



Escola de Ciências Sociais e Humanas
Departamento de Psicologia Social e das Organizações

**Desenvolvimento de um instrumento de apoio ao desenho e avaliação de programas de
promoção de alimentação saudável**

Jessica Sobreira Filipe

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia Social da Saúde

Orientadora:

Professora Doutora Cristina Isabel Albuquerque Godinho, ISCTE – Instituto Universitário de
Lisboa

Co-Orientador:

Professor Doutor António Pedro Soares Ricardo Graça, Faculdade de Ciências da Nutrição e
Alimentação da Universidade do Porto/Direção-Geral da Saúde (DGS)

Outubro, 2016

Dedicado à minha mãe, a pessoa mais lutadora e corajosa que conheço.

Agradecimentos

A realização desta dissertação contou com o apoio de diversas pessoas, que de diferentes formas contribuíram com um pouco de si para que eu pudesse chegar ao fim desta etapa.

Quero expressar a essas pessoas a minha enorme gratidão!

Em primeiro lugar agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Cristina Godinho, pela infinita paciência, disponibilidade e generosidade que mostrou durante todo este processo. Para além do seu parecer e supervisão científicos, a Professora revelou ser uma excelente orientadora, sempre dedicada e empenhada em motivar-me e a orientar-me para o caminho certo, principalmente nos momentos mais complicados. Ainda que tenha contribuído, e muito, para o meu crescimento ao nível académico e profissional, contribuiu ainda mais para o meu crescimento como pessoa. O meu sincero obrigada por acreditar em mim durante toda esta jornada.

Ao meu coorientador, Professor Pedro Graça, por todos os ensinamentos e apoio prestados. Obrigada pela partilha de experiências e principalmente por acreditar nas minhas capacidades e nos meus projetos. Um sincero obrigada!

Às pessoas que participaram nas entrevistas deste estudo, obrigada pela disponibilidade e por demonstrarem ser pessoas dedicadas, que se interessam pelo que fazem, procurando dar o seu melhor todos os dias.

Agradeço também, à equipa do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável da Direção-Geral da Saúde, por todo o apoio, disponibilidade, paciência, generosidade, amizade e principalmente por acreditarem em mim. Um obrigada do fundo do coração!

À Clarinha e à Joana por toda a dedicação e empenho na leitura deste documento, por todas as críticas e palavras de incentivo.

À Sofia Pinto, pelo apoio e pelos infinitos dias passados na biblioteca até ao entoar da campanha de aviso de encerramento. Obrigada pelo companheirismo!

À querida Andreia Cardoso, pelas palavras mágicas nos momentos certos.

À minha grande amiga Danny, por toda a irmandade! Agradeço todo o apoio que me tem vindo a dar desde sempre.

À Joana Isidro, por ser uma força da natureza, por ser um exemplo para mim, pelos conselhos, pelo apoio dado, sempre!

A ti Fábio, não tenho palavras para agradecer a pessoa incrível que és, por te interessares pelo que faço e me apoiares incondicionalmente, e, principalmente, pela paciência inesgotável para me aturar no meu pior estado.

Por último, e por serem as pessoas a quem mais tenho de agradecer, à minha querida família. Obrigada Mãe, mana Cati e mana Carma, pela oportunidade e força que me dão para seguir em frente, por me “ampararem as quedas”, por me ajudarem a levantar e a aprimorar esta jornada da vida.

A ti, pequeno João, por me fazeres acreditar no futuro!

Agradeço a todos por terem tornado a realização desta etapa que parecia impossível, possível...Obrigada!

Resumo

Recentemente tem existido um aumento do número de programas de intervenção com o objetivo de promover uma alimentação saudável, controlar o aumento de peso, reduzir os níveis de obesidade e melhorar os estilos de vida. Ainda assim, muitos destes programas não apresentam algumas informações importantes para a sua avaliação e potencial replicação, tais como o racional teórico, as técnicas de modificação comportamental utilizadas, e dados sobre a avaliação da eficácia na mudança do comportamento-alvo.

Tendo em conta a necessidade de um instrumento que possa apoiar os profissionais interessados no desenvolvimento e na avaliação de intervenções de promoção da alimentação saudável, pretendeu-se realizar um levantamento das características ideais de um projeto/intervenção de promoção da alimentação saudável de qualidade e desenvolver um instrumento a partir deste levantamento. Para o desenvolvimento deste instrumento foram consultadas 797 entradas, sendo que apenas 20 apresentavam *checklists* ou orientações de acordo com a temática. Destes 20 documentos, foram escolhidas sete referências para basear a construção do novo instrumento. O processo de seleção e extração dos elementos-chave foi realizado em quatro fases: identificação dos elementos-chave, extração dos mesmos, agregação dos temas principais e síntese de todos os elementos-chave. Inicialmente composto por 136 elementos, o instrumento final apresenta 51 elementos-chave.

Foram realizadas 10 entrevistas a pessoas envolvidas em programas de promoção de alimentação saudável.

Espera-se que este instrumento facilite as fases do desenvolvimento, implementação, avaliação e reporte dos projetos/intervenções e que, conseqüentemente, facilite a distinção dos melhores e mais úteis projetos/intervenções.

Palavras-chave: Programas, Alimentação Saudável, Boas Práticas, Instrumento de Avaliação

Classificação nas categorias definidas pela *American Psychological Association* (PsycINFO Classification Categories and Codes): **3350** *Specialized Interventions*; **3360** *Health Psychology & Medicine*; **3365** *Promotion & Maintenance of Health & Wellness*.

Abstract

Recently, there has been an increase in the number of intervention programs aiming to promote a healthy eating, control weight gain, reduce the levels of obesity and improve lifestyles. Many of these programs, however, do not present information that is relevant for their evaluation and potential replication, such as the theoretical rationale, the behaviour modification techniques used and the data regarding the evaluation of their efficiency in modifying the target behaviour.

Given the need for an instrument that could help the interested professionals in the development and evaluation of interventions aiming to promote a healthy eating, the present work was intended to collect the ideal characteristics of a high quality project/intervention of healthy eating promotion and to develop an instrument based on these data. For the development of this instrument, 797 search results were consulted, of which only 20 presented checklists according to the subject. Of these 20 documents, seven references were chosen as the basis for the development of the new checklist. The process of selection and extraction of the key-elements was performed in four phases: identification and extraction of the key-elements, aggregation of the main topics, and synthesis of all the key-elements.

Ten people involved in programs of healthy eating promotion were interviewed.

It is expected that this instrument will facilitate the phases of development, implementation, evaluation and reporting of projects/interventions and that it will, subsequently, facilitate the identification of the better and more useful projects/interventions.

Key-words: Programs, Healthy Diet, Good Practices, Evaluation Instrument/Assessment Tool

Classificação nas categorias definidas pela *American Psychological Association* (PsycINFO Classification Categories and Codes): **3350** *Specialized Interventions*; **3360** *Health Psychology & Medicine*; **3365** *Promotion & Maintenance of Health & Wellness*.

Introdução

Com o intuito de otimizar os indicadores de saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS), tem vindo a delinear estratégias globais para melhorar os hábitos alimentares em diversos grupos populacionais (OMS, 2015; OMS, 2014; OMS, 2012). A prioridade destas estratégias é contribuir para melhorar os sistemas de alimentação, a qualidade da dieta e o estado nutricional da população europeia (OMS, 2014). Em conformidade, tem-se vindo a assistir, na Europa, inclusive em Portugal, a um aumento do número de programas e projetos de intervenção com o intuito de promover uma alimentação saudável, de prevenir o excesso de peso e a obesidade, de promover a diminuição da prevalência da pré-obesidade e obesidade infantis e, também, de melhorar o estilo de vida (Pitangueira, Silva, & Costa, 2015; Filipe, Godinho & Graça, 2016).

Um estudo realizado por Filipe e colaboradores (2016), analisou 29 programas de promoção de alimentação saudável, atividade física, ou ambos (alimentação saudável e atividade física em simultâneo) e verificou-se que existem projetos que têm demonstrado resultados promissores. Por outro lado, a forma como os projetos se encontram descritos apresenta algumas lacunas. Muitas vezes, não fornecem informação detalhada sobre as fundamentações teórica e empírica, as atividades e avaliação realizadas (Filipe et al., 2016). Sabendo-se que a existência de recursos e financiamentos para este tipo de iniciativas é limitado, existe uma grande necessidade de tomar decisões cada vez mais informadas relativamente à qualidade metodológica e ao rigor científico apresentado.

Os instrumentos/checklist's que já existem são instrumentos inovadores (Ex.: GENIE - (Abram, et al., 2015; Hand et al., 2015) e GB-BCIs (Borek, Abraham, Smith, Greaves, & Tarrant, 2015)) que reúnem recomendações atuais para o desenvolvimento de intervenções. Ainda assim, a escolha de peritos pode, nem sempre, ser a mais adequada e por vezes os revisores pertencem todos à mesma área (ex.: nutrição). Muitas vezes, estes instrumentos não são suficientemente abrangentes e têm de ser utilizados juntamente com outras diretrizes relevantes. Podem ainda faltar elementos de qualidade que podem ser comumente encontrados em programas já publicados (ex.: foco em determinado tipo de intervenções – por exemplo: intervenções em grupo) e não se destinam a avaliar os programas já publicados, por vezes só ajudam e guiam os planeadores no desenvolvimento de programas. Outro aspeto saliente é que estes instrumentos/checklists, por vezes, não reúnem um consenso por partes dos especialistas (Hand et al., 2015; Abram, et al., 2015; Borek et al., 2015).

Apesar da existência destes instrumentos/checklists existe a necessidade de construir um novo instrumento que possa colmatar falhas como: (a) selecionar uma maior variedade de peritos, e não restringir apenas a profissionais de uma só área, (b) testar a confiabilidade do instrumento mesmo por planeadores e financiadores de programas que não tenham formação na área em causa, (c) ajudar no desenvolvimento e construção de programas, bem como na avaliação de programas já construídos, (d) validar o instrumento de modo a que avalie propostas de programas/intervenções no âmbito da promoção da alimentação saudável, (e) reunir um consenso dos peritos para um resultado final do instrumento, através do método utilizado para a seleção dos elementos-chave, (f) a reunião do melhor de todas as listas de verificação, para que não se tenha de consultar listas complementares no processo de verificação do programa.

Desta forma, e com o propósito de apoiar investigadores e profissionais no desenvolvimento de programas metodologicamente rigorosos, e conseqüente otimização da aplicação dos financiamentos, procurou-se, com este estudo, identificar os critérios de qualidade que devem constar em cada uma das fases de um(a) projeto/intervenção (desenvolvimento, implementação, avaliação e reporte), com vista ao desenvolvimento de um instrumento de aferição de qualidade das intervenções.

A presente dissertação está dividida em quatro capítulos. O primeiro capítulo compreende uma contextualização teórica, onde é realizada uma revisão de literatura sobre a importância da promoção da alimentação saudável e sobre a relação dos programas e projetos de intervenção com a promoção da alimentação saudável. São apresentados e descritos alguns instrumentos existentes de apoio ao desenvolvimento de intervenções de promoção de alimentação saudável. Por último, no primeiro capítulo é, ainda, apresentado o objetivo e a questão de investigação deste estudo. O segundo capítulo descreve o método utilizado, o qual compreendeu a realização de dois estudos. O primeiro estudo (estudo 1), de revisão de literatura sobre instrumentos de avaliação de programas, consistiu na identificação de quais os elementos-chave que deveriam constar de um instrumento desta natureza. O segundo estudo (estudo 2), de natureza qualitativa consistiu na realização de entrevistas, com o objetivo de compreender as maiores necessidades e dificuldades por parte das pessoas que já estiveram envolvidas de alguma forma em programas/projetos de intervenção de promoção de alimentação saudável. No terceiro capítulo apresentam-se os resultados dos dois estudos (estudo 1 e estudo 2): para o estudo 1 são descritos a seleção dos estudos e os elementos-chave identificados; relativamente ao estudo 2 são apresentados os principais resultados do

Programas de promoção de alimentação saudável – Desenvolvimento de um instrumento de apoio

estudo qualitativo realizado. O quarto, e último, capítulo consiste na discussão e conclusões retiradas a partir do presente estudo.

Capítulo I - Enquadramento Geral

1. Alimentação saudável: Importância da sua promoção

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (OMS; 2015a), uma dieta pouco saudável e o sedentarismo são os fatores de risco que mais contribuem para o desenvolvimento de doenças não transmissíveis, tais como doenças cardiovasculares, cancro e diabetes. Os fatores dietéticos são também os principais fatores que prejudicam a saúde e o bem-estar nos diversos Estados Membros da região europeia, de acordo com a análise do *Global Burden of Disease Study* realizada pela OMS, em 2010. Das seis regiões da OMS, a região da Europa é a mais gravemente afetada por doenças não transmissíveis (OMS, 2015b).

Devido ao aumento da produção de alimentos processados, a rápida urbanização e a mudança nos estilos de vida tem-se verificado uma mudança nos padrões alimentares. Atualmente, as pessoas estão a consumir cada vez mais alimentos ricos em energia, gorduras, açúcares livres e/ou sal (OMS, 2015c). Muitas vezes as pessoas não consomem frutas, vegetais e fibras alimentares (como cereais integrais) na quantidade que deveriam e, de acordo o Programa Nacional de Promoção de Alimentação Saudável (2015), padrões alimentares pobres em fruta, ricos em sódio ou pobres em hortícolas são os principais responsáveis pela perda de anos de vida saudável (OMS, 2015c; Graça et al., 2015).

Segundo dados divulgados pela Direção-Geral da Saúde (DGS), em 2015, estima-se que o baixo consumo de fruta (definido como comer menos do que três peças de fruta por dia) constitui o risco alimentar, considerado evitável, que mais contribui para a perda de anos de vida saudáveis (Bordalo et al., 2015). De acordo com as estimativas efetuadas no âmbito do *Global Burden of Disease* do Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)), em 2014, os hábitos alimentares inadequados foram o fator de risco que mais contribuiu para o total de anos de vida saudável perdidos pela população portuguesa¹, seguidos da hipertensão arterial e índice de massa corporal elevado (Graça et al., 2015).

Um consumo alimentar adequado e a consequente melhoria do estado nutricional dos cidadãos tem um impacto direto na prevenção e controlo das doenças não transmissíveis mais prevalentes, como as doenças cardiovasculares, oncológicas, diabetes, obesidade, entre outras (Graça et al., 2015). Uma das doenças não transmissíveis que gera mais preocupação é a obesidade infantil. Os dados da DGS (2015) revelam ainda que, em Portugal, mais de 35%

¹ Expressos em *Disability Adjusted Life Years* (DALYs), sendo que um DALY corresponde à perda de um ano de vida saudável.

Programas de promoção de alimentação saudável – Desenvolvimento de um instrumento de apoio

das crianças com idades entre os seis e os oito anos possuem uma corpulência excessiva, isto é, um índice de massa corporal elevado para o sexo e idade, e revelam também que mais de 14% das crianças são obesas. A prevalência de excesso de peso é superior a 30% e a da obesidade ronda os 8%, na população entre os 10 e os 18 anos (Bordalo et al., 2015).

As complicações associadas às doenças promovidas por hábitos alimentares desadequados, e a conseqüente necessidade de realização de intervenções de promoção da alimentação saudável, levaram a OMS a delinear estratégias globais para melhorar os hábitos alimentares e assim obter ganhos na saúde (OMS, 2015d; OMS, 2014; OMS, 2012). Em 2011, foi concretizada uma declaração política para a prevenção e controlo de doenças não transmissíveis (OMS, 2012). Mais recentemente, em 2014, na 64^a edição do Comité Regional Europeu, em Copenhaga, a OMS lançou um Plano de Ação Europeu para uma Política Alimentar e Nutricional 2015-2020, cuja intenção é reduzir significativamente as doenças não transmissíveis, obesidade e outras formas de malnutrição na União Europeia. A prioridade deste plano é contribuir para melhorar os sistemas de alimentação, a qualidade da dieta e o estado nutricional da população europeia (OMS, 2014).

Note-se que uma alimentação adequada e equilibrada, entre muitas outras funções, assegura a sobrevivência do ser humano, contribui para um bom funcionamento do organismo fornecendo energia e nutrientes, contribui para a manutenção do equilíbrio do estado de saúde físico e mental, desempenha um papel fundamental na prevenção de doenças não transmissíveis (e.g., obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes, certos tipo de cancro, entre outras) e, contribui também para um adequado crescimento e desenvolvimento das crianças e adolescentes (Candeias, Nunes, Morais, Cabral, & Ribeiro da Silva, 2005).

Para que a promoção de hábitos alimentares saudáveis aconteça e conseqüentemente ocorram melhorias na saúde, deve considerar-se que a composição exata de uma dieta equilibrada, diversificada e saudável varia consoante as necessidades individuais de cada um (e.g., a idade, sexo, estilo de vida, grau de atividade física), o contexto cultural, a disponibilidade de alimentos localmente e, também, os hábitos alimentares. Ainda assim, os princípios básicos do que constitui uma dieta saudável permanecem os mesmos (OMS, 2015c). Uma dieta saudável deve ter a presença de frugalidade e cozinha simples que tenham na sua base preparados que protegem os nutrientes, como as sopas, os cozidos, os ensopados e as caldeiradas (Pinho, Rodrigues, Franchini, & Graça, 2015). Deve apresentar também um elevado consumo de produtos vegetais em detrimento do consumo de alimentos de origem animal, nomeadamente de produtos hortícolas, fruta, pão de qualidade e cereais pouco refinados, leguminosas secas e frescas, frutos secos e oleaginosas e um consumo de produtos

Programas de promoção de alimentação saudável – Desenvolvimento de um instrumento de apoio

vegetais produzidos localmente, frescos e da época (Pinho et al., 2015). Deve ainda apresentar o consumo de azeite como principal fonte de gordura; um consumo moderado de laticínios e deve utilizar-se as ervas aromáticas para temperar em detrimento do sal (Pinho et al., 2015). O consumo de pescado deve ser frequente e de carnes vermelhas deve ser baixo; deve apresentar um consumo baixo a moderado de vinho e apenas nas refeições principais, devendo optar pela água como principal bebida ao longo do dia e convivialidade à volta da mesa (Pinho et al., 2015).

2. Programas de promoção de alimentação saudável

Com o intuito de diminuir as consequências que os hábitos alimentares não adequados têm sobre a saúde, tem-se assistido a um aumento de programas e projetos de intervenção cujo objetivo é contribuir para o aumento dos hábitos alimentares saudáveis. Estas intervenções procuram contribuir para a prevenção primária de doenças não transmissíveis (McGill et al., 2015) e tendem a centrar-se na promoção de mudanças comportamentais, nomeadamente na adoção de comportamentos mais saudáveis relativamente à alimentação, tais como um aumento do consumo de hortofrutícolas, redução da ingestão de alimentos pouco saudáveis, isto é, alimentos com excesso de açúcar, sal ou gordura.

De um modo geral, as intervenções são projetadas para resolver problemas práticos importantes, como por exemplo a obesidade e, deste modo, o valor da intervenção está diretamente ligado à sua capacidade em remediar o problema-alvo (Rothman, 2004). As intervenções para mudar o comportamento são tipicamente complexas, envolvendo muitas componentes que interagem entre si (Craig et al., 2008). Em Portugal as intervenções realizadas na área da prevenção e controlo do excesso de peso e da obesidade infantil, incidem maioritariamente em estratégias individuais e menos frequentemente em mudanças políticas (Filipe et al., 2016). No entanto, uma revisão sistemática realizada por AlMarzooqi & Nagy (2011), sobre programas de intervenção na área da obesidade infantil revelou que intervenções futuras devem procurar incorporar estratégias individuais de mudança de comportamento com as mudanças de políticas ambientais, a fim de ter um impacto substancial e sustentável na saúde das crianças e bem-estar. Também uma revisão sistemática realizada por Ickes e seus colaboradores (2014), revelou que a construção de futuras intervenções de obesidade, com base na escola, devem integrar estratégias de intervenção culturalmente específicas, devem incorporar uma componente ambiental, e devem incluir os pais sempre

que possível (Ickes et al., 2014). As intervenções devem, por isso, proporcionar um retorno significativo sobre o tempo, dinheiro e esforço investidos, de tal forma que os resultados proporcionados por uma estratégia de intervenção devem ser proporcionais aos recursos utilizados (Rothman, 2004).

Com base em estudos anteriores, foram identificadas lacunas recorrentes na utilização e descrição da base teórica das intervenções (Michie & Abraham, 2004; Rothman, 2004), o que contraria as recomendações dadas para a realização de intervenções de qualidade. De acordo com Rothman (2004), é necessário que ocorra uma mudança na forma como se envolve a interação entre a teoria e a prática. Assim sendo, a utilização de uma base teórica é fundamental, pois através dela é possível identificar os determinantes comportamentais de maior relevância a ser modificados para potenciar mudanças ao nível da alimentação e é possível, ainda, selecionar as técnicas que influenciam ou motivam decididamente essa mudança (Marques & Teixeira, 2014). Utilizar a melhor evidência disponível e teoria adequada, testar as intervenções recorrendo a uma abordagem cuidadosamente faseada, realizar um estudo-piloto, executar uma pesquisa exploratória e avaliar a intervenção são algumas características de projetos/intervenções de qualidade (Belsky, Melhuish, Barnes, Leyland, & Romaniuk, 2006).

De uma forma geral, é mais provável que uma intervenção seja eficaz se for devidamente fundamentada numa análise cuidada do problema-alvo (Bartholomew, Parcel, Kok, & Gottlieb, 2001). Como tal, a intervenção deve ser sustentada pelo conhecimento dos processos que moldam e regulam o comportamento das pessoas, como a biologia, a psicologia, entre outros (Baranowski, Anderson, & Carmack, 1998; Baranowski, Lin, Wetter, Resnicow & Hearn, 1997; Hansen & McNeal, 1996). De acordo com Glanz e Rimer (2005), uma teoria apresenta uma forma sistemática de compreender os eventos ou situações. É um conjunto de conceitos, definições e proposições que explicam ou preveem esses eventos ou situações, ilustrando as relações entre as variáveis. No contexto das intervenções, a teoria pode ser utilizada como meio para informar, destacando os constructos ou o tipo de indivíduos que devem ser alvo da intervenção (Michie & Prestwich, 2010; Prestwich et al., 2014), ou ainda, para informar qual a seleção e sequência de estratégias utilizadas na intervenção (Wingood & DiClemente, 1996; Prestwich et al., 2014). Uma utilização explícita da teoria, tanto na conceção da intervenção, como na avaliação, tem vários benefícios e a teoria pode ser utilizada para obter informações sobre intervenções e para identificar constructos (Michie & Prestwich, 2010). Vários autores defendem que quando é utilizada uma

base teórica numa intervenção poderão obter-se efeitos potencialmente mais fortes (Michie & Prestwich, 2010; Albarracín et al, 2005; Downing, Jones, Cook, & Bellis, 2006; Fisher & Fisher, 2000; Gehrman & Hovell, 2003; Kim, Stanton, Li, Dickersin, & Galbraith, 1997). Através da identificação dos constructos teóricos que se pretendem atingir, a teoria pode fornecer um meio de seleção de técnicas de intervenção adequadas (Wingood & DiClemente, 1996; Michie, Johnston, Francis, Hardeman, & Eccles, 2008; Michie & Prestwich, 2010). A recolha de dados empíricos baseados na teoria facilita a acumulação de evidência da eficácia das intervenções em diferentes comportamentos, populações e contextos (Michie & Prestwich, 2010). As intervenções que são realizadas com uma boa base teórica poderão ser muito úteis na compreensão de intervenções eficazes e ineficazes, tornando assim mais fácil a compreensão de certos mecanismos de mudança, e fornecem também uma base para o aperfeiçoamento e desenvolvimento de melhores teorias (Jemmott & Jemmott, 2000; Michie & Abraham, 2004; Michie & Prestwich, 2010).

Apesar de grande parte das intervenções dizerem ser baseadas na teoria, torna-se difícil compreender como a teoria foi utilizada para o desenvolvimento, a implementação e a avaliação das mesmas. Com o objetivo de avaliar de forma fiável a utilização da teoria no desenvolvimento e avaliação de intervenções, foi desenvolvida uma grelha composta por 19 elementos-chave. Esta grelha foi utilizada num estudo para codificar 107 intervenções apresentadas como sendo “baseadas na teoria”, tendo-se verificado que em 90% dessas intervenções os métodos ou técnicas de mudança comportamental utilizadas não estavam associadas a nenhum constructo teórico (Michie & Prestwich, 2010). Em Portugal, o mesmo também se verificou numa análise a 29 projetos. Uma das principais conclusões tiradas neste estudo foi que, à exceção de um projeto, não são descritas ou disponibilizadas informações sobre o racional teórico que sustenta as metodologias adotadas (Filipe et al., 2016). De um modo geral, existe uma grande heterogeneidade ao nível da população-alvo, da abordagem seguida, e da qualidade e desenho da avaliação, nomeadamente em relação às medidas de resultado utilizadas (Filipe et al., 2016). A existência de uma grande heterogeneidade dificulta a possibilidade de estabelecer de uma comparação direta entre os resultados das várias intervenções e, conseqüentemente, da determinação de uma medida global de eficácia, à semelhança do que tem sido encontrado noutras revisões sistemáticas (Campbell, Waters, O’Meara, & Summerbell, 2001).

Outra das problemáticas que se verifica frequentemente diz respeito à avaliação das intervenções. De acordo com Craig e seus colaboradores (2008) e Michie e Abraham (2004),

existe uma preocupação crescente com o rigor teórico e metodológico no que toca à avaliação de intervenções complexas na área da saúde (Craig et al., 2008; Michie & Abraham, 2004). No entanto, vários estudos têm vindo a revelar que, muitas vezes, o desenho e avaliação que são utilizados nas intervenções nem sempre é o ideal. Acontece também, por vezes, os indicadores utilizados na avaliação das intervenções não estarem alinhados com os objetivos do programa e, para além disso, não eram os mais adequados (Campbell et al., 2001; Waters et al., 2011; Filipe et al., 2016). Considera-se assim, que existe uma grande heterogeneidade ao nível da qualidade e da avaliação das intervenções, revelando uma crescente preocupação com o rigor teórico e metodológico no desenvolvimento e avaliação de intervenções complexas na área da saúde (Craig et al., 2008; Michie & Abraham, 2004).

A avaliação de uma intervenção de mudança de comportamentos poderá facilitar em três níveis a mesma. Primeiramente, é uma forma de verificar se a intervenção funciona. Demonstrar que uma intervenção resultou numa melhoria mensurável, num determinado grupo, poderá ser um pré-requisito para a realização de um investimento em intervenções posteriores (Michie & Abraham, 2004). Em segundo, a avaliação da intervenção poderá permitir que se compreenda o quão bem esta funciona. O tamanho do efeito gerado por um ensaio indica o impacto que a intervenção provavelmente terá a um nível individual ou populacional, o que reflete implicações para a relação custo-eficácia (Michie & Abraham, 2004). Num terceiro ponto, através da avaliação é possível compreender também de que modo é que a intervenção funciona. A replicação da avaliação e a aprovação da intervenção dependem da especificação das técnicas, ou dos procedimentos, que são responsáveis pela mudança de comportamento (Bartholomew et al., 2001; Michie & Abraham, 2004). Melhorar a eficácia de uma determinada intervenção e a transferência de técnicas de mudança de um comportamento para outro requer uma compreensão dos processos e mecanismos causais, ou seja, compreensão das alterações psicológicas subjacentes que representam a mudança de comportamento que é observado (Michie & Abraham, 2004). Os autores defendem, ainda, que a incompreensão deste processo leva a que as intervenções em vez de serem replicadas, sejam reinventadas, o que torna o processo lento (Michie & Abraham, 2004), tornando-se assim num “ciclo vicioso”.

De acordo com Hoffmann e seus colaboradores (2014), a avaliação das intervenções é uma componente importante que deve ser tida em conta, e dentro da vertente da avaliação de intervenções verifica-se, frequentemente, que a descrição das próprias intervenções permanece incompleta e de baixa qualidade. Este acontecimento reflete-se num grande

inconveniente, pois sem uma descrição completa da intervenção não se poderão tirar conclusões acerca dos resultados da intervenção e, conseqüentemente, não poderá ocorrer uma replicação da mesma (Hoffmann et al., 2014). Muitos programas de intervenção são apresentados com falta de informação sobre o seu desenvolvimento, o conteúdo exato e sua implementação, de modo que os componentes eficazes e ineficazes destes programas de intervenção não podem ser determinados (Hardeman et al., 2000). Esta problemática acontece frequentemente e reflete-se numa falta de qualidade no reporte de intervenções. Desta forma, existe uma necessidade óbvia de criação de manuscritos que contenham uma descrição detalhada sobre o desenvolvimento de intervenções em estudo, bem como dos seus protocolos para implementação e avaliação (Singh et al., 2006). Para um melhor reporte das próprias intervenções todas devem apresentar informações como entidade(s) promotora(s), local da intervenção, população-alvo e objetivo geral, de acordo com as mais recentes orientações sobre o reporte de intervenções (Hoffmann et al., 2014).

Em suma, utilizar a melhor evidência disponível e teoria adequada, testar as intervenções recorrendo a uma abordagem cuidadosamente faseada, realizar um estudo-piloto, executar uma pesquisa exploratória, avaliar e reportar a intervenção são algumas características de projetos/intervenções de qualidade (Belsky, Melhuish, Barnes, Leyland, & Romaniuk, 2006; Hoffmann et al., 2014). Apesar destes aspetos terem uma elevada importância, na prática, muitas vezes não são tidos em consideração (Craig et al., 2008; Michie & Abraham, 2004; Hardeman et al., 2000). Um dos motivos que pode contribuir para que isto aconteça é a não utilização de instrumentos metodológicos de auxílio ao desenvolvimento, implementação, avaliação e reporte das intervenções.

Na secção que se segue irão ser descritos, brevemente, alguns instrumentos que têm vindo a ser desenvolvidos neste âmbito, com o intuito não só de destacar as suas principais virtudes, mas também algumas das suas limitações.

3. Alguns instrumentos existentes de apoio ao desenvolvimento de intervenções

Existem vários instrumentos, ou quadros metodológicos que têm sido desenvolvidos com o objetivo de auxiliar as pessoas que desenvolvem programas de mudança comportamental. Alguns dos instrumentos que foram desenvolvidos são de utilização específica para intervenções direcionadas à promoção de uma alimentação mais saudável,

enquanto outros são abordagens genéricas que podem ser seguidas para o desenvolvimento de intervenções de mudança comportamental.

A apresentação dos instrumentos que se segue não é exaustiva, isto é, existem mais instrumentos deste tipo, tendo sido selecionados para descrição no presente estudo aqueles que apresentavam uma maior adequação à temática em questão.

Com o intuito de apoiar continuamente a qualidade e o desenvolvimento de projetos e também promover as boas práticas durante todo o ciclo de um projeto, a Comissão Europeia elaborou, em 2004, um documento com um conjunto de orientações genéricas (Comissão Europeia, 2004). Para uma gestão eficaz dos projetos, foi criado um ciclo de operações. Na prática, a duração e a importância dadas a cada fase do ciclo irão variar para cada tipo de projeto, em função do âmbito e do funcionamento para o qual são configurados (Comissão Europeia, 2014). Estas orientações foram elaboradas para apoiar e melhorar de uma forma contínua a qualidade do desenvolvimento das intervenções comunitárias. O ciclo de projetos apresenta-nos várias etapas: programação, identificação, formulação, implementação, avaliação e auditoria (Comissão Europeia, 2014). Uma das limitações que poderá ser apontada a este documento com orientações é o facto de este, segundo os autores, ter de ser utilizado em conjunto com outros documentos importantes e de referência da Comissão Europeia (por exemplo: dirigidos a setores específicos como a saúde) (Comissão Europeia, 2014).

Uma forma de desenvolver e desenhar intervenções teórica e empiricamente sustentadas poderá ser através de quadros conceptuais, tais como *Intervention Mapping (IM)* a partir do qual foi criada uma ferramenta adicional para o planeamento e desenvolvimento de intervenções de promoção da saúde (Bartholomew, Parcel, Kok, Gottlieb, & Fernandez, 2011). O *IM* faculta, de uma forma geral, orientações para intervenções de mudança comportamental e tem em consideração seis etapas fundamentais. Cada uma destas etapas é composta por diversas tarefas (cada uma delas deve ser sustentada com base na teoria e evidência empírica). A conclusão de todas estas seis etapas serve como um modelo para o desenvolvimento, implementação e avaliação de uma intervenção, baseada em informação teórica, empírica e prática (Bartholomew et al., 2011). Um estudo realizado por Leerlooijer e seus colaboradores (2014) mostrou que o *IM* fornece um quadro útil para estruturar o planeamento de uma intervenção complexa baseada na comunidade com o objetivo de mudança intrapessoal, interpessoal, organizacional e social (Leerlooijer et al., 2014), esta conclusão revela benefícios na utilização deste quadro. De acordo com o autor Kok e colegas (2004), a utilização do *IM* poderá garantir: (1) que cada objetivo da intervenção seja

fundamentada em evidência empírica e teórica, (2) que os materiais e as atividades estão simultaneamente interligados com a teoria e que os objetivos estejam claramente especificados, (3) que todos os objetivos são suportados; (4) que o programa será compatível com a população-alvo e (5) que os problemas que ocorrerem, ao longo do processo, estarão de alguma forma previstos (Kok, Schaalma, Ruiters, Empelen, & Brug, 2004). Os mesmos autores defendem ainda que as decisões tomadas durante todo o processo, através do *IM*, poderão ser alteradas, permitindo que o produto final vá ao encontro das metas definidas inicialmente. Apesar dos benefícios que este quadro metodológico de qualidade poderá apresentar, é necessário ter alguns aspetos em consideração, nomeadamente: (1) que o desenvolvimento de uma intervenção baseada em teoria e em evidência poderá ser complexo e moroso e (2) que a descrição final de uma intervenção não poderá ser determinada com antecedência, isto significa que as decisões sobre o problema e as suas soluções terão de ser tomadas durante o processo (Kok et al., 2004).

Outro facto que se poderá apontar também como uma limitação é o nível de exigência que é apresentado pelo *IM*. Muitas vezes, na área da saúde pública é difícil conseguir um financiamento para desenvolver uma intervenção. Este facto, segundo o autor McEachan e seus colaboradores (2008), poderá significar que a intervenção será desenvolvida e realizada com um baixo, ou mesmo sem, financiamento. Embora o *IM* apresente um ideal para o desenvolvimento de intervenções, este ideal poderá não ser atingível se não existirem os recursos necessários (McEachan, Lawton, Jackson, Conner, & Lunt, 2008). Os mesmos autores revelam ainda que, como psicólogos da saúde, tiveram facilidade em compreender e em se familiarizar com as terminologias de orientação utilizadas no *IM*, ainda assim, consideram que o processo de compreensão poderá tornar-se difícil, o que deve revelar uma preocupação aquando a constituição de uma equipa para desenvolvimento de uma intervenção (McEachan et al., 2008).

Uma ferramenta, mais específica, que pode ser utilizada como lista de verificação de indicadores de qualidade baseados em pesquisas para programas de educação alimentar é o *Guide for Effective Nutrition Interventions and Education (GENIE)* (Hand et al., 2015; Abram et al., 2015). GENIE é o primeiro instrumento do tipo, projetado para traduzir as recomendações atuais de pesquisa numa ferramenta para desenvolver e orientar o financiamento de programas de educação alimentar de qualidade (Hand et al., 2015; Abram et al., 2015). Este guia foi criado com um duplo propósito: (1) para ajudar a planear, autoavaliar e melhorar projetos e programas de educação alimentar; e (2) para ajudar os financiadores a diferenciar entre os programas de diferentes decisões de qualidade e de financiamento (Hand

et al., 2015). Útil para planeadores de programas de intervenção na área da educação alimentar, esta ferramenta foi rigorosamente validada, é considerada simples de utilizar e permite projetar, modificar e comprar propostas de programas de educação alimentar (Academy of Nutrition and Dietetics, 2015). No entanto, esta ferramenta apresenta algumas lacunas. Durante a sua construção a escolha dos peritos pode ter sido influenciada pela equipa de criação do projeto GENIE, o que pode ter influenciado o resultado final, não só pela proposta inicial feita pela equipa, como também pelas ideias dos especialistas (Hand et al., 2015). Apesar da equipa do projeto GENIE ter feito um esforço para selecionar uma variedade de propostas educacionais, como de peritos, é possível que o conteúdo final do GENIE tenha sido influenciado pelas pessoas e pelas propostas selecionadas para avaliar o instrumento. Outro aspeto que poderá constituir uma limitação é o facto de todos os revisores pertencerem à Rede de Pesquisa de Dietética, os mesmos sugerem inclusivamente que no futuro se poderia tentar replicar o estudo com uma maior amostra com peritos relacionados com a área da educação alimentar e não só com colaboradores da RPD. Também a confiabilidade do instrumento não foi testada para planeadores e financiadores de programas que não têm formação em nutrição, ou seja foi limitada a dietistas e nutricionistas (Hand et al., 2015). Devido ao nível de diversidade de programas existentes na área da educação alimentar, e apesar de os autores terem tentado avaliar uma grande variedade de programas propostos, não foi possível avaliar cada tipo de programa (diferentes contextos, diferentes populações-alvo, técnicas de mudança comportamental), querendo isto dizer que a ferramenta pode não ser suficientemente abrangente. Existe também a possibilidade de faltarem elementos de qualidade que podem ser comumente encontrados em programas já publicados, dado que todos os programas que foram avaliados tiveram uma pontuação mais elevada do que o esperado (Hand et al., 2015). O GENIE é apenas válido e confiável para avaliar propostas unicamente de educação alimentar e não se destinava a avaliar os programas já publicados, isto é, foi criado e validado unicamente para guiar e avaliar propostas de programas (Hand et al., 2015) o que pode revelar outra limitação deste instrumento.

Para facilitar a extenuante realização dos relatórios e também a replicabilidade das intervenções, um grupo internacional de peritos desenvolveu o *Template for Intervention Description and Replication* (TIDier) (Hoffmann et al., 2014). Esta *checklist* foi estabelecida para guiar a descrição e replicação de intervenções e é composta por 12 itens (Hoffmann et al., 2014). Relativamente aos quatro elementos de avaliação de uma intervenção (população, intervenção, comparação e resultados), o *TIDier* pode ser utilizado como um guia para reportar uma intervenção e para a comparação de itens de um estudo. Contudo para avaliar os

Programas de promoção de alimentação saudável – Desenvolvimento de um instrumento de apoio restantes elementos (população e resultados) terão de ser utilizados outros instrumentos, consoante as características de cada intervenção (Hoffmann et al., 2014), o que poderá representar uma limitação do instrumento.

A lista de verificação “*Reporting of group-based behaviour-change (GB-BCIs)*” (Borek et al., 2015) é um instrumento que foi essencialmente desenvolvido para identificar boas práticas e para avaliar bons elementos na realização do desenvolvimento, implementação e avaliação dos programas (OMS, 2011). A GB-BCIs deve ser aplicada às intervenções em grupo com base na mudança do comportamento, com o intuito de melhorar a qualidade da informação e verificar a abrangência dos relatórios de intervenção e, assim, facilitar a replicação exata das intervenções (Borek et al., 2015). Esta lista de verificação pode apresentar algumas considerações demasiado específicas. Por isso, pela sua especificidade poderá revelar algumas limitações. A *GB-BCIs* oferece um conjunto mínimo de elementos essenciais para a replicação de qualquer intervenção em grupo. Funciona somente para verificação de reporte (relatórios) de intervenções e não de desenvolvimento das mesmas. Apesar de todas as descrições que esta ferramenta apresenta, deve ser também utilizada juntamente com outras diretrizes relevantes de reporte, como por exemplo a *TIDier*. Outra lacuna que este instrumento apresenta é que a *GB-BCIs* ainda não reuniu um consenso por parte dos especialistas (por exemplo pelo método de Delphi) (Borek et al., 2015), o que compromete a validade deste instrumento.

Apesar de existirem na literatura todos estes instrumentos que reúnem recomendações atuais para o desenvolvimento, implementação, avaliação e reporte de intervenções, o que faz com que a sua utilização seja benéfica, os mesmos apresentam algumas lacunas e/ou limitações, nomeadamente a linguagem que se poderá tornar de difícil compreensão, pouca variedade na seleção de peritos para o desenvolvimento e validação dos instrumentos, falta de abrangência por parte dos instrumentos desenvolvidos, o facto de ter de se consultar um outro instrumento, ou diretrizes, para complementar o instrumento utilizado, falta de um exercício que teste o consenso sobre o instrumento por parte de especialistas.

Uma vez que se verifica uma série de limitações nos atuais instrumentos, existe a necessidade de construir um novo instrumento que possa servir para que intervenções futuras apresentem objetivos fundamentados em evidência empírica e teórica. Este instrumento deve também permitir que os materiais e as atividades realizadas estejam simultaneamente interligados com a teoria e que os objetivos estejam claramente especificados. Procura-se ainda que o reporte das intervenções seja realizado de uma forma completa. Espera-se que o instrumento a desenvolver constitua um primeiro passo para que intervenções futuras venham

a fornecer maior detalhe sobre o que foi desenvolvido, nomeadamente sobre o racional teórico seguido, as técnicas de modificação comportamental utilizadas e sobre a avaliação da eficácia na mudança do(s) comportamento(s)-alvo.

4. Objetivos do estudo

Embora existam vários instrumentos, ou quadros metodológicos que têm sido desenvolvidos com o objetivo de auxiliar as pessoas que desenvolvem programas de intervenção estes apresentam diversas limitações, tal como referido na seção anterior. Assim, o principal objetivo deste estudo foi o de desenvolver um novo instrumento que colmate as limitações dos já existentes e que vá ao encontro das maiores necessidades e dificuldades dos profissionais de saúde envolvidos. Para tal, foi importante perceber: (1) quais os critérios de qualidade que devem constar no desenvolvimento, implementação, avaliação e reporte de um(a) projeto/intervenção de promoção de alimentação saudável e (2) quais as maiores necessidades e dificuldades sentidas por parte das pessoas que estão envolvidas de alguma forma no processo de desenvolvimento, implementação, avaliação e reporte de intervenções de promoção de alimentação saudável.

Capítulo II - Método

1. Estudo 1: Revisão de literatura sobre instrumentos de avaliação de programas

1.1) Estratégia de pesquisa

Esta revisão de literatura examinou referências bibliográficas e *checklists* que estabelecem elementos-chave para o desenvolvimento, implementação, avaliação e reporte das intervenções. Foram incluídas referências bibliográficas para o desenvolvimento de intervenções de promoção da saúde e também de promoção de alimentação saudável, para a identificação de boas práticas, no que diz respeito ao planeamento, implementação, avaliação e reporte de programas.

A pesquisa foi realizada entre novembro e dezembro de 2015, com recurso às bases de dados/motores de busca B-on, Pub-Med, ScienceDirect, Google, Google Académico, com os seguintes termos-chave: “Obesity intervention checklist”, “development, implementation, evaluation of intervention programs checklists”; “healthy eating intervention programs checklists”; “intervention programs checklists” e “nutrition intervention programs checklists”. Foram ainda consultados dois manuais (Bartholomew et al., 2011; Wholey, Hatry, & Newcomer, 2010) que estabelecem critérios de qualidade no desenho/avaliação de intervenções.

1.2) Seleção das referências a incluir

Esta revisão de literatura foi realizada de uma forma abrangente, tendo sido examinadas as referências encontradas. Como critérios de exclusão estabeleceram-se: (1) referências bibliográficas cujo título ou resumo não mencionavam nenhum instrumento/*checklist* e (2) referências bibliográficas que apresentavam instrumentos ou *checklists* cuja temática não se reportava ao desenvolvimento, implementação, avaliação ou reporte das intervenções.

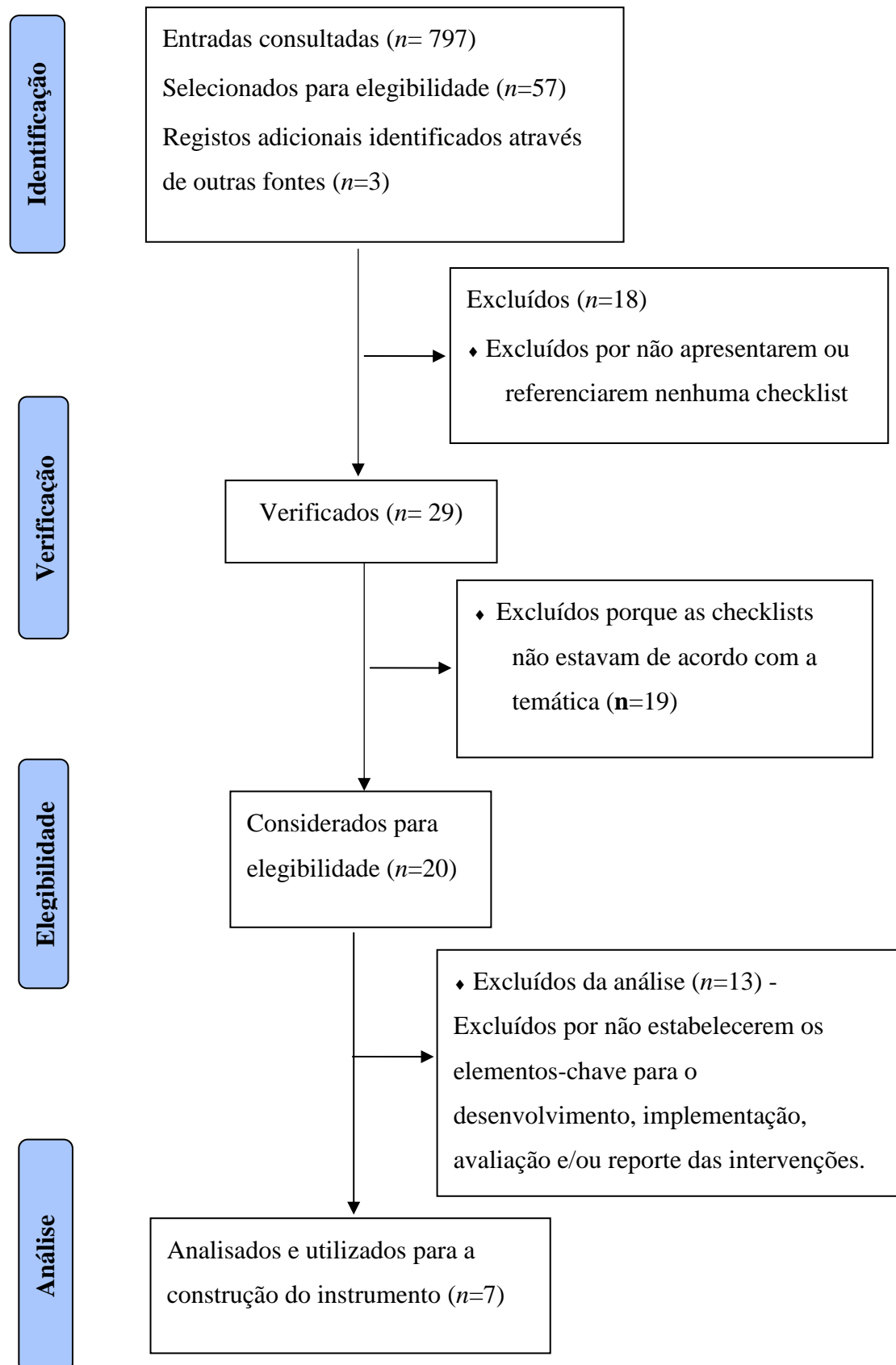
Quando não foi possível tomar uma decisão de inclusão ou exclusão através da leitura do título e do resumo, o artigo foi extraído na íntegra para uma análise mais detalhada. A adequação dos instrumentos e das *checklists* foi verificada e foram selecionados os mais completos e que mais se adequavam e adaptavam à temática de Programas de Intervenção de

Promoção de Alimentação Saudável. Os instrumentos e as *checklists* foram selecionados quando se verificava que estabeleciam os elementos-chave para o desenvolvimento, implementação, avaliação e/ou reporte das intervenções.

Foram consultadas um total de 797 entradas, tendo sido consideradas elegíveis 57 referências bibliográficas. Para eleger as 57 referências bibliográficas utilizou-se como critério a presença das palavras “*guideline*” e “*checklist*” no título. Após a verificação destes documentos, 18 foram excluídos por não fazerem referência a *checklists* ou orientações apesar de referirem as mesmas no título.

Foram selecionados 39 referências bibliográficas que apresentavam instrumentos / *checklists*, sendo que 19 foram excluídos porque as orientações/as *checklists* não estavam de acordo com a temática (e.g., “*Designing nutrition-sensitive agriculture investments - Checklist and guidance for programme formulation*”). No seguimento desta exclusão foram verificadas 20 referências bibliográficas que apresentavam ou mencionavam *checklists*/orientações (por vezes os documentos apresentam somente a *checklist*). Após a análise destes documentos, foram excluídos 13 por não estabelecerem os elementos-chave para o desenvolvimento, implementação, avaliação e/ou reporte das intervenções e respondiam a outro tipo de questões (e.g., “*Child Behavior Checklist*”) (ver Figura 1).

Figura 1 - Diagrama da estratégia de pesquisa



1.3) Extração e codificação dos elementos-chave

Em todas as referências incluídas no presente estudo, eram efetivamente apresentadas orientações e/ou *checklists*, não apenas no título, mas ao longo da referência. A partir das mesmas foram selecionados elementos-chave que deverão constar nas fases de desenvolvimento, implementação, avaliação e/ou reporte das intervenções. Para a realização deste quadro metodológico que permite apoiar e desenhar o desenvolvimento, a implementação, a avaliação e o reporte de intervenções foram aplicadas as seguintes fases (a) *identificação dos elementos-chave*, que consistiu na identificação de critérios a incluir através de revisão de literatura sobre orientações/critérios de qualidade no desenvolvimento, implementação, avaliação e reporte de programas de mudança comportamental e na identificação de critérios dos instrumentos selecionados; (b) *extração dos elementos-chave*, que consistiu em selecionar, extrair e organizar os elementos-chave de acordo com as fontes de onde foram retirados; (c) *agregação dos temas principais*, que consistiu na definição dos oito temas principais e em reduzir e organizar o número de critérios pelos mesmos (d) *síntese de todos os elementos-chave*, que consistiu numa redução e agregação dos critérios redundantes encontrados nas diferentes fontes utilizadas.

2. Estudo 2: Estudo qualitativo

2.1) Participantes

A amostra foi composta por indivíduos que já estiveram envolvidos nas fases de desenvolvimento, implementação, avaliação e/ou reporte de programas de intervenção de promoção de alimentação saudável em Portugal. A amostra foi de conveniência, sendo os contactos obtidos através da Direção-Geral da Saúde. Participaram 10 pessoas no total, sendo que duas eram do sexo masculino e oito do sexo feminino, com idades entre os 23 e os 62 anos (*média*=41,0; *DP* = 15,5). Relativamente ao setor de trabalho dos entrevistados, sete trabalhava no setor público, um trabalhava numa organização não-governamental (ONG) e dois trabalhavam em Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS). No que diz respeito à área profissional, todos os entrevistados pertenciam à área da saúde. O número de projetos em que cada participante esteve envolvido variaram entre um e mais de 10. Os projetos ou programas em que os entrevistados estiveram envolvidos foram implementados nas seguintes zonas do país: Norte, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve e Açores (Quadro 1).

Quadro 1 - Caracterização da Amostra

Variáveis		Frequência Absoluta	
Sexo	Feminino	8	
	Masculino	2	
Setor de Trabalho	Público	7	
	Privado	0	
	ONG	1	
	IPSS	2	
Área Profissional	Serviços Sociais	0	
	Saúde	10	
	Educação	0	
	Outros	0	
Quantidade de Programas em que esteve envolvido	1-3	4	
	4-6	5	
	7-10	0	
	> 10	1	
Zonas de implementação	Norte	2	
Programas/Projetos	Lisboa e Vale do Tejo	9	
	Alentejo	1	
	Algarve	1	
	Açores	1	
	Madeira	0	
	Todas as opções	1	

2.2) Procedimento

Os participantes foram contactados tanto por via telefónica como presencialmente. A lista inicial de contactos foi obtida por intermédio da Direção-Geral da Saúde. À exceção de uma, todas as pessoas contactadas aceitaram participar. Os participantes tiveram a possibilidade de optar por uma entrevista presencial ou por videochamada, mas todos preferiram que a entrevista fosse realizada presencialmente.

Antes da realização da entrevista, os participantes leram e assinaram um consentimento informado, onde se transmitiu que a entrevista teria uma duração aproximada de 30 minutos, que as respostas eram confidenciais e que os seus dados pessoais não seriam identificados na descrição dos resultados do estudo. Os participantes foram ainda informados de que a sua participação era voluntária, isto é, que poderiam desistir a qualquer momento, se assim o entendessem. Foi também informado que se iria proceder à gravação de áudio e que a gravação seria utilizada exclusivamente para efeitos de transcrição, sendo os ficheiros eliminados após utilização da informação. Antes do início da entrevista, todos os participantes responderam a um breve questionário para efeito de caracterização da amostra. As entrevistas foram realizadas em local e horário escolhidos pelo entrevistado e tiveram uma duração média de 15 minutos. O procedimento está de acordo com as normas éticas do Instituto Universitário de Lisboa.

2.3) Instrumento

O tipo de entrevista elegido para a construção do guião foi a semiestruturada. Este tipo de entrevista dá a possibilidade ao entrevistador de realizar perguntas abertas e fechadas, dando também a oportunidade ao entrevistado de se pronunciar no que diz respeito ao tema proposto (Boni & Quaresma, 2005).

O guião de entrevista (Anexo A) cobriu as seguintes dimensões: *(i)* participação nos processos de desenvolvimento, implementação, avaliação e reporte de intervenções, *(ii)* as principais tarefas em que colaboraram em cada uma destas fases, *(iii)* as maiores dificuldades sentidas durante a realização de cada uma destas etapas, *(iv)* utilização de modelos teóricos, instrumentos e quadros conceptuais, *(v)* vantagens sentidas na utilização dos mesmos, *(vi)* motivos para a sua não utilização (quando tal se verificou). Por fim, foi perguntada a opinião dos participantes relativamente à criação de um novo instrumento que auxilie o desenvolvimento, implementação, avaliação e/ou reporte das intervenções e se considerariam

utilizar um instrumento que fosse disponibilizado em português e adaptado à realidade portuguesa para esse fim. Foi ainda pedido para refletirem sobre que elementos consideravam importante constarem numa grelha/instrumento (Anexo A).

2.4) Estratégia de Análise

As entrevistas foram transcritas verbatim (Anexo C) e posteriormente comparadas com as gravações. O *software* ATLAS.Ti versão 6.2 foi utilizado para auxiliar o processo de análise. Para a realização do estudo do tipo qualitativo, procedeu-se a uma análise tendo como orientação os referenciais da análise temática (Braun e Clarke, 2006). A análise temática é um método utilizado para identificar, analisar e relatar padrões e temas presentes nos dados recolhidos (Braun e Clarke, 2006). Este método permite organizar e descrever um conjunto de detalhes presentes nos dados, bem como interpretar também aspetos presentes relacionados com o tema de pesquisa (Boyatzis, 1998).

O processo de análise temática decorreu em seis fases: (i) familiarização com os dados, que consistiu na transcrição verbatim das entrevistas, tendo assim dado origem à informação a analisar; (ii) codificação inicial, que compreendeu a criação dos primeiros códigos para agrupar / analisar os dados; (iii) procura dos padrões de resposta relacionados com as questões realizadas; (iv) revisão dos temas, em que se averiguou a relação existente entre os temas encontrados, os dados e a codificação inicial; (v) definição e nomeação dos temas, que compreendeu a organização dos dados recolhidos de acordo com os temas já pré-definidos, dando origem à descrição dos resultados; (vi) descrição dos resultados, que contém a fase final da análise e as principais conclusões retiradas.

Os temas que foram estabelecidos a partir dos dados foram organizados num total de seis categorias, às quais se associaram breves definições de forma a garantir a consistência na codificação das entrevistas (Anexo C).

3. Construção do instrumento

O instrumento desenvolvido teve por base as informações obtidas através da revisão de literatura sobre instrumentos e/ou *checklists* e também através de informação extraída a partir das entrevistas realizadas, como descrito nas seções acima.

Capítulo III - Resultados

1) Estudo 1: Revisão de literatura sobre instrumentos de avaliação de programas

1.1) Seleção dos estudos

Foram escolhidas para basear a construção o novo instrumento sete referências: *Project Cycle Management Guidelines* (Comissão Europeia, 2004); *Guide for Effective Nutrition Interventions and Education* (Academy of Nutrition and Dietetics, 2015); *Handbook of practical program evaluation* (Wholey et al., 2010); *A checklist to improve reporting of group-based behaviour-change interventions* (Borek et al., 2015); *Planning Health Promotion Programs – An Intervention Mapping Approach* (Bartholomew et al., 2011); *National Evaluation of Sure Start Research Team, Effects of Sure Start local programmes on children and families: early findings from a quasi-experimental, cross sectional study* (Belsky et al., 2006) e *Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide* (Hoffman et al., 2014).

1.2) Elementos-chave identificados

Para a realização do instrumento que permite apoiar e desenhar o desenvolvimento, a implementação, a avaliação e o reporte de intervenções foram aplicadas as seguintes fases: (a) *identificação dos elementos-chave* e (b) *extração dos elementos-chave* (Anexo E) – nestas fases foram identificados e extraídos 136 elementos-chave, em que 27 elementos-chave foram retirados da referência “*Project Cycle Management Guidelines*” (Comissão Europeia, 2004); 21 elementos-chave foram retirados da referência “*Guide for Effective Nutrition Interventions and Education*” (Academy of Nutrition and Dietetics, 2015); seis elementos-chave foram retirados da referência “*Handbook of practical program evaluation*” (Wholey et al., 2010); 26 elementos-chave foram retirados da referência “*A checklist to improve reporting of group-based behaviour-change interventions*” (Borek et al., 2015); 26 elementos-chave foram retirados da referência “*Planning Health Promotion Programs – An Intervention Mapping Approach*” (Bartholomew et al., 2011); quatro elementos-chave foram retirados da referência “*National Evaluation of Sure Start Research Team, Effects of Sure Start local programmes on children and families: early findings from a quasi-experimental, cross sectional study*” (Belsky et al., 2006) e 12 elementos-chave foram retirados da referência “*Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and*

guide” (Hoffman et al., 2014). Durante esta fase verificou-se que alguns elementos-chave eram um pouco redundantes, isto é, que estavam presentes em mais do que uma referência. Ainda assim, algumas referências estavam mais centradas e tinham mais elementos-chave relativos a uma determinada etapa do que outras.

A seguinte fase foi a *(c) agregação dos temas principais* (Anexo F), nesta fase os 136 elementos-chave foram distribuídos e organizados pelos seguintes temas principais: critérios de qualidade, onde constam quatro elementos-chave; desenvolvimento, onde constam 45 elementos-chave; implementação, onde constam 14 elementos-chave; avaliação, onde constam 35 elementos-chave e, por fim, reporte, onde constam 38 elementos-chave. Na fase de *(d) síntese de todos os elementos-chave* (Anexo G) foram distribuídos e organizados critérios dentro de cada tema principal. Isto é, na avaliação das necessidades ficaram quatro elementos-chave; na programação - descrição do programa e a sua importância ficaram, também, quatro elementos-chave; na identificação - definição dos objetivos do programa com base na análise científica dos problemas ficaram oito elementos-chave; no conteúdo do programa - seleção de métodos de intervenção baseadas em teorias e estratégias práticas para mudar (determinantes de) comportamentos relacionados com a saúde ficaram, também, oito elementos-chave; na implementação ficaram quatro elementos-chave; na avaliação ficaram sete elementos-chave; na sustentabilidade ficaram cinco elementos-chave e, por fim, no reporte - Elementos do relatório, descrição e replicação ficaram 11 elementos-chave. O que representa os 51 elementos-chave que constituem o instrumento nesta fase final (Quadro 2).

2) Estudo 2: Estudo qualitativo

A maioria dos entrevistados participou em todas as fases (desenvolvimento, implementação, avaliação e reporte) das intervenções em que participou. Apenas alguns referiram ter participado somente nas fases de implementação, avaliação e reporte, sendo que a participação somente na fase do desenvolvimento foi referida apenas uma vez.

Dificuldades sentidas. De uma forma geral, existe uma consensualidade por parte dos entrevistados relativamente às dificuldades sentidas durante a conceção de um programa/intervenção. A maioria dos entrevistados reportaram que uma das maiores dificuldades foi ao nível da seleção e avaliação dos indicadores. Vários participantes referiram sentir dificuldades ao nível da comunicação, principalmente quando procuram passar uma mensagem à população-alvo, referindo também que sentem dificuldade em perceber se a mensagem e o meio que utilizam para a passar são os mais adequados. Outros mencionaram a

Programas de promoção de alimentação saudável – Desenvolvimento de um instrumento de apoio

adaptação dos conteúdos e informação à população alvo como um trabalho muito árduo, [e.g.: “(...) *foi um trabalho muito árduo a adaptação dos conteúdos e informação à população alvo (...)*”-Entrevista 1]. Alguns relataram a falta de recursos financeiros como uma premissa básica que dificulta a melhoria das intervenções. A dificuldade em utilizar, no decorrer da intervenção, uma linguagem científica foi também apontada, [e.g.: “(...) *Foi uma situação nova para mim escrever numa linguagem científica (...) estou mais habituada à linguagem corrente.*”- Entrevista 2]. Um dos entrevistados referiu sentir dificuldade na definição da população-alvo [e.g.: “(...) *mesmo a definição da população, do público-alvo que se quer atingir, (...) é um trabalho difícil.*” -Entrevista 1]. Outro referiu ainda sentir dificuldades na elaboração do questionário [e.g.: “(...) *muitas vezes na elaboração do questionário não está descrito... não conseguimos ser exaustivos naquilo que queremos, na informação que queremos obter e à partida, se esta ferramenta tão importante falha, pode pôr em causa o resto da nossa intervenção (...).*”Entrevista 2].

Modelos Teóricos utilizados. A maioria dos entrevistados reportou utilizar modelos teóricos como base para o desenvolvimento, avaliação e/ou reporte desses programas ou intervenções, [e.g.: “(...) *sim, para as duas intervenções foram utilizados modelos*” - Entrevista 1]. Ainda assim, quando questionados sobre teorias específicas, os entrevistados referiram-se a quadros metodológicos de desenvolvimento de intervenções, tais como o *Precede-Proceed, Behavior Change Wheel e RE.AIM*. Alguns dos entrevistados não tinham conhecimento de quais os modelos utilizados, ou então não se recordavam dos mesmos. Apenas um entrevistado respondeu que não foram utilizados, tendo sido revelado que utilizam como base a experiência e a intuição, [e.g.: “(...) *É mais por experiência, intuição, baseado na experiência das pessoas mais velhas com quem trabalho.*” -Entrevista 2].

Instrumentos/quadros metodológicos utilizados. A maioria dos entrevistados referiu utilizar instrumentos/quadros metodológicos de auxílio ao desenvolvimento, avaliação e/ou reporte desses programas ou intervenções, [e.g.: “(...) *utilizámos o modelo “RE-AIM” que tem essas ferramentas que ajudam a desenvolver os projetos em si, em todas as etapas, mas para esses projetos em si, utilizámos mais as checklists de desenvolvimento de informação de “linguagem simples”.*” -Entrevista 1]. Os restantes responderam que não utilizaram instrumentos/quadros metodológicos de auxílio. Estes apresentaram como *motivos para a não utilização de instrumentos* a falta de conhecimento da sua existência, a falta de acesso aos

Programas de promoção de alimentação saudável – Desenvolvimento de um instrumento de apoio

mesmos, a falta de tempo para procurar e consultar, o não saber onde encontrar este tipo de informação e como a podem adaptar a cada tipo de projeto. Disseram ainda não atribuir importância suficiente a este passo [e.g.: “(...) *não se pensa nesse passo como um passo importante, normalmente passa-se logo para a ação.*” -Entrevista 9].

Apenas um dos entrevistados revelou não ter conhecimento sobre a utilização dos instrumentos ou quadros metodológicos na conceção da intervenção.

Vantagens percebidas na utilização de instrumentos/quadros conceptuais. No geral, as vantagens citadas pelos entrevistados relativamente à utilização de instrumentos/quadros metodológicos de auxílio ao desenvolvimento, implementação, avaliação e/ou reporte do(s) programa(s)/intervenção(ões) foram a possibilidade de uma maior certeza na realização das tarefas, possibilidade de uma maior partilha de bons exemplos de projetos e um maior aporte ao nível do conhecimento. Foram ainda referidas como vantagens a possibilidade de aprendizagem de metodologias e a possibilidade de avaliar a intervenção através de um instrumento.

Necessidades sentidas. Foram detetadas várias necessidades relatadas pelos participantes. A necessidade de avaliação da efetividade e impacto dos resultados dos projetos a longo prazo foi das necessidades mais referidas. Foi também citada pelos entrevistados a necessidade de promover a alteração de hábitos alimentares não só no contexto escolar, mas também noutros contextos. Outros referiram que existe a necessidade de uma *checklist* bem orientada, com critérios concisos e com indicadores bem definidos, bem como uma grelha de avaliação das intervenções sintética, com critérios bem definidos e com uma grande objetividade. Foi reportada a necessidade de existência de um instrumento que auxilie no processo de avaliação da intervenção, sendo que esta *checklist* deverá ser curta para que seja fácil aplicar, mas ao mesmo tempo deverá ser permeável de forma a transmitir uma grande quantidade de informação [e.g.: “(...) *eu preciso de um instrumento que me ajude na avaliação e diagnóstico e que seja permeável o suficiente para me dar um maior número de informação e curto para ser de fácil aplicação e isto é muito difícil.*” -Entrevista 8].

Elementos-chave identificados. No que diz respeito à criação de um novo instrumento, todos os entrevistados referiram ser essencial e que poderá otimizar intervenções futuras [e.g.: “*Acho que vai, sem dúvida, melhorar as intervenções que venham daqui para a frente,*”

Programas de promoção de alimentação saudável – Desenvolvimento de um instrumento de apoio

e acima de tudo que seja divulgada essa ferramenta.” -Entrevista 2]. Foi dito também que será mais fácil tirar conclusões fidedignas sobre o que se construiu e estudou e que vai facilitar o trabalho de muitas pessoas, tornando as intervenções com mais valor e muito mais estruturadas.

Relativamente à utilização de um instrumento a maioria dos entrevistados respondeu que utilizariam o instrumento caso este fosse disponibilizado em português e adaptado à realidade portuguesa [e.g.: *“Acho muito útil, eu não conheço nenhum instrumento em português, por exemplo, e acho que é muito útil.”* - Entrevista 1]. Revelaram ainda que a existência deste traria maior segurança em todas as fases do projeto [e.g.: *“Sim, sim sem dúvida, sentir-me-ia muito mais segura.”* - Entrevista 2].

No que se refere ao ponto de vista dado sobre a importância atribuída à existência do instrumento todos os entrevistados, à exceção de um, referiram ser muito ou extremamente importante.

Os entrevistados, quando inquiridos sobre a sua opinião em relação ao que pode ser melhorado, tendo em conta os instrumentos que utilizaram, foram referidos a falta de exemplos em situações práticas e a língua (neste caso não estarem em português).

A respeito dos elementos que, na opinião dos entrevistados, seriam vantajosos constar numa grelha/instrumento foi relatado como sendo útil a presença de tópicos referentes à construção e desenvolvimento do projeto, estratégias de implementação, indicadores de avaliação, orientações para a discussão e referência, sobretudo na fase de reporte, à importância de uma discussão bem-feita e valorização dos aspetos positivos da intervenção, de modo a saber reconhecer os aspetos bons e ter uma perspetiva real da intervenção. A maioria dos entrevistados referiu que seria importante constar cada uma das etapas (desenvolvimento, implementação, avaliação e reporte). Segundo estes, as etapas devem estar descritas refletindo pontos ou situações a ter em conta de forma a que se perceba o que é necessário fazer em cada fase. Um dos entrevistados referiu também que considera importante estarem descritas formas de avaliação.

3) Instrumento para o desenvolvimento, implementação, avaliação e reporte de intervenções de promoção de alimentação saudável

Com base na revisão de literatura (estudo 1) e também com base nas entrevistas realizadas (estudo 2) desenvolveu-se um instrumento com 51 elementos-chave. Este

instrumento está organizado segundo as fases de desenvolvimento, implementação, avaliação e reporte de intervenções e procura colmatar as dificuldades e necessidade sentidas pelos entrevistados durante as diversas etapas de uma intervenção (Quadro 2).

Quadro 2 - *Instrumento para o desenvolvimento, implementação, avaliação e reporte de intervenções de promoção de alimentação saudável*

(0) Fase de Avaliação das necessidades
0.1) Estabelecer planos que incluam potenciais participantes na intervenção, identificar as suas principais necessidades e fazer uma seleção dos temas/tópicos a serem avaliados.
0.2) Dar a conhecer o projeto a todos os participantes previstos e divulgar os resultados da avaliação das necessidades.
0.3) Demonstrar a relevância e mensurabilidade dos objetivos do projeto.
0.4) Relacionar a avaliação das necessidades com a intervenção e com o planeamento da avaliação, estabelecendo os resultados desejados da intervenção.
DESENVOLVIMENTO
(1) Programação: Descrição do programa e a sua importância
1.1) Basear-se na melhor evidência disponível e em teoria adequada.
1.2) Apresentar um cronograma e fazer uma identificação de problemas/constrangimentos e oportunidades.
1.3) Justificar os benefícios para o grupo-alvo do programa/intervenção, baseando-se em intervenções semelhantes, exemplos de melhores práticas, e/ou na avaliação das necessidades. Desta forma será possível: identificar uma estratégia para a ajuda comunitária ao desenvolvimento que tenha em conta a análise de processo, incluindo restrições de capacidade, as lições aprendidas a partir da experiência anterior e as atividades em curso ou planeadas por outros.
1.4) Descrever as funções e deveres dos parceiros do programa.

(2) Identificação – Definição dos objetivos do programa com base na análise científica dos problemas
2.1) Apresentar uma análise de problemas, uma seleção dos determinantes pessoais e externos importantes e modificáveis em grupos com comportamentos de risco.
2.2) Apresentar objetivos de alteração dos resultados relacionados com comportamentos de saúde e condições ambientais
2.3) Realizar uma análise das eventuais partes interessadas (i.e., <i>stakeholders</i>).
2.4) Incluir metas mensuráveis relacionadas com os resultados
2.5) Apresentar uma descrição do projeto preliminar indicando os objetivos por hierarquia, incluindo também metas relacionadas com os resultados. Criar uma matriz de objetivos de mudança para cada nível de intervenção planeado (individual, interpessoal, organizacional, comunitário e social).
2.6) Incluir a indicação dos recursos e a implicações dos custos, indicação da coordenação, gestão (incluindo gestão financeira) e acordos de financiamento.
2.7) Apresentar uma avaliação preliminar económica / financeira, ambiental, técnica e de sustentabilidade social.
2.8) Demonstrar a legalidade e regularidade das despesas do projeto, isto é, o cumprimento das leis e regulamentos com regras e critérios contratuais aplicáveis.
(3) Conteúdo do Programa - Seleção de métodos de intervenção baseadas em teorias e estratégias práticas para mudar (determinantes de) comportamentos relacionados com a saúde
3.1) Consultar os participantes aos quais se destina a intervenção e todos os que vão implementar o programa e utilizar as perspetivas dos mesmos na escolha dos métodos e das estratégias a adotar para promover a aprendizagem.
3.2) Basear em exemplos de boas práticas ou em referências, tendo presente orientações de entidades relevantes na área.

3.3) O conteúdo do programa deve ser proposto e apoiado por peritos e pelos utilizadores finais do programa.
3.4) Selecionar métodos teóricos que possam ter influência na mudança dos determinantes e identificar as condições em que determinados métodos possam ser mais eficazes, especificando os objetivos e determinantes de desempenho, adoção, implementação e sustentabilidade.
3.5) Incluir técnicas, métodos e estratégias de promoção de mudança de comportamentos (que devem coincidir com os objetivos de mudança iniciais).
3.6) Justificar a adequação do tempo e do número de atividades planeadas, evidenciando com investigação relacionada com o uso apropriado ou exemplos de melhores práticas.
3.7) Desenvolver materiais e realizar pré-teste dos mesmos e supervisionar a sua produção final. Realização de um estudo-piloto.
3.8) Analisar todos os materiais disponíveis para a intervenção e a sua possível correspondência com os objetivos de mudança.
IMPLEMENTAÇÃO
4.1) Gerir os recursos disponíveis de forma eficiente, criando um propósito e uma sequência do programa, criar temas e lista de materiais necessários.
4.2) Apresentar documentos que possam auxiliar todos os colaboradores na compreensão dos objetivos do programa e na elaboração de materiais.
4.3) Monitorizar e relatar todo o progresso.
4.4) Verificar se o programa é implementado conforme o planeado.
AVALIAÇÃO
5.1) Descrever os resultados e escrever as questões de avaliação sobre os objetivos de desempenho e determinantes, como definido inicialmente nos objetivos de mudança.
5.2) Incluir instrumentos fiáveis, validados e escolhidos com base em evidência, com as melhores práticas ou incluir testes-piloto para apoiar a sua utilização.

5.3) Incluir medidas de avaliação de resultados e de avaliação de impacto concordantes com os objetivos.
5.4) Estabelecer um desenho adequado para avaliação da intervenção.
5.5) Incluir um plano de análise de dados e resultados apropriado.
5.6) Definir prioridades de avaliação e utilização prevista das informações sobre o desempenho do programa.
5.7) Verificar a aplicação eficiente dos fundos do projeto, em conformidade com uma boa gestão financeira.
(6) Sustentabilidade
6.1) Abordar o potencial de prolongamento do programa.
6.2) O programa proposto deve ser apoiado por evidência de sucesso de programas anteriores/atuais.
6.3) O programa proposto deve implicar o potencial de mais amplo alcance, replicação e crescimento.
6.5) O programa proposto deve abordar o impacto coletivo do programa, dentro da comunidade e/ou entre os parceiros do programa.
(7) REPORTE
Elementos do relatório, descrição e replicação
7.1) Apresentar o nome ou uma frase que descreva a intervenção, o seu tipo e as características do local (Definição geral).
7.2) Descrever o número total de sessões, a frequência, a duração e a sequência das mesmas.
7.3) Descrever o racional, teoria, ou meta dos elementos essenciais para a intervenção.
7.4) Descrever todos os materiais físicos ou digitais utilizados na intervenção, incluindo os fornecidos aos participantes ou utilizados na implementação da intervenção ou na formação dos facilitadores da intervenção. Dar informação sobre onde podem ter acesso aos materiais (por exemplo, como anexo on-line, URL).
7.5) Descrever cada um dos procedimentos, as atividades realizadas durante as sessões e/ou processos utilizados na intervenção, incluindo qualquer consentimento ou atividades de apoio.

7.6) Descrever os métodos para verificar a fiabilidade da intervenção.
7.7) Descrever teorias, técnicas de mudança utilizadas e os mecanismos de mudança.
7.8) Para cada categoria de facilitador da intervenção (como psicólogo, auxiliar de enfermagem), descrever a sua formação/experiência de base, e qualquer formação específica dada.
7.9) Dar formação a facilitadores na implementação da intervenção, materiais para os facilitadores e definir qual o estilo de facilitação.
7.10) Descrever a composição dos grupos de intervenção e controlo (i.e., quem são os participantes e suas características). Descrever os métodos de distribuição pelos grupos de intervenção e controlo, continuidade da participação no grupo dos participantes, tamanho dos grupos.
7.11) Descrever as formas de implementação da intervenção (tais como presencialmente ou por outro mecanismo, como a Internet ou telefone) e se era fornecida individualmente ou em grupo.

Capítulo IV- Discussão

Com o intuito de diminuir as consequências que os hábitos alimentares não adequados têm sobre a saúde, tem-se assistido a um aumento de programas e projetos de intervenção cujo objetivo é contribuir para o aumento dos hábitos alimentares saudáveis. Estas intervenções procuram contribuir para a prevenção primária de doenças não transmissíveis (McGill et al., 2015) e tendem a centrar-se na promoção de mudanças comportamentais, principalmente na adoção de comportamentos mais saudáveis relativamente à alimentação.

Tendo em conta a importância da realização de intervenções eficazes e sabendo que a existência de recursos é limitada e que muitas vezes os financiamentos que existem para apoiar estas iniciativas são reduzidos, surge uma grande necessidade de tomar decisões informadas relativamente à qualidade metodológica e rigor científico das propostas (Filipe et al., 2016). Sendo assim, é necessário dar apoio aos investigadores e profissionais para que estes possam desenvolver programas metodologicamente rigorosos, para que, conseqüentemente, haja uma boa aplicação dos financiamentos e sejam realizadas intervenções eficazes.

No presente estudo procurou-se desenvolver um novo instrumento que colmatasse as limitações dos já existentes, tais como a linguagem que se poderá tornar de difícil compreensão, pouca variedade na seleção de peritos para o desenvolvimento e validação dos instrumentos, falta de abrangência por parte dos instrumentos desenvolvidos, o facto de ter de se consultar um outro instrumento, ou diretrizes, para complementar o instrumento utilizado, falta de um exercício que teste o consenso sobre o instrumento por parte de especialistas, e que fosse ao encontro das maiores necessidades e dificuldades dos profissionais envolvidos. Para a concretização deste objetivo foi importante identificar, através da literatura, quais os critérios de qualidade que devem constar no desenvolvimento, implementação, avaliação e reporte de um(a) projeto/intervenção de promoção de alimentação saudável e, também perceber, quais as maiores necessidades e dificuldades sentidas por parte dos profissionais que estão envolvidos neste tipo de intervenções.

As sete referências bibliográficas que foram selecionadas durante a estratégia de pesquisa e da seleção das referências a incluir, foram utilizadas como base e suporte para a construção do novo instrumento. Estas apresentavam instrumentos, *checklists* e/ou orientações cuja temática reportava ao desenvolvimento, implementação, avaliação e reporte das intervenções. As referências utilizadas apresentam algo em comum: diretrizes/orientações para a realização de boas práticas e para a realização de uma intervenção eficaz. Outro aspeto

importante é o foco dos instrumentos utilizados, ou seja, enquanto uns são específicos para a área da promoção da alimentação saudável, como por exemplo o GENIE, outros apresentam um carácter mais genérico, podendo ser aplicados em diferentes áreas de intervenção (Comissão Europeia, 2004; Borek et al., 2015; Hand et al., 2015; Bartholomew et al., 2011; Hoffman et al., 2014).

Muitas das referências utilizadas referem, nos seus documentos de origem, que as suas orientações devem ser utilizadas em conjunto com outros documentos de referência (Comissão Europeia, 2004; Borek et al., 2015). Espera-se que com o novo documento se tenha contornado este aspeto. Reuniram-se os pontos fortes das diversas listas de verificação consultadas, e, por isso, espera-se que não seja necessário consultar listas complementares em nenhuma das etapas do desenvolvimento de uma intervenção. Ainda assim, poderá ser feito se necessário.

Algumas das referências consultadas não apresentavam orientações para a fase de reporte de intervenções (e.g., Comissão Europeia, 2004; Hand et al., 2015). Este aspeto foi algo que se tentou acrescentar e melhorar, adicionando esta etapa de extrema importância ao novo instrumento. Outra lacuna que os instrumentos de referência existentes apresentam é a falta de uma revisão sistemática de literatura de base para a sua construção (e.g., Hand et al., 2015). De qualquer forma, tentou-se preencher esta omissão, e, apesar de não se ter realizado uma revisão sistemática, procurou-se utilizar de base, e como sustentação teórica para a construção do novo instrumento, as melhores e mais pertinentes referências disponíveis obtidas através de uma revisão de literatura.

As entrevistas realizadas aos 10 indivíduos que estiveram envolvidos nas fases de desenvolvimento, implementação, avaliação e/ou reporte de programas de intervenção de promoção de alimentação saudável em Portugal, também foram utilizadas como base para a criação do novo instrumento. A maioria dos entrevistados apresentaram algumas dificuldades e necessidades que facilitaram a compreensão de conclusões presentes em alguns estudos. A análise das entrevistas revela, por parte dos entrevistados, alguma dificuldade na distinção entre modelos teóricos e quadros metodológicos, isto poderá explicar o porquê de se tornar tão difícil compreender como é que a teoria foi utilizada, como base, no desenvolvimento, na implementação e na avaliação das intervenções. Mesmo que as intervenções em questão afirmem ter uma base tórica (Michie & Prestwich, 2010). A maioria dos entrevistados reportaram que uma das grandes dificuldades é ao nível da seleção e avaliação dos indicadores, esta questão foi referida muitas vezes. Vários estudos têm vindo a revelar que o desenho e avaliação que são utilizados nas intervenções nem sempre são os ideais. Esta

dificuldade poderá também explicar o porquê de, por vezes, os indicadores utilizados na avaliação das intervenções não estarem alinhados com os objetivos do programa e a sua seleção não ser também a mais adequada (Campbell et al., 2001; Waters et al., 2011; Filipe et al., 2016). Acredita-se que o instrumento desenvolvido neste estudo, ao guiar todo o desenvolvimento de uma intervenção, contribuirá para um melhor encadeamento e uma maior coerência entre todas as etapas da mesma.

Quando referido por um dos entrevistados que existe a necessidade de um instrumento que ajude na avaliação e diagnóstico, que seja ao mesmo tempo permeável e suficiente para se obter um grande número de informação e curto para que seja de aplicação fácil, tentou-se que o instrumento proposto fosse ao encontro destas necessidades.

Os resultados obtidos pela análise das entrevistas foram ao encontro do que era esperado, isto é, seria exatável que os indivíduos entrevistados no presente estudo revelassem ter dificuldades ao construir e desenvolver uma intervenção, visto que a maioria das mesmas implementadas em Portugal na área da prevenção e controlo do excesso de peso e da obesidade infantis apresentavam lacunas em diversas etapas, nomeadamente na sua fundamentação teórica e empírica, e na sua avaliação (Filipe et al., 2016). Assim, procurou-se colmatar essas dificuldades ao desenvolver um instrumento que facultasse orientações e guiasse a criação e o desenvolvimento das intervenções nesta área. Muitos dos entrevistados revelaram sentir dificuldades em determinadas fases das intervenções, constatando-se que sentem necessidade de um instrumento que as auxilie. De um modo geral, existiu uma certa consensualidade no que diz respeito às dificuldades sentidas por parte dos entrevistados. No desenvolvimento do novo instrumento, procurou-se que este apresentasse critérios concisos e de fácil compreensão para todos. Procurou-se também que este fosse suficientemente abrangente no que diz respeito aos elementos de qualidade para a realização de uma intervenção. Assim, com base na revisão de literatura e também com base nas entrevistas realizadas desenvolveu-se um instrumento com 51 elementos-chave. O facto de numa fase inicial se terem obtido 136 elementos e o instrumento final apresentar 51 elementos-chave, mostra que as referências utilizadas, na maioria das vezes estavam em concordância no que diz respeito à constituição dos seus elementos. Esta redundância gerou um instrumento com menos de metade dos elementos-chave (51) do que quando identificados inicialmente (136).

Algumas limitações a este estudo precisam de ser mencionadas. Em virtude da metodologia utilizada (nomeadamente dos termos-chave utilizados como base para a pesquisa), não se poderá excluir a possibilidade de existirem instrumentos e/ou ferramentas que poderiam ter sido identificados e/ou utilizados como base para a construção do presente

instrumento. Outra das limitações deste estudo poderá ser o fato de o novo instrumento não incluir exemplos concretos de situações práticas, como sugerido pelos entrevistados. Ainda outra das limitações deste estudo está relacionada com as características psicométricas do instrumento. Note-se que este instrumento não se encontra validado e não se apresenta estudada a sua fiabilidade. Assim, sugere-se, para a realização de estudos futuros, a validação do mesmo. Como método de cálculo da fiabilidade do instrumento propõem-se os métodos de *teste-reteste* e de *acordo inter-juízes* (Gregory, 2004). Para a verificação da validade sugere-se a análise da validade de conteúdo, com o objetivo de verificar em que grau os itens que compõem esta escala são representativos do que a mesma procura avaliar (Gregory, 2004). Para determinar a validade de conteúdo, pede-se a peritos que avaliem o instrumento de medida (*acordo inter-juízes*), determinando a relevância dos itens que o compõem (Gregory, 2004). No futuro será importante realizar-se uma validação psicométrica do presente instrumento, para uma melhor e mais fiável utilização do mesmo.

Outro aspeto que deverá ser tido em conta é que, devido à necessidade de realização de mais estudos relacionados com este instrumento, não se pode concluir se o mesmo está apto para as diversas funcionalidades que poderá vir a ter, como: utilização como guia para o desenvolvimento de uma intervenção e como *checklist* de avaliação de intervenções já construídas e/ou implementadas.

Uma das implicações práticas deste estudo para o contexto nacional é, essencialmente, que no futuro se verifique uma melhoria no desenho das intervenções e que estas venham a fornecer maior detalhe sobre as fundamentações teórica e empírica utilizadas. Deverão também apresentar o racional teórico, as técnicas de modificação comportamental utilizadas, e a avaliação da eficácia na mudança do comportamento-alvo. Será também importante a utilização do instrumento de guia para a criação de intervenções, de modo a que se possam colmatar falhas cometidas em intervenções realizadas anteriormente, esperando que este instrumento possa vir a ser utilizado tanto para a construção de programas futuros como para a avaliação de programas já existentes de forma a otimizá-los. Espera-se, ainda, que exista uma evolução positiva na qualidade das intervenções e uma diminuição das dificuldades por parte de quem as realiza. Apesar de este instrumento ter sido originalmente dirigido ao desenvolvimento de intervenções na área da alimentação saudável, este pode ser utilizado noutras áreas de intervenção tendo em conta que na sua génese estão orientações genéricas de boas práticas em intervenções.

Espera-se que este instrumento seja aplicado e que esteja ao alcance dos interessados na criação, replicação e/ou avaliação de intervenções. Poderá também ser interessante,

Programas de promoção de alimentação saudável – Desenvolvimento de um instrumento de apoio

futuramente, a realização de entrevistas a outro grupo-alvo, por exemplo a professores, a nutricionistas e/ou psicólogos, de forma a obter mais perspetivas sobre esta realidade.

Em conclusão, acredita-se que a construção deste instrumento possa contribuir para a disseminação de boas práticas, tanto no desenvolvimento de novas intervenções, como na replicação e melhoria de intervenções já realizadas. Acredita-se, também, que seja alcançada uma evolução positiva na qualidade das intervenções e, principalmente, que o processo de desenvolvimento, implementação, avaliação e reporte das mesmas se torne num processo mais fácil por parte de quem o realiza.