



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 10, Issue, 09, pp. 40953-40957, September, 2020

<https://doi.org/10.37118/ijdr.20102.09.2020>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

MODELO LÓGICO DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE DO BRASIL

¹Danielle Keylla Alencar Cruz, ²Dalila Tusset, ³Marta Azevedo dos Santos
and ³Gilmara Apolinário Reis

¹Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde, Brasil; ²Assessoria Parlamentar/Ministério da Saúde, Brasil; ³Universidade Federal do Tocantins, Brasil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 28th June 2020

Received in revised form

27th July 2020

Accepted 09th August 2020

Published online 30th September 2020

Key Words:

Gestão Pública, Avaliação em Saúde,
Modelo Lógico.

*Corresponding author: Kalpana Pandey,

ABSTRACT

Objetivo: descrever o processo de elaboração e apresentar o Modelo Lógico do Programa Academia da Saúde para gestão da iniciativa pelo Ministério da Saúde (MS). **Método:** estudo qualitativo com uso de técnicas de análise documental e de grupo focal para discussão e elaboração do Modelo Lógico (ML) com representantes do Programa Academia da Saúde no MS e das secretarias estaduais e municipais de saúde de Pernambuco, Espírito Santo, Ceará, Goiás e Rio de Janeiro. **Resultado:** foi elaborado o Modelo Lógico do Programa Academia da Saúde para gestão nacional da iniciativa. **Conclusão:** A participação dos representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde refletiu na proximidade do ML das demandas de gestão estadual e locais do Programa. O ML é fundamental para processos de avaliação e sistematiza elementos importantes para a tomada de decisão afeta ao andamento, reformulação ou finalização do programa Academia da Saúde.

Copyright © 2020, Kalpana Pandey and Dr. Vinod Kumar Singh. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Danielle Keylla Alencar Cruz, Dalila Tusset, Marta Azevedo dos Santos and Gilmara Apolinário Reis, 2020. "Validação do modelo lógico do programa academia da saúde do brasil: um estudo qualitativo", *International Journal of Development Research*, 10, (09), 40953-40957.

INTRODUCTION

O Programa Academia da Saúde, instituído nacionalmente em 2011, objetiva contribuir para a promoção da saúde (PS) e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis, contando com infraestrutura e profissionais qualificados. Foi idealizado a partir de experiências em curso no Brasil, voltadas à prática de atividade física e PS, avaliadas por universidades brasileiras, pelo Centro de Controle de Doenças, pela Universidade de Saint Luis e pelo Ministério da Saúde (MS)¹. A sua expansão requer atenção da gestão federal no acompanhamento, apoio e embasamento para decisões técnicas e políticas sobre a iniciativa, incluindo a definição e priorização de ações conforme ciclo de implementação do Programa no país. Interessa ao gestor federal a avaliação da iniciativa, na busca de conhecimentos e julgamentos que possam subsidiar a gestão do Programa e perspectivar as decisões afetas ao andamento e reformulação. Nesse sentido, um primeiro passo para estruturar um processo de avaliação é a construção do Modelo Lógico (ML), instrumento utilizado para explicitar a teoria de um programa e seus componentes estruturantes, primordial para a gestão, o monitoramento, o delineamento de avaliações e orientação dos implementadores.

Também permite aos gestores revisar a qualidade do programa considerando sua consistência interna, as hipóteses e suas articulações e as expectativas². Uma das formas de conhecer uma intervenção e determinar a coerência e suficiência de seus componentes é construir um perfil e analisar objetivos, produtos e atividades³. Assim se identifica se há lógica entre os componentes e a forma como eles, em consonância, respondem ao problema posto para ser resolvido com a implantação da intervenção. O objetivo deste artigo é descrever o processo de elaboração e apresentar os componentes e o ML do Programa para apoiar a gestão da iniciativa pelo MS.

MÉTODOS

O processo de elaboração do ML do Programa constituiu-se um estudo qualitativo, com técnicas de análise documental, entrevistas semiestruturadas e grupo focal, ocorrido de setembro/2014 a outubro/2016, com representantes do Programa no MS e das secretarias estaduais e municipais de saúde dos estados de Pernambuco, Espírito Santo, Ceará, Goiás e Rio de Janeiro ligados ao Programa Academia da Saúde em suas respectivas localidades.

O documento-base utilizado para elaboração do ML foi a Nota Técnica nº 6, produzida pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas, que possibilita a aplicação em programas existentes a partir do desenvolvimento de três etapas: coleta de dados e análise das informações, pré-montagem e validação do ML⁴.

Etapla 1 – Coleta de dados e análise das informações:

Identificação e leitura dos documentos do Programa disponíveis no endereço www.saude.gov.br/academiadasaude; padronização da estrutura dos grupos focais entre as pesquisadoras e colaboradores, a saber: 1) apresentação do objetivo, 2) assinatura do Termo de Livre Consentimento, 3) apresentação da metodologia do grupo focal, 4) apresentação do Programa para nivelamento do grupo e 5) apresentação da versão do ML e a realização de grupo focal com a equipe técnica do Programa no MS para discussão dos elementos que influenciam a construção do ML - problema social que deu origem ao Programa, das causas e consequências desse problema e os facilitadores e as barreiras para implementação do Programa Academia da Saúde no país. As contribuições para este último componente foram agrupadas em tópicos extraídos da análise das gravações dos grupos focais.

Etapla 2 – Pré-montagem do ML: apresentação, revisão e validação da primeira versão do ML em novo grupo focal com os técnicos do Programa no MS.

Etapla 3 – Validação: Realização de grupos focais com duração média de 1h30, com representantes das secretarias de saúde estaduais e municipais envolvidos com Programa Academia da Saúde em suas respectivas localidades para apresentação dos componentes construídos na etapa 1 e da versão do ML resultante da etapa 2. A escolha das cidades foi definida de forma não probabilística, com a qual se buscou conveniência, rapidez e baixo custo. A versão do ML resultante da validação com representantes das secretarias de saúde foi apresentada para nova validação à equipe técnica do Programa no MS. A versão ajustada e validada pela equipe do MS foi apresentada às coordenadoras do Programa nas Secretarias de Atenção à Saúde, atual Secretaria de Atenção Primária à Saúde, e de Vigilância em Saúde do MS, que contribuíram por meio de entrevistas semiestruturadas. Elaboração da versão final do ML.

Neste trabalho, o ML corresponde aos seguintes componentes: problema social a ser atacado com o programa, com respectivas causas e consequências; matriz com facilitadores e barreiras à implementação e a figura do ML nas categorias recursos, ações, produtos, resultados intermediários e finais. A experiência foi desenvolvida e aplicada por duas profissionais da equipe técnica do Programa no MS e por pesquisadora externa, com apoio de dois colaboradores da equipe.

Os profissionais da equipe do MS envolvidos com a construção do ML foram definidos ‘não elegíveis’ como interlocutores na validação dos componentes. Os diálogos dos grupos focais e das entrevistas foram gravados e transcritos com posterior análise de conteúdo e agregação em grupos, baseados em expressões e ideias similares⁵.

Este processo teve-se aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Tocantins, em 29/08/2014, sob o número 74_2014.

RESULTADOS

Na etapa 1, foram analisadas 31 Portarias dentre revogadas e vigentes, com os seguintes temas: instituição do Programa (2), custeio (19), similaridade de polos (3), desabilitação ao custeio (6), cadastramento do Programa em sistema de informação de estabelecimento (1). Foram sistematizados objetivos, diretrizes, estrutura e funcionamento do programa, incluindo formas e regras de habilitação e desabilitação de propostas, custeio para funcionamento dos polos habilitados, suspensão de repasses de recursos financeiros, profissionais habilitados ao desenvolvimento das ações e público em potencial.

Para a validação, foram realizados oito grupos focais com participação total de 73 pessoas com a seguinte distribuição: 3 com a equipe técnica do MS e cinco nas cidades de Gravata/PE, Fortaleza/CE, Vitória/ES, Goiânia/GO e Rio de Janeiro/RJ. Foram realizadas duas entrevistas semiestruturadas com as coordenadoras do Programa nas Secretarias de Atenção à Saúde e Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

A partir da etapa 2, foram elaboradas cinco versões do ML. Acerca do problema social que deu origem ao Programa foi definido que o avanço das Doenças Crônicas Não Transmissíveis como principal causa de morbimortalidade no país foi o fato impulsionador da criação do Programa Academia da Saúde pelo Ministério da Saúde.

Sobre as causas do problema, foram apontadas as desigualdades sociais e iniquidades em saúde que refletem no baixo investimento nacional em saúde, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e baixa resolubilidade dos mesmos frente às demandas para a prevenção e cuidado em DCNT e a transição demográfica, a existência de um modelo de atenção à saúde centrado na fase aguda da doença e na medicalização, as altas prevalências de comportamentos de risco para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na população brasileira e o envelhecimento populacional como fatores que contribuem para altas prevalência e taxas de mortalidade por DCNT no país.

As consequências apontadas pelos participantes abordaram o aumento da incapacidade e mortalidade prematura por DCNT, seguido de comprometimento da renda familiar e aumento dos gastos em saúde.

Em relação as facilitadores e barreiras à implementação do Programa no país, as contribuições geraram 4 tópicos para os elementos Facilitadores – gestão do SUS, institucionalização de ações, programas ou políticas de prevenção de doenças ou de promoção da saúde, iniciativas locais e comunicação e construção de imaginário social – e quatro para os aspectos constituídos como Barreiras – Gestão do SUS, Registro de dados, monitoramento e produção de informação para a Gestão, Formação profissional e continuada no SUS e Posicionamento frente as despesas com saúde no orçamento da União.

O agrupamento das contribuições nos tópicos são apresentados na Figura 1.

Figura 1. Matriz dos facilitadores e das barreiras de implementação do Programa Academia da Saúde no Brasil

Facilitadores de implementação	Barreiras de implementação
Gestão do SUS - Expansão da Atenção Básica; - Existência de linha orçamentária com recurso de investimento para o Programa; - Organização dos serviços de saúde em redes com o a Atenção Básica como ordenadora do cuidado; - Articulação entre as Secretarias de Atenção à Saúde e Vigilância em Saúde no Ministério da Saúde; Institucionalização de ações, programas ou políticas de prevenção de doenças ou promoção da saúde - Política Nacional de Promoção da Saúde; - Vigência do Plano de ações estratégicas para enfrentamento das DCNT 2011-2022; - Presença na agenda do governo federal de pautas sobre desenvolvimento sustentável, determinantes sociais da saúde e acordo do sócio na composição de alimentos industrializados; Iniciativas locais - Existência de experiências exitosas em municípios; Comunicação e construção de imaginário social - Ações do Programa com potencial para gerar pautas positivas e visibilidade midiática no contexto de comportamento saudáveis e qualidade de vida; - Existência de um imaginário social que relaciona ações do Programa com práticas saudáveis. - Receptividade positiva do Programa pelos gestores do SUS.	Gestão do SUS - Subfinanciamento do SUS com forte impacto na Atenção Básica; - Modelo de assistência à saúde centrado no evento agudo das doenças; - Baixa institucionalidade da promoção da saúde como estratégia de cuidado no SUS; - Capacidade técnico-operacional e disponibilidade de recursos humanos desigual entre os entes federados para implementar o Programa; - Baixo valor do recurso repassado para custeio do Programa; - Mudanças constantes das normativas do Programa; - Processo de trabalho fragmentado na esfera federal; Registro de dados, monitoramento e produção de informação para a gestão - Monitoramento da implantação do Programa restrito a finalização da construção do polo, solicitação e repasse de incentivo de custeio; - Sistema de informação para registro das ações do Programa restrito a informação de quantidade de procedimentos realizados; Formação profissional e continuada no SUS - Formação do profissional de saúde voltada para o modelo biomédico; - Indisponibilidade de materiais técnicos de apoio à implementação do Programa; - Ausência de cursos voltados para especificidade do Programa. Posicionamento frente as despesas com saúde no orçamento da União - O não reconhecimento do Programa como ação de saúde no gasto constitucional mínimo do SUS.

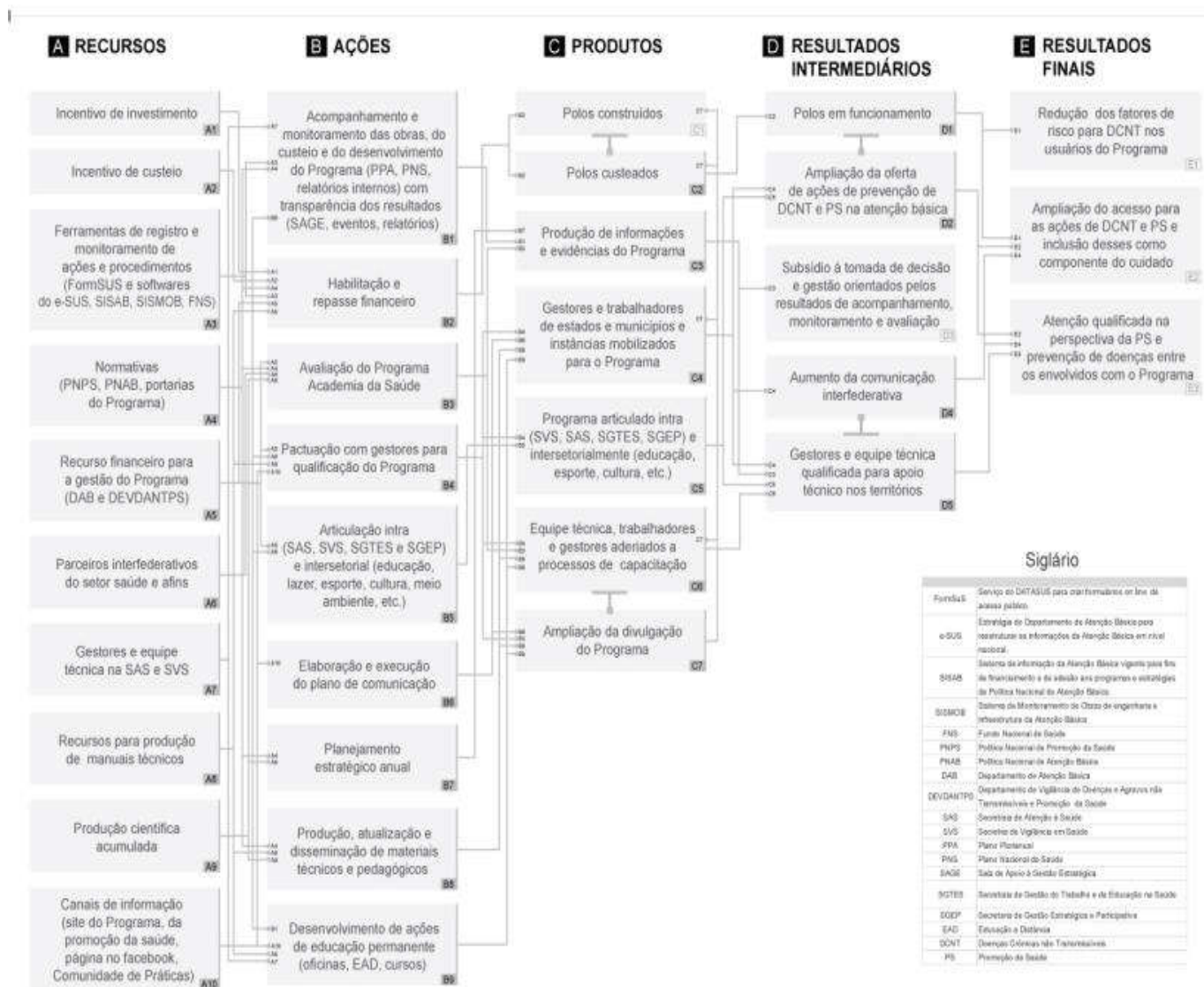


Figura 2. Modelo Lógico do Programa Academia da Saúde do Brasil

DISCUSSÃO

A morbimortalidade por DCNT, destacada como problema originário do Programa no Governo Federal, foi corroborado pelos representantes das secretarias municipais e estaduais de saúde que validaram o ML. O problema definido encontra sustentação nas pesquisas sobre mortes por DCNT no mundo. No Brasil, em 2009, as DCNT foram responsáveis por 72% das mortes⁶, constituindo-se em um desafio ao Sistema Único de Saúde que precisa adotar medidas relacionadas a prevenção dos fatores de risco, cuidado às pessoas com DCNT e promoção da saúde⁷.

Em relação às causas apontadas pelos participantes do estudo, estas são fortemente estudadas no campo da saúde e encontram correspondência nas pesquisas e documentos sobre estes temas. O modelo de atenção primária centrado na medicalização e cura de doenças, como uma das causas do problema, explicita o desafio e a necessidade da mudança do modelo assistencial atual para um alternativo, centrado no cuidado integral, nas necessidades ampliadas de saúde e organizado em redes^{8,9,10,11,12}. Especialmente sobre os fatores de risco para as DCNT – tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e consumo de álcool – as evidências entre comportamentos e aumento das DCNT fortalecem a percepção dos atores em defini-los como causa do problema. No Brasil, teve-se uma tendência de aumento do excesso de peso nos últimos dez anos, especialmente na população masculina, devido, dentre outras coisas, ao comportamento alimentar e a redução da prática de atividade física¹³.

Para agravar, a mudança do perfil etário da população tem relação direta com o aumento da prevalência de DCNT¹⁴, o que justifica estar entre as causas do problema. O Brasil acompanha a tendência do envelhecimento populacional de países desenvolvidos em relação a inversão da pirâmide etária, com base em processo de estreitamento e o topo em alargamento. A desigualdade econômica e a distribuição das DCNT são discutidas no Brasil em estudos que demonstram a prevalência desproporcional da mortalidade prematura por doenças cardiovasculares entre populações pobres e de melhor condição econômica¹⁵. A agenda dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável pode promover o fortalecimento da pauta da pobreza nas discussões sobre as DCNT, o que torna esta questão pertinente ao Programa, com base no problema definido. O impacto na seguridade social pelo aumento dos gastos em saúde e aposentadorias precoces por incapacidade prematura, o envelhecimento populacional e o aumento da mortalidade prematura por DCNT, que resultam no aumento da demanda por serviços de saúde, especialmente de internação¹⁶, elucidam a importância das consequências definidas para o problema. Sobre os facilitadores de implementação, é importante mencionar que a origem da discussão do Programa no MS ocorreu influenciada pela efetividade de programas de atividade física em várias cidades brasileiras. As experiências municipais preexistentes foram favoráveis à implementação no país, assim como a articulação entre a SAS e a SVS e a institucionalização de iniciativas com normativas favoráveis às ações de PS na gestão federal. Dentre as barreiras de implementação estão formação do profissional de saúde, modelo de atenção à saúde vigente e subfinanciamento do SUS. As duas primeiras são avessas à demanda por PS e prevenção de fatores de risco para as DCNT¹⁷ e o último com impactos negativos na organização, qualidade e expansão dos serviços de saúde¹⁸. Os fatores

relacionados à formação profissional e ao subfinanciamento são tratados no componente do ML, traduzidos em recursos financeiros para gestão do Programa, educação permanente, construção de capacidades para o desenvolvimento das ações, produção de material pedagógico e ampliação do acesso para as ações de prevenção das DCNT e de PS. A mudança constante nas normativas apontada como fator desfavorável não apareceu explicitamente. Os elementos que mais se aproximam deste fator na figura 1 é a menção ao plano nacional de saúde, que orienta por quatro anos as ações no SUS e ao plano plurianual, que identifica prioridades para o mesmo período. Possivelmente, se contempladas nestes instrumentos, novas mudanças não impactariam nas estruturas do Programa. Esses instrumentos de gestão podem fazer frente ao entedimento do Congresso Nacional em não incluir o Programa no Piso Constitucional da Saúde, que impactou na mudança de financiamento do Programa, que antes possuía recursos para sua construção oriundos do orçamento da saúde e passou a destinar este investimento a recursos de Emendas Parlamentares, restando apenas o custeio ao Ministério da Saúde¹⁹.

Os sistemas utilizados para monitoramento da implementação surgem como restritos, com pouco subsídio para visualizar outros elementos, como barreiras e facilitadores. Embora não seja considerado um sistema de informação, desde 2012, são coletados via formulário FormSUS informações estaduais e municipais sobre implementação do Programa Academia da Saúde. A taxa média de resposta deste formulário online é acima de 80%, o que tem permitido analisar o cenário de estruturação e situação do Programa nos entes federativos, por isso é considerado um instrumento fundamental e está presente na categoria recursos do componente três do Modelo Lógico. Esse monitoramento anual permite identificar elementos influenciadores da implementação do Programa no país, antes desconhecidos ou secundarizados pela Gestão Federal. A construção do ML contribuiu para a ampliar a compreensão sobre o escopo do Programa, incluindo suas potencialidades e barreiras, fundamentais à tomada de decisão na gestão de políticas públicas. A metodologia utilizada na elaboração do ML foi de fácil aplicação e permitiu adaptações sem prejuízo do objetivo da pesquisa. Apesar da limitação no alcance da representatividade de estados e regiões do país, a iniciativa de incluir no processo metodológico atores de outras instâncias de gestão teve embasamento em outras iniciativas que consideraram um acerto metodológico para um produto de uso nacional. A aplicabilidade do ML para delineamento de estudo avaliativo do Programa e similar em nível municipal já foi evidenciada em outros estudos^{20,21}. No processo aqui relatado, visualizam-se questões e caminhos metodológicos para avaliações futuras e necessidades de mudanças no acompanhamento e monitoramento do Programa na esfera federal. Como desdobramento deste trabalho, o ML será disponibilizado nos canais de comunicação e nos materiais técnicos para educação permanente no SUS.

Agradecimentos

Michele Lessa de Oliveira, José Luis de Paiva, Alexandre Soares de Brito, Marcelo Azevedo dos Santos, Fábio Fortunato de Carvalho e profissionais e gestores federais, estaduais e municipais que participaram das oficinas de validação.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Avaliação de efetividade de programas de educação física no Brasil [online]. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 182 p. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/avaliacao_efetividade_programas_atividade_fisica.pdf
2. Jackson DT. O planejamento estratégico governamental: reflexões metodológicas e implicações na gestão pública. Curitiba: InterSaberes, 2016.
3. Lúcia S. Efectividad en Promoción de la Salud y Salud Pública: Reflexiones sobre la práctica en América Latina y propuestas de cambio. Cali (CO): Escuela de Salud Pública, Universidad del Valle, 2009.
4. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. IPEA. Nota Técnica nº 6. Como elaborar Modelo Lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas, IPEA: 2010.
5. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2007.
6. Bruce DB, Dóra C, Estela MLA. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. Rev Saúde Pública 2012;46(Supl):126-34.
7. Malta DC, Moura L, Prado RR, Escalante JC, Schmit MI, Duncan BB. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. Epidemiol Serv Saude. 2014;23(4):599-608.
8. Marcelo C, Iná SS. Doenças crônicas não transmissíveis: desempenho no cuidado médico em atenção primária à saúde no sul do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27(6):1143-1153, jun, 2011.
9. Deborah CM, Betine PMI, Rafael MC, et al. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos: estudo transversal, Brasil, 2011. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 22(3):423-434, jul-set 2013.
10. Maria de Fátima MS, Deborah CM, Elisabeth BF, et al. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 23(6):1737-1750, 2018.
11. Fertoni HP, Pires DE, Biff D, Scherer MD. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. Cien Saude Colet. 2015;20:1869-78.
12. Organização Pan-Americana da Saúde. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis nas Américas: Considerações sobre o fortalecimento da capacidade regulatória. Documento de Referência Técnica REGULA. Washington, DC ; OPAS, 2016.
13. Santiago JCS, Moreira TM, Florêncio RS. Associação entre excesso de peso e características de adultos jovens escolares: subsídio ao cuidado de enfermagem. Rev Lat Am Enfermagem. 2015;23(2):250-8.
14. Silva JVF, Silva EC, Rodrigues APA, Miyazawa AP. A relação entre o envelhecimento populacional e as doenças crônicas não transmissíveis: sério desafio de saúde pública. Cienc Biol Saud. 2015; 2(3):91-100.
15. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. Lancet. 2011; (4):61-74.
16. Achutti A, Azambuja MIR. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. Cienc Saude Colet. 2004;9(4):833-40.
17. Raupp LM, Dhein G, Medeiros CRG, Grave MTQ, Saldanha OMFL, Santos MVD, et al. Doenças crônicas e trajetórias assistenciais: avaliação do sistema de saúde de pequenos municípios. Physis. 2015;25(2):615-34.
18. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. Saúde Soc. 2017; 26(2):329-35.
19. Congresso Nacional. Nota Técnica Conjunta Nº 8, de 2012 Subsídios à apreciação do Projeto de Lei Orçamentária para 2013 – PL nº 24/2012-CN (Mensagem nº 91/2012-CN - 387/2012, na origem). Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/internet/comissao/index/mista/orca/orcamento/OR2013/NTC-08-2012.pdf>>. Acesso em: 12 de out de 2016.
20. Lucena JDFL, Saturnino LRL, Menezes VG, Feitosa WMN, Guarda FRB. Organization and functioning of the health gym program in the city of Camaragibe-PE. Rev Bras Atividade Fis Saude. 2017;22(6):584-88.
21. Padilha MA, Oliveira CM, Figueiró AC. Estudo de avaliabilidade do Programa Academia Carioca da Saúde: desafios para a promoção da saúde. Saúde e Debate. 2015;39(105):375-86.
