As informações coletadas nas entrevistas possibilitaram fundamentar a composição do ML interligando-o à realidade prática das ações do programa, considerando o contexto vivenciado pela unidade de saúde. Um dos objetivos desta etapa foi promover o engajamento das partes interessadas no planejamento e implementação da avaliação. Em vários momentos durante a coleta de dados, os entrevistados pararam para refletir sobre a finalidade das ações e a função da atenção secundária, definição escassa na própria literatura.

O Quadro 1 a seguir representa de maneira esquemática as categorias criadas, agrupadas de acordo com a temática abordada em cada uma das questões. As respostas foram analisadas considerando a posição do ator: gestores, profissionais de saúde do programa ou profissional da APS.

Quadro 1

Temáticas e categorias da análise qualitativa das entrevistas do estudo de avaliabilidade do Programa de Obesidade infantojuvenil do CEDOH, Brasília, DF, Brasil, 2021.

Temáticas	Categorias
Experiência em Monitoramento e Avaliação de programa e políticas de saúde.	Sim (com experiência).
	Não (sem experiência).
Papel da Atenção Secundária na RAS para o tratamento da obesidade infantojuvenil.	Conformidade da execução à prescrição normativa.
	Conformidade da execução às normativas de integração na LCO.
	Identificação da incorporação tecnológica como critério de resolutividade.
	Resolutividade como critério de diferenciação entre papel de Atenção primária e secundária.
	Oferta de trabalho complementar à APS.
	Papel de matriciamento da APS.
	Abordagem de prevenção e promoção da saúde.

Temáticas	Categorias
Problemas e causas que levam à necessidade da existência dos serviços oferecidos pelo CEDOH com relação à obesidade infantil.	Alta demanda de crianças com obesidade grave (IMC escore z > 3) e outras doenças associadas que precisam de uma equipe multidisciplinar especializada (endocrinologista, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta) pela complexidade da doença.
	Agravamento da obesidade por falta de prevenção e tratamento na APS/Insegurança dos profissionais da APS/falta de equipe multiespecializada – equipe incompleta no NASF/médicos generalistas (falha na prevenção desde aleitamento, introdução alimentar saudável, promoção de hábitos de vida saudáveis desde a menor infância, grupos e consultas mais frequentes).
	Falta de visão da obesidade como problema de saúde pública (por profissionais e familiares).
	Falta de atividade física e hábitos de vida saudáveis para as crianças.
	CEDOH como ambiente de ensino (residentes multidisciplinares, estudantes de medicina), o que faz diferença ao trazer inovação/atualização científica para o ambiente e no número de pessoas que são atendidas.
Normativa adotada pelo programa para seu funcionamento, tais como políticas, protocolos.	Não adota.
	Não, mas há a necessidade da formulação de um protocolo/diretriz no CEDOH dentro da LCO (Linha de Cuidado do Sobrepeso e Obesidade do DF).
	Equipe do CEDOH faz seu próprio modelo de atenção baseado na experiência pregressa, na grande demanda que recebe respeitando a nota técnica de encaminhamento dos pacientes via regulação.
	Conduta baseada na literatura existente/evidências científicas.
	Não sei.
Público-alvo e beneficiários do CEDOH em relação à obesidade infantil e do adolescente.	As crianças vêm de todo o DF (entrada pela endocrinopediatria) pois é Panorama 3.
	Todas as crianças e adolescentes que chegam da APS pela regulação (complexo regulador) vem pelos critérios da NT da endocrinologia (escore z > 3 e > 2 com comorbidades) e são convidadas a participar do programa.
	Não se faz estatística de quais as regionais que se atende mais ou separação por sexo (apenas uma planilha que fica à critério do médico).
	Taxa de cobertura: apesar de ser panorama 3, não se consegue atender todo o DF.
	Crianças de todas as idades participam do grupo (prioridade crianças acima de 5 anos).
	Não sei
Ações realizadas no CEDOH voltadas para obesidade infantojuvenil.	Triagem inicial (endocrinologista pediátrica)
	Consultas individuais multidisciplinares.
	Aplicação de questionários (hábitos de vida).
	Atividades educativas em grupo (Programa obesidade infantojuvenil) presencial e remota.
	Oficinas em grupo.
	Atividades com os pais/cuidadores.
	Não sei.
	Matriciamento.

Temáticas	Categorias
Finalidade das ações.	Triagem inicial e consultas (endocrinologista pediátrica) – avaliar adequação do encaminhamento com a NT e comorbidades/incluir na planilha de controle interno para os grupos/avaliação clínica e metabólica.
	Consultas individuais com a equipe no mesmo dia – melhorar a adesão e reduzir as faltas.
	Consultas individuais NUTRICIONISTA – educação alimentar e estímulo a mudança de hábitos de vida.
	Consultas individuais PSICÓLOGO – adesão ao tratamento, questões emocionais, *bullying*.
	Educação em saúde voltada para os pais/cuidadores.
	Atividades em grupo – Motivacional.
	Atividades em grupo – abordar questões educativas não vistas em consulta.
	Matriciamento – aumentar a organização intersetorial e melhorar os resultados.
	Oficinas *online* – aumentar a frequência de contato com os profissionais e reduzir as faltas (pela dificuldade de deslocamento das regionais).
Metas estabelecidas para cada ação.	Não tem.
	Perda ou manutenção do peso.
	Adesão do paciente ao tratamento.
	Tempo de tratamento/devolução do paciente à atenção primária.
	Mudança do estilo de vida da família/paciente.
	Não sei.
Coordenação e execução das ações.	Não tem coordenador específico para as ações.
	Necessidade do coordenador.
	Execução: toda a equipe.
	Papel de coordenação.
	Não sei.
Recursos, insumos ou ferramentas necessárias para execução das ações.	Recurso humano.
	Recurso material/tecnológico.
	Espaço físico.
Resultados esperados e como cada ação contribui para que os resultados sejam atingidos.	Peso adequado na curva de crescimento.
	Melhor aderência ao estilo de vida saudável (criança/adolescente e família).
	Redução das comorbidades associadas ao excesso de peso.
	Impacto: redução da obesidade ou prevenção do seu agravamento
	Trabalho do CEDOH fortalecido.

*Os fatores de contexto foram suprimidos desse quadro pois serão descritos no texto.

A maior parte dos entrevistados tinha algum nível de experiência na coleta de dados para o monitoramento ou avaliação. O M&A é visto, de forma geral, como um processo complexo envolvendo a sistematização de etapas. Dessa forma, a visão dos entrevistados é de que haviam participado de alguma etapa do processo avaliativo, porém com a ressalva de que não havia uma metodologia sistematizada. Segundo a literatura, o conceito de avaliação, envolve a coleta e apreciação sistemática de informações[35].

Sobre o papel da Atenção Secundária na RAS para o tratamento da obesidade infantojuvenil, os entrevistados destacaram a resolutividade como característica deste nível de atenção. Pela incorporação de tecnologia e equipe especializada e interdisciplinar, esse nível de atenção consegue um manejo adequado às características da doença, complementando o trabalho da APS e prevenindo o agravamento da doença.

Outra função da Atenção Secundária, segundo os entrevistados, é de prevenção do agravamento da doença, e dessa forma, prevenir tratamentos mais agressivos e evitar que o paciente seja encaminhado para a Atenção Terciária:

> *"(...) um papel fundamental pra gente conseguir evoluir no tratamento e talvez até melhorar bastante e retornar à atenção primária, sempre na intenção de prevenir um tratamento mais agressivo: no caso do adolescente uma cirurgia bariátrica." (GERÊNCIA – 2)*

A visão dos entrevistados sobre a função da atenção secundária vai ao encontro do conteúdo dos documentos, tendo em vista que os manuais instrutivos do MS[18,19] indicam o encaminhamento dos pacientes com obesidade grave para a atenção especializada, que dá continuidade ao tratamento iniciado na APS. Isso se traduz no modelo lógico com a integração das redes de atenção através do acolhimento dos pacientes regulados pela endocrinologia (vindos da APS) e da alta programada e contra-referência para a unidade de origem ao término do tratamento, quando a doença já não está no nível de gravidade.

A falta de capacitação e especialização dos profissionais da Atenção Primária para o atendimento desse público foi citada durante a entrevista com a informante da APS. A obesidade não é vista pela maioria dos profissionais como uma doença ou prioridade. Além disso, existe uma dificuldade em realizar atividades em grupos nessas unidades por causa da alta demanda de outras causas.

A percepção dos profissionais do CEDOH é que os pacientes chegam ainda sem um conhecimento básico acerca das mudanças do estilo de vida. A dificuldade de interlocução entre os níveis de atenção é uma problemática relatada, e o matriciamento foi inserido como atividade no ML para que seja pensado, planejado e executado na tentativa de reduzir esse distanciamento intersetorial.

> *"talvez falte isso na APS, por uma demanda muito grande na atenção primária dos problemas de saúde. Talvez os profissionais não consigam se envolver tanto entre eles, se dedicar a fazer o planejamento do paciente X e não conseguem focar no problema mesmo, no caso da obesidade infantil. Eu acho que a demanda de atenção primária é muito grande, hoje." (equipe de saúde CEDOH)*

> *"(...) outro papel que eu vejo que é muito importante da atenção secundária é no matriciamento da primária. Então estarmos mais próximo da primária para podermos matriciá-los, trocarmos experiência, conhecimento até para que esse paciente seja encaminhado para a secundária de forma correta." (GERÊNCIA)*

Grande parte dos profissionais, tanto em nível gerencial como a equipe de saúde diretamente ligada ao serviço, relata que não existe um protocolo ou uma diretriz específica que estruture o programa de obesidade no CEDOH, apontando isso como uma necessidade para o serviço. Mendes[36], em seu livro "As Rede de Atenção à Saúde", insere o uso de linhas-guia ou protocolo baseado em evidências como uma característica importante de uso da atenção secundária ou especializada. A ausência de um coordenador para o programa também foi citada como uma barreira a ser solucionada e sua seleção foi inserida no ML como uma atividade.

Caracterização do contexto

A representação dos fatores contextuais ou influências externas que possam mudar a conceitualização e os modelos de intervenção devem ser valorizados nas pesquisas avaliativas. Em outros termos, a forma da intervenção depende do contexto em que é implantada. Então, a modelização permite levar em conta o fator tempo e representar a evolução da intervenção[35].

Um dos fatores de contexto citado nas entrevistas que poderiam afetar o programa é a insuficiência de especialistas endocrinopediatras em outras regionais de saúde. O fato da maioria das regionais ficarem em locais distantes dificulta o acesso e acaba gerando um nível maior de abstenção às consultas e reuniões presenciais.

Entender e analisar as dificuldades de acesso ao serviço encontradas pelos usuários é um ponto importante na coleta de dados para o monitoramento e avaliação. O modelo lógico elaborado prevê reuniões periódicas com a equipe de saúde para análise de dados e organização do monitoramento e da avaliação. É importante que os interessados na avaliação conheçam a estrutura do serviço e seus problemas, assim como a organização da avaliação, de forma que essa seja uma ferramenta de mobilização interna e externa[36].

A falta de área de lazer e recreativa nas regionais de saúde relatada pelos pacientes aos profissionais de saúde, além da falta de segurança pública nas regiões administrativas do DF onde residem são colocadas como dificultadores da prática de atividade física e como consequência, aumentam o sedentarismo nessa população. Todas as orientações, da OMS e MS incluem a promoção da atividade física para crianças com obesidade. O *Policy brief*: Obesidade infantil – Estratégias para a prevenção e cuidado em nível local lançado em 2021[20], recomenda a criação e a manutenção de espaços públicos como parques, áreas verdes, *playgrounds* e ainda a implementação de ruas de lazer como forma de investimento priorizado para o desenvolvimento sustentável das cidades. Mais uma vez, evidencia-se a importância da intersetorialidade para que os resultados e impacto na sociedade sejam alcançados.

A estrutura familiar também foi citada. As crianças e adolescentes são dependentes dos pais ou cuidadores para as mudanças nas rotinas e nos hábitos de vida. As dificuldades relatadas pelas equipes de saúde são de que os pais, frequentemente, trabalham o dia todo, deixam as crianças com avós ou cuidadores que muitas vezes não conseguem dar seguimento ao tratamento e mudanças propostas. Outras vezes, questões mais graves podem estar associadas ao comportamento dos pacientes:

> *"Falta de estrutura da família. Eu pego famílias tão desestruturadas e acaba que a obesidade é o menor dos problemas, tanto problema, sofre violência emocional, violência física. Criança fica sozinha o dia todo, não tem vínculo então assim a obesidade é só mais um problema, falta de rotina, a pandemia piorou muito, como tenho pegado as crianças viciadas em jogos eletrônicos, porque não tem outro lazer, não está indo para a escola, não pode ter lazer, o pai e a mãe não estão em casa, cada um no seu quadrado e a criança fica no jogo eletrônico dez, onze horas por dia (...) porque eu acho que é fundamental esse processo do pai a mãe estar integrado." (Entrevistado da APS)*

O baixo nível de escolaridade também foi citado como fator de contexto:

> *"Eu vejo a questão educativa também, tanto dos pais quanto dos filhos como um impedimento para se entender o que o profissional está falando, para você poder concretizar, memorizar aquilo que precisa ser feito então penso que a gente tem que fazer um trabalho de repetição, de comandos. Uma oficina só não traz o resultado, mas a repetição acaba trazendo o resultado por uma questão cognitiva mesmo." (equipe de saúde CEDOH)*

A pandemia do coronavírus foi colocada por quase toda a equipe como fator de contexto importante. Os profissionais relatam um aumento considerável do peso após o retorno do isolamento social, crianças que chegaram a ganhar 20 quilos durante esse período, além da piora na inatividade física e das questões emocionais.

O formato do programa também foi redesenhado. As reuniões anteriormente aconteciam de forma presencial e, no momento da pesquisa, estavam acontecendo de forma remota (reuniões *online*). Foi apontado como ponto positivo au-

mentar o alcance à população atendida, evitando o deslocamento do paciente à unidade. A equipe teve que "se reinventar", inovar, adquirir câmera, celular. Para garantir o acesso, os pacientes em exclusão tecnológica podiam participar presencialmente.

O desemprego e baixas condições financeiras das famílias também foram citadas como uma situação que foi agravada após a pandemia. Esse fator interfere gravemente no tratamento, já que os pais não conseguiam levar as crianças à unidade para as consultas individuais, não tem acesso à internet e tecnologias em casa, dificuldade na compra de medicação e não tinham acesso aos alimentos saudáveis, vivendo em condição de insegurança alimentar. No ML foi inserido uma atividade de Vigilância de grupos em insegurança alimentar, que ainda não existe na prática, mas que foi considerado importante a sua inserção pela equipe.

A falta de políticas públicas, incentivos como recursos de agricultura familiar e ações intersetorais para promover hábitos de vida saudáveis para as crianças são fatores de contexto marcantes que refletem nos resultados do tratamento. O lanche não saudável das escolas, por exemplo, foi citado pela equipe do CEDOH como grande problema. A prevenção do agravamento da doença é função da atenção secundária e, no modelo lógico, essa atividade foi inserida como forma de "atividades educativas de atenção secundária", onde estariam previstas reuniões com a equipe das escolas, por exemplo.

A propaganda de alimentos ultraprocessados também foi mencionada como impulsionador de hábitos alimentares não saudáveis. Segundo a *Policy Brief* (2021)[20], a implementação de medidas fiscais e protetivas com vistas a diminuir o acesso e consumo de alimentos não saudáveis têm sido consideradas as estratégias mais custo-efetivas para prevenir e deter o avanço da obesidade infantil no mundo.

Durante a entrevista com gestores, ficou perceptível a preocupação com a saída de profissionais-chave inseridos na coordenação da linha de cuidados ou do programa no CEDOH, podendo indicar que o programa sofre interferências com essa rotatividade ou saída de pessoas.

Descrição da intervenção: construção e validação do modelo lógico

Em um sistema com inúmeros atores envolvidos, os objetivos perseguidos por cada um deles condicionam à realização das finalidades oficiais da avaliação[35]. A forma de condução colaborativa deste estudo permitiu conhecer a intervenção como ela ocorre na prática, formular um modelo que a representasse segundo a visão dos atores envolvidos e dos documentos analisados, e planejar o monitoramento e avaliação que serão implementados respondendo ao interesse dos atores. Essa forma de proposta avaliativa com dimensão democrática provoca uma apropriação das conclusões pelos atores sociais aos quais a avaliação é destinada, aumentando sua utilidade[35].

O problema que deu origem à intervenção foi identificado em todas as entrevistas como sendo a obesidade grave e comorbidades associadas à doença, como diabetes e hipertensão arterial na atenção secundária – CEDOH. Os fatores identificados como causas do problema, informados nas entrevistas com os atores sociais envolvidos, se confirmam na literatura estudada[37-40]. Destacou na fala dos entrevistados o agravamento da obesidade por falta de prevenção e abordagem terapêutica integral adequados e os fatores de contexto já descritos.

> *"Na verdade a gente vê que a maioria dos pacientes que chegam até o CEDOH já são pacientes com obesidade importante e eles na maioria das vezes vêm com outros problemas de saúde associado com outras doenças metabólicas ou com hipotiroidismo ou uma resistência Insulínica ou com dislipidemia ou são pacientes que tem também alguma alteração em relação à saúde mental (...) então foge desse escopo apenas da alimentação, da atividade física, do que a gente tem de orientação de práticas de atenção primária, e a gente precisa de uma intervenção mais multiprofissional e especializada para esses pacientes." (equipe de saúde CEDOH)*

A articulação ainda incipiente das ações intersetoriais, inclusive dentro da Rede de Atenção à Saúde foi um dos pontos importantes citados como dificuldade pelos profissionais e gestores. A literatura mostra que ações multifacetadas tendem a um melhor desfecho com relação

à redução de peso e prevenção da obesidade. Segundo os entrevistados faltam estratégias que envolvam profissionais de saúde, políticos, educadores, com ações nas escolas, comunidade, locais de trabalho dos pais, residências, projetos urbanos, regulamentação da venda de alimentos, ações de avaliações de custo-benefício dos programas, que segundo os profissionais e autores da literatura científica, são essenciais para a redução do problema da obesidade como de saúde pública[41-44].

O objetivo geral do programa, tal como visualizado no ML por meio de seu efeito finalístico (impacto) seria promover o emagrecimento ou manutenção do peso com crescimento saudável das crianças e adolescentes. Para este alcance foram elencados alguns objetivos específicos identificados pelos entrevistados para o Programa de Obesidade Infantojuvenil do CEDOH: ofertar abordagens terapêuticas integrais e de qualidade para crianças e adolescentes com obesidade grave e comorbidades associadas a doenças; estimular hábitos de vida saudáveis para os pacientes e famílias; incentivar práticas alimentares saudáveis; reduzir o sedentarismo; desestimular o estigma da obesidade; promover o autocuidado e atenção à saúde.

Na oficina de validação do ML estavam presentes: a nutricionista, duas psicólogas, duas endocrinologistas pediátricas, o residente de nutrição da unidade, a fisioterapeuta, e a gerente da unidade. Não compareceram à reunião a gerente da Coordenação da Atenção Secundária, a gerente da Linha de Cuidados da Obesidade, uma psicóloga da unidade, a nutricionista da APS e a assistente social da unidade. Foram apresentados os componentes técnicos: vigilância epidemiológica; cuidado integrado; organização do serviço; monitoramento e avaliação; e pesquisa e inovação tecnológica. Esses eixos de ação agregam atividades afins e são condições necessárias para que, em contexto, se consiga atingir os objetivos estratégicos a que o programa se propõe.

A discussão em torno dos componentes foi primordial para se definir a importância de se manter ou incluir uma nova atividade no Programa. Verificar se a estratégia está bem desenhada e se é plausível para alcançar os resultados esperados foi um dos objetivos da reunião[45].

A maioria das atividades do eixo de "Vigilância Epidemiológica", por exemplo, já ocorria, mas não eram registradas e documentadas e, dessa forma, as ações não tinham visibilidade pela própria equipe. A vigilância dos grupos em insegurança alimentar será acrescentada ao serviço, pois ressaltou-se a importância destes grupos para o tratamento. Para isto, percebeu-se a necessidade do apoio da assistente social neste diagnóstico socioeconômico e na adesão ao cuidado.

A equipe coleta dados relativos ao serviço e registra em planilhas individualizadas, mas não consegue utilizá-los em prol do serviço e para as pesquisas científicas. As atividades dos componentes dos eixos de "Pesquisa e Inovação Tecnológica" e "Monitoramento e Avaliação" foram bem aceitas para organização das ações. A presença e participação ativa da gerência da unidade e dos profissionais foi essencial para acordar a otimização de carga horária dos profissionais para a execução das ações.

A triagem de risco para doenças mentais foi incorporada ao ML a pedido da equipe durante a oficina de validação, já que os profissionais relataram a grande demanda de crianças e adolescentes com obesidade que exigia uma avaliação neuropsicológica. Mostrou-se a preocupação de se ter um fluxo estruturado com os serviços de saúde mental que fazem o tratamento dos pacientes com Transtorno do Espectro Autista, esquizofrenia e outras doenças mentais. A pactuação com essas unidades, como o COMPP (Centro de Orientação Médico Psicopedagógica) e CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), é relevante visto que o CEDOH não realiza psicoterapia.

Toda a equipe concordou com a descrição do eixo do "Cuidado Integrado". Reafirmou-se assim, a pertinência das atividades, dos recursos, dos produtos e dos resultados propostos no modelo. As dúvidas surgidas sobre a diferenciação entre as atividades "intervenção em grupo" e "atividades educativas de prevenção secundária" foram sanadas no grupo, esclarecendo que as primeiras se referem às atividades com os pacientes, e as segundas ao envolvimento com outros setores importantes

na prevenção do agravamento das doenças, como escolas por exemplo.

No eixo "Organização do serviço e gestão" a preocupação apontada foi sobre a devolutiva das crianças para a atenção primária. Relatou-se que os pacientes chegam ao CEDOH sem muita orientação prévia e com isso houve a necessidade de incluir uma reunião de acolhimento, com a explicação do programa e já com algumas orientações alimentares. A inclusão do matriciamento como atividade mostrou-se essencial, já que irá facilitar a comunicação com a equipe da APS, a sensibilização em torno do tema e facilitar o referenciamento e contrarreferenciamento. Com relação à forma de matriciar, colocou-se a seguinte observação:

> *"Eu acho que existem várias formas de matriciar, o segredo para um matriciamento bem-sucedido é a gente conversar com quem vai ser matriciado, sobre a forma como ele quer ser matriciado, para que a gente consiga ter uma adesão maior nesse matriciamento." (Gerente do CEDOH)*

No nível gerencial a preocupação sobre essa dificuldade de comunicação na rede de atenção à saúde se destaca, inclusive com a utilização de sistemas que não se comunicam entre si. Segundo essa perspectiva, o processo de planificação, interrompido durante a pandemia do coronavírus, irá atuar melhorando essa comunicação e inter-relação da RAS. Sugeriu-se um movimento de interlocução junto à Coordenação de Atenção Primária à Saúde – COAPS, apresentando a eles o trabalho que é realizado na unidade, com a intenção de sensibilizar os Diretores Regionais de Atenção Primária à Saúde/DIRAPS e facilitar o retorno das crianças para a APS.

Considerou-se importante a construção de um fluxograma e protocolo voltado para o paciente, para que o processo de tratamento seja visível e compreensível a ele. Também foi sugerido acrescentar a descrição da função de cada um da equipe para estabelecer uma melhor organização das tarefas, evitando sobrecarga. Essa descrição das atividades foi incluída no protocolo conforme sugerido.

O eixo "Monitoramento e Avaliação" é novo para a equipe e não existiam indicadores de avaliação específicos definidos para o Programa. Sugeriu-se que a reunião de avaliação fosse semestral e não anual como sugerido no ML preliminar, já que os grupos acontecem semestralmente. Propôs-se que fosse realizado monitoramento do modo de funcionamento do programa, pois isso seria muito importante para organização e adequação do programa à realidade, considerando o contexto.

Por último, no eixo de ação "Pesquisa e Inovação Tecnológica" foram propostas algumas formas de estudos, a exemplo da pesquisa de satisfação dos usuários e custo-efetividade. Sugeriu-se a inclusão dos residentes nessa área da pesquisa. Lembrou-se da importância da adequação da carga horária e da organização da equipe para se realizar os estudos de caso e a análise dos indicadores.

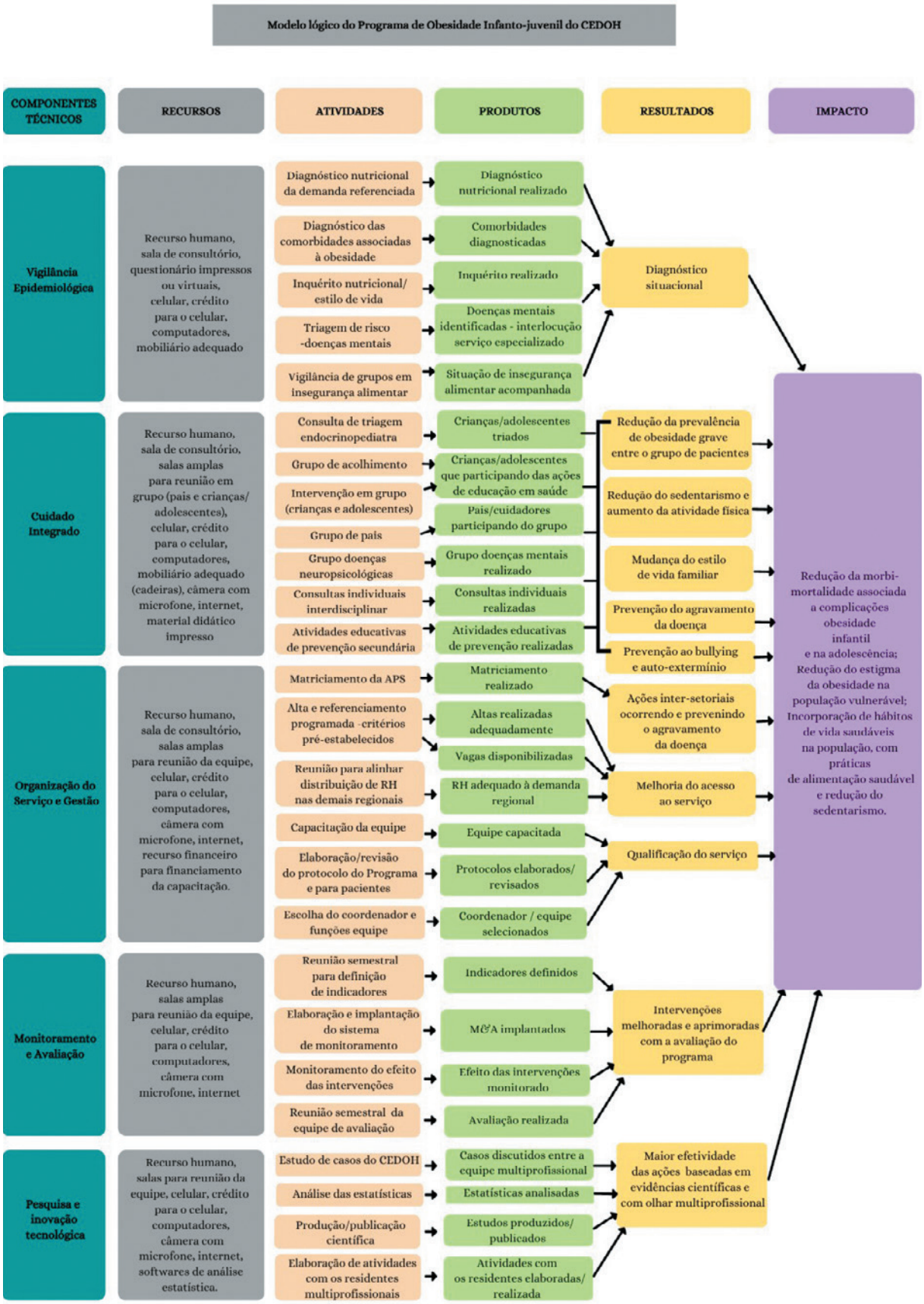
Os integrantes da equipe mostraram-se satisfeitos com o trabalho de construção do modelo lógico e indicaram este como um trabalho pioneiro dentro da Linha de Cuidados da Obesidade, que certamente poderia servir de base para as demais unidades da rede de atenção especializada.

Importante destacar que a modelização de uma intervenção permite apreciar a diferença entre a intervenção como ela fora prevista e a que é de fato implantada. É uma ferramenta de comunicação e como Broussele *et al*. (2011)[35] sugerem, é mais eficaz representar uma intervenção com um modelo esquemático do que com um documento de 20 páginas que pode conter numerosas redundâncias. A equipe foi esclarecida também que o ML não é imutável, ele pode e deve ser revisto, pois modificações na intervenção acontecem de acordo com o contexto e variáveis que influenciam nas ações. Não existe um único modelo e é preciso trabalhar sempre com os diferentes atores para se obter uma representação compartilhada e realista da intervenção.

O modelo lógico final, considerando as observações após a validação está representado pela Figura 1 a seguir:

Figura 1

Modelo lógico do Programa de Obesidade Infantojuvenil do CEDOH – Versão Final (validado), 2021, Brasília, Brasil.



Proposição do protocolo de boas práticas e plano de M&A

O protocolo de boas práticas, produto deste estudo de avaliabilidade, é fundamental para a consolidação e pactuação de metas e objetivos para o serviço. Constitui-se, dessa forma, de um padrão para a apreciação de conformidade. Ele foi elaborado considerando as necessidades apresentadas pela equipe do CEDOH, tanto na coleta de dados por meio das entrevistas, como por meio da reunião de validação do modelo lógico do Programa.

Em sua formulação levou-se em consideração a expectativa da equipe de saúde na delimitação e organização do manejo da obesidade infantojuvenil na atenção secundária. Além da organização do programa, através da exposição do ML, inseriu-se a delimitação das funções de cada um dos componentes da equipe de saúde e da coordenação e gerência. Importante considerar que a organização e planejamento do processo de M&A foi inserido como parte fundamental das atividades do programa.

Dessa forma, o protocolo foi dividido nos seguintes componentes, explicitados a seguir:

a) Papel da atenção secundária na RAS para o tratamento da obesidade infantil e do adolescente – delimita o papel deste nível atenção no manejo da doença;

b) Programa de Obesidade Infantil e do adolescente no CEDOH – apresenta a árvore de problemas que leva à necessidade da existência do programa e informa seus objetivos e público-alvo;

c) Fluxograma do paciente na RAS – apresenta o organograma de encaminhamento dos pacientes para o CEDOH, especificando os critérios de referência e contra-referência para a APS;

d) Modelo lógico do Programa – explica o ML, a forma de construção e validação deste, e expõe cada um dos componentes na representação gráfica;

e) Matriz de Monitoramento – expõe os indicadores sugeridos para o monitoramento e futura avaliação do programa;

f) O programa e suas etapas – descreve o programa, como ocorre, suas etapas e propostas em um modelo interdisciplinar, representado por organograma de etapas simplificado;

g) Funções da equipe – descreve as funções de cada um dos componentes na equipe, especificando-se as atividades dentro dos cinco eixos de ação: cuidado integrado; organização do serviço; vigilância epidemiológica; pesquisa e monitoramento e avaliação.

Este estudo buscou detalhar alguns componentes como (a), (d) e (e) por serem produtos do EA. Os demais componentes foram elaborados e inseridos tendo como base a análise documental e das entrevistas e a necessidade do conteúdo requerida pelos profissionais durante a oficina de validação.

Além disso, foi inserido no protocolo a Matriz de Informações, com os indicadores, que foi construída com base nos elementos do Modelo Lógico validado. Os resultados foram apresentados aos atores envolvidos no processo de condução do estudo e para atores gerenciais na SES-DF. Pela importância do tema e por ser um protocolo pioneiro na organização das ações na Atenção Secundária, estes atores sugeriram a publicação do protocolo no site da SES-DF, inserido em 2022 (*site*: www.saude.df.gov.br).

Para as recomendações do plano de M&A, o diagrama da teia (Figura 2) foi elaborado considerando as dimensões ou critérios avaliativos que mais se enquadram na análise realizada neste estudo. A resolutividade como característica principal da Atenção Secundária à saúde foi inserida no diagrama representando o elemento final de conformidade. As dimensões foram escolhidas com base na análise das entrevistas e de cada elemento do ML, sejam elas:

1. Disponibilidade: corresponde à magnitude e tipos de recursos oferecidos em relação às necessidades dos usuários;

2. Acessibilidade geográfica e de poder aquisitivo: refere-se à relação de recursos de poder dos usuários e os obstáculos colocados pela instituição (localização geográfica, distância e tempo de deslocamento);

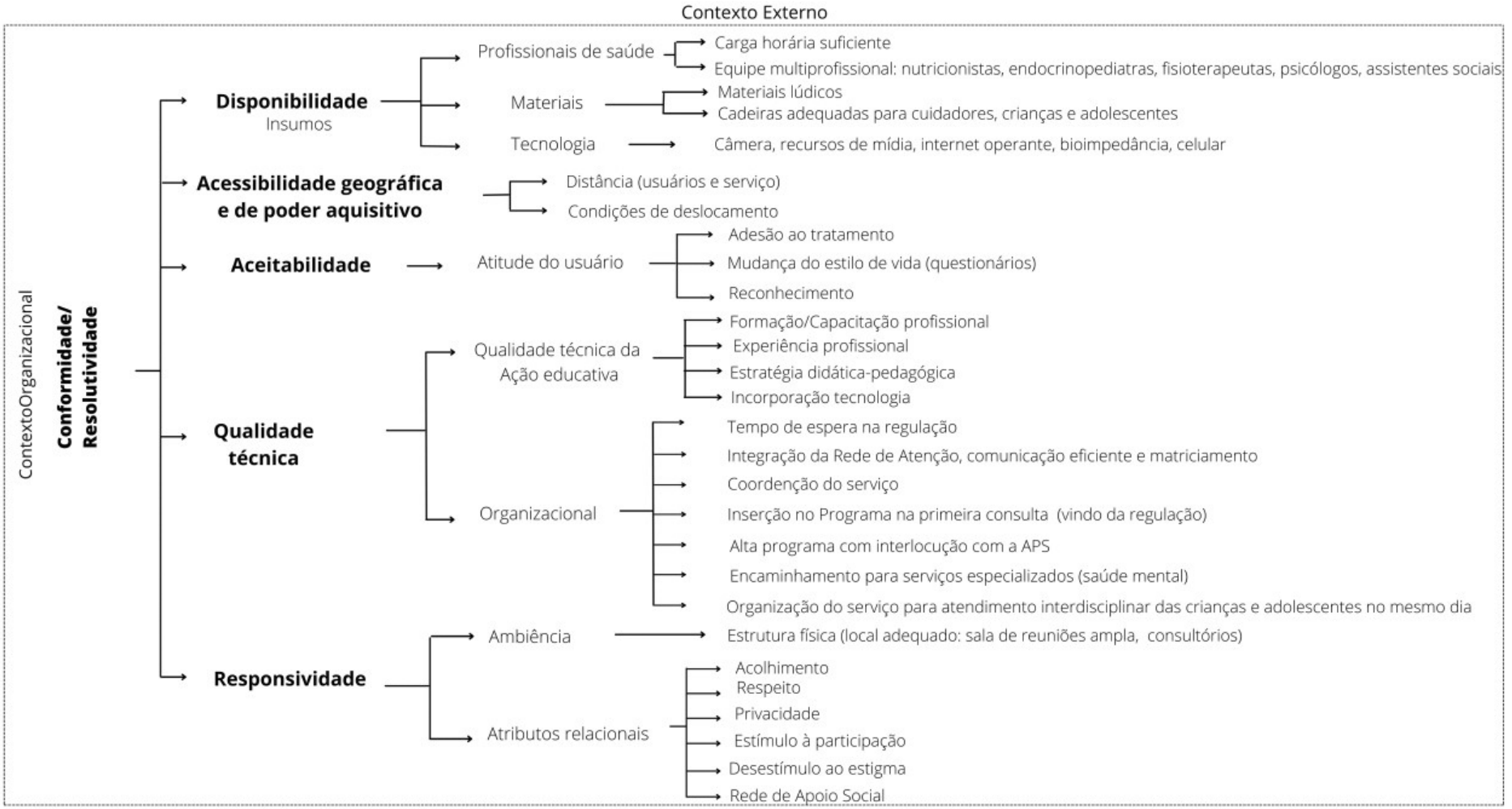
3. Aceitabilidade: refere-se às atitudes dos usuários quanto à aceitação do atendimento prestado, de forma a saber se este corresponde às expectativas dos usuários;

4. Qualidade técnica: corresponde à qualidade das ações prestadas e da organização do serviço;

5. Responsividade: maneira como os recursos são organizados para atender as necessidades dos usuários e a capacidade dos usuários para se adaptar a essa organização.

Figura 2

Diagrama da teia – Programa de Obesidade Infantojuvenil do CEDOH.



Considerando as dimensões escolhidas para a formulação do diagrama da teia e os indicadores sugeridos na Matriz de informação (inserido no protocolo), elaborou-se a Matriz de Análise e Relevância – MAR. Cada componente técnico do ML foi inserido, organizando-se as dimensões e subdimensões avaliativas componentes do diagrama e seus respectivos indicadores. Foi atribuído, assim, o grau de relevância a cada um deles, de acordo com o grau de importância conferido no processo de análise das entrevistas e nas discussões durante a validação do ML. A seguinte escala foi utilizada: R (menor relevância); RR (relevância intermediária) e RRR (maior relevância).

A partir do grau de relevância e da pontuação atribuída aos indicadores na matriz de relevância, foi estruturada a matriz de análise e julgamento – MAJ (Quadro 2). A Matriz foi elaborada considerando as dimensões avaliativas e dentro de cada dimensão foram discriminados os indicadores, critérios dentro de cada componente técnico. Para cada indicador, foi apresentado o parâmetro utilizado para calcular sua pontuação, assim como a fonte de verificação da informação. É importante salientar que estes quadros expressam uma proposta e que os parâmetros sugeridos serão melhor acordados entre a equipe e gestores na reunião de apresentação dos resultados e validação das matrizes.

Quadro 2

Modelo de matriz de análise e julgamento do Programa de Obesidade infantil e do adolescente do CEDOH. Brasília, DF, Brasil, 2021.

Componente técnico	Dimensão	Subdimensão	Indicador	Relevância
Cuidado Integrado	Disponibilidade (insumos)	Profissionais de saúde	Carga horária de endocrinopediatras	RRR
			Carga horária de nutricionistas	RRR
			Carga horária de psicólogos	RRR
			Carga horária de fisioterapeutas	RRR
			Carga horária de assistentes sociais	RR
			Carga horária de enfermeiros	RR
		Materiais	Mobiliário (cadeiras) suficientes e adequadas para o usuário com obesidade	RRR
		Tecnologia	Recursos de tecnologia para comunicação com os pacientes suficientes (celular, câmera, internet)	RR
	Responsividade	Ambiência	N° de consultórios para os atendimentos	RR
			Espaço físico amplo o suficiente para as reuniões em grupo	RR
	Aceitabilidade	Atitude do usuário	N° de crianças/adolescentes que aderiram ao Programa (menos de 2 ausências nos encontros)	RR
			N° de crianças que reduziram o escore z (IMC)	RRR
			N° de crianças/adolescentes que mudaram o estilo de vida	RRR
			N° de usuários (familiares e as crianças/ adolescentes) satisfeitos com o Programa	RR
			N° de comorbidades associadas à obesidade tratadas/reduzidas	RRR

Componente técnico	Dimensão	Subdimensão	Indicador	Relevância
Cuidado Integrado (*continuação*)	Qualidade técnica	Ação educativa/ prática clínica	N° de intervenções em grupo com as crianças, adolescentes e cuidadores realizadas	RR
			N° de intervenções em grupo com os pais/ cuidadores realizadas	RR
		Organizacional	N° de consultas de triagem com o endocrinopediatra para crianças e adolescentes obesos vindos da regulação	RRR
			N° de consultas com nutricionista realizadas	RRR
			N° de consultas com psicólogo realizadas	RRR
			N° de atividades educativas intersetoriais de prevenção secundária realizadas	RRR
			N° de crianças/adolescentes com cartão específico do programa de obesidade	R
	Acessibilidade	Distância/condições de deslocamento	N° de crianças/adolescentes moradoras de outra Regional de Saúde com dificuldade de deslocamento	RR
	23 indicadores, 57 R = 285 pontos			
Organização do serviço e gestão	Disponibilidade (insumos)	Recursos financeiros	Recursos para a capacitação (financeiro, humano, disponibilização de carga horária)	R
	Qualidade técnica	Ação educativa prática clínica	N° de profissionais capacitados	RR
		Organizacional	Reunião com equipe de saúde da APS para definições do matriciamento	RR
			N° de unidades da APS matriciadas	RR
			N° de altas programadas de acordo com os critérios preestabelecidos e interlocução com APS	RR
			N° de vagas de primeira consulta com endocrinopediatra disponibilizadas periodicamente	RRR
			Reunião com a gestão para alinhar carga horária de profissionais disponíveis na atenção secundária	RR
			Reunião para escolha do coordenador e outros cargos/funções do Programa	RR
			N° de pacientes com doenças mentais referenciados às unidades especializadas	RR
			Reunião de interlocução com a COAPS/ DIRAPS para melhorar comunicação e fluxo de pacientes entre níveis de atenção	RR
	10 indicadores, 20 R = 100 pontos			

Componente técnico	Dimensão	Subdimensão	Indicador	Relevância
Vigilância Epidemiológica	Disponibilidade (insumos)	Profissionais de saúde	Carga horária dos profissionais destinados a realizarem a coleta de evidências	RR
	Aceitabilidade	Atitude do usuário	N° de questionários de inquérito nutricional/estilo de vida aplicados	RR
	Qualidade técnica	Ação Educativa e prática clínica	N° de diagnósticos nutricionais realizados e registrados	RR
			N° de diagnósticos de comorbidades associadas à obesidade realizados e registrados	RR
			N° de pacientes em insegurança alimentar identificados e encaminhados para a assistência social	RR
	5 indicadores, 10 R = 50 pontos			
M&A	Disponibilidade (insumos)	Profissionais de saúde	Carga horária dos profissionais destinados ao M&A	RR
	Qualidade técnica	Organizacional	Reunião periódica (semestral) para a definição dos indicadores	RR
			Reunião periódica (semestral) para avaliação do Programa e das intervenções do último semestre	RR
			Reunião para elaboração/revisão do sistema de monitoramento e avaliação	RR
	4 indicadores, 8 R = 40 pontos			
Pesquisa e inovação tecnológica	Disponibilidade (insumos)	Profissionais de saúde	Carga horária disponibilizada aos profissionais para os estudos de caso	RR
	Qualidade técnica	Ação Educativa e prática clínica	N° de estudos de casos realizados	RR
		Organizacional	Reunião periódica para a análise estatística dos dados coletados	RR
			N° de estudos produzidos e/ou publicados sobre o programa e suas atividades/ resultados	R
			N° de residentes multiprofissionais participando ativamente do programa/ estudos	R
			Reunião periódica para definição das atividades destinadas aos residentes	R
	6 indicadores, 9 R = 45 pontos			

CONCLUSÃO

O programa de obesidade infantojuvenil do CEDOH é uma intervenção passível de avaliação, já que foi possível caracterizar seus elementos constituintes, estabelecer uma relação plausível entre os processos e o alcance de resultados e ainda formular a matriz de análise e julgamento com os indicadores necessários para uma futura avaliação.

Apesar da importância e gravidade do problema, a obesidade infantil e do adolescente e da complexidade para a prevenção e tratamento desta doença

de ordem crescente mundialmente, as ações em saúde no DF ainda são pouco estruturadas, necessitando uma melhor organização e sistematização. Com este trabalho foi possível descrever a intervenção do CEDOH, de forma a envolver atores-chave interessados na avaliação, permitindo construir de forma consensuada o Modelo Lógico da intervenção, a representação gráfica e esquemática que documentou e deu sentido às relações entre as estruturas, os processos e resultados.

O protocolo, que tem como público-alvo os profissionais de saúde, servirá de instrumento-guia de boas práticas, contendo diretrizes para a organização da intervenção. Por ser um instrumento que reuniu o conhecimento científico, tácito e factível, ou seja, aqueles que vêm da experiência profissional já acumulada, considerando os recursos, tempo, entre outros, é um importante produto pois funcionará como uma ferramenta para o monitoramento e futura avaliação.

Este produto de um estudo de avaliabilidade é fundamental para a consolidação e pactuação de metas e objetivos para o serviço, constituindo-se assim no padrão para a apreciação de conformidade. Salientando, ainda, a escassez na literatura e ausência no Distrito Federal de um protocolo de organização das ações voltadas ao manejo da doença na Atenção Secundária, sua valorização pela equipe de saúde e em nível gerencial permitiu que pudesse ser divulgado em meios oficiais para que possa colaborar como guia a outras instituições.

A matriz de análise e julgamento proposta constituirá as bases para o plano de M&A para o programa e sua aceitabilidade pela equipe, e sua construção coletiva, de forma colaborativa torna ainda mais viável a avaliação das intervenções nesta unidade. Dessa forma, considera-se este estudo, em si, uma intervenção, que permitiu aos participantes um processo reflexivo a respeito do programa, da função da atenção secundária na RAS e dos objetivos, metas e resultados esperados. Espera-se que esse estudo promova, através do conhecimento e motivação, a cultura da avaliação e a visão de importância desta para os melhores resultados dos programas, projetos e políticas públicas.

REFERÊNCIAS

1. WHO. World Health Organization. Obesity. 2017. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1. Acesso em 25 de janeiro de 2020.

2. Abarca-Gómez L, Abdeen ZA, Hamid ZA, Abu-Rmeileh NM, Acosta-Cazares B, Acuin C *et al*. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. The Lancet. 2017;390(10113):2627-42. Available from: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32129-3.

3. OPAS. OPAS/OMS Brasil – Desigualdade exacerba fome, desnutrição e obesidade na América Latina e no Caribe [Internet]. 2018 [citado 17 de janeiro de 2020]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5799:desigualdade-exacerba-fome-desnutricao-e-obesidade-na-america-latina-e-no-caribe&Itemid=839.

4. Simões CF, Lopes WA, Remor JM, Locateli JC, Lima FB, Santos TLC dos *et al*. Prevalence of weight excess in Brazilian children and adolescents: a systematic review. Rev Bras Cineantropometria Desempenho hum [Internet]. 2018Jul; 20(4):517-31. Available from: https://doi.org/10.5007/1980-0037.2018v20n4p517.

5. Brasil. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), 2021. Disponível em: https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index. Acesso em 09 de setembro de 2022.

6. Sousa GC de, Lopes CSD, Miranda MC, Silva VAA da, Guimarães PR. A pandemia de COVID-19 e suas repercussões na epidemia da obesidade de crianças e adolescentes. REAS [Internet]. 11 dez. 2020 [citado 28 nov. 2022];12(12):e4743. Disponível em: https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4743.

7. Nehus E, Mitsnefes M. Childhood Obesity and the Metabolic Syndrome. Pediatr Clin North Am. 2019 Feb;66(1):31-43. Available from: 10.1016/j.pcl.2018.08.004. PMID: 30454749.

8. Hasse JM, Matarese LE. Terapia Nutricional para Doenças Hepatobiliares e Pancreáticas. In: Mahan LK, Escott-Stump S, Raymond JL, Krause MV (Orgs.). Krause's food & the nutrition care process. 13th ed. St. Louis, Mo: Elsevier/Saunders; 2012. p. 645-74.

9. Koot BGP, Nobili V. Screening for non-alcoholic fatty liver disease in children: do guidelines provide enough guidance? Obes Rev. 2017 Sep;18(9):1050-1060. Available from: 10.1111/obr.12556. Epub 2017 May 25. PMID: 28544608.

10. Mann JP, Valenti L, Scorletti E, Byrne CD, Nobili V. Nonalcoholic Fatty Liver Disease in Children. Semin Liver Dis. 2018 Feb;38(1):1-13. Available from: 10.1055/s-0038-1627456. Epub 2018 Feb 22. PMID: 29471561.

11. Radaelli G, Sausen G, Cesa CC, Portal VL, Pellanda LC. Secondary Dyslipidemia In Obese Children – Is There Evidence For Pharmacological Treatment? Arq Bras Cardiol. 23 Ago. 2018;111(3):356-61. Available from: https://doi.org/10.5935/abc.20180155.

12. Brandalize M, Leite N. Alterações ortopédicas em crianças e adolescentes obesos. Fisioter mov [Internet]. 2010 Abr;23(2):283-8. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-51502010000200011.

13. Silva LR da, Felix Rodacki AL, Brandalize M, Lopes M de FA, Bento PCB, Leite N. Alterações posturais em crianças e adolescentes obesos e não-obesos. Rev bras cineantropom desempenho hum [Internet]. 2011 Nov;13(6):448-54. Disponível em: https://doi.org/10.5007/1980-0037.2011v13n6p448.

14. Silva S, Maia AC. Experiências adversas na infância e tentativas de suicídio em adultos com obesidade mórbida. Rev psiquiatr Rio Gd Sul [Internet]. 2010;32(3):69-72. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0101-81082010005000002.

15. McDonnell CJ, Garbers SV. Adverse childhood experiences and obesity: Systematic review of behavioral interventions for women. Psychol Trauma. 2018 Jul;10(4):387-395. Available from: 10.1037/tra0000313. Epub 2017 Jul 31. PMID: 28758770.

16. Miller AL, Lumeng JC. Pathways of Association from Stress to Obesity in Early Childhood. Obesity (Silver Spring). 2018 Jul;26(7):1117-1124. Available from: 10.1002/oby.22155. Epub 2018 Apr 14. PMID: 29656595.

17. Lopes AB, Caetano RF, Nunes PP, Ribeiro CG, Melo JAFV de, Ferreira TV de S, Tobias L da N, Silva BP, Cunha MG da, Freitas MB. Aspectos gerais sobre a obesidade infantil: uma revisão narrativa. REAC [Internet]. 11 out. 2021 [citado 28 nov. 2022];37:e8993. Disponível em: https://acervomais.com.br/index.php/cientifico/article/view/8993.

18. WHO. World Health Organization. Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. Implementation plan: executive summary. 2017. Available from: https://iris.who.int/handle/10665/259349.

19. BRASIL. Ministério da Saúde. Instrutivo para o cuidado da criança e do adolescente com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde. 2021. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/instrutivo_crianca_adolescente.pdf. Acesso em 28 de novembro de 2022.

20. BRASIL. Programa Mundial de Alimentos (WFP) em parceria com Ministério da Saúde, Agência Nacional de Comunicação, Ministério das Relações Exteriores. *Policy Brief*: Obesidade Infantil – estratégias para prevenção e cuidados em nível local". Brasília, 2021. Disponível em: https://centrodeexcelencia.org.br/wp-content/uploads/2021/05/Policy-Brief-Obesidade-pt.pdf. Acesso em 28 de novembro de 2022.

21. Thurston WE, Graham J, Hatfield J. Evaluability assessment. A catalyst for program change and improvement. Eval Health Prof. 2003 Jun;26(2):206-21. Available from: 10.1177/0163278703026002005. PMID: 12789712.

22. Souza EC, Guimarães JMX, Silva MRF. Estudos de avaliabilidade de políticas e programa de saúde pública no Brasil: Revisão Integrativa. Rev Sanare, Sobral. 2017 jul/dez; 16(2):85-92. Disponível em: https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1182.

23. Leviton LC, Khan LK, Rog D, Dawkins N, Cotton D. Evaluability assessment to improve public health policies, programs, and practices. Annu Rev Public Health. 2010;31:213-33. Available from: 10.1146/annurev.publhealth.012809.103625. PMID: 20235852.

24. Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PGD. Avaliação em Saúde: Bases conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro, RJ: Medbook Editora Cientifica Ltda; 2010. 196 p.

25. Cardoso GCP, Oliveira EA de, Casanova AO, Toledo PP da S, Santos EM dos. Participação dos atores na avaliação do Projeto QualiSUS-Rede: reflexões sobre uma experiência de abordagem colaborativa. Saúde debate [Internet]. 2019 Jan;43(120):54-68. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104201912004.

26. Baratieri T, Nicolotti CA, Natal S, Lacerda JT de. Aplicação do Estudo de Avaliabilidade na área da saúde: uma revisão integrativa. Saúde debate [Internet]. 2019 Jan;43(120):240-55. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-1104201912018.

27. Rodríguez-Campos L, Rincones-Gómez R. Collaborative evaluations: step-by-step. 2 ed. Stanford: Stanford University Press; 2013.

28. Merrian SB, Tisdell EJ. What is Qualitative Research? In: Qualitative Research: a Guide to design and Implementation. San Francisco. Jossey Bass. 4. ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2016. p. 3-42.

29. Cellard A. Análise Documental. In: Poupart J *et al.*, Nasser AC (Orgs.). A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, RJ: Vozes; 2008.

30. Thurston WE, Ramaliu A. Evaluability assessment of a survivors of torture program: Lessons learned. Canadian Journal of Program Evaluation. 2025;20(2):1-25. Available from: 10.3138/cjpe.20.001

31. BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instrutivo para o Cuidado da Criança e do Adolescente com sobrepeso e obesidade no âmbito da Atenção Primária. 2021. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjA5Mg==/. Acesso em 21 de outubro de 2022.

32. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 424, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Diário Oficial da União. 2013 mar. 20; Seção 1, p23-24. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em 15 de setembro de 2022.

33. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 483, de 1 de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Diário Oficial da União. 2014 abr. 2; Seção 1, p. 50. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html. Acesso em 15 de setembro de 2022

34. Brasil. Governo do Distrito Federal. Governo do Distrito Federal, Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal. Nota Técnica SEI-GDF n.o 15/2018 – SES/SAIS/COASIS/DASIS. 2018 out. 16. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/64126/Endocrinologia+Pedi%C3%A1trica.pdf. Acesso em 15 de outubro de 2022.

35. Brousselle A, Champagne F, Contandrioupoulos AP, Hartz Z. Avaliação: conceitos e métodos. 1 Edição. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz; 2011.

36. MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde: OMS/OPAS, 2011.

37. Kelishadi R, Roufarshbaf M, Soheili S, Payghambarzadeh F, Masjedi M. Association of Childhood Obesity and the Immune System: A Systematic Review of Reviews. Child Obes. 2017 Aug;13(4):332-346. Available from: 10.1089/chi.2016.0176. Epub 2017 Jun 12. PMID: 28604080.

38. Lee EY, Yoon KH. Epidemic obesity in children and adolescents: risk factors and prevention. Front Med. 2018 Dec;12(6):658-666. Available from: 10.1007/s11684-018-0640-1. Epub 2018 Oct 2. PMID: 30280308.

39. Olson M, Chambers M, Shaibi G. Pediatric Markers of Adult Cardiovascular Disease. Curr Pediatr Rev. 2017;13(4):255-259. Available from: 10.2174/1573396314666180117092010. PMID: 29345597; PMCID: PMC5882498.

40. Viner R, White B, Christie D. Type 2 diabetes in adolescents: a severe phenotype posing major clinical challenges and public health burden. Lancet. 2017 Jun 3;389(10085):2252-2260. Available from: 10.1016/S0140-6736(17)31371-5. PMID: 28589895.

41. Bahia L, Schaan CW, Sparrenberger K, Abreu G de A, Barufaldi LA, Coutinho W *et al*. Overview of meta-analysis on prevention and treatment of childhood obesity. J Pediatr (Rio J) [Internet]. 2019 Jul; 95(4):385-400. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jped.2018.07.009.

42. Silveira AM *et al*. Efeito do atendimento multidisciplinar na modificação dos hábitos alimentares e antropometria de crianças e adolescentes com excesso de peso. Rev. méd. Minas Gerais. 2010 set., 20 (3). Disponível em: https://www.rmmg.org/artigo/detalhes/350.

43. Ewart-Pierce, E., Mejía Ruiz, M. J., & Gittelsohn, J. (2016). "Whole-of-Community" Obesity Prevention: A Review of Challenges and Opportunities in Multilevel, Multicomponent Interventions. Current obesity reports, 5(3), 361-374. Available from: https://doi.org/10.1007/s13679-016-0226-7.

44. Oosterhoff M, Joore M, Ferreira I. The effects of school-based lifestyle interventions on body mass index and blood pressure: a multivariate multilevel meta-analysis of randomized controlled trials. Obes Rev. 2016 Nov;17(11):1131-1153. Available from: 10.1111/obr.12446. Epub 2016 Jul 19. PMID: 27432468.

45. Ferreira H, Cassiolato M, Gonzalez R. Nota Técnica: Como Elaborar Modelo Lógico De Programa. 2007: 23. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/5767.