

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Avaliação da Implantação das Ações Educativas em Nutrição para Controle da Obesidade em adultos: Estudo de Caso em duas Unidades de Saúde do Município do Rio de Janeiro.”

por

Aline Leal Gonçalves

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

*Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Elizabeth Moreira dos Santos
Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Marly Marques da Cruz
Assistente da orientadora: Prof.^a Giane Moliari Amaral Serra*

Rio de Janeiro, julho de 2009.

Esta dissertação, intitulada

“Avaliação da Implantação das Ações Educativas em Nutrição para Controle da Obesidade em adultos: Estudo de Caso em duas Unidades de Saúde do Município do Rio de Janeiro.”

apresentada por

Aline Leal Gonçalves

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Luiz Antonio dos Anjos

Prof.^a Dr.^a Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt

Prof.^a Dr.^a Elizabeth Moreira dos Santos – Orientadora principal

Aos meus pais Maria Lúcia e Francisco pelo

apoio ao longo de toda trajetória.

Agradecimentos

À minha orientadora Elizabeth Moreira dos Santos por toda orientação e esclarecimento ao longo desses anos.

À minha orientadora Marly Cruz, sempre paciente, pela ajuda no desenvolvimento dessa dissertação.

A Giane por todo o carinho e atenção desde da graduação até a dissertação, agradeço pelos sábios conselhos.

À minha família - meus pais, Sheilinha e Francisco e ao meu amor Fábio , pela paciência e carinho nos momentos de “surto”.

Aos “endêmicos” e agregados, grupo criado pela última turma da subárea das endemias, pelos momentos alegres ao longo desses dois anos: Rafaela, Aline Alves, Murilo, Michella, Gabi , Karina, Estevão, Ju, Pedro, Jussara , Claudia e Lincoln.

Aos meus queridos amigos: André, Nina, Lívia, Nanda, Bernardo, Carol, Ester , Thais e tantos outros pelo apoio e companheirismo., mesmo que não pudéssemos estar sempre juntos.

A toda equipe do LASER pela ajuda e pela oportunidade de troca de saberes científicos e pela convivência maravilhosa.

Aos professores do Mestrado em Saúde Pública pela oportunidade da troca, do aprimoramento e conseqüentemente pelo meu crescimento.

Aos professores da UNIRIO Giane Amaral, Jeferson e Marcelo Castanheira por toda ajuda, desde o tempo da graduação, para o meu desenvolvimento como profissional.

A equipe da secretaria do DENSP e da biblioteca da ENSP pela acolhida e auxílio.

Aos profissionais das unidades pesquisadas pela disponibilidade das informações para realização da pesquisa.

“Ninguém educa ninguém, ninguém se educa a si mesmo, os homens se educam entre si mediatizados pelo mundo.”

Paulo Freire

Resumo

O presente estudo se propõe avaliar a implantação de ações educativas em nutrição voltadas ao controle da obesidade no Município do Rio de Janeiro (MRJ) no âmbito da atenção básica. O panorama da evolução nutricional da população brasileira revela que, enquanto declina a ocorrência da desnutrição em crianças e adultos em ritmo bem acelerado, aumenta a prevalência da obesidade. A escolha do município do Rio de Janeiro se justifica por apresentar prevalências de obesidade mais altas do que os de outros municípios brasileiros. Utilizou-se como estratégia metodológica o estudo de caso múltiplo. As duas unidades foram selecionadas levando-se em consideração o tempo de intervenção implantada na unidade e a organização institucional e a dimensão de atendimentos. A análise foi feita a partir da caracterização do grau de implantação das ações e de sua relação com o contexto organizacional. A intervenção se encontra de forma geral parcialmente implantada. Os dois casos observados apresentam fragilidades em aspectos diferentes. Observamos que a abordagem pedagógica predominante nos dois serviços é composta pela perspectiva tecnicista e pela abordagem política social. O contexto institucional, em relação aos dois casos, influencia negativamente a implantação completa das ações educativas. No caso A, a instabilidade e condições inadequadas, em se tratando do espaço físico, para realização das atividades de caráter individual constitui uma barreira importante. No caso B, a distribuição dos profissionais em prédios diferentes e distantes assim como ausência de uma figura responsável pela articulação entre esses profissionais torna a prática da interdisciplinaridade ainda mais complexa. Quanto ao contexto externo, verificou-se que a existência de uma estrutura urbana e de lazer, presente no caso A e ausente no caso B, acarretou diferenças consideráveis na prática da atividade física e, como a indicação da prática de exercícios é uma das recomendações para controle da obesidade, podemos relacionar o local de moradia que permite acesso gratuito e seguro como facilitador da atividade educativa. Portanto, para a melhoria da intervenção recomenda-se para o caso A uma maior atenção à organização do espaço físico aonde ocorrem as ações, e para o caso B uma observância mais cuidadosa em relação ao planejamento e regularidade das ações.

Palavras-chave: Obesidade, Educação em Saúde, Práticas Nutricionais; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Avaliação de Processo.

Abstract

The changing nutrition's landscape of the Brazilian population shows that while declines the incidence of sub nutrition in children and adults at accelerated pace, the obesity rates increases. This study aims to evaluate the implementation of an education program in nutrition in order to control obesity in Rio de Janeiro (MRJ). A methodological study of multiple cases has been done. Two units were selected considering the time of intervention unit deployed in the organization and the magnitude of institutional care. The analysis was made from the characterization of the degree of implementation of actions and their relation to the organizational context. Results shows that in the case A, issues related to infrastructure of the unit undertake the intervention. In case B, issues related to the organization of the service must be emphasized. The intervention in both cases was, in general, partially implemented. We conclude that the implementation of such educational proposal, based on dialogue between the patient and the team, is restricted by the context and the structures of services' organization. Therefore, as an example of recommendations, we suggested, in case A, a closer attention to the organization of physical space where the actions occur, and in case B, more careful planning and actions practiced in a regular basis.

Key words: Obesity , Health Education, Nutrition Policy, Process Assessment (Health Care) , Program Evaluation

SUMÁRIO

Capítulo I	INTRODUÇÃO	10
Capítulo II	REFERENCIAL TEÓRICO	13
II.I	A epidemiologia da obesidade	13
II. II	Abordagens de educação em saúde	17
II .III.	Abordagens em relação ao tratamento, prevenção e controle da obesidade.	24
Capítulo III	BASES CONCEITUAIS DA AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS	29
Capítulo IV	MODELO OPERACIONAL DA AVALIAÇÃO	36
IV.I	Perguntas avaliativas	36
IV .II	Descrição do contexto e da intervenção	37
IV .III	Modelo lógico da intervenção	46
IV .IV	Interessados e usuários potenciais da avaliação	49
IV .V	Foco e abordagem da avaliação	52
IV.VI	Descrição do estudo	52
IV .VII	Evidencias e julgamento da avaliação	54
Capítulo V	RESULTADOS	75
Capítulo VI	LIÇÕES APRENDIDAS	94
Capítulo VII	RECOMENDAÇÕES	98
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	102
	ANEXOS	109

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

CGPAN – Coordenação Geral de Políticas de Alimentação e Nutrição

ENDEF- Estudo Nacional da Despesa Familiar

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC – Índice de Massa Corporal

INAD- Instituto de Nutrição Annes Dias

INCA- Instituto Nacional do Câncer

M&A – Monitoramento e Avaliação

MLP – Modelo Lógico do Programa

MS – Ministério da Saúde

MOA – Modelo Operacional da Avaliação

NAASO – North American Association for the Study of Obesity

NHLBI- National Heart, Lung, and Blood Institute

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNAN- Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNSN- Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição

POF – Pesquisa sobre Orçamento Familiar

REM – Rapid Method Evaluation

SMS/RJ – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC- Terapia Cognitivo-Comportamental

Lista de quadros, gráficos, tabelas, fluxogramas e figuras

Quadros		pg
Quadro 1:	Diretrizes e recomendações em relação ao atendimento ao paciente obeso no Município do Rio de Janeiro.	40
Quadro 2:	Atividades propostas para as equipes de saúde	41
Quadro 3:	Planejando um grupo educativo	41
Quadro 4:	Relação de usuários potenciais da avaliação e possível participação no processo avaliativo	47
Quadro 5:	Matriz de relevância	53
Quadro 6:	Indicadores de implantação por subdimensão segundo componente estrutural insumo	55
Quadro 7:	Indicadores de implantação por subdimensão segundo componente estrutural atividade	57
Quadro 8:	Parâmetros para o grau de implementação	58
Quadro 9:	Matriz de análise e julgamento da dimensão conformidade segundo componente estrutural insumo	59
Quadro 10:	Matriz de análise e julgamento da dimensão conformidade segundo componente estrutural atividade	60
Gráficos:		
Gráfico 1:	Prevalência de obesidade por sexo da população adulta em cinco capitais brasileiras.	15
Gráfico 2:	Prevalência de obesidade feminina por região	16
Figuras :		
Fluxo 1:	Modelo lógico da intervenção voltado à obesidade no município do Rio de Janeiro.	44
Diagrama 1:	Conformidade das ações educativas para tratamento e controle das compreensíveis no RJ	51
Figura 1:	Divisão político- administrativa do Município do Rio de Janeiro	37
Tabela:		
Tabela 1:	Grau de implantação nas duas unidades observadas	85

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

O presente trabalho aprofundou a discussão sobre a questão da implantação das ações de controle e tratamento da obesidade a partir do referencial da avaliação de programas de saúde. O local escolhido para o desenvolvimento do estudo foi o município do Rio de Janeiro devido ao fato de apresentar altas prevalências de obesidade em relação às outras regiões e pelo fato de que a obesidade hoje constitui um importante problema de saúde pública (IBGE, 2004).

No cotidiano da maior parte da população brasileira, 80% urbana, a adoção de uma dieta restritiva em calorias e a prática de atividades físicas é dificultada. O estilo ocidental contemporâneo é marcado pela mudança nos hábitos alimentares, das atividades laborais, pela oferta abundante de alimentos industrializados e de baixo custo e por transformações em aspectos sócio-econômicos, contribuindo assim para o quadro de excesso de peso instalado na humanidade (Serra, 2003).

Aliado a esse quadro temos a violência nas grandes cidades como obstáculo a prática de atividade física. Cidades como Rio de Janeiro, mesmo com estrutura para a prática de exercício com baixo custo (ciclovias, vilas olímpicas, parques entre outras opções), não permitem, sem risco a integridade física do indivíduo, a prática de atividade física em determinados horários demonstrando a necessidade de que garantias em relação à segurança pública ocorram por parte do poder público (Sichieri, 1998; Mendonça & Anjos, 2004; Paiva, 2007).

A obesidade aumenta o risco para todas as doenças e agravos não transmissíveis, dentre elas as do aparelho cardiovascular, e além de estarem fortemente representadas nas causas de morte tem elevada morbidade relacionada. Estima-se que, atualmente, os gastos com internações hospitalares, consultas, medicação e cirurgia para o tratamento da obesidade e suas comorbidades já consomem 12% do orçamento destinado à saúde. Por tanto, a necessidade da avaliação e monitoramento de ações de controle e prevenção deste agravo se faz necessária (Anjos, 2006; Lima & Sampaio, 2007).

O município do Rio de Janeiro, ao lado de Porto Alegre, apresenta as maiores frequências nacionais de obesidade e sobrepeso. Estes dados dizem respeito às proporções de indivíduos acima de 15 anos com excesso de peso em estudo realizado em 17 capitais e Distrito Federal (INCA 2004). Os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) demonstram que as prevalências do município estão acima da média nacional, em relação à população masculina, e que a prevalência feminina, mesmo apresentando um valor inferior as médias nacionais, é considerada alta (IBGE, 2004).

A aproximação com o tema se deu por conta de minha formação como nutricionista, pela minha inserção como aluna do mestrado no Laboratório de Avaliação de situação endêmicas regionais e de seus programas de controle (LASER/ ENSP/FIOCRUZ). A constatação tanto dos esforços de controle do agravo por parte do Ministério da Saúde (MS) quanto pelo meu contato com outros profissionais que relatavam as dificuldades enfrentadas no tratamento da obesidade (MS , 2006; MS , 2007).

Outra questão relevante para a escolha desse objeto de pesquisa é o fato de existirem muitos trabalhos e propostas de intervenção para o controle e tratamento da obesidade, mas poucos estudos avaliativos a este respeito (Cohen ; Farley, 2008).

Nesta avaliação, como em outras, objetivou lançar mão de um julgamento, no caso, em relação à conformidade das ações educativas voltadas para o controle da obesidade no município. Este julgamento partiu da teoria do programa. Espera-se com esse estudo avaliar o grau de implantação de ações de educação nutricional no atendimento direcionado ao manejo da obesidade em duas unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro e, dessa forma, contribuir para melhoria do programa.

As ações educativas estão permeadas por correntes de pensamento que norteiam toda abordagem educativa desde o seu planejamento até sua execução. Neste estudo de caso observaremos as práticas de educação nutricional voltadas à obesidade no interior de duas unidades de saúde.

Sendo assim, partimos do pressuposto de que o alcance dos objetivos para as ações educativas relativas ao controle e tratamento da obesidade deve incorporar o uso de uma abordagem que considere toda a diversidade e significados presentes no ato de alimentar-se.

Tais ações, no âmbito dos serviços de saúde brasileiro, estão regulamentadas através de normas do Ministério da Saúde (MS), que instituem diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de governo (MS, 2006; MS, 2007).

Esse quadro suscitou o interesse em utilizar o conhecimento sobre avaliação de programas para avaliar as intervenções disponíveis na rede básica de atenção do município do Rio de Janeiro e identificar o grau de implantação destas. Pretende-se com esta dissertação obter as respostas para as seguintes questões:

As ações de educação nutricional no atendimento em equipe direcionado ao manejo da obesidade em adultos residentes do Município do Rio de Janeiro estão implantadas conforme

preconizado? Quais seriam os fatores facilitadores e dificuldades relacionadas aos contextos onde ocorrem essas ações?

No segundo capítulo será apresentado o referencial teórico que englobará os seguintes tópicos: a) a epidemiologia da obesidade, b) as abordagens sobre a prevenção e controle da obesidade e c) as abordagens da educação em saúde. O objetivo deste capítulo é o de traçar um panorama sobre a obesidade e as abordagens educativas voltadas para o tratamento e controle de obesidade. O tópico que versa sobre as abordagens de educação em saúde atende ao propósito de apresentar como se constituem as estratégias educativas no campo da saúde para usá-las como base na comparação com as identificadas no município do Rio de Janeiro.

O terceiro capítulo apresentará as bases conceituais da avaliação de programas. Neste item o conceito de avaliação de programas assim como as abordagens existentes serão apresentados, bem como os conceitos de avaliação de processo, de implementação e do monitoramento de performance. Posteriormente, será esmiuçada a avaliação de implementação, seus usos e principais aplicações.

O quarto capítulo compreende os passos que constituem o Modelo Operacional da Avaliação (MOA). Nele apresentaremos a estrutura da avaliação em questão que contará com a descrição da intervenção, o modelo lógico da intervenção, interessados e usuários potenciais da avaliação, perguntas avaliativas, foco e abordagem da avaliação, desenho da avaliação e usos e difusão dos resultados.

O quinto capítulo corresponde aos resultados do estudo. Os resultados estão apresentados em três seções: resultados do caso A; resultados do caso B e a descrição do grau de implementação de ações de educação nutricional no atendimento direcionado ao manejo da obesidade em duas unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro.

O sexto capítulo contém as lições aprendidas com essa pesquisa avaliativa, ou seja, a partir dos resultados foi feita uma análise comparativa do que foi encontrado com a teoria de avaliação de programas, educação em saúde e da situação epidemiológica brasileira relacionada à obesidade.

No último capítulo foram apresentadas as conclusões e as recomendações destinadas a cada unidade separadamente. Importante destacar que o item das recomendações, no caso desse estudo, auxilia muito na tomada de decisão sobre os ajustes necessários.

CAPÍTULO II - REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo serão apresentados os aportes teóricos sobre a epidemiologia da obesidade, as abordagens sobre prevenção e controle da obesidade e as abordagens da educação em saúde.

O tópico relacionado à epidemiologia da obesidade tem como objetivo contextualizar a situação do agravo no âmbito nacional. A aproximação com o perfil desta situação nos permitirá situar melhor o problema da diversidade no município do Rio de Janeiro.

As abordagens em relação à prevenção e controle da obesidade estão representadas em suas diversas vertentes para que possamos verificar quais as intervenções descritas na literatura para o controle da obesidade.

O último tópico do capítulo - abordagens da educação em saúde são apresentadas para que se possa traçar um panorama das correntes de pensamento presentes no campo da educação em saúde e o intuito é o de verificar de que forma estas dialogam com as ações educativas no interior dos serviços de saúde.

2.1) A epidemiologia da obesidade

No cenário contemporâneo o aumento das prevalências de obesidade é um evento que vem afetando todas as faixas etárias e grupos socioeconômicos em países com diferentes padrões de desenvolvimento econômico. Este problema levou a Organização Mundial de Saúde a classificar a obesidade como uma nova síndrome mundial, ainda que o debate da atualidade seja de escassez de alimentos (Dutra et. al, 2006 e Lima & Sampaio, 2007).

As prevalências de obesidade vêm aumentando em países desenvolvidos nas últimas décadas. A melhoria da condição socioeconômica está associada com um decréscimo na prevalência de obesidade nas mulheres, aspectos genéticos e sua interação com o meio obesogênico também tem sido objeto de estudos que visam explicar o aumento nas prevalências do agravo (Loos; Bouchard, 2003; Cercato, 2006, CDC, 2008) . Por outro lado, nessas sociedades a relação entre o nível socioeconômico e a obesidade em homens é complexa e pouco compreendida (Pereira et al, 2003).

A presença de um percentual de gordura acima do considerado adequado para idade e sexo determinará a classificação do indivíduo como obeso. Esta é uma medida de difícil mensuração por meios diretos, cuja dificuldade está relacionada ao custo, impossibilidade de aplicação em larga escala e por se tratar de método laboratorial. Segundo Anjos (2006), Alguns exemplos de métodos

utilizados são: aferição por meio de aparelhos de bioimpedância, cálculo através da pregas cutâneas entre outros.

O método de escolha para a avaliação clínica e em estudos populacionais tem sido o índice de Quételet, devido à alta correlação com o percentual de gordura corporal, mais conhecido como índice de massa corporal (IMC), que é composto pela massa corpórea (kg) / altura (m²) (Sichieri, 1998; Anjos, 2006).

Segundo a OMS, o Consenso Latino Americano de Obesidade e o Ministério da Saúde, deve-se considerar três níveis de classificação: a obesidade classe I com IMC 30,00 - 34,99 Kg/m²; a obesidade classe II com IMC 35,00 - 39,99 Kg/m²; e a obesidade classe III com IMC > 40,00 Kg/m². A mesma classificação foi adotada, em 2000, pela North American Association for the Study of Obesity (NAASO) e National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI).

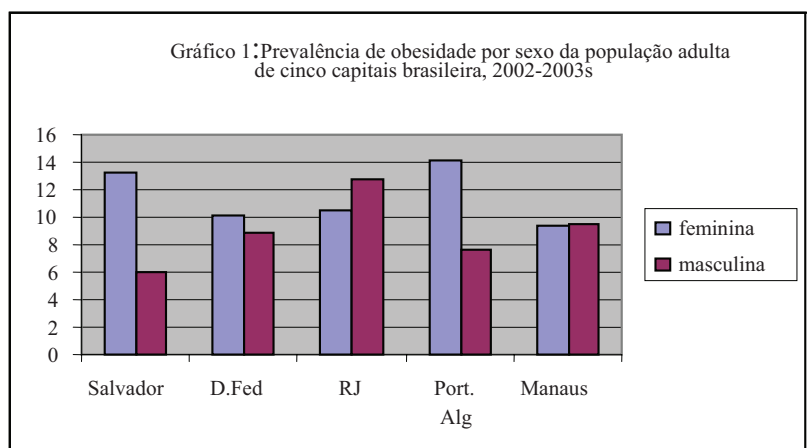
O panorama da evolução nutricional da população brasileira, observado através de inquéritos antropométricos realizados desde início da década de 70, revela nas duas últimas décadas mudanças em seu padrão. As tendências temporais da desnutrição e da obesidade definem uma das características marcantes do processo de transição nutricional no país. Ao mesmo tempo em que aumenta a prevalência da obesidade em crianças e adultos em ritmo bem acelerado, declina a ocorrência da desnutrição (Valente, 2002; Castro; Anjos & Lourenço, 2004; Sichieri, 2007).

No período de 1975 a 2003 ocorreu, na população de faixa etária adulta, uma redução de prevalência de baixo peso na ordem de 50% em todo o país. No entanto, no mesmo período observou-se que as taxas de sobrepeso dobraram e as de obesidade triplicaram (Anjos, 2006). As estimativas de prevalência de obesidade para a população masculina brasileira, independente da classificação desta, para o ano de 2005 eram de 8.7 % e na feminina de 18.3%. (WHO, 2008) Estes dados se aproximam dos valores para prevalência gerados pela Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), realizada no período de 2002-2003, 8,9% em homens e 13,1% em mulheres.

As prevalências relacionadas à obesidade, em adultos, são muito variáveis e fortemente determinadas pelo sexo. A prevalência de excesso de peso aumenta de acordo com o poder aquisitivo, especialmente entre os homens afetando principalmente os homens de classes sociais mais altas e as mulheres de menor nível socioeconômico. Os dados podem variar, dependendo do país ou entre as regiões de um mesmo. A POF (2002-2003) demonstrou que a tendência de aumento da prevalência em homens em todas as regiões do país é decrescente ou estagnada em relação à população feminina (IBGE, 2004; MS, 2006).

Pelos dados da POF, a região Sul apresenta prevalência de 10% em relação à população masculina e 15% para a feminina. Estes valores se diferenciam aos encontrados na região Sudeste (13% homens e 10% mulheres) e na Nordeste (12% homens e 7% em mulheres) (IBGE, 2004).

No Município do Rio de Janeiro, as prevalências relacionadas à obesidade, segundo a POF (2002-2003) são de 11,1% para a população masculina e de 12,1% para a feminina. Comparando essas prevalências com as de grandes cidades de outras regiões (Salvador, Manaus, Distrito Federal e Porto Alegre) observamos que o município apresenta as maiores taxas de prevalência em relação ao sexo masculino, já no que se refere ao sexo feminino é superado apenas pelas prevalências encontradas em Salvador (13%) e Porto Alegre (Gráfico 1). A obesidade está presente com maior intensidade nas populações de baixa escolaridade (fundamental incompleto) e renda (INCA 2004).



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Índices de Preços, Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003.

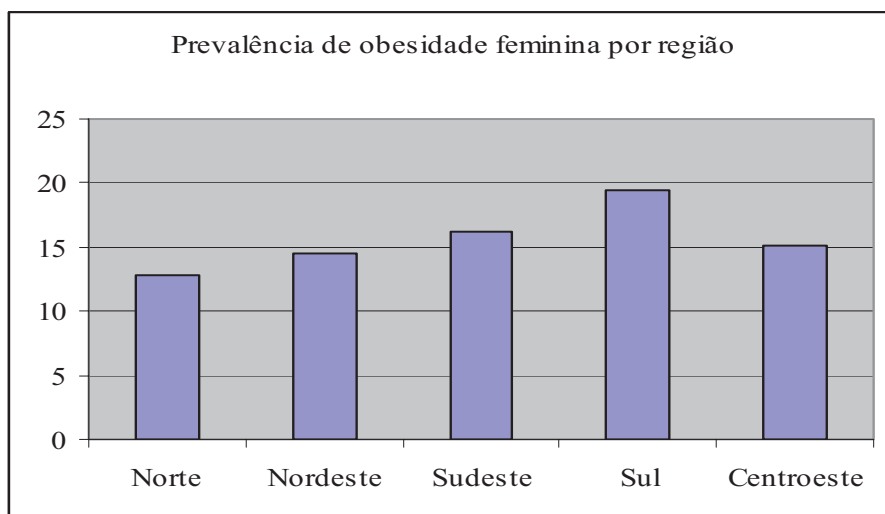
A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança (PNDS), realizada em 2006, levantou o estado nutricional de mulheres entre 15 e 49 anos de idade. Esta pesquisa encontrou uma prevalência de obesidade nesse grupo populacional de 16%, muito acima do identificado pela POF (2002-2003). Este fato nos remete ao crescimento do número de casos e a confirmação deste agravo como problema de saúde pública na população brasileira (IBGE, 2004; MS, 2008).

Nesta mesma pesquisa, como consta no (Gráfico 2), a distribuição da prevalência por regiões do País evidencia que a região Sudeste com 16,2 % sendo superada apenas pelo Sul com prevalência de 19,4%. A região Norte e Nordeste que apresentam as menores prevalências também são as regiões onde são encontradas parcelas da população com maior déficit alimentar, ainda que possamos considerar que essa prevalências não sejam tão baixas.

De acordo com os achados da PNDS a obesidade feminina aumenta com a idade e está diretamente relacionada ao número de filhos. Quanto à escolaridade, as prevalências de obesidade são de 12,9 % em mulheres com nenhum nível de escolaridade. Com o aumento da escolaridade as taxas seguem aumentando até a faixa de cinco a oito anos de estudo, a partir daí há um decréscimo até 12,9% em mulheres com mais de 12 anos de estudo. A pesquisa não relaciona renda à obesidade e, quanto à escolaridade, demonstra que mulheres sem estudo apresentam as mesmas prevalências das com 12 ou mais anos de estudo (MS, 2008). A relação de obesidade com escolaridade apresentada pela PNDS contradiz a relação inversamente proporcional encontrada em outros estudos como de Gingante et al (1997), realizado em Pelotas, que observou-se relação inversa entre obesidade e nível de escolaridade.

Essa questão é importante do ponto de vista do planejamento dos materiais didáticos utilizados em programas educativos para reeducação alimentar, ao considerar o aspecto da adequação deles às necessidades da população em questão.

Gráfico 2:



Fonte: Relatório da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança (PNDS).

Os achados da PNDS contrariam a afirmação da tendência de diminuição, em relação à população feminina, de casos de obesidade. Além disso, a população estudada não englobou a população idosa fato que, dado a dinâmica populacional brasileira que demonstra um afunilamento da pirâmide etária apontando para um envelhecimento da população, pode subestimar o número de casos de obesidade devido a a grande relação entre acúmulo de peso e idade.

Nessa nova configuração da população há uma maior quantidade de mulheres acima de 49 e que pelo processo de envelhecimento e as conseqüências decorrentes deste, pela diminuição da atividade laboral (aposentaria) e mudanças metabólicas (menopausa), apresentam um maior risco de acúmulo de gordura corporal. Essa realidade demonstra que se a prevalência em mulheres na idade reprodutiva aumentou, esse pode ser um indicativo que ela também o tenha feito na faixa não contemplada pela pesquisa (MS, 2008).

Outros fatores de risco podem estar associados ao desenvolvimento da obesidade. Segundo Gigante et al (1997) em seu estudo realizado na cidade de pelotas, hipertensos e diabéticos tem risco 2,6 vezes maior de desenvolver obesidade em relação a pessoas com outras patologias. Em relação a genética , apesar da importância do ambiente ser um fator determinante do genótipo, nesse estudo a relação entre história familiar de obesidade com o desenvolvimento desta no individuo foi positiva.

A combinação da ingestão de uma dieta hipercalórica, seguindo o padrão alimentar ocidental, com a diminuição da atividade física ocasionada pela substituição da atividade laboral pesada por uma mais leve tem sido associado ao aumento da prevalência da obesidade na atualidade (Pereira et al, 2003; Santos, 2005).

Com a obesidade podem estar associadas uma série de comorbidades (diabetes, hipertensão, doenças cardíacas, asma, dislipidemias , câncer entre outras) que limitam a vida do indivíduo acometido e podem gerar conseqüências mais graves evoluindo até o óbito (Gigante et al, 1997).

Partindo da constatação de que a obesidade se constitui na atualidade em um problema de saúde pública global, foram pensadas estratégias de prevenção, combate do aumento do número de casos e de tratamento. Em ambos os aspectos de abordagem desse problema temos a utilização de ações educativas. No próximo item desse capítulo serão apresentadas as correntes pedagógicas que norteiam algumas dessas ações do âmbito dos serviços de saúde.

2.2 - Abordagens sobre prevenção e controle da obesidade.

No Brasil, as primeiras ações relacionadas ao controle específico da obesidade datam de 1999 com a instituição da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) implantada pela Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN). Dentre as diretrizes propostas por esta política estão a promoção a práticas de alimentação saudáveis e a prevenção e o controle da obesidade (MS, 2003).

Essas ações, tratando mais especificamente em relação à prevenção e controle da obesidade, foram intensificadas com a publicação do Caderno de Atenção Básica com a temática da obesidade e pela Portaria Ministerial n. 1.569, que institui as diretrizes voltadas para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade (MS, 2006; MS, 2007).

A equipe interdisciplinar para o tratamento da obesidade, seguindo a mesma linha das abordagens utilizadas no manejo de doenças como diabetes e hipertensão, é indicada como forma de englobar características relacionadas ao comportamento social, aspectos médicos, nutricionais e a prática de atividade física (Rippe, Arone, Coulston et. al, 1998; Silva, 2002; Duchesne et al, 2007).

A Força Tarefa (*The Task Force on Community Preventive Services*) identificou, em seu estudo avaliativo para verificação da efetividade das intervenções, a existência de intervenções baseadas em educação nutricional, prescrição de atividade física aeróbica e prescrição de atividade física, treinamento em técnicas comportamentais, prescrição dietética individual, exercício supervisionado em grupo ou não e materiais auto educativos (IOFT, 2008).

Katz et. al (2005), pesquisadores responsáveis pela avaliação citada acima, teceram recomendações baseadas em evidências sobre a efetividade das intervenções. As abordagens de sucesso foram aquelas que permitiram uma diminuição de peso maior ou igual a quatro libras (1,8 kg) mensuradas após seis meses de intervenção. O ponto de corte foi escolhido através de consensos entre especialistas e através da literatura científica que demonstrava melhora nos perfil lipídico, na prevenção da síndrome metabólica, hipertensão e diminuição de gordura visceral entre os órgãos com destaque para esteatose hepática.

As abordagens direcionadas ao controle da obesidade tem se concentrado, na visão de Francischi et al (2000) em quatro vertentes: a) a da restrição energética associada ou não a atividade física, b) tratamento farmacológico e cirúrgico e c) mudança de comportamento e atividades de prevenção. Abaixo será apresentada uma breve discussão sobre cada uma delas.

a) Restrição energética associada ou não a atividade física

As atividades centradas na restrição energética estão baseadas no conceito de que a obesidade está relacionada ao balanço positivo de energia. O individuo passa a consumir mais calorias do que é necessário para desempenhar as suas atividades diárias e manter seu organismo funcionando adequadamente. A consequência é um acúmulo de tecido adiposo. A estratégia de restrição

energética pretende diminuir a quantidade de calorias consumidas e, associada à atividade física ou não, obrigar o organismo a mobilizar as reservas localizadas no tecido adiposo.

Para Francischi et al. (2000), a adoção da restrição energética severa debilita o paciente e com o passar do tempo a diminuição de peso tende a estagnar. Uma opção é associar restrição calórica a atividade física com o objetivo de preservação da massa magra e aumento da queima de energia.

Segundo Rippe, Arone, Coulston (1998) intervenções focadas somente na perda de peso, representadas por dietas padronizadas descoladas dos aspectos relacionados à diminuição do impacto psicossocial da obesidade, das preferências individuais e sociais não vem apresentando bons resultados. O resultado da aplicação desse tipo de abordagem normalmente é a frustração do técnico e a do usuário, levando a desmotivação do paciente no caso de um pequeno aumento de peso (Boog, 2004).

As intervenções criativas e flexíveis, que levam em consideração a percepção do próprio usuário sobre sua condição são as indicadas por esse grupo de especialistas, ou seja, considerando a o comportamento alimentar como algo complexo que faz intrincamentos com questões sociais, psicológicas econômicas culturais entre outras.

A pura restrição calórica não significa controle efetivo da obesidade “*cookbook approach*”, segundo os autores, este não se sustenta em longo prazo. A valorização nas mudanças positivas presentes nos exames sanguíneos é apontada como uma estratégia de diminuir, no caso de pacientes com comorbididades, a resistência para a perda de peso ocasionada por um passado negativo nesse sentido, ou seja, colocar a saúde como um somatório de conquistas e não sacrifício para esses pacientes. - são muitos os caminhos para uma saúde – postulado semelhante ao colocado pelo programa *NEW You: Health for every body* (Wardlaw, 2005; Rippe, Arone, Coulston 1998).

A inclusão da família no tratamento da obesidade é uma forma de controlar a obesidade do usuário em questão e de prevenir recaídas e outro caso. Outra vantagem no envolvimento da família é a de prevenir a ocorrência de obesidade e doenças crônico degenerativas. O histórico familiar, em relação a esses agravos, demonstra forte correlação.

b) tratamento farmacológico ou cirúrgico

O tratamento farmacológico é indicado, segundo a OMS, somente em casos de obesidade de alto risco, ou seja, na qual já represente risco de vida ao paciente. Nesta situação clínica a medicação deve ser administrada e acompanhada de avaliação médica de forma que sejam

avaliados os benefícios. As drogas normalmente utilizadas são anfetaminas, fenfluraminas, fenterminas, dietilpropiona entre outras.

Neste caminho, muitos indivíduos e, alguns profissionais buscam uma solução milagrosa que não existe e que pode gerar uma série de malefícios a saúde. Insônia, taquicardia, lesão de válvulas cardíacas e distúrbios no trato gastrointestinal são alguns dos efeitos colaterais desse tipo de medicação (Francischi et. al, 2000; MS, 2006).

Esse tipo de tratamento auxilia na perda de peso mais rapidamente, mas não encerra a questão fundante da instalação do quadro da obesidade, sendo, portanto importante associá-lo as abordagens de mudança de comportamento e reeducação alimentar associada a aumento da atividade física. (Rippe, Arone, Coulston, 1998)

O tratamento cirúrgico, outra proposta para o controle e tratamento de obesidade em estágio mais avançado, é indicado de tratamento cirúrgico (gastroplastia) ocorre quando todos os tratamentos acima relacionados não conseguiram diminuir a massa corporal e esta atingiu níveis muito altos (IMC acima de 35 associado à co-morbidades como pressão alta, diabetes e dislipidemias ou IMC acima de 40) a ponto de apresentar risco à vida (MS, 2006).

c) Mudança de comportamento e atividades de prevenção.

A abordagem baseada em mudança de comportamento e atividades de prevenção: Os tratamentos orientados para a mudança de comportamento são baseados na idéia de que, além de fatores biológicos, fatores cognitivos e emocionais estão associados ao sobrepeso e obesidade. Estudos demonstram que a terapia comportamental cognitiva tem resultados positivas na perda de peso em curto prazo (Ades e Kerbaury, 2002).

O auto-monitoramento faz parte do programa de mudança comportamental e consiste em auto-observação dos fatos, sentimentos pensamentos e atitudes que ocorrem antes, durante e após as tentativas de manter um comportamento prudente ao se alimentar e na prática de exercícios físicos (Francischi et. al, 2000).

As ações de prevenção da obesidade já extrapolam a área da saúde. Intervenções na legislação de rotulagem de alimentos, em relação à propaganda de alimentos infantis e direcionados a adolescentes, em relação às restrições de alimentos ricos em gorduras e sódios da alimentação escolar são alguns exemplos (Serra, 2003; Santos, 2005).

As intervenções em relação à restrição ao acesso a alimentos com alta densidade calórica têm demonstrado sucesso e têm sido adotados em populações como de reservas indígenas Apaches. Nestes locais o controle de alimentos comercializados na reserva é um dos métodos de controle da obesidade nesse grupo (Francischi et al, 2000; Curran, S. et. al, 2005; Anjos, 2006; MS, 2006; Paiva, 2007; Cohen, 2008).

Esse tipo de abordagem tenta controlar o acesso em grande escala e a preços baratos a alimentos com alta densidade calórica. Cohen (2008) tem como hipótese que, nos Estados Unidos, por exemplo, a questão não parece ser a ausência de informação sobre alimentação saudável e sim algo relacionado ao comportamento durante o ato de se alimentar. Segundo a autora o ato de se alimentar não está tão racionalizado a ponto de que possamos controlar a epidemia contando com o comportamento individual.

A teoria de Cohen (2008) é de que a disponibilidade de alimentos em grande escala, a propaganda agressiva da indústria alimentícia desbancam qualquer informação passada através de guias alimentares, pirâmide nutricionais entre outras intervenções.

As estratégias apresentadas acima, normalmente, são combinadas num mesmo programa de emagrecimento. No Brasil o planejamento de ações de controle e prevenção da obesidade tem como base as diretrizes preconizadas pela OMS através da Estratégia Global sobre dieta, atividade física e saúde. O reflexo desse movimento no Brasil foi à criação de uma série de guias alimentares (Guia da Alimentação saudável) para a população de acordo com a faixa etária (MS, 2006).

O guia brasileiro recomenda: manter o equilíbrio energético e o peso saudável; limitar o consumo de alimentos com alto teor de gordura com ênfase para gorduras trans; aumentar o consumo de frutas e verduras, vegetais, cereais e frutas secas; limitar o consumo de sódio e consumir sal iodado e manter-se ativo durante toda a vida (MS, 2006).

A intervenção proposta para o controle da obesidade pelo MS combina as abordagens relacionadas ao controle de ingestão calórica e atividade física e contempla concomitantemente a abordagem da mudança comportamental. Em casos extremos de fracasso dessa alternativa os tratamentos farmacológico e cirúrgico são adotados. No entanto, mesmo no caso de cirurgia os pacientes passam por um período pré-operatório no qual recebem informações sobre mudanças alimentares entre outros aspectos, ou seja, de mudança comportamental, com o objetivo de prepará-los para conviver com a dieta restrita e prevenir o ganho de peso (MS, 2007).

Na visão de Rippe (1998) e Duchesne (2007) a prescrição de dietas e aplicação de manuais não leva a mudança nos hábitos alimentares destes indivíduos. O modelo de "Mudança

Comportamental" descreve a seqüência das motivações pessoais envolvidas na alteração do comportamento dos indivíduos, caracterizada pelas fases de precontemplação (sem intenção de mudar), contemplação (conscientização da necessidade de mudar), preparação (planejamento da mudança), ação (realização da mudança) e manutenção (sustentação da mudança mesmo diante das pressões) (Prochaska et. al., 1992).

Na perspectiva de Stuart (2002), a intervenção que visa essa linha no controle da obesidade deve basear-se na resolução das questões relacionadas ao comportamento em quatro momentos: 1) no momento anterior ao início do tratamento; 2) no momento que o paciente toma a decisão de perder peso; 3) durante o programa de emagrecimento na a manipulação da necessidade de alimentar-se no sentido da escolha dos alimentos e 4) acompanhamento após o período de tratamento.

Esses passos indicados acima são baseados, assim como os programas comportamentais para perda de peso em geral, no pressuposto de que o controle da perda de peso se dá de forma duradoura se baseada no auto-reforçamento dos objetivos da mudança comportamental (Ades e Kerbaury, 2002).

Estas etapas estão centradas na capacidade individual de transformação do comportamento pelo usuário e cada etapa é uma tarefa a ser cumprida para o sucesso do processo de transformação comportamental (Mendes, 2006). O termo "mudança de hábitos alimentares" tem sido utilizado como sinônimo de mudança de comportamento.

Duchesne et al (2007) sinaliza que 30 % dos indivíduos que procuram atendimento para controle de obesidade apresentam transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP). Este transtorno é caracterizado por episódios de compulsão alimentar recorrentes mesmo na ausência de fome. As conseqüências são tanto de ordem psicológica (sentimentos de culpa, vergonha e/ou repulsa por si mesmo entre outros) como orgânica (aumento de peso e maior risco de surgimento de comorbidades relacionadas).

Neste contexto de obesidade associada à TCAP a abordagem de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem sido aplicada. Normalmente a terapia parte do pressuposto de que a modificação de padrões distorcidos relacionados à imagem corporal e a padrões negativos relacionados ao peso e alimentação seria o foco do tratamento.

Nesta mesma linha Wardlaw (2005) coloca o programa "*A NEW You: Health for every body*" baseado no conceito de alimentação saudável, implantação da atividade física e respeito à diversidade. A filosofia do programa esta embebida na questão do respeito às diferenças sejam elas

em relação à obesidade ou outros aspectos com altura ou qualquer outra limitação corporal. Os educadores são orientados no sentido de trabalhar as questões nutricionais e de atividade física incorporando as questões relacionadas ao reforço da auto-estima dos participantes.

Neste programa (“ *A NEW You: Health for every body*”) os objetivos são de atribuir novas concepções em relação à imagem corporal, alimentação saudável descolada da idéia da dieta (a não-dieta) e da prática da atividade física em busca de um estilo de vida saudável. Esta intervenção está baseada em um misto de concepções ideológicas de educação, são elas: na mudança de comportamento (Transtheoretical Model- of behavior change 10 targets), numa abordagem baseada no modelo ecológico , ou seja, leva em consideração aspectos como contexto familiar, societal, pessoal etc; e probably draws vem sob inspiração do modelo Cognitivo (Social Cognitive theory)

Ao que parece, o grau de satisfação com a imagem corporal parece estar mais associada ao sistema de crenças do individuo do que com o grau de obesidade, ressaltando a importância de abordagens que desconstruam esse sistema de crença nos programas de tratamento e controle da obesidade de forma que o sujeito melhore sua relação com a imagem corporal (Wardlaw, 2005 Duchesne et. al., 2007).

Durante esta intervenção são utilizadas técnicas cognitivas e comportamentais para mudanças do padrão de consumo alimentar. Em relação às últimas podemos citar a técnica de automonitoração (observação sistemática e registro dos alimentos ingeridos e das circunstâncias associadas, técnicas para controle de estímulos (envolvem a identificação das situações que favorecem a ocorrência da compulsão alimentar e o desenvolvimento de um estilo de vida que minimize o contato do paciente com essas situações) e o treinamento em resolução de problemas, que ajuda o paciente a desenvolver estratégias alternativas para enfrentar suas dificuldades sem recorrer á alimentação inadequada.

A TCC (Terapia Cognitivo-Comportamental) também tem enfoque na prevenção de recaídas. Normalmente os programas são semi-estruturados, implementados na forma de grupo mais ou menos de dez pacientes e com duração de 12 sessões de 90 minutos.

A eficácia da associação, no tocante ao emagrecimento, foi maior no caso da associação da terapia à orientação nutricional e atividade física. Os autores relatam que a TCC em sua forma pura acarreta benefícios em relação à melhora dos sintomas psicopatológicos dos transtornos alimentares, mas que a diminuição significativa de peso não é observada (Duchesne et.al., 2007)

2.3-Abordagens da educação em saúde

Foram apresentadas acima as abordagens documentadas, na literatura científica voltada para a prevenção e controle da obesidade. As intervenções citadas acima estão permeadas por uma ou mais correntes pedagógicas a alquimia entre estas correntes de pensamento, o público alvo das ações e o contexto em que estas ocorrem é que determinará o seu sucesso ou não.

Intervenções em saúde não são inócuas, ou seja, ocorrem em um contexto tanto social como político e, por isso, estão impregnadas pelas correntes de pensamentos (no caso da educação) presentes num dado momento histórico de sua existência. Nessa perspectiva, abaixo traçaremos um panorama histórico da educação em saúde apresentando algumas filosóficas do pensamento pedagógico que tem orientado ações educativas nos serviços de saúde (Schall e Struchiner, 1999).

A educação em saúde tem importância histórica no campo da Saúde Pública como fortalecedora das intervenções em saúde. Este campo de conhecimento agrega distintas ciências, como educação, saúde, sociologia, antropologia entre outras, o que o torna complexo devido à convergência de diferentes concepções.

A educação na área de saúde, chamada "educação higiênica" no final do Séc. XIX tinha como o enfoque os determinantes biológicos e estava direcionada à produção científica sobre o tema nas primeiras escolas de medicina, e no interior destas, dos primeiros estudos sobre alimentação da população brasileira (Vasconcelos, 2007).

Na década de 1920 surgem o conceito de "educação sanitária" que partia da concepção de saúde pública baseada no modelo higienista preventista. Neste momento a educação em saúde ocorre fundamentada na pedagogia tradicional na qual se parte da concepção de que aonde o educando recebe passivamente as informações do educador (Melo, 2005).

A educação sanitária, que surgiu em meados da década de 1940, caracterizou-se por chamar, através de campanhas, a população a participar de ações para prevenção dos agravos à saúde. Esta concepção predominou até meados de 60 quando com a instalação do regime militar a participação popular foi excluída e os órgãos responsáveis por essas ações se tornaram divulgadores de campanhas de saúde pública totalmente verticalizadas.

O termo "educação em saúde" surge após 1967 com a inclusão de profissionais de saúde nas equipes que atuaram na área, antes constituídas apenas por educadores. Nos anos 70, a educação em saúde prosseguiu baseando-se em campanhas e cada vez mais dialogando com o modelo de história natural da doença de Leavell e Clark (Melo, 2005).

Esta aproximação promoveu uma abordagem com foco nos aspectos biológicos da educação em saúde distanciando-a cada vez mais de uma participação política (entendendo por movimentação política, questões ligadas à cidadania e bem estar, como é o caso das ações de educação em saúde participativas) ativa do usuário. É a partir desse período, seguindo o movimento pela redemocratização no país, que movimentos sociais como o feminista, o da reforma sanitária, grupos pastorais entre outros lutavam por participação nas instancias decisórias (Vasconcelos, 2001).

A demanda atual é por ações de educação em saúde que propiciem a integralidade dos sujeitos e a participação destes nessas atividades. Essa conjuntura nos leva a discutir os conceitos e abordar as principais linhas de educação em saúde presentes nos serviços de saúde. As correntes de pensamento abordadas acima aparecem foram apresentadas seguindo uma linha temporal. No entanto, podemos observar em uma mesma intervenção a influencia de mais de uma corrente de pensamento que guiará a abordagem pedagógica.

Convivem hoje, segundo Stotz (1993), quatro correntes de pensamento no âmbito da educação em saúde nos serviços. São elas: as de enfoque educativo, preventivo, radical e de desenvolvimento pessoal. Schall e Struchiner (1995) apontam as abordagens pedagógicas humanista, a comportamentalista e a abordagem político-social como mais influentes na prática educativa em saúde.

A ênfase na técnica e objetividade e na administração de conhecimentos empíricos é uma forte característica da escola tecnicista e traduz a força do positivismo e da ciência na educação. Alguns traços dessas escolas podem ser observados tanto nas abordagens apresentadas por Stotz (1993) quanto por Schall e Struchiner (1995).

A abordagem comportamentalista gerou o que é considerado na saúde como a abordagem tecnicista. Realmente a similaridade entre esta e a tendência pedagógica que leva o mesmo nome é facilmente percebida. Ambas têm o foco na realidade objetiva dos fatos, na metodologia de transmissão do conhecimento e na qualidade técnico-científica deste conhecimento (Libaneo, 1989; Aranha, 1996; Schall e Struchiner, 1995, Parker et al, 1995).

Os enfoques educativo, preventivo e de desenvolvimento pessoal, apresentados por Stotz (1993), se assemelham a escola tecnicista, principalmente, no que diz respeito ao papel do educador / profissional de saúde no processo e pela crença da mudança de hábitos descolada da noção de contexto socioeconômico e político.

O enfoque educativo caracteriza-se por manter o educador, profissional de saúde, como sujeito da ação e tem como objetivo a compreensão por parte do indivíduo. O âmbito da ação

engloba tanto indivíduos que freqüentem os serviços de saúde como na sociedade em geral. O princípio orientador é o de eleição informada sobre os riscos

O preventivo, assim como o educativo, caracteriza-se por manter o educador, profissional de saúde, como sujeito da ação e tem como objetivo o comportamento saudável ou estilos de vida saudáveis. A ação se restringe aos indivíduos que freqüentem os serviços de saúde e está baseado no pressuposto de que a mudança comportamental individual é a principal via de controle de fatores de risco relacionados às doenças não transmissíveis (obesidade, câncer, hipertensão entre outras).

Aquele que diz respeito ao desenvolvimento pessoal, em concordância com os anteriormente citados, o educador como centro da ação educativa e o pressuposto de que o indivíduo é capaz de reagir à determinada doença se imbuído de informações adequadas sobre tratamento e prevenção de dado tipo de agravo. O âmbito da ação, assim como no enfoque educativo, engloba tanto indivíduos que freqüentem os serviços de saúde como na sociedade em geral.

O radical se destinge das corrente citadas acima nos seguintes aspectos: 1) O sujeito da intervenção passa a ser compartilhado entre profissional de saúde e usuário do serviço; 2) o objetivo é o de despertar uma consciência social em relação à saúde; 3) ações não são pensadas em relação a indivíduos e sim voltadas às coletividades; 4) a estratégias para a transformação do quadro de doenças e a via política por meio de aprovação de legislação para garantir melhores condições de vida à população. No entanto, o seu princípio orientador da ação educativa assemelha-se a o do enfoque preventivo no sentido de que considera a persuasão importante.

Esta abordagem guarda semelhanças com a política social relatada por Schall e Struchiner (1998) ambas consideram o educando como sujeito social capaz de transformar a realidade na qual está inserida. Os métodos são baseados na reflexão da realidade com abertura para discussão destas e estimulação a mudanças no âmbito coletivo problematizando questões (Stotz, 1993; Freire, 1989).

Segundo Aranha (1996), o método usado para educar na tendência tecnicista é o taylorista, ou seja, a divisão de tarefas entre os diversos técnicos para o que o conteúdo administrado leva ao comportamento esperado. A autora também coloca a influencia da filosofia positivista (oriundo da tendência empirista e coloca o objeto a frente do sujeito) e da psicologia behaviorista (o objetivo pedagógico esta centrado na mudança comportamental).

Outra classificação é feita por Libaneo (1989), ele classifica as tendências pedagógicas da educação brasileira em não-críticas e críticas e podemos aproximá-las do que ocorre na prática da educação em saúde. As escolas não-críticas incluem a escola tradicional, a escola nova e a escola

tecnicista e as críticas englobam a escola libertadora, a escola libertária e a crítico social dos conteúdos.

As tendências pedagógicas representadas pelas teorias não críticas identificavam como papel principal a equalização social no sentido de adequação do individual à sociedade em que está inserido. Normalmente, na escola nova há uma tentativa de envolver o educando, o professor/profissional é a autoridade que dita o conteúdo e a forma de administração (Libaneo, 1989).

As escolas críticas da educação (libertadora, a escola libertária e a crítico social dos conteúdos) trabalham a educação como base para o questionamento do papel do educando da sociedade e a crítica a realidade apresentada, diferente das escolas não-críticas que trabalham com a realidade como dada. O educador tem papel de moderador e a metodologia é mais flexível e discutida. A abordagem política social (Schall & Struchiner, 1995) e o enfoque radical (Stotz, 1993).

A primeira - abordagem política social - que tem como um de seus expoentes Paulo Freire e coloca a educação como algo político e prima pela relação dialógica entre educador e educando. A problematização da realidade dos educandos é utilizada para levar a reflexão e a transformação da realidade.

Extrapolando essa concepção para a prática educativa em saúde, podemos colocá-la como a discussão entre a adoção de uma visão holística do paciente em contraste com o que ocorre a abordagem fragmentada do sujeito adotada, em muitos locais, por profissionais e instituições (Alter; Ergan, 1997; SESSP, 2001).

No caso da intervenção para controle da obesidade influenciada pela corrente preventiva, o profissional vai informar ao paciente sobre as conseqüências negativas deste quadro para sua saúde e apresentar os conhecimentos necessários para a diminuição de gordura corporal até níveis recomendados como saudáveis.

Na intervenção com enfoque educativo a estratégia estará orientada de forma que o obeso possa compartilhar com o profissional suas crenças e valores em relação à obesidade (ex; sentimentos de exclusão social, prazer em relação ao ato de alimentar-se entre outros.). Desta forma, o educador oferece instrumentos ao paciente no intuito de controlar o seu quadro de obesidade respeitando o lugar do sujeito do usuário do serviço ou de qualquer pessoa fora dele.

No enfoque de desenvolvimento pessoal a intervenção será semelhante ao exemplo colocado para o enfoque educativo. A diferença será na responsabilização do indivíduo e na valorização do trabalho em grupos que no enfoque de desenvolvimento social é enfatizada.

Neste capítulo foram apresentados um panorama da situação da obesidade no Brasil e mundo, as principais correntes pedagógicas das ações educativas em saúde e algumas das intervenções para controle e tratamento da obesidade. No próximo capítulo abordaremos as bases conceituais da avaliação de programas com objetivo de localizar o referencial teórico utilizados para a construção desta avaliação.

CAPÍTULO III – BASES CONCEITUAIS DA AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS

Neste capítulo serão apresentadas as bases conceituais da avaliação de programas. Esse tópico conta com um pequeno histórico em relação à avaliação de programas, com o conceito de avaliação de programas e um panorama em relação às abordagens existentes. Nele também serão apresentados os conceitos de avaliação de processo, de implementação e do monitoramento de performance. Posteriormente, será esmiuçada a avaliação de implementação, seus usos e principais aplicações.

3.1) Bases conceituais da avaliação de programas

O conceito de avaliação tem sido debatido por uma série de autores sem que se tenha chegado a um consenso. Apresentaremos a seguir o ponto de vista de alguns autores sobre as concepções de avaliação de programas e em relação às abordagens utilizadas na realização de um estudo avaliativo.

Potvin et al (2004) definem programa como uma intervenção populacional impregnada por práticas que lhe são específicas e formam um sistema no qual há a interação do contexto externo e os atores envolvidos nas ações que ocorrem no interior do programa. Segundo a autora um programa é formado por uma estrutura, por um processo e por finalidades. A estrutura diz respeito à organização das relações entre os atores envolvidos e formaria uma rede sócio- técnica que envolveria o uso e a produção de conhecimento e ações. O processo é formado por um grupo de ações com objetivos de chegar às finalidades perseguidas pelo programa e a finalidade do programa envolveria a transformação social originada da resolução dos problemas focados pelo programa específico. Os programas, segundo Viera da Silva (2005) estão relacionados à organização de práticas através de objetivos, atividades e recursos.

Quanto aos conceitos de avaliação, Scriven (1967), que concebe a avaliação como uma prática na qual se pretende julgar o valor ou mérito de alguma atividade. Worthen et. al (2004) complementam essa definição com a idéia de que a avaliação, além de determinar o mérito do objeto, é uma forma de identificar qualidade e utilidade deste. A avaliação, para o autor, deve atentar para a construção de padrões e metodologias de coleta capazes de instrumentalizá-la para o julgamento em relação ao mérito. O julgamento foi introduzido na avaliação por Stake na terceira

geração e vinha complementar a segunda fase caracterizada como descritiva (Guba; Lincoln. 1989; Stake, 1990).

Segundo Patton (1997), a avaliação é uma atividade que envolve os principais interessados no processo avaliativo de forma que eles possam contribuir para a construção de uma avaliação útil. Essa construção pactuada do processo avaliativo ocorre mediante a coleta de dados que possam instrumentar os avaliadores e demais envolvidos na construção de critérios para o julgamento do programa ou intervenção.

Para Contadriopoulos (1997), fazer uma avaliação é analisar uma intervenção ou programa e, a partir disso, fazer um julgamento baseado em critérios, que podem ser derivados das normas determinadas pelo programa ou construídos pelo avaliador, com o objetivo verificar e/ou compreender os fatores que tornam essa ação de sucesso ou não e a relação dos contextos em relação à intervenção.

Nesta avaliação foi adotado o conceito de avaliação proposto por Contadriopoulos (1997) e abordagem proposta de Patton (1997) porque o objetivo foi construir uma avaliação focada na utilização e que considerasse a influenciado contextos na implantação de programas. O tipo de avaliação será o de implantação, formativa e focada na utilização.

A história da avaliação, segundo Guba e Lincoln (1989), tem início na área da educação com a avaliação do resultado de crianças em relação ao aprendizado do conteúdo. Exponentes desta, que seria a primeira geração da avaliação, criaram abordagens capazes de mensurar a eficiência do ser humano. O papel do avaliador era técnico e era cobrado dele a competência necessária para, na ausência de um, criar instrumentos capazes de medir alguma variável.

Após a primeira guerra mundial ascende a segunda geração da avaliação que vem responder pela demanda na avaliação de novos currículos nas escolas. Essa demanda surge devido à necessidade do aumento da qualidade das escolas secundárias para atender aos estudantes que pretendiam chegar ao ensino superior. Para tanto, Tyler desenvolveu um instrumento, através de entrevistas com os alunos, capaz de avaliar o desempenho dos alunos em respostas as mudanças propostas no currículo. Esta geração tem como características a descrição das fortalezas e fraquezas de objeto avaliado frente a um objetivo preestabelecido. O papel do avaliador era o de descrever o que se dava.

Na terceira geração, Stake (1967) chama atenção para o papel do julgamento, aliado a descrição, na avaliação. Scriven (1967) coloca a questão de serem avaliados metas e objetivos. Enfim, a necessidade de adoção de parâmetros para o julgamento e o papel de juiz do avaliador

caracterizam a terceira geração. Nesse momento sugeriram uma série de modelos de avaliação baseados no julgamento que oscilavam entre o comprometimento com o avaliador na valoração (Modelo CIPP, Modelo neo-tylerianos entre outros) (Guba; Lincoln. 1989).

Stake, embora concorde com Scriven no sentido de que a avaliação gera um julgamento da realidade a partir de valores, considera a influência dos interessados na avaliação como primordial para a realização deste julgamento. Stake lança a proposta da avaliação responsiva que, segundo o autor, envolveria os interessados na avaliação como o objetivo de: absorver o pluralismo de valores presentes entre os envolvidos no programa para obter critérios reais para o julgamento, direcionar a avaliação no sentido das atividades do programa com o objetivo de atender as demandas dos interessados e relacionar os diferentes valores encontrados ao sucesso ou falhas do programa (Stake, 1990).

A quarta geração, designada por Guba & Lincoln (1989), como avaliação construtivista responsiva sofreu influência da proposta, acima apresentada, de Stake. Ela é responsiva no sentido que pressupõe um envolvimento no sentido da negociação dos parâmetros e construtivista quando vai em direção à metodologia da avaliação que pressupõe o envolvimento de todos os usuários em um processo rebuscado de construção de sentidos (Guba e Lincoln, 1989; Greene, 2006).

Durante as décadas de 60 e 70, a avaliação do tipo de impacto era muito utilizada recebendo críticas por apoiar-se no modelo “caixa preta”. Neste modelo, o efeito do programa é analisado de acordo com as relações entre as tendências epidemiológicas da doença e o programa de controle desta. A intervenção é abordada como uma variável dicotômica (ausência ou presença da intervenção) e relativamente homogênea (Denis e Champagne, 1997).

A avaliação de impacto baseada neste modelo, além das limitações relacionadas ao custo operacional, considera que a intervenção apresenta pouca ou nenhuma variação ao ser implantada dando pouca importância aos processos ocorridos durante a implantação do programas. Estas questões (local, indivíduos envolvidos, contexto político entre outros) podem interferir, de forma negativa ou positiva, na implantação das ações propostas e nos resultados esperados.

Neste contexto de crítica ao modelo tipo "caixa preta" surge à avaliação de implantação como uma forma de "abrir" esta caixa e olhar melhor o que acontecia no meio do caminho. Este tipo de avaliação tem como objetivo relacionar a intervenção ao seu contexto (institucional e externo) e, no interior desta relação, observar os efeitos produzidos de forma a explicar o caminho que leva à implantação da intervenção de acordo com os objetivos pretendidos (Hartz e Vieira-Da-Silva, 2005).

A avaliação de implantação é utilizada quando se quer saber se a intervenção está ocorrendo segundo o planejado e verificar como o contexto onde o programa ocorre influencia a execução desta (Contadriopoulos, 1997). Os objetivos de realizar-se uma avaliação de implantação são: possibilitar, aos gerentes e profissionais, a identificação de pontos críticos no processo e traçar estratégias de ajuste, melhorar o serviço e no futuro alcançar melhores resultados (Love, 2004).

Esse tipo de avaliação descreve a relação entre as atividades, o contexto no qual ocorre o programa e os resultados adotando uma abordagem ecológica englobando os fatores relacionados ao contexto organizacional do programa e ao ambiente em que está inserido e seu reflexo no desenvolvimento do programa.

Segundo Patton (2001) na avaliação de implantação a utilização de métodos qualitativos é recomendado, pois possibilita a identificação de diferenças entre pessoas e programas. O estudo de caso, quando nos prestamos a uma análise profunda das interrelações entre a intervenção e o contexto no qual ela se insere, também é apresentado como uma boa escolha.

Neste tipo de avaliação dá-se importância aos efeitos que os determinantes (contexto de implantação) e as variações na implantação de determinada intervenção, por exemplo, podem refletir no resultado desta. A detalhada descrição do programa e a atenção aos aspectos relacionados aos insumos, atividades, processos e estruturas também caracteriza este tipo de estudo avaliativo (Patton, 1990; Denis e Champagne, 1997).

A avaliação de implementação recebeu ao longo dos anos uma série de ramificações em relação a sua utilização. A classificação, de acordo com o método, das avaliações de implementação são:

a) avaliação formativa- ocorre enquanto o programa ainda está em desenvolvimento. As avaliações podem ser do tipo formativa ou do tipo somativa. A primeira tem como objetivo fornecer informações aos gerentes e executores acerca do andamento do programa, ou seja, se este está ocorrendo dentro ou não do planejado. O objetivo deste tipo de avaliação é o de, de posse dos achados do estudo avaliativo, fazer os ajustes necessários para um melhor desempenho do programa. A avaliação somativa ocorre com o objetivo de divulgar a todos os atores envolvidos, inclusive usuários, julgamento em relação ao mérito do programa (Worthen et. al, 2004).

A avaliação formativa se distingue da somativa também em relação ao momento em que ambas ocorrem e ao público a quem se destinam. Estudos avaliativos após a implantação de determinado programa, normalmente, tem como objetivo contribuir com informações valiosas a melhoria deste programa. A equipe do programa, de posse dos achados da avaliação, tem a

possibilidade de fazer ajustes em relação às fragilidades encontradas e garantir a manutenção dos pontos positivos encontrados. As avaliações somativas ocorrem mais no final do programa e vai determinar a continuação ou não deste programa (Worthen et. al, 2004).

b) avaliação de processo – A definição de Love (2004) é a de que essa é uma avaliação que examina o quão bem o programa esta se desenvolvendo frente ao planejado. Patton (2001) a considera como uma estratégia para identificar *Como* algo acontece. A avaliação de processo deve captar as mudanças qualitativas e quantitativas ao longo do desenvolvimento do programa assim como as particularidades das interações entre os envolvidos. Ela permite que se descubram os pontos fracos e fortes de uma intervenção e quais ajustes necessários para a melhoria da intervenção. Segundo ele este tipo de avaliação pode complementar uma de resultados ou tratar-se de uma avaliação somente do processo de desenvolvimento do programa.

c) avaliação descritiva - parte de uma rica descrição e análise do processo de implementação gerando conclusões sobre a atual situação do programa e o que era esperado dele.

d) monitoramento de performance- trabalha a partir de um sistema de feedback, em relação aos resultados do programa, utilizando indicadores de performance e sistemas de informação para o acompanhamento periódico das ações. O objetivo é o de oferecer suporte, em relação aos resultados do programa, aos gerentes para que esses possam realizar os ajustes adequados para a melhor performance da política em questão. Os resultados desse monitoramento são descritivos, o sistema de informação não apresenta nenhuma estratégia para traçar nenhuma relação causal entre os resultados, ou seja, este modelo não nos permite lançar hipóteses relacionadas ao porque da performance está em um nível satisfatório ou não (Love, 2004; Poister, 2004).

e) análise de implementação- examina o que ocorre com o programa desde o momento em que vinha sendo formulado até a sua aplicação na população alvo. Ela especifica o conjunto de fatores que influenciam os resultados obtidos após a introdução da intervenção (Love, 2004). Partindo disso, Denis & Champagne (1997) concebendo a análise de implantação como um instrumento analítico em relação às questões envolvidas no processo de implantação de determinada intervenção num dado contexto, propõe três abordagens para esta análise: 1) baseada na análise dos determinantes contextuais que influenciam o grau de implantação das intervenções; 2) baseada na análise das variações da implantação na sua efetividade e 3) baseada a análise da interação entre contexto da implantação e a intervenção nos efeitos observados (avaliação de processo).

O primeiro deles - análise dos determinantes contextuais que influenciam o grau de implantação das intervenções - requer especial atenção em relação a procedimentos para a medição

do grau de implantação. São eles: identificar os componentes da intervenção, as práticas necessárias para a implantação da intervenção, descrever as práticas existentes, no caso desse estudo as ações educativas para o controle de obesidade, em que se pretende medir o grau de implantação e analisar a variação na implantação em função do contexto.

Quanto à segunda estratégia, está baseada na análise das variações da implantação. O objetivo é o de conhecer o grau de integridade da intervenção em condições reais (ex: na unidade de saúde) após a implantação.

Por fim, a terceira estratégia-análise da interação entre contexto da implantação e a intervenção nos efeitos observados visa explicar as variações sinérgicas (positivas) ou antagônicas (negativas) que surgem com a introdução de uma intervenção em determinado contexto. Este tipo de análise é útil do ponto de vista de possibilitar a análise da dinâmica da intervenção.

A análise do grau de implantação, segundo os autores, vem nos ajudar a verificar e explicar as variações entre a implantação de uma determinada intervenção que venham a comprometer a integridade desta. A integridade da intervenção vai se pautar na validade do conteúdo encontrada nela, da intensidade com que esta ocorre no local de implantação e na adequação desta em relação às normas dentro das quais foi idealizada. Este tipo de abordagem é indicado para intervenções complexas, para verificar se a intervenção foi devidamente implantada (Patton, 2001; Denis e Champagne, 1997).

Stake (1997) sinaliza como apropriadas as técnicas qualitativas para que possamos obter maior riqueza de detalhes relacionados ao contexto da intervenção. Segundo ele o desenho que mais se adequa a esse objetivo é o do estudo de caso, desenho este escolhido para essa pesquisa avaliativa. O estudo de caso oferece a possibilidade de uma descrição complexa e holística e envolve uma série de variáveis que não podem ser isoladas. Nesse desenho podemos fazer uso de técnicas como entrevistas, observação direta, análise documental entre outras o que nos permite captar a dinâmica natural do programa e traçar paralelos alcançando a complexidade e a pluralidade de valores (Stake, 1995).

Organizou-se esta avaliação como uma avaliação de implantação, formativa com uso de métodos qualitativos por ser considerada a mais adequada para a análise profunda e complexa da interação dos contextos externo e institucional na intervenção. Adotamos o estudo de caso, detalhado no modelo da avaliação, porque a avaliação da dimensão relacional das práticas requer a realização de estudo de caso e o uso de técnicas qualitativas. Nesse desenho podemos acumular diversas técnicas de coleta de dados com o objetivo de aprofundar a análise. A análise de

implementação, para responder as questões relacionadas à interrelação entre grau de implantação e os contextos políticos e organizacionais requer a realização de entrevistas em profundidade, análise documental e outras técnicas (Viera da Silva, 2005).

Neste capítulo foram apresentados alguns referenciais teóricos da avaliação de programas e esmiuçados os de escolha para nortear a construção da metodologia desta avaliação que será apresentada agora no próximo capítulo que será relacionado ao modelo teórico da avaliação.

CAPÍTULO IV - MODELO OPERACIONAL DA AVALIAÇÃO

Esta avaliação caracterizou-se por ser um estudo avaliativo de implantação das ações educativas voltadas para a obesidade no Rio de Janeiro e sua abordagem será formativa. A abordagem será formativa por esta ocorrendo no momento em que o programa em desenvolvimento pretende contribuir para a realização de ajustes para a melhoria do programa.

Esse tipo de avaliação visa apontar "pontos fracos e fortes" da intervenção ou programa de forma que se possam fazer ajustes necessários e, para tanto, foram construídas as perguntas abaixo que nortearam a pesquisa (Worthen & Sanders, 2004; Okamura, 2005).

4.1 - Perguntas Avaliativas

As perguntas avaliativas são as questões que norteiam o estudo. Agora serão apresentadas as perguntas gerais e as específicas.

Perguntas avaliativas gerais:

- a) As ações de educação nutricional no atendimento em equipe direcionado ao manejo da obesidade em adultos residentes do Município do Rio de Janeiro estão implantadas conforme preconizado?
- b) Como o contexto institucional influencia na implantação dessas ações?

Perguntas avaliativas específicas:

- a) Quais são as intervenções educativas em nutrição disponíveis no Município do Rio de Janeiro?
- b) Qual o grau de implantação de ações educativas na área da nutrição voltadas para o controle da obesidade no município do Rio de Janeiro? O grau de implementação observado é igual ao planejado?
- c) Quais os fatores facilitadores e as barreiras à implantação das ações educativas voltadas para o controle da obesidade?

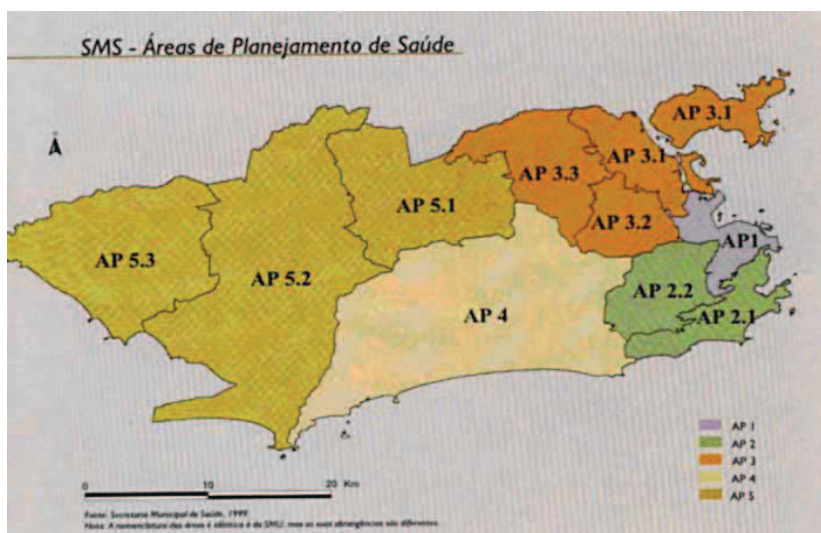
4.2 - Descrição do Contexto

O presente estudo avaliativo foi realizado no Município do Rio de Janeiro localizado na região Metropolitana I (Rio de Janeiro e Baixada Fluminense – subdividida em cinco microrregiões) do Estado do Rio de Janeiro.

A população estimada pelo IBGE para o Município do Rio de Janeiro em 2007 foi de 6.093.472 habitantes, distribuídos em 1.182,30 km². A resolução n.º 431, de 14 de abril de 1993, da Secretaria Municipal de Saúde, cria na cidade Áreas de planejamento Sanitário com o objetivo de viabilizar a regionalização das ações e serviços de saúde no Município.

No município, segundo dados do Instituto de Nutrição Annes Dias (INAD), há ações educativas voltadas para o controle da obesidade em pelo menos 25 unidades delas distribuídas pelas Áreas de Planejamento (APs). Neste estudo serão avaliadas unidades localizadas nas s APs da Zona Sul (2.1) e A.P.3.1 (Penha, Penha circular, Bonsucesso e Braz de Pina). As áreas estão abaixo representadas graficamente. (Mapa 1)

Mapa 1: Município do Rio de Janeiro dividido por Áreas de Planejamento



A intervenção a ser avaliada encontra-se sobre a gestão do Instituto de Nutrição Annes Dias (INAD, 2007). Este órgão é o responsável pela área técnica de nutrição da Prefeitura do Rio de

Janeiro e, desde 2000, tem como uma das suas áreas a coordenação da atenção básica de saúde relacionada à nutrição. Este setor investe na formação dos nutricionistas da rede em consonância como os princípios do SUS.

4.2.1- Instituto de Nutrição Annes Dias (INAD)

O Instituto de Nutrição Annes Dias é o órgão normativo e regulador do município para ações de alimentação e nutrição. O INAD tem como missão conceber, implementar, acompanhar e avaliar, em parceria com órgãos afins, a Política de Alimentação e Nutrição no Município do Rio de Janeiro.

As principais atividades desse órgão são: Propor e implementar, em parceria com órgãos afins, ações de promoção de saúde, da alimentação saudável e da prática de atividade física, com vistas à formação de hábitos alimentares saudáveis e melhoria da qualidade de vida no Município; coordenar, supervisionar e avaliar os serviços de nutrição e dietética dos hospitais e das unidades básicas de saúde; planejar, assessorar tecnicamente, supervisionar e avaliar a execução do Programa de Alimentação Escolar (SME) e do Programa de Alimentação ao Trabalhador (SMO, RioZoo e SMS) desenvolvido no âmbito da prefeitura da cidade do Rio de Janeiro; normalizar, acompanhar e executar ações de controle da qualidade de gêneros alimentícios e refeições dos Programas de Alimentação e Nutrição da prefeitura ; realizar, em conjunto com a Coordenação de Fiscalização e Vigilância Sanitária, inspeções sanitárias às empresas que desejem participar de processos licitatórios para o fornecimento de gêneros alimentícios para a prefeitura ; promover, apoiar, realizar e avaliar atividades de caráter técnico, científico e cultural inerentes à Política Nacional de Alimentação e Nutrição; realizar e apoiar ações de Vigilância Alimentar e Nutricional na prefeitura ; realizar estudos epidemiológicos em nutrição e de avaliação de intervenções nutricionais no âmbito do município e realiza atividades de educação continuada dirigidas a profissionais envolvidos em ações de alimentação e nutrição no âmbito da PCRJ.

O órgão trabalha no sentido de formar articulações entre as áreas de planejamento, informação, educação e comunicação como estratégia de reconstrução da relação gestor, profissional de saúde e população. A coordenação estruturou-se, baseada em uma metodologia participativa, no sentido da construção de fóruns entre os integrantes da rede como objetivo de lançarem diretrizes a serem cumpridas no município (INAD, 2007).

No município de Rio de Janeiro vem ocorrendo, registrados a partir de 2001, um aumento significativo no número de grupos educativos em unidades básicas de saúde. Estes grupos são direcionados para grupos específicos da população (saúde da mulher, do escolar, do adolescente, da criança, do idoso, do adulto, doenças transmissíveis, programa bolsa família e outros).

Os dados do último censo produzido pelo INAD apresentam um aumento no número de nutricionistas contribuindo com ações educativas em nutrição no município. No ano de 2001, os grupos voltados à saúde do adulto encontravam-se distribuídos em: 31 grupos de hipertensos e/ou diabéticos e 11 grupos de obesos.

Em 2006, o quantitativo desses grupos com participação do nutricionista aumentou para 102 (77 para hipertensos e diabéticos e 35 para obesos), o que demonstra um aumento da oferta desse tipo de atividade, mas que ainda está em número muito inferior à demanda.

Em relação às atividades educativas na unidade básica, estas são consideradas de primordial importância para promoção, proteção e recuperação de saúde. No caso deste projeto, tendo em vista a magnitude do problema no município, essa lógica será avaliada em relação à obesidade.

4.2.2 Descrição do Contexto das unidades escolhidas para a avaliação

Para a realização do estudo de caso foram selecionadas uma unidade básica localizada na Área de planejamento 2.1 e outra da Coordenação da área de planejamento 3.1 do município do Rio de Janeiro. A escolha destas unidades se deu levando-se em consideração: o contexto sócio-urbano contrastante, a magnitude de atendimento, as características de organização de serviço, o nível de implantação de programa similares e a recomendação do gestor.

A região onde está localizada a unidade da AP 2.1, zona sul do Rio de Janeiro caracteriza-se como uma das de maior concentração de renda e serviços da cidade. Nessa região as condições de acesso a serviços de saúde, estrutura urbana, de lazer entre outros serviços é superior a da região na qual está inserida a outra unidade (zona norte da cidade).

A unidade de saúde localizada na A.P 2.1 atende a população residente na VI região administrativa (Lagoa). Esta região engloba os bairros da Lagoa, Gávea, Ipanema, Leblon, São Conrado e Vidigal. O total da população atendida é de 178. 374 mil sendo 79 660 do sexo masculino e 98 714 do feminino. A pirâmide etária caracteriza-se por uma concentração de população na idade adulta (20-59anos). O IDH dessa região é de 1,0 e representa o segundo melhor

índice encontrado no município. No entanto apresenta também o terceiro maior valor para o índice de GINI, que mede a desigualdade de renda, no município.

Esta área de planejamento (2.1) conta com sete Unidades Básicas, sete hospitais gerais, sete unidades ambulatoriais, sete hospitais especializados e cinco estabelecimentos de apoio e diagnóstico. (MS/CNES/DATASUS, 2008). Baseado na população coberta pela região e fazendo uma distribuição igualitária desta entre as sete unidades básicas podemos observar que para cada unidade seria destinado o quantitativo de 25. 482 usuários. Esta é uma estimativa grosseira, pois uma parcela da população desta região conta com seguro saúde. Assim como também há uma demanda, como será esmiuçada a seguir, de usuários de outras regiões e este serviço. Por fim, o grande número de atendimentos por unidade e a carências de profissionais causa uma sobrecarga de atendimento que interfere na qualidade da atenção.

A unidade atende também a Rocinha, região que normalmente não faz parte da população prevista, essa situação se dá por conta da carência de profissionais (principalmente nutricionistas), na região XXVII rocinha.

Ao calcular uma estimativa de número de casos, a partir das prevalências encontradas no município de acordo com sexo, chegamos 8. 842 casos em homens e 11.944 casos de obesidade em mulheres totalizando 20 786 casos de obesidade. Esse agravo, normalmente, vem acompanhado de comorbidades que podem levar a óbito.

Esta unidade oferece os seguintes serviços: ambulatório de adolescentes, clínica geral, dermatologia, epidemiologia, ginecologia/obstetrícia, infectologia, massoterapia, nutrição, odontologia, pediatria, pneumologia, pólo de asma, psicologia, serviço social e coleta de material para exame laboratorial. O centro de saúde possui unidades administrativamente vinculadas ao adolecentro Paulo Freire, ao Centro de especialidades odontológicas do centro de cidadania Rinaldo de Lamare, aos postos de saúde Dr. Albert Sabin e Dr Rodolpho Perissé e ao PSF Vila Canoas.

O centro de saúde conta com apenas duas nutricionistas para atender uma população adstrita de 178. 374 mil habitantes adicionada à população da Rocinha. Quanto à extensão dessa população, não existem dados precisos. Segundo o censo existiam, em 2000, 50. 000 pessoa vivendo nesta localidade. Atualmente segundo estimativas dos líderes comunitários e da Light podem existir de 100 000 a 200 000 mil habitantes (Toledo, 2007).

O outro caso escolhido fica localizado na AP.3. 1 e atende a população residente na XI região Penha. Os bairros compreendidos são Penha, Braz de Pina e Penha circular A população atendida

corresponde a 183.194 mil sendo que destas 85262 do sexo masculino e 97 932 do feminino. A população é predominantemente composta por população jovem conferindo a pirâmide etária uma base larga. Apresenta o IDH de 0,76 estando localizado em décimo oitavo lugar entre bairros do Rio de Janeiro. Em relação ao índice de GINI percebemos uma maior homogeneidade em relação à renda nesta região (IPP, 2007).

A área de planejamento 3.1 conta com quatro unidades de hospitais gerais, sete unidades hospitalares especializadas, dez unidades ambulatoriais em especialidades, vinte e três estabelecimentos de atenção básica e seis estabelecimentos de apoio diagnóstico e terapia. (MS/CNES/DATASUS, 2008). Os casos, anteriormente citados, de obesidade serão distribuídos através desses estabelecimentos e o fluxo de pacientes poderá facilitar ou dificultar a implantação da intervenção.

A unidade (policlínica) foi resultante das fusões do Centro Municipal de Saúde José Paranhos Fontenelle da XI Região Administrativa e Posto de Assistência Médica Penha (SMS, 2000). Os serviços ofertados nessa unidade são: cardiologia, clínica médica, dermatologia enfermagem, epidemiologia, fonoaudiologia, ginecologia, hipodermia, infectologia, massoterapia, neurologia, nutrição, odontologia especializada, oftalmologia, pediatria, pneumologia pré-natal, psicologia, serviço social e terapia ocupacional. Atende aos programas de imunização, planejamento familiar, Programa de saúde mental, programa de hanseníase e programa de tratamento da tuberculose (DOTS). Conta com os seguintes serviços de apoio ao diagnóstico: Audiometria, Eletrocardiograma (ECG), Nebulização, Pólo de Asma Infantil, Pólo de DST e Pólo de Mama.

A policlínica conta com quatro nutricionistas atendendo a todos os programas. A prevalência de obesidade para o sexo feminino no Rio de Janeiro é de 12,1 % e 11,1 % para o sexo masculino. (POF, 2003) Lançando mão dessa informação, calculamos uma estimativa de casos de obesidade para a região de 11.849 casos em mulheres e 9.464 casos em homens totalizando 21 313 casos. Esses casos serão, dependendo da demanda, atendidos pela rede de unidades de saúde da região.

4.2.3 – Bases Teóricas da intervenção

As mudanças nos hábitos de vida, preconizados pela OMS, envolvem questões complexas relacionadas ao corpo, ao papel da alimentação nas diferentes culturas entre outras. O estado nutricional de uma pessoa tem seu componente biológico, no que diz respeito ao balanço

energético, ou seja, a relação entre a quantidade de energia produzida a partir do consumo de alimento e a gasta pelo organismo (taxa metabólica basal, atividade laboral, recreativas etc.).

No entanto, a determinação do estado nutricional engloba questões relacionadas a fatores psicossociais referentes às condições de vida, trabalho, renda, acesso a bens e serviços básicos, estrutura, relações intrafamiliares, fatores psicológicos e culturais.

Estas ações educativas, no Município do Rio de Janeiro, ocorrem baseadas nas diretrizes propostas pelo Ministério da saúde (2005/2007) e nas recomendações inseridas na publicação do MS que objetivava: subsidiar os profissionais de saúde da atenção básica da rede SUS, incluindo a estratégia de saúde da família, na atenção ao paciente obeso, com ênfase no manejo alimentar e nutricional (MS, 2006).

O documento em questão preconiza as ações em nível individual e coletivo e englobam desde o componente de prevenção dos casos (sobrepeso) até o tratamento (cirurgias, consultas individuais ou coletivas). As ações coletivas são aquelas formadas por pacientes obesos e (ou) palestras, atividades externas a unidade de saúde relacionada ao lazer e atividade física, entre outras. Ambas as ações estão relacionadas nos quadros 1, 2 e 3 abaixo.

Quadro 1: Diretrizes e recomendações em relação ao atendimento ao paciente obeso no município do Rio de Janeiro.
Acompanhamento individual e/ ou coletivo
Incentivar a fala do usuário
Formar o profissional de forma que este esteja atento ao relato da história psicossocial, Dos hábitos alimentares, da história clínica individual e familiar.
Trabalhar no sentido da construção do vínculo e de uma atenção humanizada como recurso terapêutico.
Estimular o acolhimento no ato do atendimento
Valorizar o diálogo como instrumento educacional
Construção de um plano de alimentação pactuado junto ao usuário que atenda suas necessidades e possibilidades sociais e econômicas e as transformações de acordo com o diagnóstico clínico-nutricional.

Acompanhamento da evolução dos dados antropométricos, clínicos e psicossocial.
Acompanhamento do processo de transformação dos hábitos alimentares para identificar dificuldades de qualquer ordem
Estimular o tratamento instigando o paciente a observar os efeitos positivos do tratamento (melhoria em exames laboratoriais, na auto-estima entre outros).
Trabalhar as questões relacionadas ao corpo (autocuidado, atividade física e de lazer).
Trocar saberes entre os componentes da equipe interdisciplinar
Identificar situações de risco associadas ao sobrepeso/obesidade (violência, gênero, desemprego entre outras).
Fundamentos do atendimento nutricional
Promoção da alimentação saudável
Promoção da atividade física e lazer
Busca do prazer, do autoconhecimento e da autoestima.
Principais temas diretivos
Padrões alimentares sustentáveis e que preservem a saúde,
O prazer de comer e diferenças culturais
Relação entre mídia alimentação
Resgatar a auto-estima e promover inclusão social
Estimular a prática de atividade física

Aliado às recomendações direcionadas ao atendimento nutricional em si, o trabalho em equipe nas unidades de saúde toma lugar de relevância no cuidado do paciente com sobrepeso/obesidade. O entendimento da complexidade do caso e da necessidade da troca de conhecimento e vivências entre integrantes das equipes, usuários, gestores e vice-versa faz com que se chame atenção para atividades que integrem esses atores. O quadro dois abaixo sistematiza algumas delas.

Quadro 2: Atividades propostas para as equipes de saúde
Planejamento e avaliação permanente em reuniões periódicas da equipe
Autonomia da equipe para tomada de decisões
Participação em consultas ambulatoriais, coletivas e domiciliares e participação de todos os membros da equipe em trabalhos coletivos, de grupos e na comunidade.
Capacitação dos recursos humanos

Apesar de diretrizes comuns ao atendimento nutricional em consulta individual ou coletiva existem especificidades próprias do acompanhamento em grupo. O planejamento das ações deve levar em consideração o tipo de grupo (aberto, fechado ou sala de espera); a composição dos integrantes da equipe e dos coordenadores, o público “alvo” entre outras questões relacionadas abaixo.

Quadro 3: Planejando um grupo educativo
Determinar a composição do grupo (faixa etária, sexo, número de componentes etc.).
Determinar coordenadores
Eleger objetivos, periodicidade, tipo de grupo.
Eleger critérios de construção e abordagem dos temas
Escolher as técnicas mais apropriadas para aplicação
Organizar atividades de formação de recursos humanos
Produzir relatórios com o registro das atividades
Avaliar o trabalho do grupo durante todo o processo

De acordo com o apresentado (Quadro 1), a intervenção voltada para o controle da obesidade no município do Rio de Janeiro pode ser considerada como derivada da união dos pressupostos das abordagens preventivas com as do desenvolvimento pessoal (Stotz, 1993).

As de caráter preventivo, predominantes nos serviços de saúde, partem do princípio de a doença apresentar relação direta com o comportamento individual. O conceito de risco e a mudança

de comportamento de risco para comportamentos saudáveis são as estratégias consideradas indicadas na prevenção e também no controle de casos.

Neste mesmo material, podemos observar o compromisso com uma atenção em saúde focada nas questões relativas ao protagonismo do usuário em relação a sua saúde, sem o viés da culpabilização, e sua importância como parceira na promoção da própria saúde. Esta ênfase no papel central do indivíduo na obtenção de uma saúde perfeita é uma marca das concepções preventivistas e de desenvolvimento social.

O desenvolvimento pessoal apresenta o educador como centro da ação educativa e parte do pressuposto de que o indivíduo é capaz de reagir à determinada doença se imbuído de informações adequadas sobre tratamento e prevenção de dado tipo de agravo. A concepção preventivista por manter o educador, profissional de saúde, como sujeito da ação e tem como objetivo o comportamento saudável ou estilos de vida saudáveis. Está baseado no pressuposto de que a mudança comportamental individual é a principal via de controle de fatores de risco relacionados às doenças não transmissíveis (obesidade, câncer, hipertensão entre outras).

A proposta de intervenção indicada pelo MS pode ser incluída no grupo de outras abordagens de ações educativas em saúde que discordam, pelo menos em parte, do “modelo médico”. Este caracterizado por uma linearidade em relação à doença e sua externalidade em relação a fatores ambientais, sociais e econômicos.

Apresentadas as diferentes concepções de abordagem do conteúdo de educação nutricional, proponho uma avaliação de implantação das atividades educativas realizadas em grupo nas unidades básicas do município do Rio de Janeiro com o objetivo de melhorar o programa neste aspecto.

4.3- Modelo lógico da intervenção (MPL)

Para o desenvolvimento desta avaliação foi construído um modelo lógico do programa com o objetivo de nos auxiliar na compreensão da intervenção em questão. O modelo lógico é uma representação da racionalidade do programa, seus componentes estruturais são: insumos, atividades, produtos, resultados e impactos. Este modelo faz parte da estratégia de avaliação de programas, pois é um instrumento que nos permite “olhar” para o programa como um todo. Ele também supõe a participação dos interessados na avaliação, de forma que a construção desse modelo passe por adequações de acordo com a pactuação entre os envolvidos (Santos, 2005).

O modelo abaixo foi construído baseado nas informações coletadas em uma reunião com a coordenação da área técnica em nutrição na atenção básica na secretaria municipal de saúde. Utilizou-se concomitantemente os documentos que lançam as diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de governo (MS, 2006; MS, 2007).

O modelo foi apresentado às nutricionistas (durante a primeira reunião com cada uma delas) e a gestora da unidade (no momento em que se teve o primeiro contato). O modelo lógico a seguir contempla os principais elementos necessários para a realização, são eles: Insumos- foram considerados insumos essenciais recursos humanos, financeiros, materiais educativos, estrutura física, material de divulgação e material relativo aos protocolos de atendimento. O recurso financeiro tem relação direta com a contratação de pessoal e com o fornecimento dos outros insumos, por esse motivo no diagrama eles estão ligados por conectores. Como essa representação do programa pretende ser clara, insumos como balança e estadiometro, embora não representados no esquema, foram contemplados na avaliação (Medeiros, 2001).

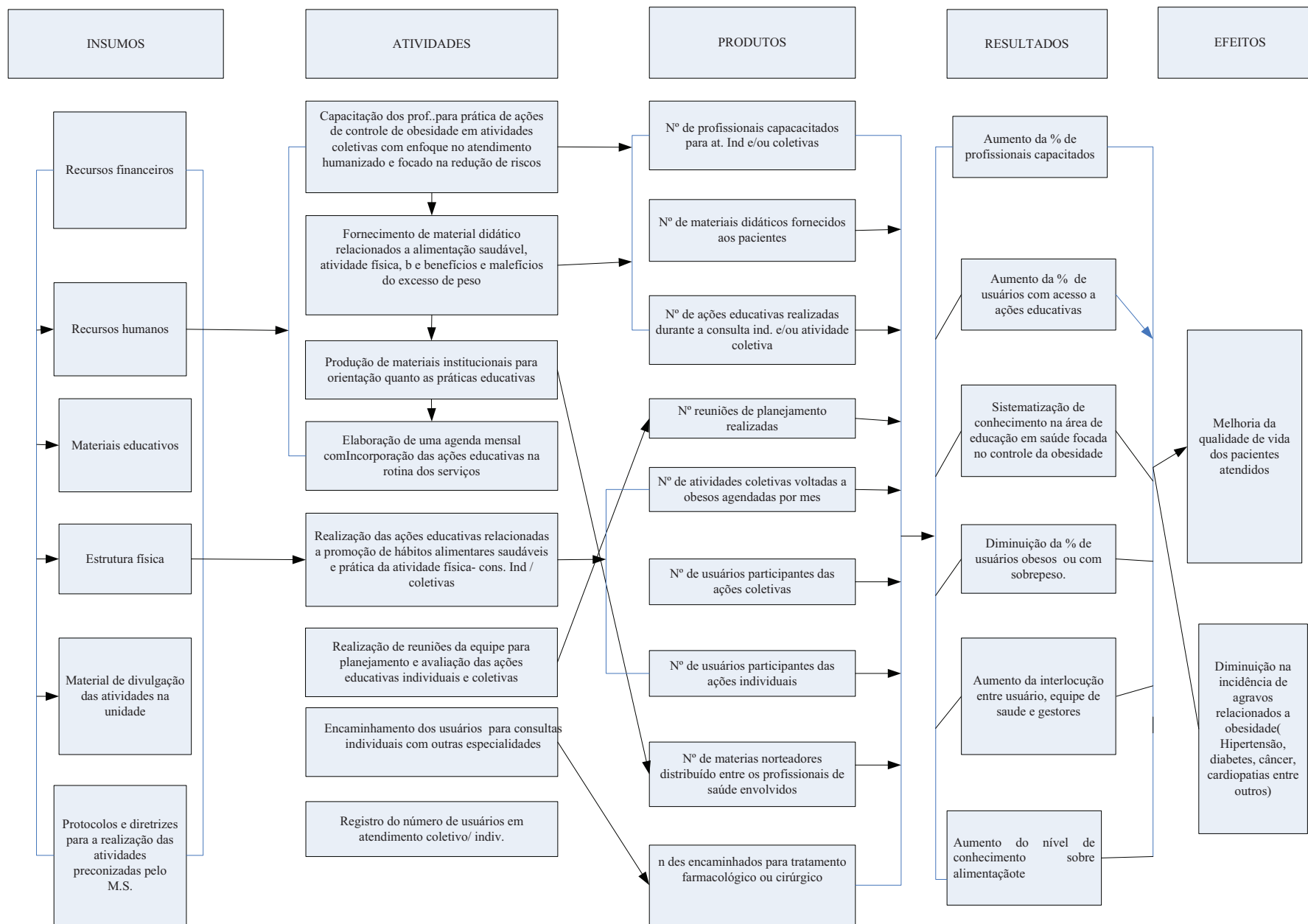
A presença dos insumos estará relacionada com a realização de atividades. Como exemplo, os recursos humanos propiciarão o desenvolvimento de capacitações de profissionais, solicitação e utilização de materiais educativos, a produção de novos materiais educativos institucionais, elaboração de agenda mensal de atividades relacionadas ao tema entre outras. Essas atividades, por sua vez, estão relacionadas entre si, ou seja, para uma boa utilização e produção do material didático o profissional deve ser capacitado (Hersey, 2001; Medeiros,2005) .

A estrutura física propiciará o local para a realização das ações educativas (individuais e coletivas), a realização de reuniões de equipe, o local para a espera pelo atendimento e os recursos

humanos em conjunto com os recursos financeiros propiciaram estrutura para o encaminhamento desse paciente para outros profissionais.

Essas atividades e insumos exemplificados acima, se existentes e em quantidade adequada, gerarão produtos e resultados como um número maior de profissionais capacitados para lidar com a problemática da obesidade, um maior número de atendimentos individuais e coletivos aos pacientes e conseqüentemente maior distribuição de materiais educativos contribuindo para uma melhor orientação no controle da obesidade, maior número de reuniões de planejamento, uma aproximação entre o profissional de saúde e o paciente contribuindo para uma relação mais igualitária e uma diminuição no número dos casos.

Por fim, seguindo o modelo lógico chegaremos ao impacto dessas ações educativas para o controle de obesidade no Rio de Janeiro. Esse impacto será influenciado por muitas variáveis sociais, econômicas e culturais, mas o objetivo final dessas ações seria o de diminuir a o impacto da obesidade na incidência das comorbidades associadas a ela e melhorar a qualidade de vida dos pacientes que integraram o programa.



4.4- Interessados e usuários potenciais da avaliação

Esta avaliação incluiu os interessados no processo avaliativo. O objetivo era o de propiciar a avaliação um caráter participativo ao longo do processo. Buscou-se envolver os interessados na avaliação durante o processo de concepção e execução da pesquisa.

Levando em consideração o conceito de avaliação focada na utilização. Este envolvimento direto no processo avaliativo contribui para que os achados da avaliação possam ser úteis aos principais interessados (Stufflebeam, 2000). O objetivo de envolvê-los é o de enriquecer a avaliação e contribuir para que seus achados se tornem úteis, nos aproximando da concepção da avaliação focada na utilização proposta por Patton (1997).

Stake, quando advogava em relação à avaliação responsiva, enfatizou a importância da participação dos envolvidos no programa. Esse envolvimento contribuiria para capturar a multiplicidade de valores contidos no processo que envolve desde o desenvolvimento do programa até seus resultados. Outro papel importante dos usuários potenciais é o de comprometimento com as mudanças dado o envolvimento no processo e a construção de uma estrutura de análise mais próxima da complexidade da realidade (Stake, 1990).

Os prováveis interessados nessa avaliação são: os responsáveis pela gestão da atenção básica na esfera municipal, os gestores das unidades de saúde e profissionais de saúde que atuam nas unidades básicas. O papel da participação dos gestores municipais foi o de contribuir com informações sobre a abrangência das ações educativas voltadas para o controle de obesidade nas unidades básicas do Município responsáveis pela implantação dessas ações educativas e o de contribuir na construção da matriz de relevância.

Os gestores das unidades de saúde contribuíram como escrever isso com dados sobre as condições para implantação da intervenção na unidade de saúde (espaço físico adequado, número de profissionais suficientes entre outros) e participaram da construção dos critérios a serem aplicados para avaliar a intervenção.

Coube aos profissionais envolvidos fornecerem informações sobre a operacionalização da prática na unidade de saúde, sobre as concepções pedagógicas imbuídas nessa prática e participar da concepção e discussão da matriz de relevância e modelo lógico.

A resposta dos interessados a avaliação foi muito interessante dado que, de uma forma geral, a recepção foi boa. Alguns profissionais relataram o desejo do retorno dos achados da avaliação e, sempre que possível contribuíram com a avaliação. Uma questão que dificultou o envolvimento dos interessados na avaliação foi a falta de tempo dos profissionais em discutir os aspectos relacionados à pesquisa. Já existia uma cultura de monitoramento das ações de nutrição por parte dos gestores municipais e o relato de um estudo avaliativo englobando as ações de nutrição como um todo. Algumas dificuldades foram enfrentadas para iniciar a pesquisa em uma das unidades.

Abaixo segue um quadro com os possíveis interessados, seu papel no programa, interesse na avaliação, papel e tipo de contato. (Quadro 4)

Quadro 4 - Relação de usuários potenciais da avaliação e possível participação no processo avaliativo

Usuário potencial da avaliação	Papel no programa	Interesse na Avaliação	Papel na avaliação	Modo e frequência de contato
Profissionais de saúde das unidades	Realização das atividades educativas	Avaliação das práticas, oportunidade de expor as dificuldades relacionadas à operacionalização.	-Fornecer informações sobre a operacionalização da prática na unidade de saúde. -Sobre concepções pedagógicas imbuídas nessas práticas e, - Participar da concepção e discussão da matriz de relevância e modelo lógico	Durante as ações Reuniões
Gestores municipais/locais	Planejamento das ações, monitoramento e avaliação.	Obtenção de dados para a avaliação e monitoramento de forma a melhorar a qualidade da intervenção.	-Fornecer informações sobre abrangência desse tipo de ação no município -Contribuir na construção de critérios	Reuniões e entrevistas

4. 5 – Foco e Abordagem da Avaliação

O foco escolhido para essa avaliação foi o análise de implantação formativa. A avaliação é do tipo formativa dado ao fato de que as ações educativas estão acontecendo e, a partir dos achados da avaliação, podem ser beneficiadas com propostas de ajustes necessários a intervenção. A opção é devido ao do desejo de verificar se as ações educativas em nutrição voltadas ao paciente obeso no município do Rio de Janeiro estavam implementadas e ocorrendo conforme o preconizado e verificar a influencia dos contextos em relação a essas ações.

Este tipo de avaliação, sobretudo com o estudo de caso como desenho, propicia uma visão holística da intervenção levando em consideração as interações entre as atividades e insumos do programa com o contexto externo e institucional onde elas estão inseridas.

4.6- Descrição do estudo

O estudo de caso foi escolhido como desenho dessa avaliação por se tratar de uma avaliação de implantação. A análise de implantação requer, para que se possa mensurar o grau de implantação e sua relação com os diversos contextos envolvidos, uma abordagem composta por técnicas de coleta que nos possibilitem captar processos complexos (Cruz, 2006).

As práticas alimentares sofrem influência do contexto externo (questões culturais, econômicas, históricas, relacionadas à mídia entre outras) de forma que ações que visem avaliar intervenções desse tipo têm que lidar com variáveis que não podem ser controladas (Cornill, 2002; Boog, 2004).

Estudos de caso são mais indicados quando há a pretensão de captar a particularidade de alguma situação. A descrição é detalhada levando em consideração o contexto e a própria intervenção de uma forma holística. Esse desenho acomoda mais de um tipo de técnicas de coleta e pode ocorrer fazendo uso de métodos qualitativos e quantitativos.

O estudo de caso é um desenho recomendado quando se pretende fazer uma análise profunda baseado em um número pequeno de unidades de análise e sua capacidade analítica se deve a profundidade com que o caso é abordado. Este tipo de

estudo é indicado em casos nos quais o contexto produz variações e o isolamento destas é muito difícil. O estudo de caso pode tratar de um único caso- estudo de caso único- ou de mais de um caso- estudo de múltiplos casos- e envolver níveis imbricados de análise ou um único.

Os estudos de casos envolvendo níveis imbricados podem ser únicos ou múltiplos. Nesta avaliação optamos pelo estudo múltiplo e envolverá duas subunidades de análise (duas Unidades Básicas de Saúde) com o objetivo de possibilitar observar a intervenção em unidades que apresentam contextos externos e institucionais distintos e, a partir daí, observar a influência desses em relação à intervenção (Yin, 2001).

A validade se apóia na questão da generalização analítica e, segundo Yin (2001), ela só se aplica nos caso de estudo de múltiplos casos. No entanto, Denis & Champagne (1997) defendem a possibilidade de falar de validade externa em um único caso no contexto das variáveis contextuais envolvidas na implantação justamente devido à questão da generalização analítica.

Este tipo de estudo, na pesquisa avaliativa, pode contribuir para: o entendimento do processo existente entre a implantação de uma ação e seus resultados, a descrição da intervenção e ilustrar aspectos da avaliação (Yin, 2001).

4.7-Evidencias e julgamento da avaliação

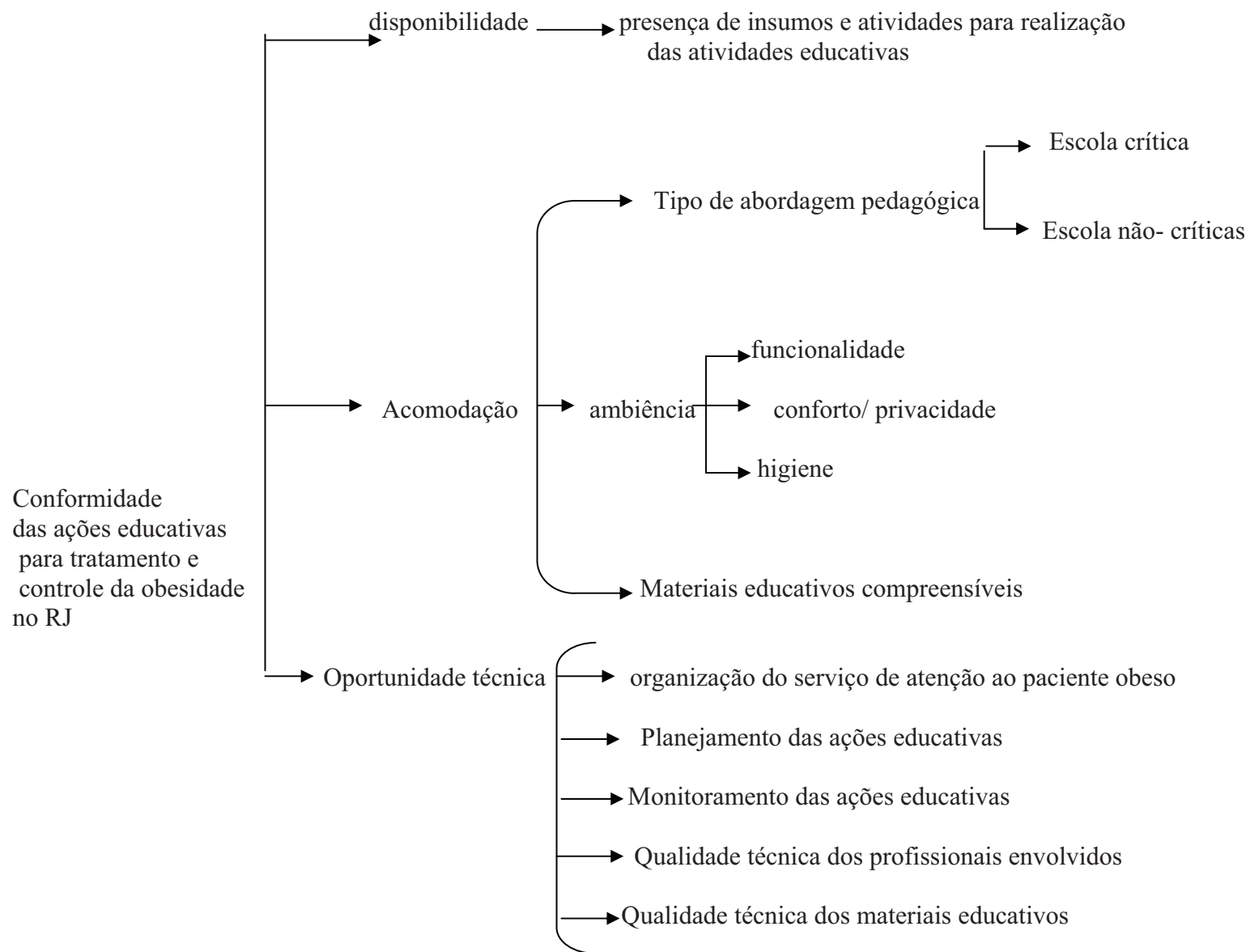
Esta avaliação, como dito anteriormente, fez uso de um estudo de caso múltiplo. A análise foi feita a partir da caracterização do grau de implantação das ações educativas voltadas para o controle da obesidade e sobre a influência do contexto organizacional sobre o grau de implantação. Este estudo será realizado em duas etapas.

A Primeira etapa compreendeu a caracterização das propostas de intervenções para o controle da obesidade no Município do Rio de Janeiro. Esta etapa foi realizada através da análise documental e levantamento na literatura.

Durante a segunda etapa foi mensurado o grau de implantação observado em relação às ações educativas voltadas para o controle da obesidade no município do Rio de Janeiro e a relação entre este e o contexto institucional.

A dimensão da avaliação trabalhada neste estudo foi a qualidade técnico-científica. A qualidade técnico-científica diz respeito à existência de recursos técnicos, de formação profissional e prestação dos serviços de saúde conforme o preconizado, no caso desta avaliação, pelas normas do MS, INAD e normas internacionais (Vuori, 1988).

Esta dimensão englobou a conformidade e as seguintes subdimensões: disponibilidade, acomodação e oportunidade. A conformidade é entendida como a dimensão capaz de comparar os recursos existentes na intervenção aos preconizados pelos critérios estabelecidos, no caso, pelo MS. Quanto ao conceito das subdimensões, a disponibilidade é entendida como a relação entre o tipo e volume de recursos existentes para atender uma determinada demanda. Neste estudo a disponibilidades será a categoria de análise para avaliação dos componentes estruturais do programa (insumos e atividades). A acomodação ou adequação diz respeito a como os serviços são ofertados e de que forma estes estão adequados aos pacientes (Penchansky & Thomas, 1981). A oportunidade técnica diz respeito a presença de recursos tecnicamente adequados para atender a demanda da intervenção no momento em é preciso.



4.7.1) Plano de Análise

Nessa avaliação foram serão considerados dois níveis de análise: a) descrição do grau de implantação e b) influência do contexto organizacional sobre o grau de implantação. A análise foi desenvolvida a partir de construção de matrizes de análise e julgamento (quadros 9 e 10) auxiliada pela matriz de relevância concebida com apoio dos técnicos envolvidos (quadro 5). As dimensões aplicadas a essa avaliação foram a da qualidade técnica entendida como a conformidade da intervenção em relação às normas. As subdimensões abordadas serão: disponibilidade, acomodação, oportunidade.

A descrição do grau de implementação ocorreu através de entrevistas, observação direta e análise documental. O contexto organizacional foi abordado através de análise documental, entrevistas e observação direta.

Matriz de Relevância

A matriz de relevância é um instrumento que auxilia a construção da matriz de julgamento. Ela é composta por uma lista que contem os critérios pelos quais os componentes insumo e atividade serão julgados dentro de cada subdimensão. A construção da matriz de relevância ocorreu em parceria com os interessados na avaliação. Eles compartilharam com a pesquisadora quais aspectos consideravam mais críticos para o julgamento e, portanto para a implantação das ações.

Foi entregue uma cópia da matriz, apresentada no quadro abaixo, contendo a lista e uma legenda de modo que os interessados classificassem o item como muito relevante (RRR), relevante (RR) e pouco relevante (R). O material não recebia nenhum tipo de identificação de modo que a anonimidade de cada profissional foi preservada.

Após o preenchimento das fichas estas foram analisadas e observaram-se os pontos convergentes e divergentes entre elas e, a partir disso, foi construída a matriz de julgamento.

Quadro 5: Matriz de Relevância

Componentes		Dimensão de conformidade
Insumos	Recursos humanos	RRR
	Estrutura física	RRR
	Materiais educativos	RRR
	Material de divulgação das ações	RR
	Material de registro das ações	RRR
	Recursos financeiros	RR
	Protocolos de atendimento	RRR
Atividades	Capacitação de profissionais para a realização das ações educativas de acordo com preconizado	RRR
	Distribuição de materiais educativos	RR
	Realização de ações educativas em grupo por mês	RRR
	Realização de ações educativas em consultas individuais	RRR
	Agendamento de ações educativas em grupo por mês	RRR
	Encaminhamento de usuários para outros profissionais	RRR
	Capacitação de profissionais para a realização das ações educativas de acordo com preconizado	RR
	Realização de ações educativas com o elemento dialógico priorizado	RR
	Distribuição de materiais educativos adequados a população alvo e durante a ação educativa.	RRR
	Realização de reuniões de supervisão e planejamento das ações educativas	RRR
	Produção de materiais educativos por profissionais focados para as ações educativas em obesidade.	RR
	Realização de reuniões de supervisão e planejamento das ações educativas	RRR

Muito relevante (RRR), relevante (RR) e pouco relevante (R)

O quadro abaixo (quadro 6) é constituído pelos indicadores que foram construídos para a análise. Estes indicadores estão apresentados no quadro se acordo com a subdmensão a que dizem respeito aos insumos necessários a realização das atividades do programa. A fonte a ser consultada para levantamento destes indicadores/critérios também é apresentada no quadro.

Em relação à disponibilidade foram considerados a ambiência, recursos audiovisuais, recursos humanos entre outros. A ambiência (existência de salas para realização das atividades, sanitários entre outros) foi mensurada através da observação.

Quadro 6: Indicadores de implantação por subdimensão segundo componente estrutural insumo

		Componente estrutural Insumos	Indicador/critério	Fonte
Componente técnico: ações educativas	Disponibilidade	Ambiente para atividade em grupo	- Existência de sala própria para atividade em grupo	Observação e entrevista
		Recursos áudio visuais	Existência de Recursos áudios-visuais	Observação e entrevista
		Cadeiras	Existência de cadeiras	Observação
		Banheiros no local da realização da atividade	- Existência de banheiro disponível e funcionando para usuário na sala de espera	Observação
		Água potável na sala de espera	Existência de água potável na sala de espera para consumo do usuário	Observação
		Relacionados à educação nutricional para distribuição na unidade básica	- Existência de materiais educativos para distribuição nas atividades de ed. Nutricional.	Observação, entrevista, análise documental
		Material educativo no local de realização da ação educativa	Existência de material educativo na sala de espera correspondente ao número de atendimentos	Observação e entrevista
		Material educativo para distribuição para profissionais de saúde	Quantidade de materiais educativos repassados aos profissionais para distribuição nas atividades de ed. Nutricional	entrevista
	Recursos humanos	Existência de Recursos humanos	entrevista	
	Acomodação	Ambiente para atividade em grupo que garanta privacidade do usuário	- Existência de garanta privacidade do usuário	Observação e entrevista
		Cadeiras adequadas ao usuário obeso	Existência de cadeiras adequadas ao usuário obeso	Observação e entrevista
		Banheiros no local da realização da atividade com água	- Existência de banheiro com água e papel higiênico	Observação e entrevista
Banheiros no local da realização da atividade com papel higiênico		- Existência de banheiro com papel higiênico	Observação e entrevista	

Oportunidade técnica	Profissionais de saúde tecnicamente aptos para realização das ações educativas voltadas a obesidade	Existência de profissionais de saúde tecnicamente aptos para realização das ações educativas voltadas a obesidade	Observação e entrevista
	Materiais educativos voltados para o controle de obesidade próprio para adulto	- Existência de materiais educativos, voltados para o controle de obesidade próprio para adultos	Observação e entrevista e análise documental
	Materiais educativos voltados para o controle de obesidade com conteúdo adequado em relação ao preconizado para idade e faixa etária.	- Existência de materiais educativos voltados para o controle de obesidade com conteúdo adequado em relação ao preconizado para idade e faixa etária.	Observação e entrevista e análise documental

O quadro 7, apresentado logo abaixo tem o mesmo propósito do acima, ou seja, apresentar uma coleção de indicadores /critérios que foram utilizados, e suas fontes de dados para a coleta levando em consideração o componente estrutural atividade. Quais seriam as atividades essenciais ao desenvolvimento do programa, conforme preconizado, e que de que forma poderíamos aferir se de fato elas estão ocorrendo.

Quadro 7: Indicadores de implantação por subdimensão segundo componente estrutural atividade

		Componente estrutural	Indicador/critério	Fonte
		Atividades		
Componente técnico : ações educativas	Disponibilidade	Distribuição de materiais educativos	Existência de distribuição de materiais educativos	Observação e entrevista
		Realização de ações educativas em grupo por mês	Quantidade de ações educativas em grupo por mês	Observação e entrevista
		Realização de ações educativas em consultas individuais	Quantidade de ações educativas em consultas individuais	Observação
		Agendamento de ações educativas em grupo por mês	Quantidade de ações educativas em grupo agendadas por mês	entrevista
		Encaminhamento de usuários para outros profissionais	Existência de Encaminhamento de usuários para tratamentos cirúrgicos ou farmacológicos	entrevista
		Capacitação de profissionais para a realização das ações educativas de acordo com preconizado	Existência de Capacitações de profissionais para a realização das ações educativas de acordo com preconizado	Observação, entrevista
	Acomodação	Realização de ações educativas com o elemento dialógico priorizado	Existência de ações educativas com o elemento dialógico priorizado	Observação, entrevista, análise documental
		Distribuição de materiais educativos adequados a população alvo e durante a ação educativa.	Existência de distribuição de materiais educativos adequados a população alvo e durante a ação educativa.	Observação e entrevista
	Oportunidade técnica	Capacitação de profissionais para a realização das ações educativas de acordo com preconizado	Quantidade de Capacitações de profissionais para a realização das ações educativas de acordo com preconizado	entrevista
		Realização de reuniões de supervisão e planejamento das ações educativas	Existência de reuniões de supervisão e planejamento das ações educativas	entrevista
		Produção de materiais educativos por profissionais focados para as ações educativas em obesidade.	Existência de produção de materiais educativos por profissionais focados para as ações educativas em obesidade	Observação e entrevista
		Realização de reuniões de supervisão e planejamento das ações educativas	Existência de reuniões de supervisão planejamento das ações educativas	Entrevista e análise documental

4.7.2 Matriz de Análise e de Julgamento

A matriz de julgamento auxiliou na identificação das questões relacionadas à implantação das ações educativas em nutrição voltadas ao paciente obeso no Rio de Janeiro. As atividades e insumos vistos pela pesquisadora e pelo envolvidos na avaliação como muito relevantes (RRR) e relevantes (RR) foram utilizados para a construção de indicadores. Estes foram aplicados aos dados coletados e geraram o grau de implantação observado que foi comparado ao esperado e gerando o julgamento quanto à conformidade do programa ao desenho original. Foi construída uma matriz de informação que se constituiu num quadro composto pelos indicadores utilizados por subdimensão segundo componente estrutural e as fontes de dados. (quadros 6 e 7)

Quadro 8: Parâmetros para o grau de implantação

Percentual	Grau de implantação
> 75%	Implantado
50-75%	Parcialmente implantado
25-49%	Crítico
< 25%	Não implantado

As matrizes de julgamento construídas foram as duas abaixo. A primeira (quadro 9) apresenta os aspectos relacionados ao componente estrutural insumo e a segunda (quadro 10) ao componente atividade. Esta matriz contém os indicadores, a pontuação máxima a pontuação observada e o grau de implementação. Esta matriz foi aplicada e gerou-se uma pontuação observada e o cálculo e classificação do grau de implementação através dos parâmetros apresentados no quadro 8.

Quadro 9: Matriz de análise e julgamento da dimensão conformidade segundo componente estrutural insumo.

Dimensão	Subdimensão	Critério/indicador		Pont. Máxima
Conformidade	Disponibilidade	- Existência de sala própria para atividade em grupo Sim (1) , Não (0)	(10) (0)	10
		Existência de Recurso áudio-visual Nenhum Cartaz e folder Cartaz e folder, vídeo e tv, computadores e data show Outros	(0) (10) (20) (30)	30
		Existência de cadeiras Sim (1) , Não (0)	(10) (0)	10
		- Existência de banheiro disponível para usuário na sala de espera Sim (1) , Não (0)	(10) (0)	10
		- Existência de materiais educativos para distribuição nas atividades de ed. Nutricional. Sim (1) , Não (0)	(10) (0)	10
		Existência de material educativo na sala de espera Sim (1) , Não (0)	(10) (0)	10
		Existência de materiais educativos para distribuição nas atividades de ed. Nutricional em local de fácil acesso	(10) (0)	10

		Sim (1) , Não (0)		
		Subtotal		90
Acomodação		- Existência de ambiente que garanta privacidade do usuário		20
		Sim	(20)	
		Parcialmente	(10)	
		Não	(0)	
		Existência de cadeiras adequadas ao usuário obeso	(10)	10
		Sim (1) , Não (0)	(0)	
		Existência de materiais educativos para distribuição nas atividades de ed. Nutricional .voltados para o controle de obesidade	(10)	10
		Sim (1) , Não (0)	(0)	
		- Existência de banheiro com água e papel higiênico		10
		Sim (1) , Não (0)		
		Subtotal		50
Oportunidade técnica		Quantidade de profissionais de saúde tecnicamente aptos para realização das ações educativas voltadas a obesidade		20
		Adequada	(20)	
		Parcialmente Adequada	(10)	
		Inadequada	(0)	
		- Existência de materiais educativos .voltados para o controle de obesidade próprio para adultos		10
		Sim (1) , Não (0)		
		- Existência de materiais educativos voltados para o controle de obesidade de compreensão adequada.		10
		Sim (1) , Não (0)		
		Subtotal		40
		Total		180

Quadro 10: Matriz de análise e julgamento da dimensão conformidade segundo componente estrutural atividade.

Dimensão	Subdimensão	Critério/indicador		Pont. Máxima	
Conformidade	Disponibilidade	Existência de distribuição de materiais educativos Sim (1), Não (0)	(10) (0)	10	
		Quantidade de ações educativas em grupo por mês Adequada Parcialmente Adequada Inadequada	(20) (10) (0)	20	
		Quantidade de ações educativas em grupo agendadas por mês Adequada Parcialmente Adequada Inadequada	(20) (10) (0)	20	
		Existência de Encaminhamento de usuários para tratamentos cirúrgicos ou farmacológicos Sim (1), Não (0)	(10) (0)	10	
		Existência de Capacitações de profissionais para a realização das ações educativas de acordo com preconizado Sim (1), Não (0)	(10) (0)	10	
		Subtotal		70	
	Acomodação	Existência de ações educativas com o elemento dialógico priorizado Sim (1), Não (0)	(10) (0)	20	
		Existência de distribuição de materiais educativos adequados a população alvo e durante a ação educativa. Sim (1), Não (0)	(10) (0)	10	
		Subtotal		30	
	Oportunidade técnica	Quantidade de Capacitações de profissionais para a realização das ações educativas de acordo com preconizado Adequada Parcialmente Adequada Inadequada	(20) (10) (0)	20	
		Existência de reuniões de supervisão e planejamento das ações educativas	(10) (0)	10	
			Subtotal		30
			Total		130

4.7.3- Técnicas de Coleta de Dados e Instrumentos

A coleta de dados se deu através de entrevistas com roteiros previamente construídos, análise documental (relatórios de atividades realizadas pela coordenação municipal- INAD, registro e cronograma de atividades das unidades básicas escolhidas para o estudo, normas e portarias do MS) e observação direta onde serão verificados os recursos humanos, recursos materiais e processo de trabalho. A coleta de dados foi realizada pelo próprio pesquisador.

Optou-se pelo uso de várias técnicas de coleta, ou seja, pela triangulação de métodos devido à possibilidade de com a combinação dessas técnicas no estudo de caso aumentar a validade interna. A validade interna deste tipo de estudo está diretamente relacionada à qualidade do modelo teórico utilizado e a adequação do desenho ao modelo teórico da avaliação.

A utilização de mais um tipo de dado permite ao avaliador o fortalecimento dos seus resultados e a diminuição das fragilidades. Um exemplo da adoção de mais de um tipo de método de coleta pode ser dada pela triangulação. Segundo Patton (1987), a triangulação gera um equilíbrio entre os resultados gerando dados mais consistentes.

Green (2009) coloca a triangulação como uma estratégia que faz uso de diferentes métodos como objetivo de generalização dos achados num sentido convergente e diz respeito ao mesmo fenômeno. A autora coloca que com a utilização da triangulação há um aumento na validade do inquérito e que a triangulação está inserida entre o um grupo de proposta que defendem ao mix methods como uma alternativa de fortalecimento dos dados e da possibilidade de capturar questões que com a adoção de um único método não seria possível.

A construção de um estudo de caso com uma alta validade interna requer alguns cuidados: clara definição dos eventos que serão observados, clareza quanto às fontes de dados e o cuidado de recorrer a múltiplas fontes de dados, descrição da intervenção que nos levou a interpretação dos fatos, envolverem outros atores no processo de construção dos relatórios de pesquisa. Estes cuidados têm como objetivo evitar vieses como os de informação e relacionados ao próprio pesquisador (Denis e Champagne, 1997, Yin, 2001).

O trabalho de campo, entendido aqui como os processos que envolveram os primeiros contatos com os interessados na avaliação e visita exploratórias as unidades de escolha até apresentação de resultados, ocorreu num período de quatro meses. Um

fator que dificultou a coleta de dados foi que o período para coleta coincidiu com o período eleitoral no município do Rio de Janeiro.

As observações, em ambas as unidades, ocorrem no atendimento de grupo e na sala de espera do atendimento individual e de grupo. As entrevistas foram realizadas com os profissionais envolvidos nas ações educativas e análise documental envolveu análise de livros atas, protocolos de atendimento, materiais educativos, e legislações envolvidas com a implantação do programa nos seus diversos componentes (ex. portaria 1.569 que institui a atenção ao paciente obeso entre outras).

O trabalho de campo teve início no período anterior as eleições do Rio de Janeiro e o que foi uma limitação importante dada à dificuldade de encontrar algumas pessoas nesse período de mudança de governo e de cargos.

a) Análise documental

A análise documental teve como objetivo traçar um panorama das atividades relacionadas ao controle da obesidade no Município do Rio de Janeiro descrevendo assim o grau de implantação.

Esta técnica aliada a outras complementa e pode evidenciar fatos novos. A análise deste tipo de documento segue a mesma linha que foi utilizada para as entrevistas- a análise de conteúdo- explicitada logo abaixo (Victória, 2000).

A análise de discurso engloba todos componentes presentes no texto, ou seja, trabalha com análise dos elementos estruturais dos textos (análise lingüística) assim como pode focar o sentido do discurso (análise de conteúdo) (Blanchet e Gotman, 1992).

A análise de conteúdo é um subconjunto da análise de discurso. Segundo Bardin é “Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção destas mensagens.” (Bardin, 1979 Apud Chizzotti, 1995).

O objetivo dessa técnica é alcançar, através da redução ampla do volume de informação contido no texto, os sentidos dessa comunicação de forma que se possa interpretá-la inserida no contexto no qual os atores investigados se encontram. Essa abordagem visa decompor o texto em unidades elementares reprodutíveis de forma que

possamos obter uma interpretação cifrada das comunicações (Blanchet E Gotman, 1992; Chizzotti, 1995; Minayo, 2007).

Os documentos analisados dizem respeito ao registro das ações educativas, normas técnicas, portarias e instrumentos reguladores de atividade profissional, relatórios de atividades do serviço de nutrição. O roteiro utilizado localiza-se no Anexo 3.

b) Entrevistas

Foram realizadas entrevistas, semi- estruturadas gestor da unidade de escolha e com os profissionais envolvidos na intervenção. O objetivo foi o de descrever o contexto institucional relacionado às ações a serem avaliadas para complementar a descrição do grau de implantação das ações para controle da obesidade no Município do Rio de Janeiro. As entrevistas ocorreram no espaço entre os atendimentos, único disponível pelos profissionais, e tiveram duração de aproximadamente uma hora.

As entrevistas na pesquisa qualitativa englobam desde entrevistas livres e informais, outras semi-estruturadas assim com totalmente fechadas. Assim como podemos observar um grande escopo de opções em relação à organização do instrumento de coleta também existem variadas opções para a análise desse material (Thompson, 1991; Patton, 1998; Victória, C; Knaut, D; Hassen, M., 2000; Denzin, N.K.; Lincoln, Y. S., 2006).

A entrevista em profundidade na pesquisa avaliativa pode ter como objetivo identificar o que os *stakeholders* pretendem com a avaliação, na coleta de dados para definição do desenho de estudo, para compreender o contexto no qual se dará a avaliação e para capturar a perspectiva dos atores envolvidos na avaliação. No entanto, é necessário muito cuidado na fase anterior a análise que é a fase de organização e classificação do material em categorias de análise (Patton, 1998).

Na pesquisa avaliativa toda análise será guiada através das perguntas avaliativas com o objetivo de buscar no material das entrevistas e de campo as respostas a estas questões. Segundo Patton (1989), o avaliador deve estar atento aos *insights* que emergiram ao longo da coleta de dados.

A interpretação do material resultante da coleta de dados por meio de entrevistas produz um texto. Este texto diz respeito não somente a ao roteiro preestabelecido pelo pesquisador e sim a uma transcrição da interação entre entrevistador e entrevistado.

A análise terá por ponto de partida esse material e será aplicada uma técnica, dentre muitas, para análise deste discurso. Apresentarei a seguir, brevemente, algumas delas e detalharei a de escolha para a análise das entrevistas que dizem respeito a *“Avaliação da implantação das ações educativas em nutrição para controle da obesidade: estudo de caso em duas unidades de saúde”* tema abordado por esta pesquisa.

Silverman (2000) aponta como alternativas de tratamento de entrevistas ao tratamento semiótico, a análise da narrativa orientada pela etnografia e a análise de discurso. Segundo o autor a semiótica seria uma análise baseada nos signos do texto. A análise etnográfica leva em consideração o contexto cultural e na análise de discurso são levadas em consideração as percepções do grupo pesquisado em relação ao que se pretende investigar.

Sobre a Análise de discurso Blanchet e Gotman (1992) comentam que esta abordagem diz respeito ao texto produzido pela fala do entrevistado e entrevistador, nos permite extrair elementos do material gerados pela entrevista de modo que a partir dele possamos confrontá-las com nossas hipóteses.

A decodificação dessas entrevistas pode ser dar de diversas formas. O texto pode ser decomposto, para posterior análise, em: a) unidades léxicas (há o esforço de se buscar um sentido no texto por meio de seleção de palavras. As palavras chaves repetidas ao longo do texto gerando possíveis temas); b) análise por categorias; c) através de uma análise de enunciação (parte do pressuposto de que o discurso está sempre em transformação e trabalha com as condições de produção da palavra, análise sintática e paralinguísticas das estruturas gramaticais entre outras) e d) análise de conotação (relaciona conceitos sociais a seus contextos) (Chizzotti, 1995).

Blanchet e Gotman (1992) apontam a análise proposicional do discurso (APD) e a análise das relações por oposição (ARO), a análise por entrevista e a análise temática. Segundo essas autoras, a análise proposicional do discurso (APD) baseia-se no pressuposto de que todo texto tem em si um conjunto de proposições e todas elas são unidades semânticas de análise e toda ela realiza uma função de sentido de acordo com o predicado. Neste tipo de análise o objetivo é construir uma imagem do mundo fazendo uso da relação entre os objetos e o discurso. A análise das relações por oposição (ARO) consiste em traçar uma relação entre o que falamos ao conteúdo simbólico do que foi dito.

Agora será apresentada a estratégia de análise escolhida, nesta avaliação, ara responder as perguntas avaliativas. Dentre todas as possibilidades apresentadas escolhi a análise de conteúdo pelo fato de que ela possibilitará que o processo de implantação do programa de obesidade nos dois casos selecionados possa ser analisado. As entrevistas serão analisadas uma a uma e no seu conjunto (análise temática).

Na análise de entrevista por entrevista o objetivo é identificar a perspectiva e do entrevistado em relação a questões colocadas e a hipótese de estudo e a leitura se da de forma vertical buscando identificar padrões (temas, categorias) e coerência em relação ao discurso. Quanto à análise temática, ou seja, ao conjunto de entrevistas pretende-se uma leitura transversal com objetivo de identificar temas comuns entre elas para a construção da matriz de análise.

Operacionalmente, procede-se a uma leitura flutuante, ou seja, uma leitura geral sobre o texto produzido através da entrevista. Essa leitura tem por objetivo a apropriação do *corpus* das entrevistas pelo pesquisador. Este contato com o material produzido em campo, confrontado com as hipótese da pesquisa gerará o que na literatura se designa de matriz de análise e auxiliará na construção de categorias de análise (Blanchet e Gotman, 1992; Patton, 1998).

c) Observação direta

A observação direta será utilizada com o objetivo captar informações sobre a dinâmica das ações educativas ocorridas em relação aos profissionais de saúde e usuários do serviço de saúde.

As observações foram realizadas nas salas de espera dos atendimentos individual e coletivo e durante os grupos de obesidade. O roteiro para guiá-la encontra-se no Anexo 3. No roteiro buscou-se identificar os elementos que, para a real implementação da ação educativa, deveriam existir para que se alcançassem o objetivo do programa.

Optou-se pela observação não participante, ou seja, a pesquisadora se manteve inserida no contexto investigado, mas não interagiu com os participantes durante a observação, por exemplo, das ações educativas (Peruzzo, 2003). O início da pesquisa, incluindo toda a etapa de coleta de dados, foi prejudicado por questões relacionadas às eleições e a exigências de uma das gestoras da unidade

CAPÍTULO V - RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os achados da avaliação. Os resultados compreendem: a) caracterização do grau de implementação para cada unidade; b) a comparação do grau de implantação observado com o esperado e a identificação de possíveis hipóteses para as diferenças observadas.

Essa seção será dividida em três subitens, os dois casos estudados, serão apresentados segundo as subdimensões escolhidas para essa avaliação e levando em consideração os componentes de atividade e insumo das ações educativas. O último tópico será uma síntese dos dois casos e uma breve comparação entre eles.

5.1) O caso A : “Apertando o cinto”

O panorama apresentado sinaliza que a alta demanda de atendimento associada a uma carência de profissionais prejudica a qualidade da intervenção devido à sobrecarga sofrida pelos profissionais na unidade aonde se realizou o estudo. A subdimensão de adequação em relação aos insumos (recursos humanos) quanto à disponibilidade de atendimento em um período considerado como adequado para o acompanhamento de um caso de obesidade.

A unidade, durante o trabalho de campo, em questão passou por reformas e a sala que era a de atendimento de nutrição passou a ser ocupada pela farmácia, sendo necessário que a todo dia as duas nutricionistas e suas quatro estagiárias todo dia são remanejadas pela unidade de saúde procurando salas desocupadas. Os materiais educativos e de registros estão colocados num dos corredores da unidade dificultando o manejo desses materiais e sua distribuição o que compromete a sua utilização no momento necessário.

Este quadro compromete as subdimensões da oportunidade técnica, acomodação e da disponibilidade porque não há local para a ação educativa no momento oportuno e o conforto do paciente está comprometido. Vale ressaltar que, apesar de parecer ser uma situação extraordinária, a sala da nutrição é sempre cedida quando há necessidade de remanejamento.

A questão de falta de espaço para atendimento individual tem sido contornados, ou tentado ser, com a criação de uma escala na qual foram inseridas folgas, que não existiam, para as nutricionistas que pela carga horária estariam no posto durante toda semana e no horário de atendimento de 08h00min as 17h00min.

Após o término das obras materiais educativos retornaram a seu local de origem, na sala de nutrição, o que tornou sua presença oportuna no momento da ação educativa.

Esta unidade serve de campo de estágio para as universidades UFRJ, Gama Filho e Estácio e para os estagiários de nutrição do Município do Rio de Janeiro (Acadêmico Bolsista). Durante minhas visitas conheci a preceitua de estágio da UFRJ. Ela acompanha tanto os atendimentos individuais das estagiarias da universidade quanto às atividades de grupo desenvolvidas por elas. Os materiais educativos são os fornecidos pelo INAD (Município do RJ) e os desenvolvidos pelas alunas da UFRJ com supervisão da preceptora de estágio e nutricionista da unidade.

As ações de nutrição voltadas aos pacientes obesos nesta unidade Ocorrem em consultas individuais, coletivas e em grupo específico (“Apertando o cinto”) para este tipo de paciente. Essas ações estão entrelaçadas com as ações do programa do adulto, como núcleo de promoção da saúde e com ações para combate e controle de hipertensão e diabetes. Os resultados serão apresentados de acordo com as dimensões trabalhadas.

Observamos, baseado na relação entre o profissional de saúde e o usuário e na dinâmica da ação educativa durante o atendimento individual e em grupo, que a abordagem pedagógica predominante no serviço é composta pela perspectiva tecnicista e pela abordagem política social. Os resultados serão apresentados de acordo com as dimensões trabalhadas

a) Disponibilidade

O recurso audiovisual utilizado durante a observação foi o folder e na sala de espera, em alguns períodos, a temática da alimentação saudável era tratada em um mural localizado na entrada da unidade. O material educativo, distribuído nas consultas individuais e no atendimento em grupo, era produzido com auxílio das estagiárias da UFRJ sob supervisão da professora e da nutricionista da unidade exclusivamente voltado para o grupo de obesos dessa unidade. No entanto, a unidade recebe do INAD material educativo e uma ficha para registro da dieta do paciente e, no verso, orientações gerais sobre alimentação saudável.

A distribuição do material educativo durante o atendimento em grupo era feita pelas estagiárias que apresentaram as temáticas presentes com o auxílio da nutricionista e psicóloga. Estes estavam em quantidade adequada e dispostos em local de fácil acesso para disponibilização. Na consulta individual esse material é distribuído ao longo do atendimento e seu conteúdo se adapta as necessidades do paciente.

As reuniões do grupo ocorrem no centro de estudos da unidade, as mulheres atendidas à medida que vão chegando aguardam na sala aonde ocorre o grupo. As instalações sanitárias estão localizadas no primeiro andar. A dinâmica da reunião do grupo engloba a pesagem das participantes e o registro da evolução do estado nutricional em livro próprio e a duração programada do grupo é de duas horas. No livro contamos ainda com o relato, pela data de cada reunião, do tema e das impressões que este causou nos participantes. Sugestões de temáticas e atividades também são inseridas no material.

Paralelamente, as participantes do grupo entregam o cartão e assinam formulário próprio designado a realização de ações de caráter coletivo na unidade de saúde. Este documento é assinado pela psicóloga e nutricionista e encaminhado ao departamento de documentação para controle do número de atendimentos coletivos

A atividade ocorre mensalmente (segunda terça do mês) sendo coordenada por uma nutricionista e uma psicóloga e conta com a participação de estagiárias (no dia observado eram duas do curso de nutrição da UFRJ e uma do curso da Gama Filho). O grupo normalmente oscila entre 20 e 10 participantes, no dia observado o número de participantes foi de 11 mulheres. No grupo não há nenhum participante do sexo masculino e a média de tempo de grupo das usuárias varia de cinco anos a quatro meses.

Durante o atendimento individual podemos diferenciar dois momentos: a primeira consulta e a de seguimento. Na primeira, há um contato inicial com o paciente de modo que os profissionais possam traçar um perfil do consumo alimentar de cada individuo classificá-lo por meio da aferição de seus dados antropométricos e oferecer uma primeira orientação nutricional. A consulta de seguimento serve a dois propósitos: verificar a adesão ao tratamento (através da avaliação antropométrica e recordatório alimentar) e adaptar a dieta no sentido de suprir as dificuldades ou demandas do paciente. As consultas individuais são agendadas com um intervalo que pode variar de entre 2 meses e 3 meses.

Os pacientes obesos, de uma forma geral, são encaminhados ao serviço de nutrição pela clínica médica, ginecologia, serviço social. O atendimento ao paciente

obeso atende ao critério de necessidade clínica, ou seja, um paciente que procure o serviço de nutrição para perder peso por questões estéticas não é atendido por conta da carência de profissionais. Quanto à capacitação das nutricionistas, essa ocorre atendendo a uma agenda, composta por cursos curtos e seminários, organizada pelo Inad. O quadro abaixo apresenta, para a subdimensão de disponibilidade, o grau de implantação calculado a partir da aplicação da matriz de julgamento. Podemos observar que a atividade nesta neste caso, segundo componente estrutural atividade, está parcialmente implantada (71.4%) e apresenta como ponto crítico o espaçamento entre os atendimentos individuais.

<i>Componente atividade</i>	<i>Dimensão</i>	<i>Subdimensão</i>	<i>Critério/indicador</i>		<i>Pont. Máxima</i>	<i>Pontuação Observada</i>	<i>Grau de implantação</i>
	Conformidade		Disponibilidade	Existência de distribuição de materiais educativos Sim (1), Não (0)	(10) (0)	10	10
Quantidade de ações educativas em grupo por mês Adequada Parcialmente Adequada Inadequada				(20) (10) (0)	20	20	
Quantidade de ações educativas individuais Adequada Parcialmente Adequada Inadequada				(20) (10) (0)	20	0	
Existência de Encaminhamento de usuários para outros profissionais Sim (1), Não (0)				(10) (0)	10	10	
Existência de Capacitações de profissionais para a realização das ações educativas de acordo com preconizado Sim (1), Não (0)				(10) (0)	10	10	
Subtotal					70	50	71,4%

Grau de implantação segundo subdimensão disponibilidade e componente estrutural atividade

	<i>Dimensão</i>	<i>Subdimensão</i>	<i>Critério/indicador</i>		<i>Pont. Máxima</i>	<i>Pontuação Observada</i>	<i>Grau de implantação</i>
<i>Componente insumo</i>	Conformidade	Disponibilidade	- Existência de sala própria para atividade em grupo Sim (10, Não (0)).	(10) (0)	10	10	
			Existência de Recurso áudio-visual Nenhum Cartaz e folder Vídeo e TV, Computadores e data show Outros	(0) (10) (10) (10) (10)	40	20	
			Existência de cadeiras Sim (10), Não (0)	(10) (0)	10	10	
			- Existência de banheiro disponível para usuário na sala de espera Sim (10), Não (0)	(10) (0)	10	10	
			Existência de materiais educativos para distribuição nas atividades de ed. Nutricional. Sim (10) Não (0)	(10) (0)	10	10	
			Existência de material educativo na sala de espera Sim (10), Não (0)	(10) (0)	10		
			Existência de mat. Educ. para distribuição nas ativ. de ed. Nutr. em local de fácil acesso Sim Parcialmente Não	(20) (10) (0)	20	10	
		Subtotal		110	80	72,7%	

b) Acomodação

A sala do centro de estudos é ampla com ar condicionado, cadeiras em número suficiente e adequadas a pacientes obesas dispostas em círculo. A sala em questão também se mantém fechada e não há interrupção por ruídos nem de outra natureza. A privacidade das usuárias é preservada naquele espaço.

A sala da nutrição, aonde ocorrem os atendimentos individuais, apresenta uma conformação que não garante aos usuários privacidade. Nela estão localizadas duas mesas de atendimento e um usuário pode ouvir toda a consulta do outro causando desconforto ao paciente e ao profissional.

Quanto às instalações higiênicas, encontram-se em péssimo estado e não apresentam, baseadas nas inúmeras observações feitas, indicação clara da sua localização, água nem papel higiênico.

O material educativo é apropriado para a compreensão de adultos, faixa etária alvo da ação educativa, e os temas abordados são debatidos em grupo demonstrando uma relação de troca entre profissionais de saúde e integrantes do grupo.

A professora da UFRJ responsável pelas estagiárias tem um “acordo” com as nutricionistas da unidade de contribuir com a produção de materiais educativos voltados para os atendimentos nutricionais de acordo com a necessidade de cada usuário e da própria unidade. O folder foi distribuído pelas estagiárias que apresentaram as temáticas presentes com observações intercaladas da nutricionista e psicóloga

No material em questão foram apresentados temas como perda de vitaminas e minerais por preparo inadequado, dicas sobre alimentação saudável e culinária, atividade física. As participantes do grupo levantaram os seguintes temas:

- temas relacionados à mídia e dieta da moda (chá verde e chá branco)
- menopausa e alteração de composição corporal e psicológica,
- condutas em relação à sociabilidade,

- Atividade física e diminuição de peso corporal - dúvidas em relação a influencia da atividade física no aumento de peso ou na frustração em relação a uma perda de peso menor do que a esperada na presença de atividade física (influencia de aumento de massa magra (“aumento de peso.”) em detrimento da massa gorda refletindo visualmente e na pesagem de forma negativa).

Em relação à postura dos profissionais durante a ação educativa, estes priorizam a troca em educador e educando, abrindo espaço para a troca de experiências entre os participantes do grupo, profissionais e estagiários. *ex: questão trazida por uma das usuárias foi sobre uma matéria da revista (Veja). O tema era “pensamento de gordo x pensamento de magro” esta mulher trabalha como empregada doméstica num apartamento da zona sul e sua patroa a entregou essa revista dizendo que o problema dela era que ela pensava como gordo. A matéria foi lida, pela nutricionista, para o grupo e suscitou o debate para verificar se havia, por parte das usuárias do grupo, alguma identificação em relação a comportamento tido como de gordo ou magro. Após a discussão foi sugerido um novo tema para a próxima reunião baseado nas questões levantadas sobre o emagrecimento com uso de chás e entregues atestados para apresentação no local de trabalho.*

As possíveis causas, na visão dos profissionais envolvidos, para a maior demanda por esse tipo de atendimento partindo de mulheres são a maior disponibilidade de flexibilização do horário (muitas trabalhavam como domésticas em casas próximas ao centro de saúde) e a constatação diária pela procura maior por atenção médica partindo de mulheres.

“Bem na verdade a demanda do posto de saúde é muito maior de mulheres. Acho que é cultural... a mulher é mais doméstica então ela tem a disponibilidade de conseguir flexionar o horário dela. Já o homem tem mais dificuldade, entendeu. Mas procura, tem paciente homem obeso.”

Este segundo argumento já foi comprovado em alguns estudos, mas tem sofrido alterações pela maior inserção da mulher no mercado de trabalho que ainda conciliam o papel de mãe e esposa deixando pouco tempo para o autocuidado. (Paiva, 2007)

No atendimento do grupo *“Apertando o cinto” todos os integrantes são do sexo feminino e a maior parte dessas mulheres trabalha no momento ou trabalhou como empregadas domésticas em apartamentos na zona sul. Essas mulheres demonstravam em suas falas forte influencia do empregador sobre a própria alimentação o sobre o contato com alimentação vegetariana, a base de alimentos naturais entre outras temáticas.*

Grau de implantação segundo subdimensão acomodação e componente estrutural insumo

Componente estrutural insumo								
Dimensão	Subdimensão	Dimensão Critério/indicador		Pont. Máxima	Pontuação Observada	Grau de implantação		
Conformidade	Acomodação	Existência de cadeiras adequadas ao usuário obeso Sim (1), Não (0)	(10) (0)	10	10			
		Existência de materiais educativos para distribuição nas atividades de ed. Nutricional. voltados para o controle de obesidade Sim (1), Não (0)	(10) (0)	10	10			
		- Existência de banheiro com água e papel higiênico Sim Parcialmente Não	(20) (10) (0)	20	0			
		Subtotal		60	30	50%		
		Componente estrutural atividade						
		Existência de ações educativas com o elemento dialógico priorizado Adequada Parcialmente Adequada Inadequada	(20) (10) (0)	20	10			
		Existência de distribuição de materiais educativos adequados à população alvo e durante a ação educativa. Sim (1), Não (0)	(10) (0)	10	10			
		Subtotal		30	20	66,6%		

c) Oportunidade técnica

Os materiais educativos são distribuídos durante ao grupo e na consulta individual e apresentam linguagem adequada à compreensão e adequada a faixa etária. Em relação ao material educativo, ele se apresenta como folder, cartazes, ou seja, causa uma limitação no caso de algum paciente analfabeto, sendo necessário auxílio de alguém para que ele siga as orientações nutricionais em domicílio e consiga perder peso.

As atividades educativas são registradas num livro ata e em uma guia de atendimento coletivo, na qual todas pacientes atendidas assinam, que é entregue no setor de faturamento responsável pelo registro de procedimentos na unidade.

O conteúdo do livro é composto pelo registro do peso, altura e data de cada participante ao longo de seu tempo de participação no grupo. Esses registros permitem que se faça o monitoramento dessas mulheres atendidas pelo grupo.

Além destes dados antropométricos há o registro, pela nutricionista, de algumas sugestões dos participantes de temas e é feito uma memória da reunião. O livro fica armazenado na sala da nutrição localizada no primeiro andar da unidade

A dificuldade de lidar com essa demanda é explicitada em uma das entrevistas:

“Temos duas nutricionistas apenas. Atuamos em diversos grupos e atendimentos ambulatoriais... Recebemos pacientes do Vidigal, Rocinha porque lá não tem nutricionista. Até mesmo do hospital da Lagoa quando foram demitidos, né?”

O perfil da clientela do serviço de saúde, em relação ao atendimento a adultos com obesidade, é predominantemente composto por mulheres com idades variando entre vinte e setenta anos. No centro de saúde também ocorrem atendimentos voltados a crianças e adolescentes obesos (consulta individual e consulta em grupo).

Grau de implantação segundo subdimensão Oportunidade técnica e componente estrutural insumo

	Componente estrutural insumo				
	Critério/indicador		PM	PO	Grau de implantação
Oportunidade técnica	Quantidade de profissionais de saúde tecnicamente aptos para realização das ações educativas voltadas a obesidade		20	10	
	Adequada	(20)			
	Parcialmente Adequada	(10)			
	Inadequada	(0)			
	- Existência de materiais educativos. voltados para o controle de obesidade próprio para adultos	(20)	10	10	
	Sim	(10)			
	Parcialmente	(0)			
	Não				
	- Existência de materiais educativos voltados para o controle de obesidade de compreensão adequada.	(20)	20	10	
	Sim				
Parcialmente					
Não					
Subtotal		50	30		
	Componente atividade				
Quantidade de Capacitações de profissionais para a realização das ações educativas de acordo com preconizado		20	20		
Adequada	(20)				
Parcialmente Adequada	(10)				
Inadequada	(0)				
Existência de reuniões de supervisão e planejamento das ações educativas	(10)	10	10		
	(0)				
Subtotal		30	30	100%	

5.2) O caso B : “Mudança de hábito”

A unidade em questão apresentou um contexto institucional que dificultava a interrelação entre os profissionais potencialmente envolvidos na atenção ao obeso (nutricionista, ginecologistas, endocrinologista, terapeuta ocupacional, psicólogos e massoterapeutas). A distribuição espacial da policlínica isola alguns profissionais de outros pois estes trabalhavam em prédios diferentes e, devido a grande demanda de atendimento, não conseguem se deslocar para marcar encontros e /ou reuniões de planejamento de ações conjuntas no combate e prevenção a obesidade.

Esta unidade contava com um estagiária de nutrição do Município do Rio de Janeiro (Acadêmico Bolsista) e com quatro nutricionistas. Os materiais educativos eram os fornecidos pelo INAD (Município do RJ) e os desenvolvidos pelas nutricionistas da policlínica.

As ações de nutrição voltadas aos pacientes obesos nesta unidade ocorrem em consultas individuais, coletivas e em grupo específico (“Mudança de hábito”) para este tipo de paciente. Essas ações estão entrelaçadas com as ações do grupo da terceira idade e com ações para combate e controle de hipertensão e diabetes. Os resultados serão apresentados de acordo com as dimensões trabalhadas.

O perfil de pacientes atendidos nessa unidade para controle de obesidade é composto em sua maioria por mulheres com faixa etária compreendida entre 20 e 80 anos. A ocupação da maioria destas é do lar ou já encontram-se aposentadas.

Observamos, baseado na relação entre o profissional de saúde e o usuário e na dinâmica da ação educativa durante o atendimento individual e em grupo, que a abordagem pedagógica predominante no serviço é composta pela perspectiva tecnicista e pela abordagem política social. Os resultados serão apresentados de acordo com as dimensões trabalhadas

a) Disponibilidade

Os recursos audiovisuais utilizados normalmente são folders com receitas (e outros temas) e a degustação destas, cartazes na sala de espera e vídeos. Existem cartazes na sala de espera da consulta individual com informações sobre alimentação saudável.

Quanto à ambiência, podemos observar a existência de instalações sanitárias no local da atividade educativa, água potável para consumo e cadeiras na sala de espera e nos locais de realização da intervenção

Quanto aos recursos humanos, a unidade contava com cinco nutricionistas, Atualmente conta com quatro, pois a quinta pediu exoneração do cargo. No momento, uma faz a coordenação, duas atendem a adultos e outra somente a pediatria, ou seja, o atendimento ao paciente obeso no sentido do que é preconizado como acompanhamento mensal tanto em relação à consulta individual como em grupo fica prejudicado pela questão de sobrecarga desse profissional. Em relação aos atendimentos, os individuais da nutrição são agendados de dois em dois meses e as atividades em grupo são tem uma data fechada, ou seja, a disponibilidade de consultas não está adequada para esse tipo de atendimento.

As nutricionistas trabalham em escalas estando no posto pelo menos três vezes na semana. Esta unidade tem como caracteriza especial sua origem. Ela surgiu da fusão de duas outras unidades (O PAM da Penha e a unidade básica) dando origem a Policlínica José Paranhos Fontelle que em termos de capacidade de atendimento, se assemelha a um Centro Municipal de Saúde.

A distribuição do material educativo durante o atendimento em grupo foi feita pela nutricionista e apresentavam temáticas relacionadas à alimentação saudável e atividade física. A nutricionista que é responsável pela atividade de grupo é especialista em nutrição e esporte. Ele se encontra armazenado na sala da nutrição. No entanto, durante as entrevistas foi relatada a ausência desse material em alguns períodos sendo necessário fazer xérox dos impressos.

A xérox por sua vez se encontra em outro prédio e o deslocamento das profissionais para providenciá-lo nem sempre é possível. Na consulta individual esse material é distribuído ao longo do atendimento e seu conteúdo se adapta as necessidades do paciente.

As reuniões do grupo ocorrem no centro de estudos da unidade, as mulheres atendidas à medida que vão chegando entregam o cartão e assinam formulário próprio designado a realização de ações de caráter coletivo na unidade de saúde. Este documento é assinado pela nutricionista e encaminhado ao departamento de documentação para controle do número de atendimentos coletivos. A periodicidade do grupo não é garantida pela dificuldade no agendamento da sala própria

Elas aguardam na sala aonde ocorre o grupo. Durante a atividade há a apresentação de um tema e discussão deste e subsequentemente o relato dessas no livro de memória do grupo. Sugestões de temáticas e atividades também são inseridas no material. A pesagem e o registro da evolução do estado nutricional em livro próprio aonde constam a data da reunião em que foi feita a pesagem ocorrem após o fim da discussão devido à ausência de balança no recinto. A duração programada do grupo é de duas horas

As consultas individuais ocorrem em sala própria que conta com cadeiras para o paciente e, se for o caso, para um acompanhante. Na consulta individual há uma diferenciação entre a consulta de primeira vez e as subsequentes. Na primeira consulta de nutrição ocorre o levantamento do histórico alimentar desse paciente, ou seja, suas preferências e a dinâmica de sua alimentação (horários, quem prepara modo de preparo entre outras coisas) assim como ocorre à avaliação do seu estado nutricional. O estado nutricional será avaliado de acordo com o índice de massa corporal (IMC) e este paciente será enquadrado em umas das classificações para, no caso deste grupo, obesidade.

Nesta primeira consulta, de modo geral, os profissionais fazem uma orientação geral sobre alimentação saudável e prática de atividade física. Na segunda consulta é entregue um planejamento dietético baseado na história patológica do paciente, em suas preferências alimentares e na sua resposta a essa primeira intervenção. O atendimento individual tem uma grande variação entre as nutricionistas. Durante as entrevistas, algumas relataram conseguir marcar o paciente mensalmente caso percebam a necessidade. Outras relatam ter mais dificuldade nesse sentido, marcando consultas com intervalando de dois a três meses dependendo da agenda.

As capacitações ocorrem mensalmente sob organização do Inad. As temáticas são gerais e, em entrevista, as nutricionistas disseram que se organiza pela área de atuação de cada uma delas. As profissionais relatam que recebem a programação com antecedência.

No entanto, não existe envolvimento de muitos profissionais na atividade de atenção ao obeso. O trabalho tem sido coordenado por uma das nutricionistas e auxiliado pela terapeuta ocupacional com uma interface com o massoterapeuta da unidade. A nutricionista encaminha os pacientes para o grupo coordenado pelo massoterapeuta para estimular a prática de atividade física e atividades de socialização. Existe uma grande dificuldade na mobilização de outros profissionais principalmente da

psicologia por questões relacionadas à jornada de trabalho e localização em mais de um prédio.

O conteúdo do livro é composto pelo registro do peso, altura, circunferência abdominal e data de cada participante ao longo de seu tempo de participação no grupo. Esses registros permitem que se faça o monitoramento dessas mulheres atendidas pelo grupo.

O quadro abaixo apresenta, para a subdimensão de disponibilidade, o grau de implantação calculado a partir da aplicação da matriz de julgamento. Podemos observar

que a intervenção neste caso, segundo componente estrutural insumo, está parcialmente implantada (72,72%) e apresenta como ponto mais frágil a disponibilidade de recursos áudio-visuais. Em relação ao componente atividade, a atividade educativa está parcialmente implantada (71,43%) e apresenta a maior fragilidade em relação à organização das atividades.

	<i>Dimensão</i>	<i>Subdimensão</i>	<i>Critério/indicador</i>		<i>Pont. Máxima</i>	<i>Pontuação Observada</i>	<i>Grau de implantação</i>
	<i>Componente insumo</i>	Conformidade	Disponibilidade	- Existência de sala própria para atividade em grupo Sim (10, Não (0)).	(10) (0)	10	10
Existência de Recurso áudio-visual Nenhum Cartaz e folder Vídeo e TV, Computadores e data show Outros				(0) (10) (10) (10) (10)	40	20	
Existência de cadeiras Sim (10), Não (0)				(10) (0)	10	10	
- Existência de banheiro disponível para usuário na sala de espera Sim (10), Não (0)				(10) (0)	10	10	
- Existência de materiais educativos para distribuição nas atividades de ed. Nutricional. Sim (10) Não (0)				(10) (0)	10	10	
Existência de material educativo na sala de espera Sim (10), Não (0)				(10) (0)	10	10	
Existência de mat. Educ. para distribuição nas ativ. De ed. Nutr. em local de fácil acesso Sim Parcialmente Não				(20) (10) (0)	20	10	
Subtotal					110	80	72, 72%

<i>Componente atividade</i>	<i>Dimensão</i>	<i>Subdimensão</i>	<i>Critério/indicador</i>		<i>Pont. Máxima</i>	<i>Pontuação Observada</i>	<i>Grau de implantação</i>
	Conformidade	Disponibilidade	Existência de distribuição de materiais educativos Sim (1), Não (0)	(10) (0)	10	10	
			Quantidade de ações educativas em grupo por mês Adequada Parcialmente Adequada Inadequada	(20) (10) (0)	20	10	
			Quantidade de ações educativas individuais Adequada Parcialmente Adequada Inadequada	(20) (10) (0)	20	10	
			Existência de Encaminhamento de usuários para outros profissionais Sim (1), Não (0)	(10) (0)	10	10	
			Existência de Capacitações de profissionais para a realização das ações educativas de acordo com preconizado Sim (1), Não (0)	(10) (0)	10	10	
			Subtotal		70	50	71,43%

b) Acomodação

A sala do centro de estudos é ampla, cadeiras em número suficiente e adequadas a pacientes obesas dispostas em círculo. A sala em questão também se mantém aberta e há interrupção por ruídos e por estranhos ao grupo de modo que a privacidade das usuárias é parcialmente preservada naquele espaço.

Em relação à consulta individual, a sala permite ao paciente que sua privacidade se mantenha preservada, pois não há interrupções e o local conte apenas uma mesa para atendimento. As cadeiras são fortes o suficiente para suportar o peso de um paciente obeso mórbido.

O material educativo é apropriado para a compreensão de adultos, faixa etária alvo da ação educativa, e os temas abordados são debatidos em grupo demonstrando uma relação de troca entre profissionais de saúde e integrantes do grupo.

No próprio centro de estudo há um sanitário que apresenta água, mantém-se limpo e que apresenta papel higiênico. Existe um bebedouro funcionando no primeiro andar da unidade. O sanitário que existe no primeiro andar, próximo a sala de consulta individual, em todas as observações não apresentou papel e ocasionalmente existia água. A sinalização era precária principalmente no caso de pacientes analfabetos.

Em relação à postura dos profissionais durante a ação educativa, esses priorizam a troca entre educador e educando, abrindo espaço para a troca de experiências entre os participantes do grupo e o profissional. Na consulta individual os profissionais buscam atender as demandas encontradas na fala do paciente, mas há uma relação mais hierárquica nesse sentido.

O quadro abaixo apresenta, para a subdimensão de acomodação, o grau de implantação calculado a partir da aplicação da matriz de julgamento. Podemos observar que a intervenção neste caso, segundo componente estrutural insumo, está implantada (83,3%) e apresenta como ponto mais frágil a disponibilidade de recursos áudio-visuais e precariedade das instalações higiênicas. Em relação ao componente atividade, a atividade educativa está implantada (100%).

Acomodação	Componente estrutural insumo				
	Critério/indicador		PM	PO	Grau de implantação
	Existência de ambiente que garanta privacidade do usuário				
	Sim	(20)			
	Parcialmente	(10)			
	Não	(0)			
	Existência de cadeiras adequadas ao usuário obeso	(10)	10	10	
	Sim (1), Não (0)	(0)			
	Existência de materiais educativos para distribuição nas atividades de ed. Nutricional. voltados para o controle de obesidade	(10)	10	10	
	Sim (1), Não (0)	(0)			
- Existência de banheiro com água e papel higiênico		20	10		
Sim	(20)				
Parcialmente	(10)				
Não	(0)				
Subtotal		60	50	83,3%	
Componente atividade					
Existência de ações educativas com o elemento dialógico priorizado	(20)	20	10		
Adequada	(10)				
Parcialmente Adequada	(0)				
Inadequada					
Existência de distribuição de materiais educativos adequados à população alvo e durante a ação educativa.	(10)	10	10		
Sim (1), Não (0)	(0)				
Subtotal		30	30	100%	

c) Oportunidade técnica

A atividade de grupo eventualmente ocorre mensalmente devido a dificuldade de agendamentos do local de realização das atividades. É coordenado por uma nutricionista e conta, esporadicamente com a participação da terapeuta ocupacional. O grupo normalmente oscila entre 15 e 10 participantes, no dia observado o número de participantes foi de oito mulheres. No grupo não há nenhum participante do sexo masculino e a média de tempo de grupo das usuárias varia de sete anos a quatro meses.

Esse grupo de profissionais que atende aos obesos tem entre 11 e 23 anos de tempo de serviço e as idades variam entre 38 e 51 anos, sendo todos do sexo feminino. Durante as entrevistas foi constatada uma deficiência em relação ao quantitativo de profissionais. Esses profissionais relatam a sua participação em várias frentes como programa bolsa família, programa, de hipertensão e diabetes, de HIV entre outros.

Segundo as entrevistas, a equipe de nutrição foi formada da seguinte forma: na SMS existiam duas nutricionistas lotadas enquanto no PAM existiam mais três nutricionistas. Com a junção a Policlínica contava com cinco nutricionistas. A equipe envolvida com a atenção ao obeso em interface com a nutrição é composta pela profissional de terapia ocupacional.

Durante a observação foi possível verificar que os materiais educativos são distribuídos durante ao grupo e na consulta individual apresentam linguagem adequada à compreensão e adequada à faixa etária. Em relação ao material educativo, ele se apresenta como folder, cartazes, ou seja, causa uma limitação no caso de algum paciente analfabeto, sendo necessário auxílio de alguém para que ele siga as orientações nutricionais em domicílio e consiga perder peso.

Este material educativo foi produzido pela nutricionista a partir de material de curso ministrado pelo INAD entre outras fontes. As receitas englobavam sugestões para uma alimentação gostosa, mas saudável.

Além destes dados antropométricos há o registro, pela nutricionista, de algumas sugestões dos participantes de temas e é feito uma memória da reunião. O livro fica armazenado na sala da nutrição localizada no primeiro andar da unidade.

Componente estrutural insumo					
Oportunidade técnica	Critério/indicador		PM	PO	Grau de implantação
	Quantidade de profissionais de saúde tecnicamente aptos para realização das ações educativas voltadas a obesidade		20	10	
	Adequada	(20)			
	Parcialmente Adequada	(10)			
	Inadequada	(0)			
- Existência de materiais educativos. voltados para o controle de obesidade próprio para adultos	(20)	10	10		
Sim	(10)				
Parcialmente	(0)				
Não					
- Existência de materiais educativos voltados para o controle de obesidade de compreensão adequada.	(20)	20	10		
Sim					
Parcialmente					
Não					
Subtotal		50	30	60%	
Componente atividade					
Quantidade de Capacitações de profissionais para a realização das ações educativas de acordo com preconizado		20	20		
Adequada					
Parcialmente Adequada	(20)				
Inadequada	(10)				
	(0)				
Existência de reuniões de supervisão e planejamento das ações educativas	(10)	10	0		
	(0)				
Subtotal		30	20	66,6%	

5.3) Síntese do grau de implantação das ações educativas

Podemos observar que, no caso A, ao componente insumo encontra-se parcialmente implantado com 63,63 % em relação aos 100 esperados. Este dado reflete a inadequação de algumas estruturas relacionadas, principalmente, a ambiência. A ausência de um número adequado de salas para atender a demanda de atendimentos e a garantia de privacidade dos pacientes se vê prejudicada. Os sanitários encontram-se em péssimo estado e não apresentam, baseadas nas inúmeras observações feitas, indicação clara da sua localização, água nem papel higiênico.

Quanto à questão de sinalização é importante colocar em pauta a existência de usuários do centro de saúde sem alfabetização. Este fato dificulta a compreensão em relação a cartazes de sinalização contendo apenas palavras e de materiais educativos compostos somente por textos. Esses indivíduos terão sempre a necessidade de auxílio para acompanhamento, por exemplo, da prescrição dietética ou se não for possível contarão apenas com a memória (que em indivíduos idosos é um problema recorrente).

O componente atividade, no caso A, apresentou um grau de implementação de 83,3%, ou seja, a intervenção está implementada. As questões que impossibilitam um melhor resultado estão relacionadas à alta demanda de atendimentos e à carência de recursos humanos.

O caso B apresenta uma infra-estrutura mais adequada, em relação ao caso A, obtendo em relação ao componente insumo um grau de implementação de 73%, ou seja, a intervenção se apresenta parcialmente implementada.

Nesta unidade observamos dificuldades na conservação dos sanitários e na disponibilidade de materiais educativos por conta de questões logísticas e financeiras. O caso B apresentou, segundo a componente atividade, um grau de implementação de 58,3 %. A intervenção se apresenta parcialmente implantada devido a uma carência na organização das atividades. Existe uma dificuldade de comunicação entre as pessoas responsáveis pelo agendamento dos locais.

Tabela 1: Síntese do grau de implantação das duas unidades observadas

	Caso A		Caso B	
insumos	Grau de implementação		Grau de implementação	
Disponibilidade	72,72 %	Parcialmente implementado	72,72 %	Parcialmente implementado
Acomodação	50%	Parcialmente implementado	83,33%	Implementado
Oportunidade técnica	60%	Parcialmente implementado	60%	Parcialmente implementado
<u>Total</u>	63,63%	Parcialmente implementado	73%	Parcialmente implementado
Atividades				
Disponibilidade	71,4%	Parcialmente implementado	57%	Parcialmente implementado
Acomodação	66,6%	Parcialmente implementado	66,6%	Parcialmente implementado
Oportunidade técnica	100%	implementado	66,6%	Parcialmente implementado
<u>total</u>	83,3%	implementado	58,3%	Parcialmente implementado

5.4- CRITÉRIOS PARA METAVALIAÇÃO

Metavaliação é a avaliação de outra avaliação ou “avaliação primária”. O objetivo de uma meta-avaliação é verificar se a avaliação se enquadrou nos parâmetros de uma avaliação adequada (mérito e qualidade) fornecendo informações úteis aos usuários potências como planejado no desenho da avaliação (Hartz; Contandopoulos, 2008). Nesse estudo foram considerados os padrões de *Utilidade, Viabilidade, Propriedade e Precisão* (JOINT COMMITTEE ON PATTERNS FOR EDUCATIONAL EVALUATION, 1994).

Quanto à utilidade, que diz respeito à forma como a avaliação atendeu aos usuários potenciais, essa avaliação procurou esta atenta à demanda dos envolvidos e negociar os padrões para que se garantisse a utilidade no futuro.

A viabilidade envolve a realização da à avaliação de modo que informações fidedignas fossem produzidas em tempo adequado e respeitando o contexto institucional, foi atingida apesar de algumas limitações políticas no início da coleta de dados.

Os padrões de propriedade foram assegurados pela submissão da pesquisa ao Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública (CEP- ENSP) e ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde (CEP SMS-RJ). A realização da avaliação foi aprovada em ambos os comitês sob o parecer nº 123/08(CEP- ENSP) e nº282A/2008 por atender todos os requisitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os que contribuíram com a avaliação da implementação das ações foram informados dos objetivos do estudo por meio da leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

No que se refere aos padrões de *precisão* ou acurácia, foram examinados documentos e informações que propiciaram uma descrição clara do programa e dos contextos organizacional e externo, a partir de fontes de informação confiáveis.

CAPÍTULO VI - LIÇÕES APRENDIDAS

Os resultados apontaram que, em ambos os casos, a intervenção se encontra de forma geral parcialmente implantada. Os dois casos observados apresentam potencialidades e fragilidades em aspectos diferentes. No caso A o componente estrutural insumo está mais comprometido, enquanto no caso B é no componente estrutural atividade que encontramos maior fragilidade.

As potencialidades, comum os dois casos, encontram-se relacionadas à adequada capacitação de recursos humanos e aos materiais educativos. A realização de capacitações regulares, quanto as nutricionistas, foi identificada e sua organização foi atribuída ao INAD que constrói anualmente uma programação de atividade de capacitação como grupos de trabalho, palestras, seminários e cursos.

Quanto aos materiais educativos, observou-se que há um número adequado e oportunamente disponíveis para realização das atividades educativas, que estes apresentavam conteúdo com qualidade técnica, ou seja, atendiam ao preconizado por especialistas e pelo MS em relação a obesidade e que eles se apresentavam, salvo exceções discutidas abaixo, de forma compreensível ao público alvo da ação educativa (adultos obesos).

A existência de atividades de capacitação e de materiais educativos de comprovada qualidade técnica são elementos que permeiam as três dimensões consideradas nessa avaliação.

Durante a avaliação foram observadas as ações educativas em grupo e, durante as entrevistas, buscou-se identificar qual corrente pedagógica mais se aproximava da adotada pelos profissionais no atendimento coletivo e individual. A observação possibilitou identificar a dinâmica dos profissionais em relação ao serviço e aos usuários assim como a existente no serviço em relação à disponibilização de insumos e atividades.

Observamos que a abordagem pedagógica predominante nos dois serviços é composta pela perspectiva tecnicista e pela abordagem política social. A primeira marcada pela forte influência do positivismo foi apresentada, na área de saúde, sobre diferentes classificações. Stotz (1993) identificou os que chamou de enfoques educativo, preventivo e de desenvolvimento pessoal a influencia dessa corrente. Schall & Struchiner (1995) observam na abordagem comportamentalista esta filosofia.

A abordagem política social - que tem como um de seus expoentes Paulo Freire (1989) coloca a educação como algo político e prima pela relação dialógica entre educador e educando. A problematização da realidade dos educandos é utilizada para levar a reflexão e a transformação da realidade.

Essa mescla de intervenções ocorre pela formação do profissional, que durante a vida acadêmica se vê sobre forte influência da perspectiva positivista, e pela própria estrutura institucional que cobra uma política de metas. As novas práticas, imbuídas de conceber o usuário de saúde como um será autônomo e permeado de um conhecimento prático de sua realidade, não encontram terreno fértil devido ao choque de paradigmas. (Potvin, 2002).

A ação educativa, hoje considerada como a ideal pela literatura e pelo MS, é aquela que mais se assemelha a de Paulo Freire. No entanto, mesmo nesses materiais observamos a influência das práticas mais autoritárias em relação a abordagem educativa.

Enfim os dois serviços apresentam o mesmo comportamento da própria política que não deixa claro a qual vertente pedagógica se baseia abrindo precedente para grandes variações que atenderão mais às características individuais do profissional do que a uma norma clara.

A diferença entre as unidades fica clara no que diz respeito à postura dos usuários em relação ao educador/profissional. No caso A, as participantes interagem mais abertamente e criticamente às informações e questões relacionadas à alimentação durante o grupo. Algumas hipóteses podem ser colocadas para esse comportamento. Ele pode estar relacionado à regularidade do grupo, a inserção dessas mulheres que em grande parte são empregadas domésticas na região da Gávea e Leblon em ambientes nos quais a preocupação com as estética e alimentação saudável é uma realidade, a escolaridade entre outras.

A região onde está localizada o caso A apresenta facilidades em relação a o caso B no que diz respeito à prática da atividade física. No primeiro caso existem áreas para prática de atividade física (parque da cidade, praia, campus da PUC) sem a necessidade de custo adicional ao usuário. No segundo foi referida grande dificuldade na prática de atividade física por conta do custo e da ausência de local apropriado. Este fato, no caso B, tem sido contornado pelos profissionais pelo encaminhamento dos pacientes ao grupo da terceira idade dirigido pelo massoterapeuta.

No entanto, ainda se vêem sem opções para o tratamento adequado as pessoas que não se encaixam no perfil do grupo, ou seja, ainda não são idosas. A prática da atividade

de física é uma das recomendações para diminuição de peso e promoção da saúde. Essa é uma limitação ao desenvolvimento do programa causada pelo contexto social e características sociais dos usuários e entorno. Ações intersetoriais, como a construção de espaços para a atividade física, e a formação de parceria locais poderiam contribuir para abrandar ou resolver essa questão (MS, 2006, Anjos, 2006, Cohen, 2008, Duchesne, 2002).

A relação de escolaridade foi referida como uma dificuldade pelas profissionais do caso A pelo fato de alguns pacientes serem analfabetos e dependerem de outras pessoas para seguir o tratamento. Isso influencia diretamente a utilização, de modo adequado, dos materiais educativos nas ações educativas para esses usuários. O que normalmente se preconiza são filmes, dramatização, cartazes entre outros.

A relação da violência contra a mulher foi identificada no caso B. Violência aqui entendida como a psicológica. Houve relato por parte de um dos profissionais do caso B de mulheres que se viam agredidas pelo companheiro por estarem acima do peso e vinham procurar atendimento por conta dessa situação. As mulheres apresentam, em alguns casos sinais de depressão e muita baixa estima. O fortalecimento da auto estima é um dos tópicos a serem abordados de acordo com o padrão de qualidade das ações educativas e tem sido executado (MS, 2005)

O perfil da clientela dos serviços de saúde é predominantemente composto por mulheres. Esse quadro foi observado em relação ao atendimento individual e grupo nas unidades. As prevalências relacionadas à obesidade, em adultos, são muito variáveis e fortemente determinadas pelo sexo. Os dados podem variar, dependendo do país ou entre as regiões de um mesmo. A POF (2002-2003) demonstrou que a tendência é o aumento da prevalência em homens em todas as regiões do país é decrescente ou estagnada em relação à população feminina (IBGE, 2004; MS, 2006). A elevação das taxas de prevalência de obesidade em homens e a baixa procura destes por tratamento nos leva a pensar de que forma esse homem obeso ou com sobrepeso poderia se captado para o tratamento e prevenção da obesidade. O MS, identificando este comportamento masculino, lançou uma política específica para homens (MS, 2009).

A questão da educação também apresenta um ponto crítico. Um programa educativo requer um planejamento e uma regularidade e tempo se alcance os resultados esperados. A Dinâmica de atendimento nas duas unidades não favorece a continuidade do tratamento, acompanhamento mínimo mensal, em tempo adequado no tocante ao atendimento individual. O atendimento em grupo atende ao especificado não caso A,

mas não é contemplado no caso B. Os motivos pelos quais a continuidade no grupo do Caso B está relacionado à dificuldade de agenda e o espaço que atende a toda unidade.

As recomendações giram em torno de uma melhor organização dos serviços em relação ao caso dois e na melhoria dos insumos em relação ao caso um. Abaixo serão listadas as recomendações por caso de estudo. Muitas das recomendações passam pelas diversas esferas de governo e não dependem somente da atuação dos usuários mais diretamente envolvidos nas ações. Mesmo assim estão aqui registradas para contribuir para a melhoria do programa.

CAPÍTULO VII – RECOMENDAÇÕES

As recomendações giram em torno de uma melhor organização dos serviços em relação ao caso dois e na melhoria da dos insumos em relação ao caso um. Abaixo serão listadas as recomendações por caso de estudo em relação a cada subdimensão utilizada na avaliação. Muitas das recomendações passam pelas diversas esferas de governo e não dependem somente da atuação dos usuários mais diretamente envolvidos nas ações.

O caso A : “Apertando o cinto”

a)Disponibilidade

A infra-estrutura da unidade deve passar por reestruturação. A sinalização das instalações sanitárias não contempla a todos, portadores de deficiência visual ou mesmo analfabetos não tem clareza quanto à localização das instalações. Recomendam-se melhorias na sinalização com a utilização de figuras e sinais em braile.

Quanto aos locais nos quais eram realizadas as atividades educativas, foram identificadas questões positivas assim como algumas inadequações em relação ao atendimento. O espaço para a realização, segundo relato durante as entrevistas, é mobilizado para outras atividades com frequência prejudicando o atendimento. Portanto, a recomendação é a de reorganizar o atendimento fazendo com que as consultas ocorram em um único consultório e garantir a esses profissionais o devido local de trabalho. Em relação a sala de atendimento em grupo , ela apresenta uma disponibilidade e organização adequada devendo permanecer desta forma.

Recomenda-se um aumento no que diz respeito aos recursos humanos (profissionais como nutricionistas, psicólogos entre outros). Como a unidade atende a demanda da População da Rocinha o envolvimento dos profissionais com ONGS, movimentos sociais e parcerias com as escolas locais poderiam gerar um espaço de promoção da alimentação saudável e, conseqüentemente, da prevenção e controle da obesidade. Essa estratégia também poderia atuar causando uma diminuição na demanda de atendimento e solucionaria algumas questões relacionadas ao longo do trabalho. Quanto ao atendimento, a meta deve ser diminuir o intervalo entre as consultas individuais fazendo com que elas se tornem mensais e que a privacidade do paciente possa ser respeitada.

Identificou-se a disponibilidade adequada de recursos audiovisuais e outros materiais educativos (folder e cartazes, aparelho de videocassete e televisão) e ressaltamos a relevância da utilização desses recursos como instrumentos educativos.

b) Acomodação

Os aspectos relacionados a higiene dos sanitários (existência de papel higiênico, sabonete e higienização do local) necessitam de atenção especial na unidade visto que as instalações sanitárias apresentaram-se em péssimas condições.

A sala de atendimento individual da nutrição comporta dois consultórios o que, tanto do ponto de vista da logística de atendimento tanto quanto da falta de privacidade do paciente, é inconveniente. Recomenda-se a transferência do atendimento para salas com um único consultório de modo que se respeite a privacidade do paciente. Em relação a sala de atendimento em grupo, o local de realização das reuniões proporciona ao paciente obeso conforto apresentando cadeiras adequadas e privacidade, ou seja, o indicado é manter a conduta .

Quanto ao material educativo, apresenta-se adequado a compreensão de adultos, faixa etária alvo da ação educativa, e os temas abordados são debatidos em grupo demonstrando uma relação de troca entre profissionais de saúde e integrantes do grupo, ou seja, estes aspecto da ação educativa deve permanecer com o mesma dinâmica.

c) Oportunidade técnica

Observou-se na unidade a existência de profissionais de saúde tecnicamente aptos para realização das ações educativas voltadas a obesidade, a prática da interdisciplinaridade e a periodicidade no que diz respeito a capacitações. Identificou-se a existência de reuniões de planejamento periódicas entre a equipe responsável pelas ações educativas assim como de reuniões de supervisão periódicas com o municipal. Os aspectos acima apresentados deverão ser mantidos.

Quanto ao conteúdo material educativo, ele contemplava os temas principais recomendados pelo MS. No entanto, causa uma limitação no caso de algum paciente analfabeto.

O caso B : “Mudança de hábito”

a)Disponibilidade

Em relação a esta subdimensão observou-se que não existiam problemas em relação a infraestrutura dos locais nos quais eram realizadas as ações educativas (sala de atendimento de grupo e consultório para atendimento individual). Portanto, indicamos a manutenção e o monitoramento desses locais para a conservação adequado dos espaços. Assim como no caso A, as instalações sanitárias necessitam de melhorias.

Identificou-se a disponibilidade e distribuição adequada de recursos audiovisuais e outros materiais educativos (folder e cartazes, aparelho de videocassete e televisão) e ressaltamos a relevância da utilização desses recursos como instrumentos educativos.

Quanto ao atendimento, a meta deve ser diminuir o intervalo entre as consultas individuais fazendo com que elas se tornem mensais e que a privacidade do paciente possa ser respeitada. A recomendação nesse sentido está em dinamizar e estimular o trabalho em equipe no atendimento à obesidade. Estimular a comunicação entre o médico que encaminhou para a nutrição, entre o massoterapeuta enfim entre os profissionais que em alguma instância atendem esses pacientes.

Quanto à atividade de grupo, a recomendação é que ela ocorra mensalmente, assim com a consulta individual, mas durante as entrevistas e observações constatou-se que esse intervalo era muita maior. Portanto, recomenda-se manter a periodicidade mensal. A realização de reuniões de equipe para planejamento.

Acomodação

Em relação aos aspectos que dizem respeito à higiene dos sanitários (existência de papel higiênico, sabonete e higienização do local) , observou-se uma diferenciação em relação as condições dos sanitários exclusivos do auditório (local da reunião em grupo) e do primeiro andar (destinado aos pacientes das consultas individuais). No primeiro as instalações higiênicas apresentam melhor conservação, existência de papel higiênico, sabão do que nos segundo caso. Recomenda-se uma manutenção semelhante aos dois espaços.

As salas de atendimento individual da nutrição (dois consultórios) garantem privacidade não necessitando de nenhuma modificação. Em relação a sala de

atendimento em grupo, o local de realização das reuniões proporciona ao paciente obeso conforto apresentando cadeiras adequadas e um ambiente amplo . No entanto, durante as reuniões a sala permanece aberta e o ruído do ambiente externo prejudica a atividade além de não garantir total privacidade ao usuário. Nesse sentido a recomendação é a de manter a porta do local fechada durante as atividades do grupo.

. Quanto ao material educativo, apresenta-se adequado a compreensão de adultos, faixa etária alvo da ação educativa, e os temas abordados são debatidos em grupo demonstrando uma relação de troca entre profissionais de saúde e integrantes do grupo, ou seja, este aspecto da ação educativa deve permanecer com a mesma dinâmica.

Oportunidade técnica

As recomendações em relação ao caso B giram em torno da organização do serviço. Neste local, apesar de existir um número maior de nutricionistas tecnicamente aptas para realização das ações educativas voltadas a obesidade e periodicidade no que diz respeito a capacitações, não foi observada cooperação entre os outros profissionais envolvidos com a atenção ao obeso. Esse fato torna a prática da interdisciplinaridade difícil. Somente alguns poucos profissionais se integram num trabalho coletivo, mas por parte desses, observa-se o esforço de formar uma rede de referencia e contra-referência. A organização espacial da unidade, que se vê dividida em três prédios, dificultando essa relação. Partindo do exposto, recomenda-se que se institua na unidade uma coordenação para articular o trabalho interdisciplinar fazendo a ponte entre os profissionais e integrando os diversos setores.

A ausência da prática de planejamento e monitoramento & avaliação (M&A) das ações educativas em nutrição voltado para o paciente obeso pela equipe da unidade também constitui um ponto a ser melhorado. A prática constante de atividade de (M&A) com a realização de reuniões de supervisão periódicas foi identificada como uma iniciativa do gestor municipal em relação as unidades. Identificamos a necessidade da adoção de uma rotina de organização das atividades voltadas para controle e tratamento do paciente obeso na unidade. Esta rotina deve incluir reuniões de planejamento e monitoramento das ações assim como posterior avaliação destas.

Quanto ao conteúdo material educativo, ele contemplava os temas principais recomendados pelo MS. No entanto, causa uma limitação no caso de algum paciente analfabeto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ades. L; Kerbaury, RR. Obesidade: realidades e indagações. *Psicol. USP.* 2002 13(1),197-216 .

Anjos, L A dos. Obesidade e saúde pública. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.100p.(Coleção Temas em Saúde).

Alter , C ; Egan, M. Logic Modeling: A tool for teaching critical thinking in social work practice. *J. Soc. Work Educ.* 1997. 33. 85-102.

Aranha, M L A. Filosofia da Educação. São Paulo: Moderna; 1996. p. 175-179.

Blanchet , A; Gottman, A. *enquete e seus métodos: a entrevista.* Paris: Editions Nathan; 1992. p.2- 26

Boog, MC. Educação nutricional: por que e para que? *Jornal da Unicamp*, 2 a 4 de agosto de 2004.

Castro, M.B. T; Anjos, LA.; Lourenço, P M. Padrão dietético e estado nutricional de operários de uma empresa metalúrgica do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2004 July/Aug ; 20(4), 926-34.

Centers For Disease Control And Prevencion. Obesity and overweight, basics about overweight and obesity: defining the terms. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/obesity/basic.html> . Acesso em: 11 Jan. 2008.

Cercato, C. Perspectivas dos conhecimentos genéticos para compreensão e tratamento da obesidade. *Einstein.* 2006;1 Suppl 1: S14-7.

Chizzotti, A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais.* São Paulo; Cortez; 1995. p. 98- 99.

Contandriopoulos, A P; Champagne, F; Denis, J L et. al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz, Z. M. A. (org). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática da implantação de programas.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. cap. 2

Cohen, DA.; Farley, TA. Eating as an automatic behavior. *Prev Chronic Dis.* 2008; 5(1). http://www.cdc.gov/pcd/issues/2008/jan/07_0046.htm. Acessado em: 10 de janeiro de 2008

Conill, E. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina,

Brasil, 1994-2000. Cad. Saúde Pública. 2002; 18 suppl 1:S? . Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo>. Acesso em: 12 Mar 2008.

Cruz, M M. Avaliação de Programas de prevenção de DST/AIDS para Jovens: Estudo de caso numa organização governamental e numa organização não-governamental do Município do Rio de Janeiro [Dissertação de doutorado] . Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2006.

Curran, S.; Gittelsohn, J; Anliker, J. Process evaluation of a store-based environmental obesity intervention on two Americans Indian reservations. Health education research: Theory & Practice. Cambridge. 2005; 20(6), p.719-29.

Denis, J L ; Champagne, F. Análise de implantação. In: Hartz, Z M A. (org). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 49-88.

Denzin, N K ; Lincoln, Y S. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. Tradução : Sandra Regina Netz. Porto Alegre; Artmed; 2006. p.34-37 e p.164- 216.

Duchesne, M; Almeida, PE. Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. R. Bras. Psiquiatri. dez . 2002.24 suppl. 3 :S1 -8.

Dutra, C.; Araújo. CL.; Bertoldi. A. Prevalência de sobrepeso em adolescentes: um estudo de base populacional em uma cidade no Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(1): 981-99.

Francischi, R.P.P.; Pereira, L.; Freitas, C. Obesidade: Atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. Rev. Nutr. jan/abr, 2000;13(1):17-28.

Freire, P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.

Gigante, DD , Barros FC. , Post, CLA. e Olinto, MTA. Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. Rev. Saúde Pública .June 1997; 31(3).

Greene, J C. Understanding social programs through evaluation. In: Denzin, N K & Lincoln, Y S. (editors) Handbook of qualitative research. 2ª ed. Beverly Hills: Sage; 2000:p.981-999

Greene, J C. Toward a Conceptual Framework for Mixed-Method Evaluation Designs. Educational Evaluation and Policy Analysis, v. 11, n. 3. 2006, pp. 255-274.

Greene, J C. . Thinking Evaluation in (situ) Action: From theory to program change international seminar, Rio de Janeiro, Brazil. Mixed Methods in Evaluation. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 2009.

Guba. E G; Lincoln. Y S. The coming of age of evaluation. In: Guba, E G; Lincoln, Y S. Fourth Generation Evaluation. Beverly Hills: Sage ; 1989 .p.21- 49.

Hartz, Z M A e Vieira da Silva, L M (org). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005

Hersey, J C. Integrating Evaluation Tools to Assess Nutrition Education. J. Nut. Educ. 2001;33 suppl.1:2-3.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil: pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003. Rio de Janeiro, 2004.

_____ Contagem da População recenseada e estimada, segundo os municípios - Rio de Janeiro – 2007. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
Acessado em: 26 de abril de 2008.

Instituto de Nutrição Annes Dias (INAD) 2007.
<http://www.saude.rio.rj.gov.br/paternidade/>

Instituto Nacional do Câncer (INCA). Inquérito domiciliar de comportamentos de risco de morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos (IPP), 2007. Disponível em: http://portalgeo.rio.rj.gov.br/bairros Cariocas/index_ra.htm . Acessado em 20 de agosto de 2009.

International Obesity Task Force (IOFT). Global Prevalence of Adult Obesity. Disponível em: <http://www.ietf.org/database/documents/GlobalPrevalenceofAdultObesityJuly08pdfv2.pdf>. Acessado em: 12 de julho de 2008.

Katz, DL. O'connell, M.; Yeh, M.; Nawaz, H; Njike, V.; Anderson, L et. al. Public Health Strategies for Preventing and Controlling Overweight and Obesity in School and Worksite Settings .A Report on Recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. Morbidity and Mortality Weekly Report. October 7, 2005 / 54(RR10);1-12. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5410a1.htm>. Acessado em: 15 de novembro de 2008.

Libaneo, J C. Democratização da escola pública: a pedagogia crítico-social dos conteúdos. São Paulo: Loyola; 1989.

Lima, L P; Sampaio, H. Caracterização socioeconômica, antropométrica e alimentar de obesos graves. Ciênc. saúde coletiva. 2007; 12(4).

Loos, R J, Bouchard C. Obesity—is it a genetic disorder? J. Intern Med. 2003; 254(5):401-25.

Love, A. Implementation Evaluation. In: Handbook of practical program evaluation. . Wholey, HP; Hartry, KE (Ed). San Francisco: Sage publications; 2004. p 63 -97.

Medeiros, L. C.; Butkus, S.N. ; Chipman, H. et. al. A logic Model Framework for Community Nutrition Education. J. Nutr. Educ. Behav. July/Aug, 2005; 37(4):197-202.

_____, Hillers, V. ; Kendall, P.; Mason, A. Evaluation of food safety education for consumers. J. Nutr. Educ. sep. 2001;33 supl. 1: S27-34.

Mendes, C.V.D. Prevenção da transmissão vertical do HIV: os dilemas do profissional de saúde de uma maternidade no Rio de Janeiro. (Dissertação de mestrado). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2006.

Mendonça, C.; Anjos. L. A. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. Cadernos de saúde pública. 2004; 20(3):698-709.

Melo, H. Avaliação de efetividade do programa de educação em saúde e mobilização social (PESMS) para a sustentabilidade das ações de saneamento financiadas pela FUNASA, Emmerópolis – GO. (Dissertação de mestrado). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2005.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 108 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 12) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de alimentação e nutrição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 48 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

Ministério da Saúde. Portaria Ministerial n. 1.569 Institui diretrizes a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de governo. Brasília, 28 de junho de 2007.

Ministério da Saúde. Relatório da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança – 2006 (PNDS). - Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 308 p.

Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

Okamura, M. Projeto de Avaliação da implementação do teste rápido para diagnóstico do HIV no estado do Amazonas. (Dissertação de mestrado). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2005.

Paiva, E.S. Obesidade x mercado de trabalho: uma relação delicada. Hig. Aliment. jan/fev 2007; 21(148):17-8.

Parker, R. G; Herdt, G; Carvalho, M. Cultura sexual, transmissão do HIV e pesquisa sobre AIDS. In: CZERESNIA, D; SANTOS, B.M; BARSOSA. M.H et al. (org). AIDS: Pesquisa social e educação. Rio de Janeiro: HUCITEC / ABRASCO, 1995. p. 17-45

Patton, M Q. What is utilization focused evaluation? In: Utilization-Focused Evaluation: The news Century Text: 2ª ed. Thousand Oaks, Califórnia: Sage; 2001. p. 19-38.

Patton, M Q. How to use qualitative methods in evaluation. Newbury Park, California : Sage publications; 1987. cap 5 e 6.

Penchansky, R; Thomas, W. O conceito de acesso: definição e relacionamento com a satisfação do consumidor. Medical Care.1981;19(2).

Pereira, L; Francischi, R; Lancha J. Obesidade: Hábitos Nutricionais, Sedentarismo e Resistência à Insulina. Arq Bras Endocrinol Metab. Abril 2003; 47(2).

Poister, TH. Performance Monitoring. In; Handbook of practical program evaluation. Wholey, HP; Hartry, KE (Ed). San Francisco: Sage publications; 2004. p 98 -123.

Potvin, L. On the nature of programs: health promotion programs as action. Ciência & Saúde Coletiva. 2004; 9(3):731-738.

Prochaska, J.O., Norcross, J.C., Fowler, J.L., Follick, M.J., Abrams, D.B. Attendance and outcome in a work site weight control program: processes and stages of changes as process and prediction variables. *Addictive Behaviors*, Oxford, v.17, p.35-45, 1992

Rippe, J M , Aronne LJ., Coulson, A M. The obesity epidemic: Challenges and opportunities. J. Am Diet Assoc. out. 1998 ; 98(10):supl. 2:S 55- 61.

Santos, L. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. Rev. Nutr. Campinas. set./out 2005; 18(5): 681-692.

Santos, E M. et. al. Avaliação dos programas de Controle da Malária, Dengue, Tuberculose e Hanseníase na Amazônia Legal: Uma proposta de concepção teórica e metodológica comum aos processos endêmicos. In: _____ Dimensão técnico-operacional: unidade didático-pedagógica: modelo lógico do programa: ABRASCO, 2005. (série ensinando avaliação, v.2). p. 75-81

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SESSP) . Educação em Saúde Planejando as Ações Educativas: Teoria e Prática. Coordenadoria dos Institutos de Pesquisa – CIP Centro de Vigilância Epidemiológica. Manual para a operacionalização das ações educativas no SUS - São Paulo 2001.

Schall V ; Struchiner, M. Educação no contexto da epidemia de HIV/AIDS: Teorias e tendências pedagógicas . In: AIDS, Ética e Biotecnologia . Czeresnia, D; Santos, E; Simões Barbosa, R; Monteiro, S (orgs.). São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco; 1995. p.84-105

_____ Educação em saúde: novas perspectivas. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1999, 15 suppl. 2: S4-S6. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000600001&lng=pt&nrm=iso

Serra G M A; Santos, E M. dos. Health and media in construction of obesity and perfect body. *Ciênc. saúde coletiva*. 2003; 8(3).

Sichieri, R. Epidemiologia da obesidade. Rio de Janeiro: EdUERJ; 1998. (Coleção Saúde & Sociedade).

Sichieri , R; Souza, R AG. Epidemiologia da obesidade. IN: Kac, G ; Sichieri , R ; Gigante, D P. Epidemiologia nutricional. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ Atheneu; 2007. p.347-357

Silva, D O ; Recine, Eg; Queiroz E F. Concepções de profissionais de saúde da atenção básica sobre a alimentação saudável no Distrito Federal, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, set - out 2002;18(5): 1367-77.

Silverman, D. Analyzing talk and Text. In: Denzin, N.K.; Lincoln, Y. S. Handbook of Qualitative Research. Second Edition. CA: Sage Publications; 2000.p. 821- 833.

Stufflebeam, DL O modelo CIPP para avaliação. In: Instituto Fonte. Introdução a Avaliação de Programas Sociais. Coletânea de textos; 2004.

Stake, R. E. The countenance of educational evaluation. *Teachers College Record*, 68, 523-540.1967

- Stake, R. (1980) Program Evaluation . In: W.B. Dockerell e Halmilton(Eds) Rethinking Educational Research London : Hodder e Soughton PP 72-87.
- Stake, R. E.The art of case study reseach. Thousand Oaks, CA: Sage.1995
- Stake, R. E.The fleeteting desernment of quality. In: Marbry (ed). Evaluation and the posmodern dilemma. Greenwich, CT: JAI;) 1997. p. 41-59
- Stotz, E N. Enfoques sobre educação e saúde. In: Valla, V V & Stotz, E N (org). Participação popular, educação e saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1993.
- Thompson, P. A voz do passado: história oral. Tradução: Oliveira, L. Rio de Janeiro: Paz e terra; 1992. p. 70- 144.
- Toledo, J M; Silva, L C.; Tangari, VR. Derrubando os muros: Planejamento participativo e integração social na comunidade da Rocinha no Rio de Janeiro. Disponível:www.fau.ufrj.br/prologar/arq_pdf/diversos/artigos_vera%20tangari/2007_anpur_rocinha.pdf
- Wardlaw, M K. A NewYou: Health for Every Body: Helping Adults Adopt a Health-Centered Approach to Well-Being. J. Nutr Educ Behav. Nov/Dec. 2005 137 Suppl. 2 .
- World Health Organization (WHO).Obesity preventing and managing and the global epidemic. Report of a WHO consultation. 1999. Disponível em: <http://www.who.int/en/>. Acessado em: 10 de janeiro de 2008
- Worthen, B R; Sanders, J R, Fitzpatrick. O objetivo, os usos e as distinções conceituais básicos da avaliação. In: Worthen, B. et al (Org). Avaliação de programas: concepções e práticas. Tradução: Azevedo, D. São Paulo: Gente; 2004. p. 33- 58.
- Vieira da Silva, L M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz, Z M A e Vieira da Silva, L M (org). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p.15-39
- Valente, F L S. Direito humano à alimentação: desafios e conquistas. São Paulo: Cortez; 2002.
- Vasconcelos, E M. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec; 2001.
- Vasconcelos, F A. Tendências históricas dos estudos dietéticos no Brasil. História, Ciências, Saúde – Manguinhos. 2007; 14(1):197-219.

Victória, C; Knaut, D; Hassen, M. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo editorial; 2000. cap. 6 - 8.

Vuori, H A Qualidade da Saúde. Texto Original intitulado “Estratégias para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde”. Seminário de Avaliação dos Serviços de Saúde – Aspectos Metodológicos, OPAS, ENSP: Rio de Janeiro, 1998.

Yin, R K. Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. Tradução: Grassi, D. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2001. p. 19-60.

ANEXO

ANEXO 1

Roteiro de observação direta

Data:

Hora:

Local:

Pesquisador:

Estrutura física:

- 1) Sala própria para atividade em grupo
- 2) Condições da sala de realização da atividade
- 3) Cadeiras no local das atividades
- 4) Banheiro disponível ao usuário
- 5) Recursos áudio-visuais

Materiais educativos

- 1) Materiais educativos para distribuição nas atividades de ed. Nutricional.
- 2) Materiais educativos para distribuição nas atividades de ed. Nutricional em local de fácil acesso

Atividade educativa

- 1) Materiais adequados a idade e controle de obesidade
- 2) Materiais educativos produzidos pelos profissionais baseado no protocolo
- 3) Adoção de estratégia ped. Participativa e aborda temas como atividade física, mídia e etc

ANEXO 2

Roteiro de entrevista gestor municipal

I - DADOS GERAIS DO GESTOR MUNICIPAL

- 1 – Profissão:
- 2 – Idade:
- 3 – Sexo: () M () F
- 4 – Vínculo empregatício:
- 5 – Tempo de ocupação do cargo:

- 6 – Forma de escolha para o cargo:

- 7- Quanto tempo atua como gestor desta unidade?

- 8- Caracterize a equipe da responsável pela área de atenção básica (número de profissionais, formação profissional etc.)

II – DADOS GERAIS DO INAD

- 1- Quantas Unidades Básicas administra?
- 2 - Data de implantação das Atividades relacionadas às ações educativas
- 3- Hoje, no Município do Rio de Janeiro, quantas unidades realizam atividades educativas relacionadas ao controle de obesidade?
- 4- Qual a distribuição dessas unidades tendo como base as APs?
- 5- Quantos profissionais estão envolvidos?
- 6- Existem reuniões ordinárias para avaliação dessas ações no município?
- 7- Como vem se dando o comportamento desse tipo de atividade no Município (aumentaram o número de unidades com atividade implantada, em que regiões o aumento ou diminuição foi mais expressivo?)

ANEXO 3

Entrevista com gestor local (UBS)

I - Dados gerais do gestor local

1 – Profissão:

2 – Idade: 3 – Sexo: () M () F

4 – Vínculo empregatício:

5 – Tempo de ocupação do cargo:

6 – Forma de escolha para o cargo:

7- Quanto tempo atua como gestor desta unidade?

8- Caracterize a equipe da unidade (número de profissionais, formação profissional etc.)

II- Caracterização da atenção ao obeso

9-Descreva, de forma resumida, as intervenções de controle de obesidade desenvolvidas na unidade de saúde?

10- Quais os profissionais normalmente envolvidos nessas atividades? Quantidade de profissionais de saúde tecnicamente aptos para realização das ações educativas voltadas a obesidade é:

1. Adequada
2. Parcialmente Adequada
3. Inadequada

11- Quais das temáticas abaixo são abordadas durante as intervenções?

1. Padrões alimentares sustentáveis e que preservem a saúde,
2. O prazer de comer e diferenças culturais
3. Relação entre mídia alimentação
4. Resgatar a auto-estima e promover inclusão social
5. Estimular a prática de atividade física

12- Qual o fluxo desses usuários em relação ao atendimento? Como são agendas intervenções desse tipo?

13) Existência de Encaminhamento de usuários para tratamentos cirúrgicos ou farmacológicos
Sim (1), Não (0)

14- Os profissionais envolvidos nessas atividades recebem capacitação para a realização desse tipo de ação de controle?

15) Na sua opinião a quantidade de Capacitações de profissionais para a realização das ações educativas de acordo com preconizado é?

1. Adequada
2. Parcialmente Adequada
3. Inadequada

16- São realizadas reuniões de equipe ou outro tipo de reunião para discussão e reflexão sobre essas ações educativas? Porque?

17- Existem parcerias entre a unidade e outras organizações (ONGs, Universidades, Institutos de pesquisa entre outros)?

18- Como são planejadas as ações educativas de controle da obesidade na unidade?

19- Existem materiais educativos para a realização dessas atividades? Se sim quais dos Recursos áudio-visual?

20) Você considera a quantidade recebida como adequada?

1. Sim
2. Parcialmente
3. Não

21- Estes materiais são distribuídos e de que forma isso ocorre?

22- O local para realização das atividades apresenta é adequado? (Claro com número de assentos suficientes, silencioso etc.)

1. Sim
2. Parcialmente
3. Não

23) Existência de ambiente que garanta privacidade do usuário

1. Sim
2. Parcialmente
3. Não

24) - Existem Planilhas ou documento específicos para monitoramento das ações educativas
Sim (1), Não (0)

25) Como ocorre o acompanhamento das ações de nutrição voltadas ao paciente obeso pela SMS/RJ e pelo INAD

ANEXO 4

Protocolo de Análise Documental

1 – Título:	
2 – Tipo de documento:	
3 – Data da publicação/elaboração:	
4 – Número de páginas:	
5 – Componente analisado	
6 – Principais conclusões:	

:

ANEXO 5

Entrevista com profissional (UBS)

I - Dados gerais do profissional

1 – Profissão:

2 – Idade: 3 – Sexo: () M () F

4 – Vínculo empregatício:

5 – Tempo de ocupação do cargo:

6 – Forma de escolha para o cargo:

7- Quanto tempo atua como profissional desta unidade?

8- Caracterize a equipe da unidade (número de profissionais, formação profissional etc.)

II- Caracterização da atenção ao obeso

9-Descreva, de forma resumida, as intervenções de controle de obesidade desenvolvidas na unidade de saúde?

10- Quais os profissionais normalmente envolvidos nessas atividades?

11- Quais as temáticas abordadas durante as intervenções?

12- Qual o fluxo desses usuários em relação ao atendimento? Como são agendadas as intervenções desse tipo?

13- Os profissionais envolvidos nessas atividades recebem capacitação para a realização desse tipo de ação de controle ?

14- São realizadas reuniões de equipe ou outro tipo de reunião para discussão e reflexão sobre essas ações educativas?

15- Existem parcerias entre a unidade e outras organizações (ONGs, Universidades, Institutos de pesquisa entre outros)?

16- Como são planejadas as ações educativas de controle da obesidade na unidade?

17- Qual a frequência mensal em que ocorrem as ações educativas?

18- Como ocorre o agendamento dos usuários para as reuniões e/ou consultas?

19- Existem materiais educativos para a realização dessas atividades?

20- Estes materiais são distribuídos e de que forma isso ocorre?

21- O local para realização das atividades é adequado? (Claro com número de assentos suficientes, silencioso etc.)

22- Como é a frequência dos usuários nos grupos?