

BOLETIM

TÉCNICO
DO
SENAC

*a revista da educação
profissional*

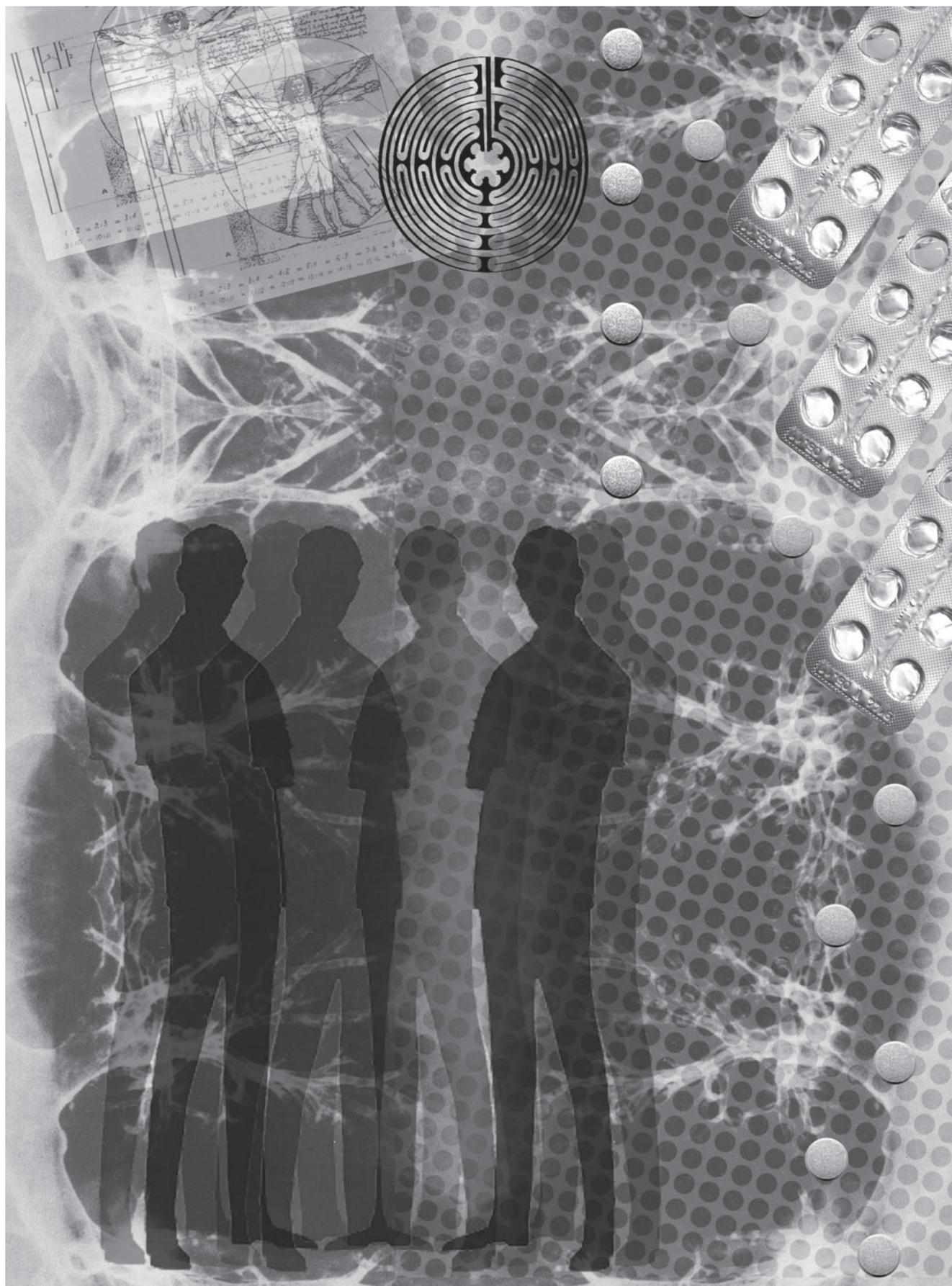
ISSN 0102-549X

Volume 35 nº 2 Maio/Agosto 2009



Ilustração: Alcido

senac



O DEBATE SOBRE AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS E ESTRATÉGIAS EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

*Regina Cele de Andrade Bodstein**

Resumo

A partir dos termos do debate no campo da avaliação, o artigo pretende mostrar a novidade do enfoque das intervenções em promoção da saúde, bem como as novas abordagens avaliativas que enfatizam a complexidade inerente dessas intervenções. Tais questões – discutidas nos dois Seminários de Efetividade da Promoção da Saúde (2005 e 2008) no Brasil – são cruciais para o entendimento do referencial sobre efetividade que vem sendo colocado no debate internacional no campo da promoção da saúde. O artigo qualifica as características dos programas de promoção da saúde vis-à-vis a multicausalidade dessas propostas, o que desafia o enfoque e a discussão das evidências e da efetividade em promoção da saúde.

Palavras-chave: Saúde; Avaliação; Promoção da Saúde; Saúde Pública; Teoria Social; Pesquisa Social;

INTRODUÇÃO

A metodologia predominante nas avaliações que buscam compreender a efetividade das intervenções de saúde tem por base o chamado modelo experimental, muito utilizado para testes clínicos no campo da biomedicina e para examinar o impacto das políticas de intervenções de saúde. O modelo pressupõe a formação de dois grupos: o do tratamento (população exposta) e o de controle (não exposta) (Barnes; Matka; Sullivan, 2003)¹. É possível também identificar uma hipótese causal clara, ou linear, entre o programa (a intervenção) e seus efeitos sobre o grupo populacional exposto (Potvin; McQueen, 2008)². Nessa metodologia as intervenções são vistas como pacotes quase fechados e controlados (Potvin; McQueen, 2008)³, isto é, com pouca ou nenhuma influência contextual.

No debate da avaliação esse modelo tem sido contestado, sob a alegação de que é uma abordagem metodológica incapaz de formular as questões pertinentes. Como afirmam Pawson e Tilley (1997)⁴, precisamos de um método que procure compreender como um programa atua para promover mudanças.

Nos anos 90, as avaliações de estratégias preventivas já sinalizavam, no caso da saúde pública, para os limites ex-

plicativos e a fragilidade desse modelo. Aos poucos, na área da promoção da saúde, foi se firmando um consenso em torno da necessidade de outras abordagens e métodos diferentes daquele baseado na avaliação experimental ou quase experimental (Rootman, 2001)⁵. A questão da natureza e da dependência dos programas em relação ao contexto ganha destaque e relevância, introduzindo novas questões que escapavam ao modelo experimental.

Os modelos, hoje, vêm se aperfeiçoando, preocupados em compreender os programas (sociais, de saúde, de políticas públicas em geral) como sistemas abertos e complexos, estreitamente dependentes dos contextos e da relação que se estabelece entre os atores envolvidos. Isso tudo evidentemente interfere e modifica de modo radical o entendimento do que está presente na cadeia lógica que liga a intervenção a seus efeitos (Springett, 1998; Rootman, 2001; Potvin; McQueen, 2008)⁶, de tal forma que a discussão sobre efetividade e evidências ganha também novos contornos.

Dessa forma, o objetivo deste artigo é discutir a importância da chamada perspectiva realista para a avaliação de ações e programas sociais e de promotores de saúde. Pretende ainda mostrar como o entendimento da natureza social dos programas e intervenções – visando à melhoria da qualidade de vida, à prevenção e à promoção da saúde – define as questões importantes a serem avaliadas, configurando uma nova problemática para o campo da avaliação. Subjacente a essa proposta é a relação indissociável entre questões sociais e de saúde que justificam inclusive a própria denominação de saúde coletiva, como é chamado o campo da saúde pública entre nós.

* Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP, mestre em História pela Universidade de UFF, pós-doutorado na Universidade de Montreal em saúde pública sobre avaliação de programas sociais e de promoção da saúde, Socióloga pela PUC e pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública. Email: bodstein@ensp.fiocruz.br

AVALIAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE: UM DEBATE NECESSÁRIO

É possível perceber, hoje, que o debate, tanto no campo da avaliação em saúde em geral como da avaliação em promoção da saúde em particular, é atravessado pela polêmica entre objetivistas, preocupados com a validade dos achados e do conhecimento produzido, e a abordagem construtivista de enorme importância nas ciências sociais contemporâneas (Corcuff, 2001; Bodstein, 2009)⁷. As abordagens construtivistas e participativas – vistas como menos objetivas, racionais ou lineares – inspiram claramente as estratégias avaliativas em promoção da saúde. O caminho parece bastante promissor, impulsionado pela necessidade de se alargar a compreensão da natureza social dos programas e intervenções que podem ser rotuladas de ‘promoção da saúde’.

A avaliação de iniciativas em promoção da saúde é, assim, atravessada pelo mesmo debate que ocorre no campo da avaliação (e claro, no campo da pesquisa social), debate este pautado, *grosso modo*, a partir de duas grandes e distintas abordagens metodológicas. Uma delas, mais consolidada na literatura internacional, trata de reforçar no processo avaliativo os princípios e o rigor metodológico próprio da pesquisa científica, rigor este associado à neutralidade e ao caráter objetivo da investigação. Nessa vertente, exige-se do pesquisador, portanto, não só o domínio dos métodos e das técnicas de investigação, mas também uma posição de neutralidade e distanciamento diante do objeto a ser avaliado.

Outra vertente assume o caráter político e social do contexto em que a avaliação se desenvolve, e trata de mostrar que é possível e necessário que o avaliador estabeleça uma posição de proximidade e diálogo com os atores e principais envolvidos no programa. As duas abordagens, é bom esclarecer, veem com bons olhos o fato de a avaliação influenciar o processo decisório, pressupondo que diferentes tomadores de decisão demandam diferentes tipos de avaliação.

Entre esses dois polos, evidentemente, existe um número considerável de variações. Mas o principal dilema dos avaliadores, e que também atravessa a pesquisa social como um todo, se dá em torno da oposição entre métodos objetivistas e subjetivistas. Os subjetivistas podem ser situados na chamada perspectiva construtivista (Patton, 2002; Corcuff, 2001; Bodstein, 2009)⁸, e a posição objetivista nas ciências sociais, por outro lado, tende a ver a ciência, o rigor dos desenhos metodológicos, como garantia de maior objetividade e de maior proximidade com os fatos e a realidade. Está claro, pois, que a garantia dessa declarada objetividade vem da neutralidade e da qualidade das técnicas e

dos instrumentos utilizados na pesquisa. Os construtivistas se inclinam para o outro lado, enfatizando que o conhecimento científico não garante neutralidade e objetividade. Inclusive, algumas correntes atuais da pesquisa social e da avaliação radicalizam o debate, argumentando que a ciência é um outro ponto de vista, isto é, um ponto de vista como outro qualquer, sem qualquer estatuto superior que lhe garanta maior legitimidade/neutralidade (Patton, 2002)⁹. A discussão é longa e atravessa a filosofia das ciências e as ciências sociais e humanas, e não é possível aprofundá-la neste artigo.

O que interessa para o ponto de vista aqui defendido é pôr em evidência a perspectiva chamada de “realista”, que trata de evitar essa polaridade, bem como a predominância de um polo sobre outro. Buscando ultrapassar a visão dicotômica entre “objetivistas” e “subjetivistas”, a perspectiva realista vem influenciando o debate internacional no campo da avaliação (Pawson;

Tilley, 1997)¹⁰ e da promoção da saúde em particular (Potvin, 2004)¹¹. No Brasil, essa discussão foi levantada por Carvalho e colaboradores (2004)¹², e vem sendo reforçada e disseminada por meio do II Seminário Brasileiro de Efetividade (2008)¹³.

BASE CONCEITUAL DAS INICIATIVAS EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

O ponto de partida é a importância de se entender a natureza dos programas a partir de uma perspectiva realista, definindo o papel da avaliação como estratégia de criação de conhecimento, isto é, de se criar conhecimento e

aprendizagem a partir das práticas, programas e intervenções.

No caso da promoção da saúde, essa questão aparece claramente a partir do seu referencial conceitual, que traz uma definição abrangente do conceito de saúde, vista a partir de seus determinantes sociais e culturais. Coerente com essa definição, as práticas de promoção da saúde são igualmente abrangentes, de tal forma que um dos méritos das iniciativas e práticas em promoção da saúde é dado pela diversidade de estratégias que propõe: no nível da população, das comunidades e dos municípios, da *advocacy*, entre outros, ampliando o debate, o diálogo e a participação intersetorial. Desse modo os diversos setores, começando pela população-alvo, os gestores de serviços públicos, pesquisadores e acadêmicos, incluindo as organizações sociais, são todos convocados a participar do desenvolvimento das ações, o que inclui a discussão sobre o porquê de avaliar e como avaliar. Assim, a efetividade das ações de promoção da saúde está diretamente atrelada à mobilização social e técnica, via ampliação da participação dos diversos setores/atores e do



a efetividade das ações de promoção da saúde está diretamente atrelada à mobilização social e técnica, via ampliação da participação dos diversos setores/atores e do processo decisório por meio da formação de redes e articulações intersetoriais.

Um caminho promissor é aquele que trata os programas como espaços sociais, marcados pela diversidade de atores em relações e posições sociais conflitantes que caracterizam arranjos frequentemente flexíveis e provisórios.

processo decisório por meio da formação de redes e articulações intersetoriais.

A novidade do enfoque da promoção da saúde é muito bem sistematizada por Rutten (1995)¹⁴, a partir de quatro elementos essenciais, que têm por base:

1. estilos de vida, compreendidos como orientados socialmente;
2. uma dimensão intrinsecamente política (*policy*) das iniciativas de promoção da saúde;
3. processos de implementação que se estruturam de baixo para cima (*bottom-up*);
4. o diálogo e a interface entre a pesquisa e as metodologias científicas, a dimensão dos processos decisórios (Rutten, 1995)¹⁵.

A promoção da saúde desafia o modelo biomédico e os parâmetros normativos tradicionais do campo da saúde. Ao propor uma nova base conceitual que sustenta esse novo modelo de intervenção, questiona por sua vez o modelo experimental de avaliação das práticas de saúde. Para Rutten,¹⁶ quando se fala em avaliação está em jogo uma proposta de captar a diversidade de dimensões em um modelo teórico, relacionando de forma articulada o estilo de vida, o processo de implementação participativo e o conhecimento científico (evidências) aplicado às políticas públicas de saúde (*evidence based policy*). É importante que a avaliação crie modelos inteligíveis e mantenha os princípios da adequação e da parcimônia, já que a complexidade dos fenômenos sociais estimula a complexidade dos modelos.

Mas o ponto crucial defendido por Potvin é a caracterização de programas de saúde como programas sociais. Isto é, a necessidade de o avaliador entender a natureza social dos programas e intervenções. Como nos mostra Patton (1992)¹⁷, os programas sociais não têm as características tradicionais:

insumos padronizados, tratamentos consistentes, uniformidade de resultados e clareza sobre as relações causais. Envolvem, por isso mesmo, multicausalidade, diversidade de resultados e efeitos, inconsistência nas intervenções e efeitos interativos, efeitos não previstos e indesejáveis, entre outros. O que se espera, portanto, da avaliação é uma contribuição decisiva para o programa e para o alcance das mudanças pretendidas.

A complexidade da promoção da saúde é dada pela complexidade dos seus objetivos e do contexto em que as iniciativas estão inseridas. Está em jogo a preocupação com as desigualdades sociais vistas como determinantes para a saúde e a qualidade de vida. Trabalha sobre o pressuposto de que desigualdades são histórica e socialmente construídas, isto é, reconhece o componente estrutural das desigualdades. São questões de difícil 'tratamento', pressupondo intervenções multidisciplinares, multiestratégicas e multisetoriais, a partir da mobilização e da participação (*bottom-up*). As mudanças pretendidas para enfrentar as desigualdades em saúde extrapolam o âmbito dos sistemas e serviços de saúde e as abordagens de risco. A avaliação pretende gerar conhecimento científico aplicado às políticas públicas e de saúde (*evidence based policy*), influenciando o processo decisório.

A NATUREZA SOCIAL DOS PROGRAMAS, NATUREZA DAS ABORDAGENS AVALIATIVAS

Um caminho promissor é aquele que trata os programas como espaços sociais, marcados pela diversidade de atores em relações e posições sociais conflitantes que caracterizam arranjos frequentemente flexíveis e provisórios. Atores são vistos como sujeitos reflexivos, de tal maneira que os programas, bem como a avaliação, pressupõem um alto grau de participação dos envolvidos e da população-alvo que é considerada autoridade nas necessidades e nos problemas locais. Programas, intervenções e iniciativas precisam ser entendidas como sistemas sociais complexos, o que permite conceituá-los a partir da dinâmica interna e do conjunto de relações e processos que lhe são inerentes. Não se trata, portanto, de abordar os programas como um somatório de partes e de componentes.




O avaliador é, acima de tudo, aquele que problematiza e formula as questões a partir do entendimento do significado do programa para os diversos atores e propõe uma metodologia, isto é, um modelo teórico que compreende os pressupostos sobre como as ações podem levar a benefícios e aos resultados pretendidos.


Nessa direção, o que se discute, hoje, no campo da avaliação de programas de promoção da saúde, é a importância de se entender e se caracterizar os programas como espaços sociais e técnicos, isto é, em que a questão do conhecimento é crucial. É importante perceber que se o avaliador não tem ideia do que o programa pretende e em que ele realmente consiste, provavelmente falhará na formulação das questões certas (Weiss, 1998)¹⁸. Vem daí a necessidade de se ter uma definição acurada e coerente do programa, para saber a que exatamente atribuir os resultados observados (Weiss, 1998)¹⁹. Cabe ao avaliador descobrir a realidade do programa e não aquilo que aparece em sua propaganda, na fala dos gestores ou dos políticos e/ou na descrição que a agência financiadora fornece. Há, portanto, uma realidade sobre os programas que precisa ser (re) construída pelo avaliador.

Além disso, cabe ao avaliador reforçar o uso e a utilidade local das informações e dados, reduzindo a distância entre aqueles que desenham a avaliação e aqueles que provêm informação. A participação na produção dos resultados é a melhor estratégia para assegurar que os resultados serão utilizados. Cabe ao avaliador compartilhar a responsabilidade ética comum aos envolvidos em programas públicos. O avaliador é, acima de tudo, aquele que problematiza e formula as questões a partir do entendimento do significado do programa para os diversos atores e propõe uma metodologia, isto é, um modelo teórico que compreende os pressupostos sobre como as ações podem levar a benefícios e aos resultados pretendidos.

Porém, como recorda Pawson e Tilley²⁰, o avaliador, assim como qualquer pesquisador, não pode deixar de se responsabilizar pela questão metodológica e pelos princípios da neutralidade do conhecimento. É nesse sentido que a abordagem realista ajuda a superar a dicotomia entre subjetivistas e objetivistas.

O ponto central é o mesmo subjacente à pesquisa social qualitativa: como entender profundamente os interesses, os conflitos, as diferenças e hierarquias que se estabelecem nas relações e nos espaços e contextos sociais? Para isso, como nos mostra Patton, é preciso assumir que a compreensão, e o modelo decorrente, vem da análise indutiva, aberta, detalhada e descritiva do programa e de seus participantes (Patton, 2002)²¹.

Autores contemporâneos dentro das ciências sociais enfatizam que espaços e relações sociais são construídos a partir de sua interação com o contexto. Hoje, teóricos como Giddens afirmam que a reflexividade é a propriedade inerente aos agentes sociais e perpassa suas estratégias na busca de determinados objetivos (Giddens, 1991)²². É, portanto, a base dos sistemas complexos.

A partir da visão da complexidade dos sistemas sociais, Potvin (2009)²³ chama a atenção para o contraste entre duas abordagens opostas dos programas, tal como sistematizado no quadro abaixo:

Sistêmica Programa como sistema de ação	Linear racionalista Programa como um sistema e especialistas – modelo lógico
Ajustes e transformações na forma e no tempo e no espaço	Forma definida, fixa e padronizada no espaço e no tempo
Estrutura e processo Finalidades Em interação com o contexto e o tempo	Processo técnico Objetivos e ações Resultados (sem atores)
Reflexivo	Não reflexivo

Fonte: Potvin, 2009²⁴

Programas são definidos como estruturas que operam processos para alcançar finalidades. Não podem ser vistos como uma solução racional a partir de um modelo lógico. Isso não impede que seja possível definir alguns elementos básicos dos programas: a estrutura, o processo (atividades), o contexto e a finalidade. Estrutura é caracterizada como a organização das relações entre atores, conhecimento e recursos, enfim, a própria rede sociotécnica. Já os processos podem ser vistos como o planejamento da implementação da rede, da sua sustentabilidade e da reflexividade das atividades. A implementação dispara a mobilização de atores e dos usuários para os ajustes e redefinições necessárias de acordo com os diferentes contextos temporais. O contexto é o conjunto de relações em um dado momento definido como fora do programa, mas capaz de influenciá-lo. Implementação diz respeito à expansão e à consolidação da chamada rede social e técnica. Sustentabilidade reproduz o programa no tempo e cria sua identidade por meio das transformações de maneira a se reproduzir. O programa evidentemente se transforma de forma contínua. Mas, para o processo de sustentabilidade, reforçar as conexões existentes é mais importante do que criar novas

conexões. Reflexividade é uma espécie de *feedback*, a habilidade dos atores em reagir e transformar o programa de acordo com seu conhecimento ou percepção das informações geradas pelo programa.

Dentro da perspectiva da promoção da saúde, as intervenções não são concebidas unicamente por especialistas, vêm de compromissos intersetoriais e da corresponsabilização da população e de diversos atores. As soluções são progressivamente construídas e negociadas. As intervenções trabalham com a população e os demais atores, e não sobre ou para as comunidades e populações. Essas características são importantes nas novas propostas de intervenção social que enfatizam a corresponsabilização das comunidades pelo desenvolvimento e pelo êxito das propostas.

A descentralização e a adaptação das ações ao contexto local desempenham sem dúvida um papel-chave, já que possibilitam maior flexibilidade e adaptação, por meio de diagnósticos mais realistas das necessidades, demandas e potencialidades das comunidades, desde que sustentadas por estratégias *bottom-up*. A lógica da mobilização e do compromisso dos atores e possíveis parceiros, assim como da participação dos usuários e da integração/envolvimento das famílias e/ou das comunidades é central, é vista até mesmo como essencial para o êxito e a efetividade das propostas. A estratégia de trabalhar com os determinantes sociais, buscando construir propostas sustentáveis, possibilita estratégias mais inovadoras, como no caso da promoção da saúde.

CONTEXTO E IMPLEMENTAÇÃO DOS PROGRAMAS

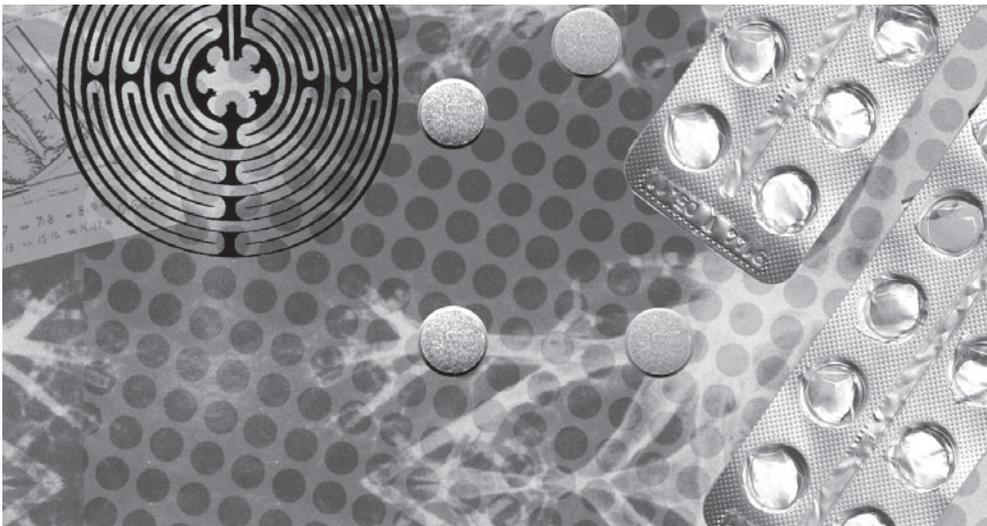
Patton, ao listar as principais questões de avaliação, começa mostrando que diagnosticar e precisar necessidades é uma tarefa crucial, bem como definir população-alvo e determinar objetivos (1992)²⁵. O autor realça que os programas evoluem e aspiram a um progresso contínuo, sofrem adaptações e mudanças constantes (Patton, 1992)²⁶. Enfatiza a importância dos processos de implementação dos programas em vez do foco e da priorização de resultados. Tudo isso alarga o horizonte e aponta novos caminhos para uma avaliação mais realista e útil.

É um consenso, hoje, que a avaliação lida com múltiplos valores e questões e, portanto, com múltiplos métodos. Porém, uma compreensão abrangente do programa, ou sobre a chamada teoria do programa, pode ajudar a identificar quais as questões são mais relevantes e quais os melhores métodos para lidar com elas (Chen, 1991)²⁷. Uma vez que programas sociais constituem estratégias complexas que envolvem interação com o contexto, a avaliação pode ocorrer em torno de um conjunto enorme de questões, dependendo de quem formula as questões. Tais questões podem ser formuladas pelo financiador interessado na relação de custo/benefício, pelo gestor preocupado com os resultados alcançados. Os profissionais, por sua vez, podem ter preocupação com as informações mais úteis para o seu dia a dia de trabalho; a população, com a efetividade dos benefícios e melhorias alcançadas. Surgem daí indagações e abordagens avaliativas diversas, de acordo com a diversidade de olhares e interesses.

Importa lembrar que a capacidade de avaliar contribui tanto para o aperfeiçoamento do programa como para o acúmulo de conhecimento e para a compreensão de como o programa interage com o contexto para alcançar resultados efetivos. A clássica divisão entre monitoramento e avaliação e entre avaliação de processo e de resultados não faz muito sentido, assim como não convém separar quem produz e quem utiliza a informação produzida pela avaliação. Compartilhar resultados é uma questão ética que deve ser discutida com todos os interessados e envolvidos na proposta. Daí a importância de se pensar desde o início do processo avaliativo na pactuação de compromissos quanto ao uso e à divulgação dos resultados.

Como pontua Potvin (2009),²⁸ o mais importante é a consolidação dos vínculos que constituem a rede social e técnica





A QUESTÃO DA EFETIVIDADE

Avaliação não é uma questão de *expertise* metodológica (Chen, 1991)²⁹, mas, sobretudo, de compreender o programa como um objeto construído socialmente, como argumenta Potvin (2008)³⁰. Programas são processos sociais complexos e heterogêneos, um conjunto de atores e de conhecimento técnico em torno de um projeto provisório e em constante evolução. A definição da situação-problema para a qual se volta a intervenção é crucial

do programa, de tal forma que cabe à avaliação sistematizar informações para a rede. A implementação ocorre pela expansão e criação de novas conexões da rede e também pela criação de eventos mobilizadores, que cabe ao avaliador identificar.

As dificuldades da implementação e as questões contextuais devem entrar no modelo de avaliação, uma vez que interesses e distribuição desigual de poder são questões cruciais para o desenvolvimento da proposta. Diante disso, a avaliação, para ter alguma legitimidade precisa se constituir em um espaço relativamente autônomo e reflexivo, sem escapar, porém, do contexto social e político em que os programas estão envolvidos. Preservar certa autonomia e margem de manobra, por meio da manutenção da lógica própria da produção de conhecimento, é o que garante a utilidade e a acuidade das propostas avaliativas.

No caso da promoção da saúde, as intervenções não se limitam a uma abordagem baseada no risco ou em situações de risco para contrair determinadas patologias e doenças, situação muito comum quando se fala de medidas de prevenção em saúde – caso em que o indivíduo aparece como unidade de análise. Já nas estratégias de promoção o alvo costuma ser o conjunto da população, ou pelo menos largos segmentos da comunidade, em um *setting* organizacional: escolas, serviços de saúde, locais de trabalho, comunidades, entre outros. Costumam ser multies-tratégicas, voltadas para mudanças abrangentes e preocupadas com os determinantes sociais e com as políticas públicas mais saudáveis. Assim, o que distingue a promoção da saúde de um programa de prevenção da doença é a ênfase dada ao papel dos grupos e organizações como agentes, isto é, sujeitos ativos em moldar as práticas e as políticas. A participação é um dos princípios básicos das intervenções em promoção da saúde e um dos fatores explicativos para o êxito das suas propostas. Programas de promoção da saúde são por definição complexos, partem de uma concepção ampliada dos fatores que interferem na saúde e focam um conjunto abrangente de mudanças em contextos sociais estruturalmente complexos. São, portanto, abrangentes, intersetoriais, participativos, de longa duração e flexíveis, e seu alvo é o desenvolvimento social e as mudanças comunitárias.

para o trabalho da avaliação, assim como os atores-chave e seus interesses, identidades e papéis diferenciais que desempenham na rede social e técnica que se forma em cada programa.

As iniciativas em promoção da saúde têm como característica o fato de que seus mecanismos causais são multivariados e de difícil identificação. Podem ser caracterizadas como um conjunto de estratégias que mobilizam diferentes atores em torno das mesmas finalidades. A mobilização, a negociação e a criação de consensos prévios são estratégias fundamentais para a promoção da saúde, e precisam ser alinhadas constantemente. Diferem, portanto, de programas voltados para o uso do cinto de segurança, a vacinação, para o controle do limite de velocidade, o uso de medicamentos, entre outros (Weiss, 1998)³¹. No caso da promoção de saúde, as estratégias são múltiplas e difíceis de serem isoladas, já que voltadas para melhorar a informação e o conhecimento; melhorar a qualidade de vida, reforçar o processo decisório intersetorial e participativo e, por fim, promover a inclusão social, empoderamento e maior autonomia dos sujeitos. São estratégias abrangentes e convergentes, e extrapolam parâmetros normativos.

Se a premissa em que se desenvolve a intervenção estiver errada, tudo o mais também estará. A premissa nos diz sobre os mecanismos (ou o mecanismo causal) responsáveis pelo efeito do programa (efetividade).

Ter uma teoria da mudança, isto é, um modelo de como o programa espera alcançar resultados, é crucial (Connel and Kusbish, 1998)³². A teoria do programa ou a modelagem do programa serve justamente para clarificar as conexões do programa com seus efeitos. Como diz Chen (1991)³³, esse processo ajuda a clarificar se o programa foi implementado e sob quais condições ou nas condições apropriadas. O modelo também ajuda a especificar os efeitos intermediários (Chen, 1991)³⁴. É sempre uma tarefa complexa, já que as relações causais não são lineares. O que o autor propõe é uma abordagem conceitual mais abrangente do que aquela utilizada na avaliação somativa (*summative evaluation*, na literatura internacional), voltada para programas de larga escala (baseada, portanto, em resultados e efeitos) e formativa (preocupada com os processos), que somente revelam se a intervenção falhou ou não, sem explicar exatamente por que os programas falham ou são bem-sucedidos.

A questão sobre o que significa exatamente a afirmação de que o programa falhou vem acompanhando o debate no campo da avaliação e alterando seus pressupostos e desenhos. Significa que ele não foi implementado apropriadamente? Significa que sua concepção estava errada, isto é, significa que as premissas do programa eram equivocadas? (Chen, 1991)³⁵. A implementação e a teoria (concepção inspiradora do programa) são questões diversas que precisam ser diferenciadas para se poder avançar na discussão sobre os modelos de avaliação e de efetividade. Se a premissa em que se desenvolve a intervenção estiver errada, tudo o mais também estará. A premissa nos diz sobre os mecanismos (ou o mecanismo causal) responsáveis pelo efeito do programa (efetividade). Todo programa tem uma teoria causativa, e é essa teoria que clarifica a relação entre o programa e seus efeitos.

Mas, além disso, o programa desenvolve atividades, o que sugere nova indagação: será que o programa colocou em prática o que supostamente era para pôr em prática? Isto é, será que o programa foi devidamente implementado? Um dos papéis da avaliação é verificar os efeitos produzidos pelo programa, e não exatamente a conformidade do programa com o modelo lógico e racional, tal como vimos anteriormente.

É exatamente essa distinção que é necessário fazer quando se procura saber sobre a efetividade do programa. Mesmo havendo uma grande dificuldade em distinguir entre sucesso e fracasso dos programas, essa é uma questão crucial, bem como identificar os mecanismos ou processos responsáveis por esses desfechos. Sem se preocupar com a efetividade, qual a possibilidade de a avaliação influir no processo decisório? O desafio é exatamente demonstrar os efeitos do programa, caso contrário sua utilização será baixa ou nula.

A literatura em avaliação e em promoção da saúde, em particular, vem enfatizando que não se pode dar as costas ao debate sobre efetividade. Porém, como vimos, os programas evoluem e se modificam, e suas mudanças não se vinculam exclusivamente aos resultados e efeitos programados. Efeitos não intencionais e ou não antecipados são frequentes e precisam ser analisados. Nessa direção, convém acentuar que não são as atividades desencadeadas pelos programas e intervenções *per se* a fonte das mudanças, mas as respostas que tais atividades geram

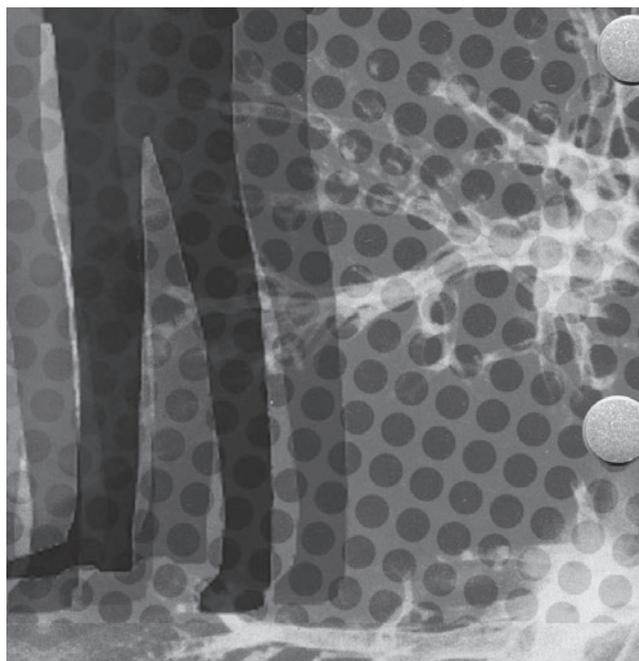
• • •

o processo decisório mais do que nunca não deve ser feito com base em tautologias, mas sim levando em conta evidências

• • •

(Weiss, 1998)³⁶. Isso significa dizer que mecanismos ou causas responsáveis pelas mudanças, e que explicam a efetividade das propostas, remetem às relações e à sinergia estabelecida entre as atividades e a população-alvo do programa.

Pioneira na discussão sobre a importância da utilização dos resultados das avaliações, Carol Weiss (1998)³⁷ chamou a atenção para sua baixa utilização, clamando pela inclusão das questões teóricas e destacando a importância do papel do avaliador na formulação das questões-chave, na compreensão dos dados, na interpretação das evidências e nas propostas e recomendações baseadas nessas evidências (Weiss, 1998)³⁸. Hoje, como dizem Pawson e Tilley³⁹, o processo decisório mais do que nunca não deve ser feito com base em tautologias, mas sim levando em conta evidências (Pawson e Tilley, 1997)⁴⁰. Na promoção da saúde como campo ainda recente de pesquisa é preciso aumentar o número das intervenções avaliadas para tornar possível uma base sólida de comparação e de conhecimento (McQueen e Jones, 2007)⁴¹.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A natureza complexa das intervenções em promoção da saúde tem implicado a revisão e a ampliação das abordagens e dos modelos avaliativos tradicionais, trazendo novas perspectivas e desafios na busca de evidências e de efetividade. Uma perspectiva avaliativa inovadora, voltada para a questão das evidências, vem sendo discutida, como vimos, a partir do entendimento dos programas como sistemas sociais. Daí a importância da identificação dos mecanismos e fatores, isto é, das estratégias de formação de redes colaborativas em que se reconhece como central a diversidade de sujeitos *vis-à-vis* a troca de conhecimento e de saberes. São esses mecanismos que dentro de contextos bem definidos explicam, em última instância, as mudanças e efeitos observados das intervenções.

A demanda crescente por efetividade das propostas e programas sociais e de promoção da saúde por parte dos gestores, avaliadores e profissionais, traz, portanto, o desafio da sistematização das teorias e dos mecanismos que sustentam práticas e programas inovadores nesse campo. A avaliação da efetividade, na perspectiva apresentada, coloca em questão a relação entre teoria e prática e/ou entre concepção e resultados, enfatizando a importância de se desvendar modelos teóricos e processos sociais que direta ou indiretamente orientam as práticas e explicam os resultados.

Avaliar a efetividade das propostas envolve modelos mais flexíveis e dialógicos e o questionamento de princípios, concepções e estratégias voltadas para mudanças sociais complexas na qualidade de vida de indivíduos e comunidades. No campo da promoção da saúde, o que a literatura tem mostrado é a importância de se investir em propostas multifocais, interdisciplinares e intersetoriais através da consolidação de parcerias e da formação de redes. Em termos metodológicos e de propostas avaliativas, trata-se de identificar por que e como as intervenções “funcionam”, isto é, como mobilizam e agregam parceiros, estabelecendo redes capazes de sustentar mudanças e efeitos na qualidade de vida.

Avaliar a efetividade das propostas envolve modelos mais flexíveis e dialógicos e o questionamento de princípios, concepções e estratégias voltadas para mudanças sociais complexas na qualidade de vida de indivíduos e comunidades.

Mecanismos cruciais para a sustentação das redes sociotécnicas e para mudanças sociais implicam, sobretudo, a participação e o empoderamento de atores e sujeitos, leigos e profissionais em um circuito permanente de reflexividade e aprendizagem mútuas. Mecanismos de adesão e mobilização de comunidades, grupos e indivíduos têm como ponto de partida o entendimento de que os sujeitos envolvidos possuem conhecimento legítimo e válido sobre os diversos aspectos que afetam sua saúde e condições de vida. Gestores, profissionais e avaliadores precisam, da mesma forma, enxergar populações e comunidades como sujeitos ativos tanto para a formulação de propostas de intervenção como para a pactuação de soluções mais sustentáveis para a qualidade de vida.

NOTAS

- 1 BARNES, M.; MATKA, E.; SULLIVAN, H. Evidence, understanding & complexity: evaluation in non-linear systems. **Evaluation**, London, v. 9, n. 3, p. 265-84, 2003.
- 2 POTVIN, L.; McQUEEN, D. **Health promotion evaluation practices in the Americas**. [s. : l.]: Values and Research Springer, 2008.
- 3 **Id. ibid.**
- 4 PAWSON, R.; TILLEY N. **Realistic evaluation**. London (UK): Sage Publications, 1997.
- 5 ROOTMAN, I et al. **Evaluation in health promotion: principles & perspective**. Geneva: WHO, 2001. WHO Regional Publications, European Series 92..
- 6 SPRINGETT, J. **Quality and effectiveness in evaluation of healthy cities**. New York: Routledge, 1998; ROOTMAN I. (2001) **op. cit.**; POTVIN, L.; McQUEEN, D. (2008) **op. cit.**
- 7 CORCUFF, P. **As novas sociologias: construções da realidade social**. São Paulo: EDUSC, 2001; BODSTEIN, R. Contribuição da teoria social para a pesquisa em saúde. In: HORTALE et al. **Pesquisa em saúde coletiva: fronteiras, objetos e métodos**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2009. (no prelo)
- 8 PATTON, M. Q. **Qualitative research & evaluation methods**. 3. ed. Thousand Oaks: Sage Publications. 2002; CORCUFF, P. (2001) **op. cit.**; BODSTEIN, R. (2009) **op. cit.**
- 9 PATTON, M. Q. (2002) **op. cit.**
- 10 PAWSON, R.; TILLEY N. (1997) **op. cit.**
- 11 POTVIN. Sobre a natureza dos programas: os programas de promoção da saúde como ação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p. 731-738, 2004.
- 12 CARVALHO A. I. et al. Concepções e abordagens na avaliação em promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p. 521-544, 2004.
- 13 SEMINÁRIO BRASILEIRO DE EFETIVIDADE DA PROMOÇÃO DA SAÚDE - SBEPS, 2. Rio de Janeiro, 13 a 16 de maio de 2008. **Relatório Científico**. Rio de Janeiro: União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde /Abrasco/Fiocruz-Ensp, 2008. Disponível em: < <http://www.metodoeventosrio.com/efetividade/>.> Acesso em 04, ago. 2008.
- 14 RUTTEN, A. The implementation of health promotion: a new structural perspective. **Social Science and Medicine**, n.41, p.1627-1637, 1995.

- ¹⁵ **Id. ibid.**, p. 1627.
- ¹⁶ **Id. ibid.**
- ¹⁷ PATTON, M. Q. (2002) **op. cit.**
- ¹⁸ WEISS, C. **Evaluation**. 2. ed. New Jersey: Prentice Hall, 1998. p. 46-70.
- ¹⁹ **Id. ibid.**
- ²⁰ PAWSON, R.; TILLEY, N. (1997) **op. cit.**
- ²¹ PATTON, M. Q. (2002) **op. cit.**
- ²² GIDDENS, A. **As consequências da modernidade**. São Paulo: UNESP, 1991.
- ²³ POTVIN, L. Pensar avaliação em (situ) ação: da teoria à mudança de programas. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO, Rio de Janeiro, ENSP, 2009.
- ²⁴ **Id. ibid.**
- ²⁵ PATTON, M. Q. (2002) **op. cit.**
- ²⁶ **Id. ibid.**
- ²⁷ CHEN, T. H. **Theory-driven evaluation**. Newbury Park (CA): Sage Publications, 1991.
- ²⁸ POTVIN, L. (2009) **op. cit.**
- ²⁹ CHEN, T. H. (1991) **op. cit.**
- ³⁰ POTVIN, L. (2008) **op. cit.**
- ³¹ WEISS, C. (1998) **op. cit.**
- ³² CONNELL, J. P.; KUBISH, A. C. Applying a theory of change approach to the evaluation of comprehensive community initiatives: progress, prospect & problems. In: CONNELL, J. P et al. (Eds). **New Approaches to Community Initiative, 2**. Theory, Measurements & Analysis. Washington (DC) Aspen Institute, 1998.
- ³³ CHEN, T. H. (1991) **op. cit.**
- ³⁴ **Id. ibid.**
- ³⁵ **Id. ibid.**
- ³⁶ WEISS, C. (1998) **op. cit.**, p. 57.
- ³⁷ **Id. ibid.**
- ³⁸ **Id. ibid.**
- ³⁹ PAWSON, R.; TILLEY, N. (1997) **op. cit.**
- ⁴⁰ **Id. ibid.**
- ⁴¹ McQUEEN, D.; JONES, C. **Global perspectives on health promotion effectiveness** [s.: l.]: Springer, 2007.

ABSTRACT

Regina Cele de Andrade Bodstein. The debate on evaluating health promotion practices and strategies

The article aims at presenting the new approach to health promotion interventions, as well as new ways of evaluating those interventions focusing on their intrinsic complexity. These issues – discussed in the two Seminars on Health Promotion Effectiveness in Brazil (2005 and 2008) – are crucial for understanding the reference to effectiveness in the international debate on health promotion. This article qualifies health promotion program characteristics vis-à-vis the multicausality of those proposals, posing challenges to the approach, and discussion of the evidence and effectiveness of health promotion.

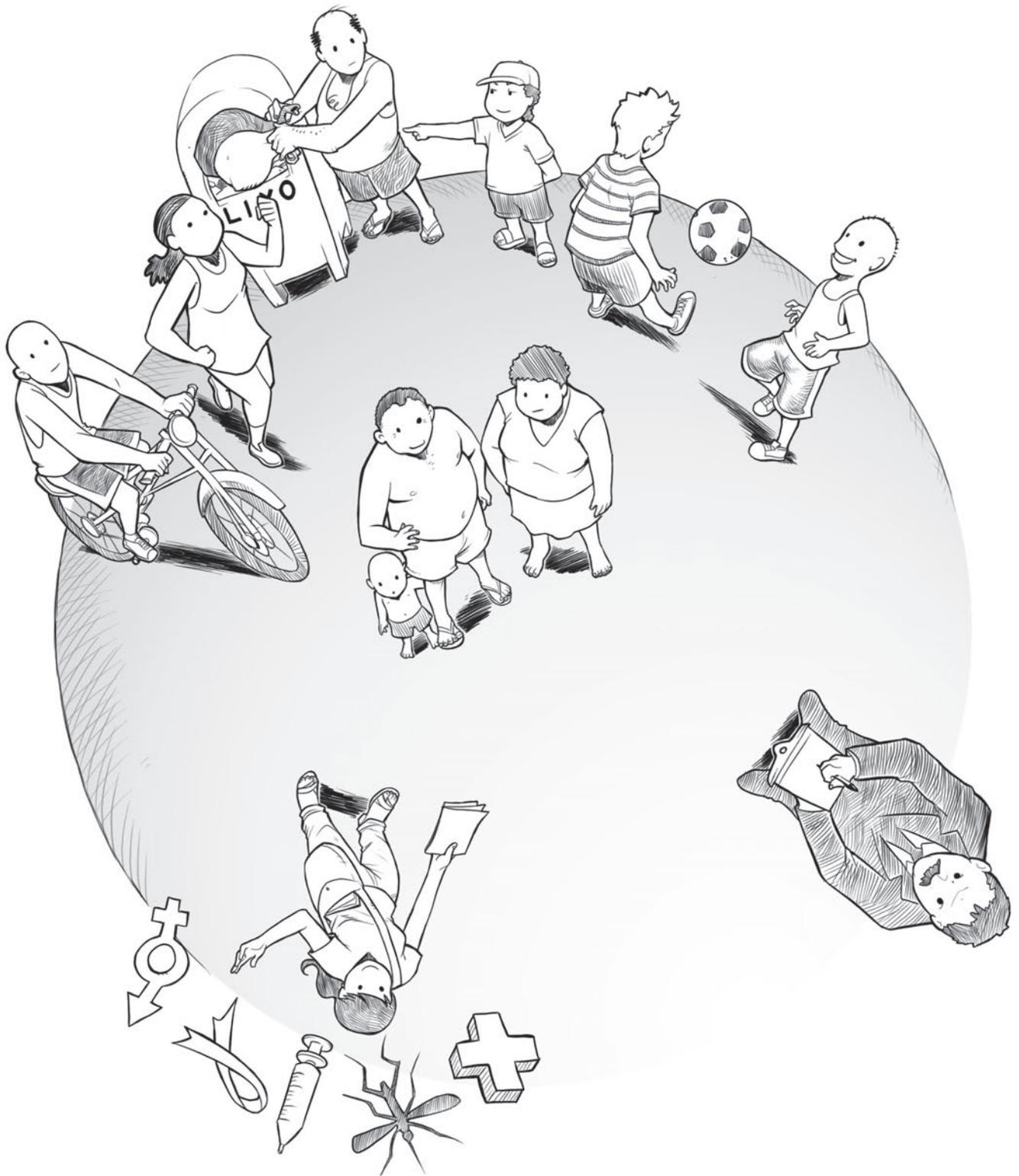
Keywords: Health; Evaluation; Health promotion; Public health; Social theory; Social research.

RESUMEN

Regina Cele de Andrade Bodstein. El Debate sobre la Evaluación de las Prácticas y Estrategias en la Promoción de la Salud.

El artículo tiene la finalidad de mostrar la novedad del enfoque de las intervenciones en la promoción de la salud, así como también los nuevos abordajes de evaluación, que enfatizan la complejidad inherente a esas intervenciones. Tales cuestiones — discutidas en los dos Seminarios de Efectividad de la Promoción de la Salud en Brasil (2005 y 2008) — son cruciales para la comprensión del marco de referencia sobre efectividad que se ha estado planteando en el debate internacional en el campo de la promoción de la salud. El artículo califica las características de los programas de promoción de la salud ante la multicausalidad de esas propuestas, lo que desafía el enfoque y la discusión de las evidencias y efectividad en la promoción de la salud.

Palabras clave: Salud; Evaluación; Promoción de la Salud; Salud Pública; Teoría Social; Investigación Social.



AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA E A EFETIVIDADE DA PROMOÇÃO DA SAÚDE: DESAFIOS E OPORTUNIDADES

*Marcia Faria Westphal**

*Rosilda Mendes***

Resumo

Apresenta as iniciativas globais de avaliação da Promoção da saúde que vêm ocorrendo desde 1995, bem como a inserção de profissionais brasileiros nas mesmas, especialmente na iniciativa de avaliação participativa. Detém-se a explicitar o conceito de efetividade, diferenciando-o do de eficiência e eficácia, apoiando-se em conceitos de autores locais que se dedicam à avaliação de políticas. Há um aprofundamento do conceito de avaliação participativa de acordo com autores que se dedicam à promoção da saúde, e são apresentados os desafios e oportunidades desse tipo de avaliação. Finalmente, é ressaltada a experiência brasileira do Guia de Avaliação Participativa, que foi construído nos últimos dez anos com a participação de profissionais de todo o continente americano. À guisa de conclusão, são apresentados os aspectos positivos da avaliação participativa, especialmente os de cidades e comunidades saudáveis.

Palavras-chave: Avaliação da efetividade; Avaliação participativa; Promoção da saúde.

1. INTRODUÇÃO

Após mais de 20 anos do lançamento das bases da promoção da saúde na Carta de Ottawa, durante uma conferência promovida pela Organização Mundial de Saúde no Canadá, esta área de conhecimento e práticas parece estar se confirmando como um apoio para que as populações ampliem o seu controle sobre os determinantes da saúde. (WHO, 1986)¹

Muitos países do mundo ocidental e oriental incorporaram a promoção da saúde como uma prática importante de saúde pública e essencial para a consecução dos “Objetivos do Milênio” de desenvolvimento econômico, social e de saúde, definidos pela Organização das Nações Unidas (Organização das Nações Unidas, 2004; Cechini, Rodrigues; Simioni, 2006)². Recentemente, a Carta de Bangkok³, elaborada durante a última conferência mundial de promoção da saúde, reiterou a relevância e a adequação desta área de conhecimentos e práticas como estratégia capaz de fazer face aos desafios que representam as questões de

saúde, entendidas no seu sentido amplo, como produto social das condições de vida e trabalho das populações marcadas pelo processo de globalização em curso (WHO, 1995)⁴. As populações sofrem os desafios do desemprego, da falta de qualificação exigida para o desempenho profissional e cedem aos apelos do consumo e de outras mudanças culturais que afetam seus estilos de vida. Há uma mudança cultural em curso, decorrente do processo de globalização, com impactos positivos e negativos na qualidade de vida e saúde das populações. A promoção da saúde sobressai como uma importante área para colaborar no enfrentamento desses desafios, aproveitando as oportunidades geradas, neste momento, pelos avanços da tecnologia da comunicação e principalmente pelos referenciais amplos de saúde e sua causalidade que a embasa. (Kickbusch, 2003)⁵

No Brasil a promoção da saúde vem sendo assumida como área básica para o enfrentamento dos determinantes sociais do processo saúde e doença e dos problemas que caracterizam a transição epidemiológica e demográfica, contribuindo para a queda dos coeficientes de morbimortalidade por doenças infecciosas e também das doenças e agravos não transmissíveis (CNDSS, 2008)⁶. A urbanização crescente das populações do país agrega a essa problemática questão os problemas relacionados à saúde e à qualidade de vida de mais de 80% da população que se concentra nas cidades.

A expansão da promoção da saúde, como um conceito positivo que envolve o enfrentamento de desafios e o aproveitamento

* *Socióloga, Professora Titular da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, presidente do Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis (CEPEDOC). E-mail: marciafu@usp.br*

***Bióloga, Professora Adjunta da Universidade Federal de São Paulo, Campus da Baixada Santista, diretora do Núcleo de Pesquisa do Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis (CEPEDOC). Email: rosildamendes@terra.com.br*



A importância crescente atribuída à avaliação das políticas e práticas de promoção da saúde se ampliou, dando origem a outras iniciativas das lideranças da saúde pública mundial com o objetivo de chamar a atenção para a necessidade das instituições, os profissionais e os programas em desenvolvimento se fortalecerem através da comprovação da efetividade das políticas propostas e atividades realizadas.

de oportunidades subjacentes aos contextos onde essas práticas são executadas, tem demandado que as iniciativas relacionadas a essa área demonstrem a efetividade de suas políticas e seus programas. (Westphal, 2007)⁷

Internacionalmente, desde os anos de 1995 estão em curso iniciativas e programas que objetivam apoiar os grupos, tanto de países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, na complexa prática de avaliar políticas e programas de Promoção da saúde. Adotando a concepção de Promoção da saúde, que embasou a Carta de Ottawa⁸, um grupo de 18 pesquisadores ligados ao Health Canada⁹, Center of Disease Control, dos Estados Unidos¹⁰, e representantes do Health Authority de Londres¹¹, entre outros, constituíram o “Working Group On Health Promotion Evaluation”, que se propôs a construir alternativas de avaliação que pudessem dar conta das profundas transformações do domínio das intervenções em saúde pública provocadas pelas transformações propostas na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde (Rootman; Steinmetz, 2002)¹². Abandonando modelos de intervenção baseados em teorias psicossociais de explicação de comportamentos e propostas educativas behavioristas, os componentes do grupo de trabalho, pertencentes a países desenvolvidos e envolvidos com esta nova forma de pensar e trabalhar saúde, exploraram novas e múltiplas formas de avaliação de intervenções com características diferenciadas. (Nutbeem, 1998)¹³

Essas novas formas de abordagem estavam baseadas, mais ou menos explicitamente, em um conjunto de valores como o

empoderamento, a equidade e a participação cidadã. As condições socioambientais que possibilitam ou impedem os comportamentos foram consideradas elementos importantes da avaliação, dado que os comportamentos se relacionam ao contexto onde os grupos populacionais vivem e convivem, que favorecem ou dificultam os comportamentos. Como o objetivo principal desse grupo foi oferecer orientações para os responsáveis por estabelecer políticas e práticas de promoção da saúde sobre métodos apropriados, em 1998 o grupo resumiu suas contribuições em um importante documento, denominado “Health Promotion Evaluation Recommendations to Policy Makers”¹⁴. As principais recomendações dessa publicação foram: o encorajamento para adoção de abordagens participativas na avaliação; o uso de múltiplos métodos que informem tanto processos como resultados; a necessidade de desenvolver uma infraestrutura para financiamento, treinamento, desenvolvimento organizacional e redes; a necessidade de alocar recursos suficientes para cobrir o monitoramento e a avaliação dos programas. (WHO, 1998)¹⁵.

Outro documento orientado por uma abordagem compreensiva foi produzido para dar sequência aos esforços dos diferentes grupos de trabalho, e constituiu um livro denominado “Evaluation in Health Promotion: principles and perspectives”¹⁶. São mais de 20 capítulos de autores canadenses, europeus e americanos que examinam a teoria, as metodologias e práticas de avaliação em promoção da saúde, focalizando tópicos gerais e específicos.

A importância crescente atribuída à avaliação das políticas e práticas de promoção da saúde se ampliou, dando origem a outras iniciativas das lideranças da saúde pública mundial com o objetivo de chamar a atenção para a necessidade das instituições, os profissionais e os programas em desenvolvimento se fortalecerem através da comprovação da efetividade das políticas propostas e atividades realizadas.

Uma dessas iniciativas desenvolvida em colaboração foi um projeto coordenado pela União Internacional de Educação e Promoção da saúde (IUHPE) juntamente com a Comissão Européia da Organização Mundial de Saúde. Um grupo, formado por profissionais das duas agências, fez um levantamento sobre a evidência da efetividade da promoção da saúde nos países europeus identificando, discutindo e sistematizando muitas experiências à luz de temáticas que envolviam problemas de saúde e seus fatores de risco. Dessa iniciativa resultaram dois livros, publicados em 1999, que estão hoje entre as bibliografias básicas para os profissionais envolvidos com Avaliação em Promoção da saúde. (International Union for Health Education and Health Promotion, 1999)¹⁷

No ano de 1999, uma iniciativa da Organização Pan-Americana de Saúde agregou profissionais dos países da América Latina na elaboração de uma proposta teórico-prática de avaliação participativa das iniciativas de projetos de municípios e comunidades saudáveis. Como se sabe, a América Latina tem acolhido, há anos, vários movimentos sociais e iniciativas participativas apoiadas em pressupostos teóricos de sociólogos, educadores preocupados com a transformação da sociedade e com a minimização das iniquidades sociais no continente. Paulo Freire pode ser citado como um dos mais destacados educadores populares, reconhecido

mundialmente por suas teses e propostas de educação dialógica e problematizadora, e que valorizou a participação dos cidadãos e o desenvolvimento da autonomia e a emancipação.

Este artigo pretende retomar esta iniciativa liderada pela Organização Pan-Americana de Saúde sobre avaliação participativa de ações de promoção da saúde relacionada a municípios, comunidades e espaços saudáveis, apresentando e discutindo a questão das evidências da efetividade da promoção da saúde, suas bases teóricas adotadas, bem como descrevendo resumidamente o teste da metodologia proposta no Brasil no ano de 2004¹⁸.

2. A AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS E PROGRAMAS SOCIAIS NO BRASIL E A EFETIVIDADE DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

A avaliação no Brasil tem sido um assunto de interesse crescente por parte de governos e diferentes atores envolvidos na implementação de projetos e de ações.

A avaliação tem múltiplas dimensões e guarda complexidades e especificidades próprias. Arretche, falando de avaliação de políticas sociais no Brasil, define avaliar como o ato de produzir um “juízo de valor ou mérito” para alguma ação humana sobre o ambiente social (Arretche, 1998)¹⁹. Considera ainda que os resultados não “falam por si mesmos”, o que significa que toda avaliação está fortemente ancorada em um conjunto de noções, valores e princípios. “*Nesse sentido, não existe possibilidade de que qualquer modalidade de avaliação ou análise de políticas públicas possa ser apenas instrumental, técnica ou neutra*”. (Arretche, 1998)²⁰.

A expansão de pesquisas de avaliação de políticas e programas sociais remete aos anos de 1960 nos Estados Unidos, quando houve um forte investimento em analisar o grau de sucesso e fracasso das ações governamentais na área social no momento de consolidação de programas de combate à pobreza, portanto o interesse sobre a matéria é anterior à emergência da promoção da saúde no sentido adotado neste artigo.

Com forte ênfase na avaliação de eficácia e eficiência dos programas, houve o desenvolvimento de forte arcabouço teórico e prático para dar sustentação e ampliar o escopo da avaliação que buscava, por um lado, ampliar o entendimento da implementação de políticas sociais através do tempo e das unidades de governo, e, por outro, estabelecer elos entre desempenho, implementação e o planejamento da política (Perez, 1998; Furtado, 2006; Romero; Paulili, 2006)²¹.

No Brasil a avaliação de políticas ganha expressão nos anos de 1980 e de 1990 de forma desigual entre as políticas públicas. Em relação a esse período, Furtado (2006) afirma que:

neste contexto de encolhimento do Estado, de redução do montante destinado aos programas sociais e de tentativa de focalização das políticas públicas, a avaliação é convocada a imprimir caráter técnico para legitimar políticas de corte e retrações na área... podemos notar que tanto a expansão quanto a retração de políticas sociais podem impulsionar trabalhos de avaliação²².

De forma geral os estudos de avaliação de políticas revelavam os aspectos positivos e negativos para o funcionamento ou

efeitos dos programas avaliados baseados na **eficiência**, **eficácia** e **efetividade** funcional da política. (Perez, 1998)²³. A avaliação da **eficiência** focaliza a avaliação de custos e o julgamento dos resultados, no sentido de verificar se os mesmos resultados poderiam ser alcançados com um custo menor, ou seja, de maneira mais eficiente. Nesse tipo de avaliação de políticas, que focaliza a eficiência, considera-se, portanto, principalmente o desempenho das políticas sociais frente aos recursos financeiros utilizados e sua responsabilidade em atender às demandas sociais. A avaliação da **eficácia** examina a processualidade concreta do programa. Ela se refere à análise da adequação e da coerência dos meios e instrumentos utilizados no desenvolvimento do programa e seus resultados efetivos a curto, médio e longo prazos, em função de metas estabelecidas inicialmente. É muito importante este tipo de avaliação, porque monitora continuamente e informa gradativamente se os meios empregados estão adequados à consecução dos objetivos ou se a estratégia precisa ser revista. Esta talvez seja a mais aplicada das avaliações correntes em políticas públicas, mais factual e menos custosa de ser realizada. A **avaliação da efetividade** consiste menos no exame se as metas e objetivos são alcançados e muito mais no exame da relação entre a implementação de um determinado programa e seus impactos por resultados em termos de uma mudança real nas condições de vida das populações atingidas pelo referido programa.

Decorre daí a dificuldade de se realizar uma avaliação da efetividade que requer uma explicitação sobre os efeitos produzidos sobre a sociedade para além dos beneficiários diretos da intervenção pública, em contextos onde nem sempre se definem de forma precisa os objetivos e intencionalidades. Além disso, não é incomum que uma política pública produza efeitos distintos dos objetivados e, portanto, tenha efeitos não antecipáveis.

Embora o critério de efetividade esteja presente em boa parte das avaliações de políticas públicas, na medida em que esse critério está fortemente relacionado a ideais de igualdade e justiça social e, por isso, à expectativa de que as políticas implementadas reduzam os índices de pobreza e desigualdade e exclusão social, a tradição brasileira de avaliação de políticas públicas nessa perspectiva é ainda incipiente. (Arretche, 1998)²⁴

Por entender que a avaliação de políticas sociais se localiza em um campo de intervenções complexas, semelhante ao que se faz em promoção da saúde, considera-se importante levar em conta os aspectos teóricos subjacentes a essas políticas ou o modelo lógico-conceitual do programa que se quer implementar definindo condições, fatores ou variáveis que expliquem o sentido e a direção da tomada de decisão. Ao refletir sobre o ambiente político, a partir de um referencial específico, poder-se-á verificar se há ou não necessidade de democratização do Estado e verificar a eficiência, eficácia e



efetividade das ações governamentais na direção dos objetivos predefinidos pelas políticas e projetos.

As iniciativas de avaliação, assim como os seminários, encontros e cursos nessa área têm se multiplicado nesta década. O que tem se observado nessas reuniões é a tendência ao desenvolvimento dos estudos sobre processos de implementação de agendas que procuram basicamente cotejar metas e objetivos com os resultados alcançados pelos programas. Os modelos mais dinâmicos e processuais, mais adequados às características das políticas e programas de promoção da saúde, pressupõem, além disso, a relação com a macropolítica e o estudo das relações dinâmicas entre as estruturas organizacionais, o contexto social, cultural, econômico e a subjetividade dos atores envolvidos.

Entretanto, para muitos especialistas em avaliação a subjetividade e a interação dos atores envolvidos entre si pode interferir nos resultados, na avaliação dos processos de implementação e no controle sobre as ações de governo. Associada a outra linha de pensamento ganha destaque na avaliação de políticas sociais a avaliação participativa, dado que sua realização partilhada entre atores permite, para além da avaliação, uma apropriação reflexiva e socializada do processo e dos resultados pelos diferentes atores, que poderão se tornar sujeitos das ações e das transformações propostas pelas políticas.

3. AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA EM PROMOÇÃO DA SAÚDE: SUPERIORIDADE EM RELAÇÃO À AVALIAÇÃO “CONVENCIONAL”?

Segundo Springett (2003)²⁵, a avaliação participativa está sendo cada vez mais reconhecida e utilizada, dada a insatisfação de muitos pesquisadores com os resultados obtidos com o uso de metodologias com enfoque mais positivista e pelo fato de os envolvidos com avaliações terem dificuldade em se sensibilizar com seus resultados e, assim, não ficarem motivados para promover mudanças nos projetos e nos processos em andamento.

A diferenciação entre avaliação e pesquisa é objeto de discussão, pois segundo a autora os conceitos de ambas não se confundem. Apesar de a avaliação utilizar técnicas e instrumentos de pesquisa, difere desta em muitos aspectos. A diferença está no próprio termo avaliação, que representa atribuição de valor, e nas formas utilizadas para identificar valor. A pesquisa pretende oferecer resultados objetivos, e utiliza-se de várias técnicas e instrumentos para validar os dados obtidos. Contrariamente, nas pesquisas avaliativas a questão de atribuir valor é central, tem sempre uma questão política envolvida, que está sempre ligada aos valores da sociedade, alocação de recursos e poder e, nesse caso, padrões de comparabilidade devem ser estabelecidos para considerar as ações sob avaliação efetivas ou não (Greene, 1994 *apud* Springett, 2003)²⁶.

Avaliação, portanto, é um processo de reflexão sobre o valor de projetos, programas e/ou políticas e das atividades relacionadas a estes. Objetiva identificar e explicar se as necessidades da população-alvo dos programas ou políticas estão sendo atendidas, analisar o processo utilizado para isso, identificar a eficiência, a capacidade

Pesquisa ação, pesquisa participante, pesquisa emancipatória, avaliação emancipatória ou pesquisa ação participante são alguns dos nomes utilizados na década de 1980 para designar formas de produzir conhecimento com possibilidade de impulsionar ao mesmo tempo ações capazes de gerar mudanças sociais e políticas necessárias e desejáveis.

de promover o empoderamento dos participantes, os resultados obtidos para com os resultados da avaliação e melhorar as formas de intervenção utilizadas pelos gerentes dos programas.

A avaliação participativa procura envolver no processo avaliativo todas as pessoas que tiveram alguma interferência na implementação de uma política ou programa capaz de impactar os resultados desta ação. O objetivo é ampliar a transparência dos programas e possibilitar aos envolvidos nela um repensar que possa facilitar mudanças, identificadas como necessárias pelo processo de avaliação participativo. Avaliação participativa, entretanto, vai além de descobrir os interesses dos diferentes grupos de pessoas envolvidas em uma ação: os que planejam, os que desenvolvem e a população de uma intervenção. Ela se institucionaliza como uma ação conjunta de todos os envolvidos na ação. Os participantes, por estarem envolvidos, podem perceber melhor o valor da informação que estão coletando e então construir indicadores mais significativos para aquilo que se deseja avaliar, gerando assim formas inovadoras de mensuração de processo, impacto e resultado.

As bases filosóficas e epistemológicas da avaliação participativa se apoiam na tradição hermenêutica de construção conjunta de conhecimento. Sua metodologia e suas bases ideológicas remetem à pesquisa participante.

Pesquisa ação, pesquisa participante, pesquisa emancipatória, avaliação emancipatória ou pesquisa ação participante são alguns dos nomes utilizados na década de 1980 para designar formas de produzir conhecimento com possibilidade de impulsionar ao mesmo tempo ações capazes de gerar mudanças sociais e políticas necessárias e desejáveis. Ao ser ao mesmo tempo um processo de



pesquisa e de formação, atende a três objetivos importantes para a promoção da saúde: de produção de conhecimento, capacitação e empoderamento. Este tipo de abordagem da pesquisa e da avaliação, proposto nesse momento para a promoção da saúde, como dissemos não é novo, mas tem sido redescoberto por pesquisadores, por alguns ativistas e tem sido também objeto de interesse de algumas agências financiadoras interessadas na avaliação de políticas e práticas de promoção da saúde. (Green, 1996; Minkler; Wallerstein, 2003)²⁷

Os trabalhos de Freire (1970)²⁸ e Fals-Borda (1987)²⁹, na América Latina, foram precursores desse tipo de metodologia de pesquisa e de avaliação em trabalhos educativos realizados com comunidades, projetos relacionados ao uso da terra em países em desenvolvimento e hoje nas cidades, trabalhando a questão urbana e sua relação com saúde e qualidade de vida. Estes autores procuraram demonstrar pela vivência de projetos educacionais e de pesquisa que as comunidades têm capacidade de analisar as situações em que vivem e dar soluções para seus problemas. Se essas premissas forem consideradas, os membros dessas comunidades e desses grupos sociais devem tomar parte nos processos interativos de reflexão sobre a realidade em que vivem, da construção coletiva de conhecimento sobre ela ou sobre os problemas que ocorrem no seu território, e sobre o processo de tomada de decisão em relação a ações que devam ser desenvolvidas para enfrentar os problemas ou para promover a mudança social.

A centralidade da pesquisa e da avaliação participante para a promoção da saúde se explica, por um lado, pela centralidade da participação no conceito de promoção da saúde, pactuado e disseminado através da Carta de Ottawa como: “*um processo de capacitação das pessoas para aumentar o controle sobre e melhorar a sua saúde.*” (Ottawa Charter, 1987)³⁰ e, por outro, para atender à demanda por pesquisas que colaborem no reconhecimento das disparidades e informem sobre estratégias que possibilitem promover amplas mudanças sociais.

Pesquisa participante foi definida por Green, (1996)³¹, como uma forma sistemática de pesquisa: ampla, multidisciplinar, realizada com a colaboração daqueles afetados pelo tema que está sendo estudado, que objetiva a produção compartilhada de conhecimento ou a tomada de decisões sobre ações que podem

interferir em mudanças sociais necessárias para a solução dos problemas. (Green, 1996)³²

É importante enfatizar também as diferenças fundamentais entre a avaliação participativa e a avaliação “convencional” realizada no campo da promoção da saúde. Avaliação neste campo continua a ser dominada por técnicos que observam a realidade a partir de uma visão positiva, que contrasta com a visão hermenêutica que orienta a avaliação participativa. É importante ressaltar que participação não é somente tomar parte, mas é se envolver de forma dialógica em todos os estágios do processo de avaliação, mudando as relações de poder em favor daqueles que estão sendo pesquisados. Como a avaliação participativa tem um caráter formativo, ela tem sido denominada por alguns pesquisadores como “avaliação para o empoderamento”.

Springett (2003)³³ adaptou de PROWESS, 1990, categorias de diferenças entre avaliação “convencional” e avaliação participativa, que apresentamos no Quadro 1 a seguir.

Quadro 1
Diferenças entre avaliação “convencional” e avaliação participativa

	Avaliação “convencional”	Avaliação participativa
Quem?	Especialistas externos.	Comunidade e a equipe de facilitadores do projeto.
O quê?	Indicadores predeterminados do sucesso, custos primários e resultados ou ganhos de saúde.	As pessoas identificam seus próprios indicadores de sucesso, que podem incluir resultados e ganhos de saúde.
Como?	Foco na objetividade científica; os avaliadores ficam distantes dos outros participantes; os procedimentos são uniformes e complexos; acesso limitado aos resultados.	Auto-avaliação; métodos simples adaptados à cultura local; abertos, os resultados são imediatamente compartilhados através do envolvimento local no processo de avaliação.
Quando?	Usualmente conclusivo: às vezes meio termo.	Unindo monitoramento e avaliação; portanto, frequentemente avaliações de pequena escala.
Por quê?	Transparência, usualmente somativa, para decidir se o financiamento continua.	Para empoderar os participantes locais visando a iniciar, controlar e fazer correções de percurso.

Fonte: Springett (2003)³⁴.

Segundo Green *et al.* (1996)³⁵, os maiores desafios da pesquisa participativa são problemas epistemológicos e políticos. Suas considerações sobre esses desafios em relação à pesquisa participante podem ser aplicadas à avaliação participativa, assim trataremos desses temas como se fossem comuns às duas formas de analisar políticas e programas especialmente de promoção da saúde.



Do ponto de vista epistemológico, a pesquisa/avaliação participativa põe em questão a posição dominante de produção do conhecimento acadêmico, quase todo ele fundado em uma lógica positivista, oferecendo oportunidade, às pessoas que sempre têm sido objeto de pesquisas, de se tornar participantes ativos da sua formulação, execução, aplicação, análise e avaliação. Questionando a forma como a pesquisa/avaliação tem sido concebida e utilizada, a pesquisa/avaliação participante sugere uma profunda reformulação nas práticas de pesquisa. Seja qual for o método empregado (quantitativo ou qualitativo, dependendo das necessidades da pesquisa), o que a pesquisa participante sugere é uma atitude epistemológica diferente. De acordo com Green (1996)³⁶, significa possibilitar às pessoas afetadas pelo problema ter um maior controle sobre o processo de pesquisa e, conseqüentemente, sobre os resultados da avaliação. Esta é a forma mais apropriada de gerar conhecimento relevante para escolha das ações de promoção da saúde mais adequadas para a situação em estudo.

Ainda de acordo com os mesmos autores, o outro desafio proposto pela pesquisa/avaliação participante é político. Se o pesquisador acadêmico verdadeiramente resolve compartilhar com os sujeitos da pesquisa ou da avaliação, ou com outros pesquisadores ou profissionais que estão envolvidos na prática, isso limita fundamentalmente sua capacidade de controlar o processo de pesquisa e/ou avaliação. Desenvolver confiança e se dispor a participar de atividades onde a troca de conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades sejam o mote da interação com a comunidade é muito difícil e exige mais tempo do pesquisador acostumado a liderar e controlar processos de pesquisa científica. Alguns grupos podem concordar com o controle total do pesquisador especialista por causa do prestígio do mesmo, ligado à função que exerce (mesmo que o pesquisador não queira). Outros podem considerar o pesquisador um acadêmico que quer se “utilizar da população” para atingir os seus objetivos de obtenção de dados. Os parceiros podem negar-se a participar, a oferecer contribuições ao processo de pesquisa. No mundo

real da pesquisa/avaliação participante, a posição do pesquisador que se dispõe a “fazer junto” raramente é reconhecida. Aquele que realmente deseja compartilhar a elaboração, a execução e a análise precisa ter paciência e capacidade de adaptação às situações de conflito expresso ou latente, qualidades raramente desenvolvidas nas lides acadêmicas.

Finalmente, ainda segundo Green *et al.* (1996)³⁷, outro desafio político da pesquisa/avaliação participante, especialmente se o pesquisador pertencer à universidade, é conviver em espaços onde esse tipo de pesquisa é considerado não científico. A forma como os resultados geralmente são apresentados para serem compartilhados pela população são, por exemplo, impressos em cartilhas ou histórias em quadrinhos, que diferem da publicação científica e são vistas como contrárias à progressão acadêmica. Hoje uma solução pensada antecipadamente para resolver esse impasse é fazer dois tipos de publicação: informal e formal/acadêmica, ambas tratando do mesmo assunto de formas diferentes.

Em função desses desafios políticos e epistemológicos, a pesquisa/avaliação participante pode ser um empreendimento de risco para os pesquisadores interessados em desenvolvê-la, especialmente os ligados à universidade. Muitas das pesquisas participantes realizadas têm sido facilitadas por pesquisadores que não são das universidades, o que não impede de fazermos a defesa de que esse tipo de pesquisa, especialmente as relacionadas à promoção da saúde no Brasil, continua sendo valorizado por acadêmicos das universidades.

Apesar da importância da avaliação para o campo da promoção da saúde, não se encontram na literatura da área muitos artigos publicados sobre estudos realizados com metodologias convencionais ou com metodologias participativas, especialmente nos países em desenvolvimento.

Os projetos relacionados às avaliações participativas são difíceis de serem publicados na forma tradicional e acadêmica, e

Desenvolver confiança e se dispor a participar de atividades onde a troca de conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades sejam o mote da interação com a comunidade é muito difícil e exige mais tempo do pesquisador acostumado a liderar e controlar processos de pesquisa científica.

a disseminação de suas vantagens e possibilidades fica restrita. A dominação e o poder da perspectiva biomédica e a consequente supervalorização dos estudos caso-controle randomizados, da epidemiologia tradicional e dos métodos científicos tradicionais na área de saúde têm dado pouco espaço para os estudos em que se utiliza a avaliação participativa. Questões consideradas como a falta de rigor científico, impossibilidade de generalização dos resultados e de replicabilidade dos estudos são características que falam contra a escolha do método de avaliação participativa. Outras condições, como o tempo despendido para se obter resultados, os recursos que demandam e a falta de clareza a respeito dos passos metodológicos para a realização da avaliação participativa, têm sido também fatores que podem limitar o avanço dessa perspectiva de avaliação. Na tentativa de interferir favoravelmente na valorização da metodologia de avaliação participativa foi criada em 1999, pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) a iniciativa denominada *Healthy Municipalities Working Group*, formada por especialistas de avaliação das instituições líderes das Américas na realização de projetos de promoção da saúde e desenvolvimento local. Algumas atividades preparatórias realizadas por esse grupo e o projeto multicêntrico de teste de um instrumento realizado no Brasil serão comentados a seguir para analisar a metodologia proposta, seus limites e suas possibilidades.

4. A EFETIVIDADE E A AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA EM PROMOÇÃO DA SAÚDE: FOCO AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA DE MUNICÍPIOS, COMUNIDADES E ESPAÇOS SAUDÁVEIS NO BRASIL

O *Grupo de Trabalho de Avaliação de Municípios Saudáveis*, constituído em 1999, foi composto por profissionais dos setores governamental, não governamental e acadêmico de países da região, incluindo Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Equador e Estados Unidos. Esse grupo reuniu-se periodicamente durante cinco anos com o intuito de desenvolver instrumentos e recursos para apoiar os investimentos em promoção da saúde nas Américas e desenvolver um marco conceitual e metodologias para a avaliação participativa de ações comunitárias e intersetoriais voltadas para a promoção da saúde. (PAHO, 2004)³⁸

O Grupo de Trabalho selecionou elementos mais relevantes para o desenvolvimento da promoção da saúde nos diferentes cenários da região, bem como os princípios de ação mais importantes para serem avaliados. Definiu também esquemas conceituais voltados para a hermenêutica e construiu instrumentos coerentes com eles que facilitassem a operacionalização dos processos participativos selecionados e permitissem a descoberta de evidências da efetividade dos processos utilizados e dos resultados obtidos. Entre os instrumentos construídos, participativamente, estava o material desenvolvido por um grupo de pesquisadores da Universidade do Novo México, EUA, liderado pela Profa. Nina Wallerstein, o *Guia de Avaliação Participativa para Municípios e Comunidades Saudáveis*³⁹. O teste desse instrumental foi então realizado em vários países das Américas tendo em vista dife-

A dominação e o poder da perspectiva biomédica e a consequente supervalorização dos estudos caso-controle randomizados, da epidemiologia tradicional e dos métodos científicos tradicionais na área de saúde têm dado pouco espaço para os estudos em que se utiliza a avaliação participativa.

renças socioeconômicas, culturais e ambientais existentes nos diferentes territórios americanos onde a promoção da saúde vinha sendo experienciada.

A avaliação participativa foi considerada a metodologia apropriada para o desenvolvimento dessa tarefa por algumas razões: a) por refletir o princípio fundamente da promoção da saúde, o da participação; b) por estimular autonomia e a autodeterminação da comunidade, dado que oportuniza às comunidades tomarem parte no processo de resolução dos seus próprios problemas; c) por oferecer oportunidades para o desenvolvimento de capacidades, o aprendizado e o empoderamento. (PAHO, 2006)⁴⁰

O *Guia de Avaliação Participativa para Municípios e Comunidades Saudáveis*⁴¹ propõe-se a dar orientações para os grupos de profissionais e populacionais envolvidos em promoção da saúde, especialmente com campos de ação relacionados aos *cenários da vida*; propõe-se também a contribuir na busca de evidências da efetividade das iniciativas de promoção da saúde; oferece recomendações sobre como orientar processos de avaliação participativa, sugere o uso dos instrumentos que podem facilitar o processo e indica os mecanismos de documentação do processo e resultados advindos das experiências.

Este Guia oferece ainda um referencial teórico de avaliação participativa que incorpora os elementos mais importantes relacionados às iniciativas de promoção da saúde: colaboração intersetorial, participação social, formação de capacidades, condições físicas e materiais dos indivíduos, determinantes da saúde e capacidade de comunidade, entre outras. Orienta os usuários passo a passo sobre o processo de desenho e implementação de vários ciclos de monitoramento e avaliação ao longo da formação da iniciativa. A metodologia orienta também em relação à busca e ao uso de documentação e análise das mudanças e resultados em termos de processo, de como comunicar esses



resultados e como utilizá-los para fortalecer a iniciativa. Um guia de facilitadores foi desenvolvido para capacitação em relação ao instrumento.

O teste do Guia, no Brasil, envolveu as seguintes instituições: Centro de Promoção da saúde, CEDAPS/Rio de Janeiro; Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis, CEPEDOC Cidades Saudáveis/São Paulo; Pontifícia Universidade Católica do Paraná e Secretaria de Saúde de Curitiba, PUCPR/SMS de Curitiba; Secretaria da Saúde de Tocantins, SESAU/Tocantins; Secretaria de Saúde de Campo Grande, SMS/Campo Grande; Universidade Federal de Goiás UFG – SMS/Goiania; Núcleo de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco NUSP UFPE/Recife; Universidade de Campinas – UNICAMP/IPES Campinas. Foi o primeiro estudo multicêntrico sobre a temática no país e resultou de uma parceria entre a OPAS – Representação Brasil, Ministério da Saúde e as instituições participantes (Akerman; Mendes, 2006)⁴².

Os parceiros reuniram-se quatro vezes, de dezembro de 2004 a setembro de 2005, em diferentes regiões do país, em Oficinas de Trabalho para discutir e pactuar princípios, processos e instrumentos comuns para implementação do instrumento em nível nacional. Os elementos do Guia foram discutidos de forma a serem contemplados no processo de avaliação, de acordo com o contexto e os recursos de cada região, que guardam entre si muitas diferenças socioeconômicas e culturais.

Os participantes estabeleceram que o foco de análise seria

o processo de desenvolvimento da iniciativa, que inclui: (1) fase inicial de organização; (2) fase de planejamento; (3) fase de ação e (4) análise de elementos comuns aos diferentes momentos, isto é, questões transversais, tais como os definidos e acordados como os cinco pilares de um processo de articulação de uma iniciativa de municípios, e comunidades saudáveis. Esses pilares foram identificados durante as oficinas como: (a) a participação; (b) políticas públicas saudáveis; (c) colaboração intersetorial; (d) sustentabilidade; (e) governabilidade e (f) redes⁴³.

Os valores centrais da promoção da saúde também foram acordados para que todas as equipes de coordenação e execução dessas iniciativas avaliassem o Guia e as suas iniciativas a partir dos mesmos princípios éticos. A busca da equidade, do empoderamento de todos envolvidos no processo, o pressuposto da existência da diversidade, apesar da homogeneização do referencial de busca de dados e de análise dos mesmos e ainda os ideais de solidariedade que conflitam com o ambiente de competição hegemônico nas relações estabelecidas pelos indivíduos foram considerados os valores orientadores das iniciativas de promoção da saúde e de busca de qualidade de vida nas cidades.

Apoiados nesses “pilares” e “valores”, os pesquisadores identificaram experiências regionais que pudessem trazer elementos importantes para a reflexão acerca da avaliação. Uma série de questões permeou a escolha das iniciativas, trazendo os primeiros aportes para a análise das experiências: o envolvimento de todos estaria resultando em formação, desenvolvimento de capacidades? Estariam sendo criadas normas para o enfrentamento das situações adversas? A população estaria advogando por elas?

Após a homogeneização inicial de referenciais e métodos de trabalho, definidos os acordos éticos, passou-se a desenvolver a metodologia sugerida no Guia⁴⁴, que incluía as seguintes fases: (1) preparatória da avaliação participativa – que consistia na identificação dos atores-chave e criação de um Comitê Central e subcomitês, se necessário, para organizar as ações; (2) emissão de convites para a realização de uma Oficina de Trabalho, que

Os valores centrais da promoção da saúde também foram acordados para que todas as equipes de coordenação e execução dessas iniciativas avaliassem o Guia e as suas iniciativas a partir dos mesmos princípios éticos.

A cultura política da população brasileira ainda é muito clientelista e paternalista, e a população de modo geral, sejam técnicos ou membros da sociedade civil, tem muita dificuldade de participar.

deveria funcionar durante um tempo determinado, envolvendo o Comitê Intersetorial do projeto e o Comitê de avaliação, com o objetivo de reconstruir a história local da iniciativa e revisá-la criticamente. Esse grupo seria responsável por eleger um sub-grupo, o grupo de avaliação, com uma orientação definida de debater contribuições dos membros; estabelecer normas para o trabalho conjunto; examinar estratégias utilizadas pela iniciativa e estabelecer um plano de trabalho para o mesmo.

Todos os grupos envolvidos centraram suas atividades nos seus locais de origem, nas iniciativas escolhidas como Campo de Estudo – “Campo de teste do Guia de Avaliação Participativa”. Definiram a abrangência e as perguntas de avaliação; escolheram métodos de compilação de informações; elaboraram seus planos de trabalho e seguiram para o campo para compilar informações. Finalizaram seus trabalhos analisando localmente os dados obtidos, com o Comitê Local de Avaliação, e interpretando-os à luz de dados sobre o contexto em que a experiência foi desenvolvida. A partir dessas etapas puderam, em diferentes situações, avaliar diferentes iniciativas de desenvolvimento local em cidades, escolas e comunidades.

As atividades dos diferentes grupos de avaliação foram compartilhadas em uma oficina onde também foi feita uma avaliação geral da experiência. Os primeiros resultados apontam que os maiores desafios não estão centrados no instrumento em si, que se mostrou muito útil para aportar iniciativas de avaliação em promoção da saúde, mas na própria proposta participativa. A cultura política da população brasileira ainda é muito clientelista e paternalista, e a população de modo geral, sejam técnicos ou membros da sociedade civil, tem muita dificuldade de participar. As comunidades envolvidas pela naturalização da relação dominação-submissão são ainda frágeis e “aceitam” facilmente as propostas dos técnicos, não aportando às discussões suas verdadeiras avaliações sobre os programas. Os resultados em relação ao teste desse material demonstraram que o exercício da intersectorialidade está perpassado pelas questões de poder da gestão local. Os setores e os profissionais não querem compartilhar responsabilidades para não perder o poder sobre determinada atividade ou determinada decisão. O empoderamento é proces-

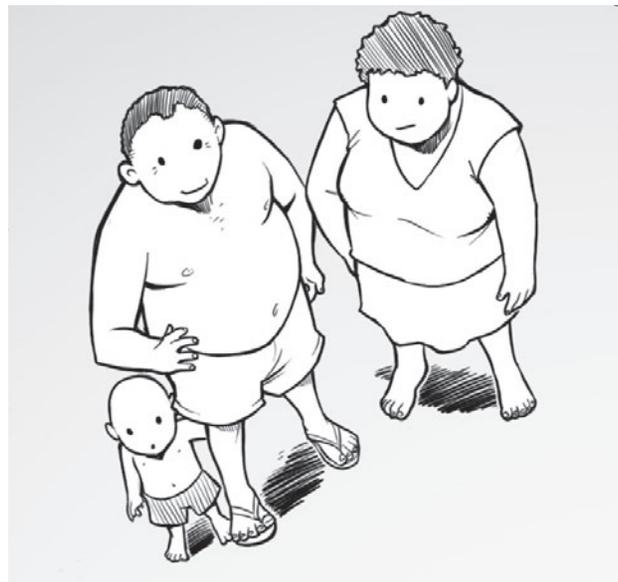
sual, e embora possa ser percebido em alguns espaços, ainda é um elemento que não pode ser medido em um curto espaço de tempo. Em relação ao teste do Guia propriamente dito, alguns grupos conseguiram avançar mais do que outros, envolvendo de fato os participantes da iniciativa e obtendo dados muito úteis sobre e para as iniciativas que foram avaliadas.

Destaca-se, nesse estudo multicêntrico, o fato de que pela primeira vez foi realizado um esforço coletivo em torno da avaliação em promoção da saúde que pode trazer elementos para contribuir com o debate na área, problematizando modelos teóricos e metodológicos para compreender e atuar nos distintos contextos nacionais, promovendo um exercício sistemático de aprendizagem na avaliação em promoção da saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste ensaio trouxemos diferentes questões que aportam a avaliação da efetividade da promoção da saúde. Inicialmente apresentamos a Iniciativa Global de Avaliação em Promoção da Saúde, que desde 1995 busca promover o debate em torno da Avaliação da Efetividade e a reflexão acerca da construção de uma base de evidências das práticas de promoção da saúde.

Em seguida, propusemo-nos a clarear o entendimento sobre “efetividade” e como essa discussão oriunda das políticas sociais em geral traz elementos para a avaliação em promoção da saúde. Apresentamos uma das metodologias utilizadas para a obtenção desse tipo de informação relacionando iniciativa de municípios e comunidades saudáveis, a avaliação participativa. A metodologia participativa, que tem suas raízes em referenciais desenvolvidos por teóricos das ciências sociais e da educação latino-americanos da década de 1980, foi adaptada e apropriada pelos referenciais da promoção da saúde como instrumental técnico e político que pode auxiliar na busca das evidências de efetividade das suas ações com participação dos atores envolvidos. Esta metodologia foi testada no Brasil, por representantes de vários grupos



de promoção da saúde, por meio do teste do *Guia de Avaliação Participativa*⁴⁵ elaborado nas Américas.

Os resultados do teste demonstraram que o instrumento é útil e a avaliação participativa é importante, mas que muito ainda tem que ser feito para que o instrumental possa contribuir para a consecução de muitos objetivos. Vale aqui a recomendação de que o processo avaliativo, não é um exercício, meramente científico, buscando constatar “o que é efetivo”, ou “o que não é efetivo”, mas procurando-se detectar, principalmente, “porque tal projeto é efetivo” ou “porque não é efetivo”. (Akerman, Mendes, Bógus, 2004)⁴⁶

A realidade brasileira e sua cultura política têm traços profundos do processo de naturalização das relações de dominação e submissão, o que dificulta a participação dos envolvidos em programas de promoção da saúde em seus processos de implementação e avaliação. Entretanto, como metodologia de avaliação o estudo multicêntrico aqui relatado fundamentou-se em uma metodologia crítica, que privilegiou o componente participativo e mostrou-se sensível às necessidades e perspectivas dos vários atores sociais implicados. Essa experiência reitera que a promoção da saúde traz ao debate da avaliação caros valores e princípios que devem ser permanentemente explicitados pelos atores da avaliação como imposição das circunstâncias atuais que apontam para a necessidade imperiosa de novos caminhos éticos para a sociedade.

Vale aqui a recomendação de que o processo avaliativo, não é um exercício, meramente científico, buscando constatar “o que é efetivo”, ou “o que não é efetivo”, mas procurando-se detectar, principalmente, “porque tal projeto é efetivo” ou “porque não é efetivo”.

NOTAS

- 1 WHO Ottawa Charter for Health Promotion. **International Conference on Health Promotion**, 1. Ottawa, nov., 1986.
- 2 ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Resolución aprobada por la Asamblea General 55.2** Declaración del milenio. 18/06/2004. 18, jun., 2004. Disponível em: < [http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/](http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/areas552.html)

[areas552.html](http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/areas552.html)> Acesso em: 02, ago., 2008; CECHINI, S; RODRIGUEZ, J; SIMIONI, D. **La medición de los objetivos de desarrollo del milenio en las áreas urbanas de América Latina**. Chile: OEA/CEPAL, 2006. Estudios Estadísticos e Prospectivos, 43

- 3 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Carta de Bangkok**. 2005. Documento da Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 6ª. Bangkok (Tailândia) agosto, 2005. Disponível em: < <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/cartabangkokpor.pdf>> . Acesso em: 16, jul., 2009.
- 4 WHO. Regional Office for Europe. **Health promotion evaluation: recommendations to policy makers**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1995.
- 5 KICKBUSCH, I. The contribution of the world health organization to a new public health and health promotion. **American Journal of Public Health**, n. 93, p. 383-388, 2003.
- 6 COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2008.
- 7 WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e qualidade de vida. In: FERNANDEZ, J. C. A; MENDES, R. (Org.) **Promoção da saúde e gestão local**. São Paulo: Hucitec-Cepedoc, 2007.
- 8 CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1. Ottawa, 21, nov., 1986. **Carta de Ottawa**. Disponível em: < http://www.mpes.gov.br/anexos/centros_apoio/arquivos/6_20901863120102005_Carta%20de%20Ottawa%20para%20a%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAde.doc> Acesso em: 02, ago., 2008
- 9 HEALTH Canadá. Disponível em: < <http://www.hc-sc.gc.ca/index-eng.php>> Acesso em: 08, ago., 2008
- 10 CENTER of Disease Control dos Estados Unidos. Disponível em: < <http://www.cdc.gov>> Acesso em: 08, ago., 2008.
- 11 LONDON'S Health Authorities. Disponível em: < <http://www.london.gov.uk/london-life/city-government/health.jsp>> Acesso em: 03, ago., 2008..
- 12 ROOTMAN, I; STEINMETZ, B. The WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation. **Health Policy Research Bulletin**, v.1, n. 4, p. 8-13, mar., 2002.
- 13 NUTBEAN, D. Evaluating health promotion: progress, problems and solutions. **Health Promotion Int.**, Oxford, n.13, p. 27-44, 1998.
- 14 WHO, 1998. Health Promotion evaluation recommendations to policy makers. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1998. Disponível em: < <http://www.who.dk/document/e60706.pdf>> Acesso em: 04, ago., 2008.
- 15 **Id. ibid.**
- 16 ROOTMAN, I. et al. **Evaluation in health promotion: principles and perspectives**. Copenhagen: WHO-Europe Disponível em: < <http://www.euro.who.int/document/E73455a.pdf>> Acesso em: 03, ago., 2008.
- 17 INTERNATIONAL UNION FOR HEALTH PROMOTION AND EDUCATION. **The evidence of health promotion effectiveness**. Luxemburg City: ECSC/EC/Eaec, 1999.
- 18 AKERMAN, M.; MENDES, R (Org.) **Avaliação participativa de municípios, comunidades e ambientes saudáveis: a trajetória brasileira – memória, reflexões e experiências**. São Paulo: Mídia Alternativa. 2006.
- 19 ARRETICHE, Marta T. S. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, Elizabeth Melo. (Org.) **Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate**. São Paulo: Cortez: IEE, 1998.
- 20 **Id. ibid.**, p. 29.
- 21 PEREZ, J. R. R. Avaliação do processo de implementação: algumas questões metodológicas. In RICO, Elizabeth Melo. (Org.) **Avaliação de políticas**

sociais: uma questão em debate. São Paulo: Cortez: IEE, 1998; FURTADO, J. P. Avaliação de programas e serviços. In: CAMPOS, GWSC et al. **Tratado de saúde pública**. São Paulo, Rio de Janeiro, HUCITEC, 2006. p. 715-739; ROMERO, V.M; PAULILO, M. A. Avaliação em políticas sociais: dimensão constitutiva e constituinte. **Revista Agora: Políticas Públicas e Serviço Social**, Brasília, v. 2, n. 4, jul., de 2006.

- ²² FURTADO, J. P. (2006) **op. cit.**, p.723.
- ²³ PEREZ, J. R. R. (1998) **op. cit.**
- ²⁴ ARRETCHE, Marta T. S. (1998) **op. cit.**
- ²⁵ SPRINGETT, J. Issues in participatory research. In: MINKLER, M.; WALLERSTEIN, N. (Eds.) **Community based participatory research for health**. San Francisco (Ca): Jossey-Bass, 2003.
- ²⁶ GREENE (1994). **Apud** SPRINGETT, J. (2003) **op. cit.**
- ²⁷ GREEN, L.W. Evolution and implications of PAR for Public Health. **Promotion and Education**, n. 3, p. 6-10. 1996; MINKLER, M.; WALLERSTEIN, N. Introduction to community based participatory research. In: MINKLER, M.; WALLERSTEIN, N. (Eds.) **Community based participatory research for health**. San Francisco (Ca): Jossey-Bass, 2003.
- ²⁸ FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. New York: Herder & Herder, 1970.
- ²⁹ FALS-BORDA, O. The application of participatory action research in Latin America. **International Sociology**, v. 2, n. 4, p. 329-347, 1987.
- ³⁰ OTTAWA Charter for Health Promotion. **Health Prom**, v.1, n. 4, p. 405-62, 1987.
- ³¹ GREEN, L.W. (1996) **op. cit.**
- ³² **Id. ibid.**
- ³³ SPRINGETT, J. (2003) **op. cit.**
- ³⁴ **Id. ibid.**
- ³⁵ GREEN, L. W. et al. The challenges of participatory action research for health promotion. **Promotion and Education**, n. 3, p. 3-4, 1996.
- ³⁶ **Id. ibid.**
- ³⁷ **Id. ibid.**
- ³⁸ PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Guía de evaluación participativa para municipios y comunidades saludables**. Lima: Pan American Health Organization, 2007.
- ³⁹ WALLERSTEIN, N.; MALTRUD, K.; POLACSECK, M. **Participatory evaluation workbook for community initiatives**, New Mexico: Department of Health, Public Health Division, Healthier Communities Unit. 1997. A primeira versão desse instrumento foi elaborada no ano de 1997 e denominada *Participatory Evaluation Workbook for Community Initiatives*.
- ⁴⁰ PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (2006) **op. cit.**
- ⁴¹ **Id. ibid..**
- ⁴² AKERMAN, M.; MENDES, R (Org.) **Avaliação participativa de municípios, comunidades e ambientes saudáveis: a trajetória brasileira – memória, reflexões e experiências**. São Paulo: Mídia Alternativa. 2006.
- ⁴³ **Id. Ibid.** p. 168-170.
- ⁴⁴ PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. (2006) **op. cit.**
- ⁴⁵ **Id. ibid.**
- ⁴⁶ AKERMAN, M.; MENDES, R.; BÓGUS, C. M. É possível avaliar um imperativo ético? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 605-15, 2004.

ABSTRACT

Marcia Faria Westphal; Rosilda Mendes. Participatory evaluation and health promotion effectiveness: challenges and opportunities.

This article presents global health promotion evaluation initiatives that have occurred since 1995, as well as the insertion of Brazilian professionals in those initiatives, especially concerning the participatory evaluation initiative. It makes explicit the concept of effectiveness, differentiating it from efficiency and efficacy, based on principles of local authors dedicated to policy assessment. The concept of participatory evaluation is discussed in depth, in accordance with authors who study health promotion, and the challenges and opportunities posed by this kind of evaluation are also presented. Finally, the Brazilian experience with the Participatory Evaluation Guide, developed during the last ten years with the participation of professionals from all the Americas, is highlighted. By way of conclusion, positive aspects of participatory evaluation are presented, particularly those concerning healthy cities and communities.

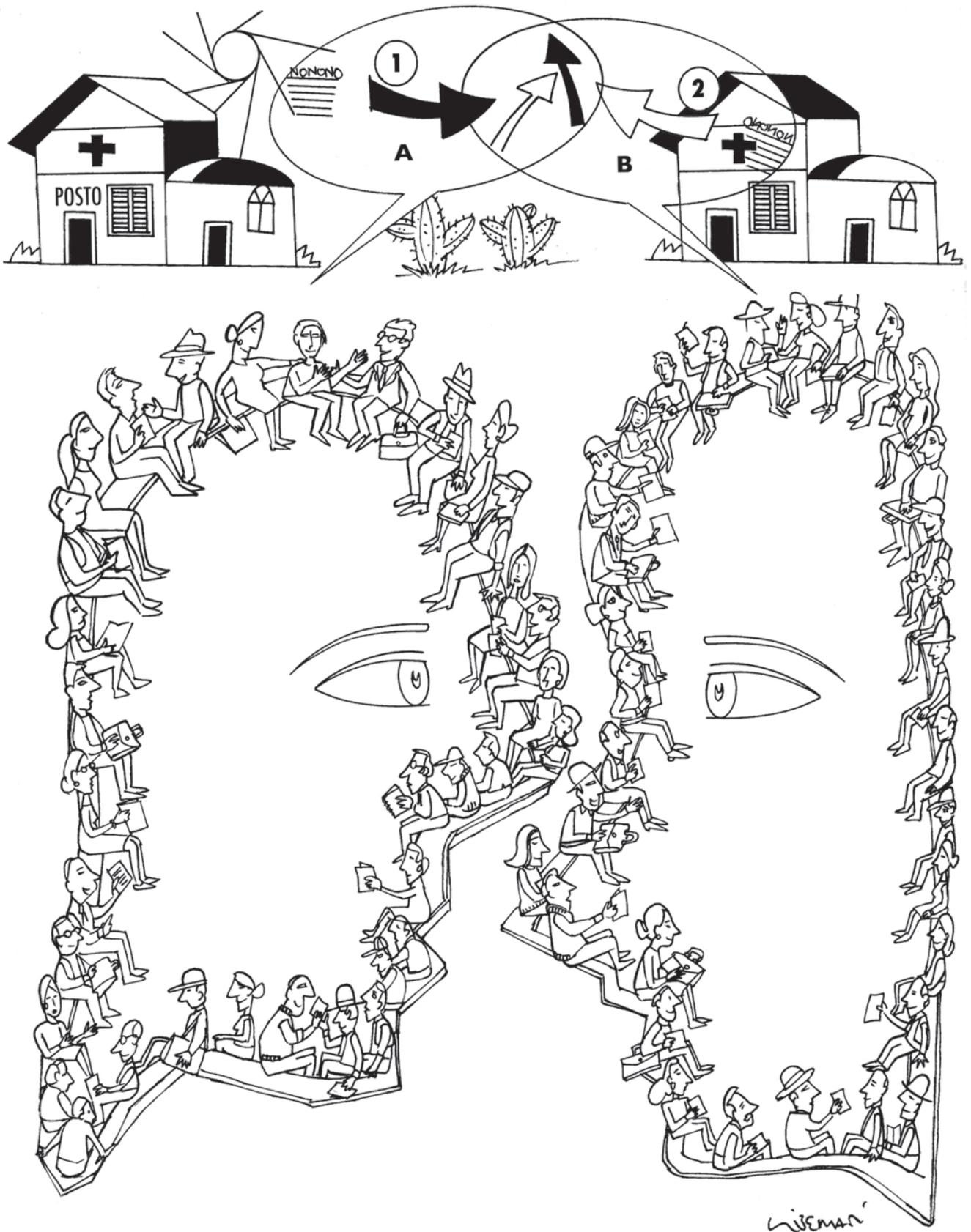
Keywords: Effectiveness Evaluation, Participatory evaluation, Health promotion.

RESUMEN

Marcia Faria Westphal; Rosilda Mendes. Evaluación participativa y efectividad de la Promoción de la Salud: desafíos y oportunidades.

Presenta las iniciativas globales de evaluación de Promoción de la Salud que han tenido lugar desde 1995, así como la inserción de profesionales brasileños en las mismas, especialmente en la iniciativa de evaluación participativa. Se dedica a explicitar el concepto de efectividad, diferenciándolo de los de eficiencia y eficacia, apoyándose en conceptos de autores locales que se dedican a la evaluación de políticas. Se profundiza el concepto de evaluación participativa en concordancia con autores que se dedican a la Promoción de la Salud, y se presentan los desafíos y oportunidades de ese tipo de evaluación. Finalmente, se resalta la experiencia brasilera de la Guía de Evaluación Participativa, que fue preparada en los últimos diez años con la participación de profesionales de todo el continente americano. Como conclusión se presentan los aspectos positivos de la evaluación participativa, especialmente los de ciudades y comunidades saludables.

Palabras clave: Evaluación de la efectividad, Evaluación participativa, Promoción de la salud.



O PROCESSO AVALIATIVO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE EMPODERAMENTO E DE DESENVOLVIMENTO DE CAPACIDADES

Ronice Franco de Sá*

Simone Tetu Moysés

Resumo

Apresenta o processo avaliativo participativo como estratégia de empoderamento e desenvolvimento de capacidades no campo da promoção da saúde. Conceitua, de forma breve, avaliação em promoção da saúde, análise de contexto, empoderamento e desenvolvimento de capacidades, de maneira a fornecer base para a compreensão do leitor sobre o processo de avaliação e de sistematização de experiências. Utiliza uma experiência concreta como referência para as afirmações. O enfoque adotado permite que vários questionamentos sejam levantados sobre o processo de avaliação em promoção da saúde como instrumento de transformação social.

Palavras-chave: Avaliação Participativa; Promoção da Saúde; Empoderamento; Análise de Contexto; Desenvolvimento de Capacidades.

Avaliação é uma possibilidade de transcender o cotidiano para nos levar de volta a ele, com ações concretas e que possuam um significado e uma construção coletiva.
(Tanaka; Melo, 2000)¹

1. BREVE SOBREVÃO CONCEITUAL

1.1. Processo avaliativo em promoção da saúde

Processos avaliativos são parte da ação reflexiva do homem. São oportunidades para aprendizagem capazes de induzir mudanças e consolidar práticas. Nessa perspectiva, avaliar implica

... capacidade de elaborar, negociar e aplicar critérios explícitos de análise [...] com o objetivo de julgar o mérito, valor ou estado de uma determinada ação... a fim de estimular e facilitar processos de aprendizagem e de desenvolvimento de pessoas e organizações.²

Processos avaliativos podem dar suporte à construção de melhores práticas em políticas públicas ou intervenções sociais, produzindo e sistematizando conhecimentos, respondendo às demandas por novos referenciais com alternativas conceituais e propostas de intervenção indutoras de mudanças em realidades locais de exclusão e dependência. Além disso, a avaliação pode fortalecer habilidades e capacidades para a tomada de decisão informada, oportunizada por reflexões e aprendizagens de indivíduos e grupos envolvidos³. Nessa perspectiva, a prática avaliativa assume uma dimensão política e um fim social.⁴

É no campo da promoção da saúde que o processo avaliativo explicita muito claramente tais dimensões políticas e sociais, demonstrando ser uma potente estratégia de empoderamento e de desenvolvimento de capacidades para a ação. A promoção da saúde à qual nos referimos atua como campo de ampliação do debate acerca da saúde e seus múltiplos determinantes, fortalecendo a construção de uma agenda eticamente comprometida com a transformação social em pelo menos três esferas de atuação:⁵ a) plano da atenção à saúde com uma lógica e um modelo de gestão que favoreçam a autonomia dos sujeitos; b) esfera da gestão social de políticas públicas com

* Ph.D em Educação pela Université de Sherbrooke, M.Sc. em Administração de Serviços de saúde pela Université de Montreal. Médica sanitária (Nese-PE/Ensp/Fiocruz) e do trabalho (UFPE). Diretora do Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social (Nusp) da UFPE. E-mail: ronicefranco@hotmail.com

** Ph.D em Epidemiologia e Saúde Pública pela University London Medical School. Mestre em Odontologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Cirurgiã-Dentista pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR). Professora Titular da PUC-PR. E-mail: simone.moyses@pucpr.br

Recebido para publicação em: 04/05/09.

base na intersetorialidade e na participação popular, e c) plano do modelo de desenvolvimento geral centrado na distribuição equitativa de bem-estar na sociedade alicerçado numa ação de *advocacia* da saúde. Assim, avaliar práticas de promoção da saúde implica a análise de uma diversidade de dimensões “não apenas voltadas a resultados em saúde, mas apropriação, viabilidade e sustentabilidade do processo político que produz mudanças, bem como a capacidade coletiva, institucional e territorial (local) para intervir”.⁶

A diversidade de estratégias, a complexidade das relações e as diferentes dimensões da saúde e da vida das pessoas abordadas em promoção da saúde impõem um desafio político e metodológico para a condução de processos avaliativos nesse campo de ação. Diferentes contextos, valores e expectativas de grupos envolvidos influenciam decisivamente a condução de processos avaliativos, e essa diversidade é essencial para garantir compreensão e reflexão consistentes da realidade avaliada. Além disso, avaliar práticas e utilizar seus resultados não interessam apenas aos profissionais, ou gestores, ou financiadores, mas devem envolver toda a comunidade. Avaliar torna-se, assim, uma forma de abrir o debate e assegurar que a voz de todos seja ouvida.⁷

A abordagem de avaliação participativa tem sido proposta como estratégia essencial para a condução de processos avaliativos em promoção da saúde na América Latina e no Brasil.⁸ A Organização Pan-Americana de Saúde, em seu Guia de Avaliação Participativa para Municípios Saudáveis,⁹ destaca que a avaliação participativa valoriza a contribuição das pessoas envolvidas na estratégia avaliada; fortalece o processo de empoderamento na obtenção de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades na comunidade; propicia oportunidades de diálogo intersetorial; fortalece responsabilidades e oferece oportunidades para a reorientação e o aprimoramento das ações, além de fornecer motivação para a participação continuada da comunidade.

1.2. A análise de contexto no processo avaliativo em promoção da saúde

Para que se “ouça a voz de todos”, há de se considerar o contexto local. Com base no texto de Poland, Frohlich e Cargo (2008), contexto pode ser definido como “*as circunstâncias ou eventos que formam o ambiente no qual alguma coisa existe ou ocorre*”¹⁰. Esta “alguma coisa” pode ser um comportamento em saúde, um determinante de saúde, uma intervenção ou uma avaliação. Cada um desses eventos faz parte de um complexo contexto social que necessariamente define como um fenômeno se manifesta, bem como ele ocorre, resiste ou é modificado.

Atribuir sentido à avaliação implica reconhecer este contexto da intervenção avaliada, vislumbrar o papel da avaliação neste cenário, que decisões podem ser tomadas a partir de seus resultados e que intenção de aprendizagem está associada ao processo avaliativo.¹¹

Analisar o contexto em práticas de promoção da saúde é fundamental para compreender sua adequação de conceitos e desenhos: a intervenção considera adequadamente o contexto social em que determinados fenômenos, como, por exemplo,



avaliar práticas e utilizar seus resultados não interessam apenas aos profissionais, ou gestores, ou financiadores, mas devem envolver toda a comunidade. Avaliar torna-se, assim, uma forma de abrir o debate e assegurar que a voz de todos seja ouvida.

comportamentos em saúde, são construídos e se sustentam no tempo e no espaço? Analisar o contexto é fundamental para a implementação de um programa e seus resultados: a intervenção se beneficia das oportunidades disponíveis em cada contexto local e indica quais componentes da intervenção produzem que resultados, e em que condições. Analisar o contexto é fundamental para a produção e a utilização dos achados avaliativos: identificar o papel dos tomadores de decisão na implementação da intervenção, o impacto do tempo da intervenção. A avaliação é profundamente influenciada pelo contexto na definição do que é considerado possível de conhecer, o que pode ser conhecido e o que é possível avaliar no tempo e com os recursos disponíveis. Avaliações normalmente exigem aprovação, cooperação e consentimento do gestor do programa. Portanto, avaliação é eminentemente uma ação política, pois envolve diferentes atores que podem ter interesses diversos, estabelecendo relações de poder que podem ou não favorecer o processo avaliativo. A utilização dos resultados de uma avaliação também depende do contexto, o qual define possibilidades de compreensão e participação de diferentes tomadores de decisão. Assim, desenvolver processos avaliativos pressupõe empoderamento e capacidades diversas dos grupos envolvidos na ação avaliada.

1.3. O empoderamento

Empoderamento é um dos conceitos centrais da promoção da saúde, sendo considerado, por um lado, como um processo gerador de mudanças, e, por outro, um resultado esperado desse processo.¹² Vários autores citados por Oakley e Clayton (2003)¹³ conceituam o empoderamento como:

- Necessário ao desenvolvimento que visa “reequilibrar” a estrutura de poder dentro da sociedade, fazendo com que a ação do Estado seja mais responsável perante a sociedade civil, fortalecendo os poderes desta última para que administre

seus próprios assuntos, e fazendo com que as corporações empresariais sejam mais responsáveis socialmente.¹⁴

- b) O empoderamento se ocupa da comunidade coletiva e, por fim, da conscientização de classe para entender de forma crítica a realidade com o propósito de usar o poder que ainda resta aos despossuídos, como uma ferramenta de desafio aos poderosos e, em última análise, para transformar a realidade através de batalhas políticas consequentes.¹⁵
- c) O empoderamento é um processo dinâmico em desenvolvimento, centrado na comunidade local e que envolve a dignidade recíproca, a reflexão crítica, a participação e o cuidado do grupo por meio do qual aqueles que carecem da possibilidade de compartilhar os recursos existentes ganham maior acesso e controle sobre tais recursos, pelo exercício de ampliação do equilíbrio de poder.¹⁶

Esse tipo de empoderamento, no sentido usado por Paulo Freire, implica um aumento da conscientização e do desenvolvimento de uma “faculdade crítica” entre os marginalizados e oprimidos. Para tanto, é necessário possuir conhecimento, “ser capaz de”, “poder fazer”, “refletir”. Participação, desenvolvimento de competências e consciência crítica, além da autoestima, reconhecimento e capacidade de comunicação, são apontados por Ridde, Delormier e Goudreau (2007)¹⁷ como dimensões do empoderamento individual, organizacional e comunitário.

Considerando que deve haver coerência entre a teoria de base da intervenção e sua avaliação, o processo avaliativo deve ser um espaço privilegiado para o empoderamento e a construção de sujeitos por meio de uma abordagem emancipatória e participativa, atingindo uma dimensão pedagógica que colabora para o fortalecimento de indivíduos, grupos e organizações¹⁸ por meio do desenvolvimento de capacidades.

1.4. O desenvolvimento de capacidades em processos avaliativos

De acordo com Gaetani (2005)¹⁹, desenvolver capacidades implica um processo de médio a longo prazos que deve ser reinventado localmente e de acordo com o contexto do entorno. Significa ainda desafiar mentalidades e diferenciais de poder e implica o respeito a sistemas de valores e ao estímulo à autoestima. Dessa maneira, requer o estabelecimento de estruturas de incentivos positivos e consistentes, pois significa crescer a partir das capacidades existentes, mais do que produzir novas.

Brandão, Silva e Palos (2005)²⁰ apontam cinco dimensões estratégicas para apoiar o desenvolvimento de capacidade avaliativa de pessoas e grupos, com base nos princípios de aprendizagem, autonomia, respeito e participação:

- 1) a consciência e a capacidade de lidar com as relações de poder presentes nas ações avaliativas;
- 2) a busca de razões e motivação para avaliar as práticas;
- 3) a construção de certo grau de identidade [...]em torno da avaliação;
- 4) o desenvolvimento de competências no campo da facilitação e gestão de processos e da investigação da realidade, necessárias à realização de avaliações;

- 5) a captação e a alocação de recursos para criar as condições de trabalho necessárias aos processos de avaliação²¹.

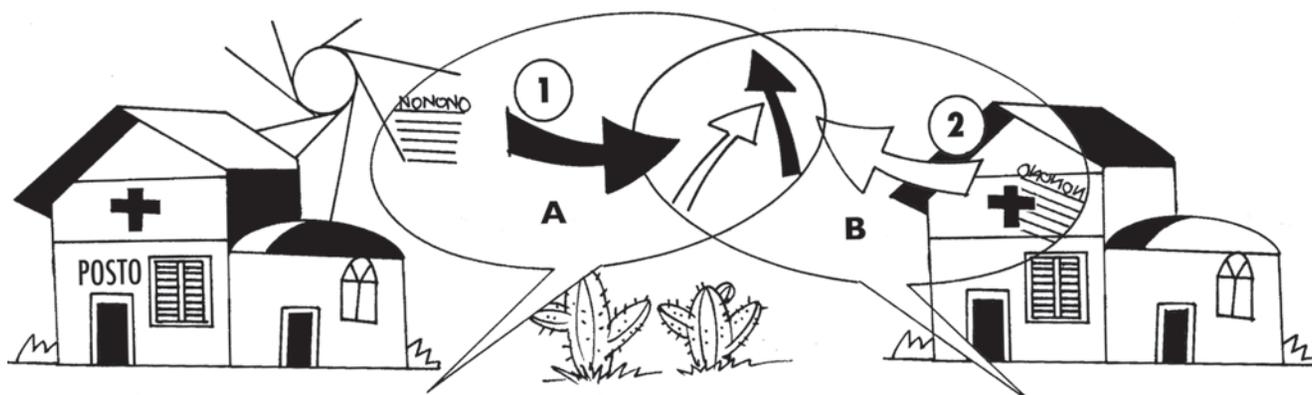
Sob outra perspectiva, conhecimento do contexto local, engajamento, disponibilidade mínima para atuar localmente, perseverança, pertencimento, visão intersetorial e confiança podem ser identificados como capacidades possíveis de serem desenvolvidas no próprio processo avaliativo participativo em promoção da saúde.

Estabelecendo um paralelo entre tais capacidades requeridas para a avaliação e aquelas possíveis de serem desenvolvidas no próprio processo avaliativo, percebe-se redundância nos processos voltados para o desenvolvimento de capacidades e empoderamento. O empoderamento, como resultado processual, é a própria de evidência que as capacidades requeridas foram desenvolvidas e acionadas.

2. O PROCESSO AVALIATIVO LOCAL: REFLEXÕES COM BASE EM UMA EXPERIÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO DE CAPACIDADES

A partir do conhecimento e da análise dos contextos locais – e aqui usaremos a nossa experiência em promoção da saúde com comunidades do agreste de Pernambuco²² – podemos afirmar que o processo de avaliação tem funcionado como elemento de reflexão de práticas do cotidiano e dos valores priorizados pelas coletividades, se esse processo for adequadamente conduzido. Da reflexão aprofundada ao desenvolvimento de capacidades e empoderamento, existe um longo trajeto que a equipe de monitoramento, sistematização e avaliação em promoção da saúde deve apoiar e apresentar coerência no que se refere à transparência, confiança, colaboração e participação efetiva.





Com base na experiência avaliativa local, constatamos que as comunidades de cinco municípios do agreste de Pernambuco apresentavam-se fragmentadas, impotentes e sentindo-se excluídas.²³ Essa constatação corresponde ao que Bloom (1987)²⁴ descrevia como “achatamento e retração da vida”, onde não se leva em conta a “força da convicção do coletivo”, sem a qual a apatia coletiva se impõe. Essa apatia promove perda de sentido e de horizontes. Assim, as pessoas ficam desprovidas de poder, deixando o seu poder político nas mãos “dos mesmos de sempre”. Dessa forma, fortalecer poderes locais e capacidades individuais e coletivas pode levar a redescobrir pertencimentos particulares, seja aos lugares, às famílias, aos hábitos, às crenças, às culturas, às origens e, assim, restabelecer a verdadeira autoestima, autonomia e capacidade de reciprocidade.

O papel do processo avaliativo participativo na promoção da saúde reforça a necessidade de socializar preocupações, potencialidades, de monitorar processos e de se comprometer com o entorno. De acordo com Leleux (1997)²⁵, essa socialização pode ser considerada a partir de três eixos prioritários: a) aprendizagem da autonomia individual, b) cooperação social e c) participação social. Ainda segundo Leleux,²⁶ a aprendizagem da autonomia aporta duas competências distintas: a) o acesso a um pensamento formal e aos princípios da vida democrática e em coletividade, e b) a aptidão para avaliar e julgar.

Seguindo ainda a mesma linha de raciocínio, o exercício da razão comunicativa proposto por Habermas (1983)²⁷ e praticado no processo avaliativo participativo impulsiona o indivíduo a desenvolver comportamentos solidários e propicia o desenvolvimento de laços afetivos no exercício dessa racionalidade e desse agir comunicativo, quando vividos localmente. O sujeito, dessa forma, torna-se mais apto a “saber avaliar” e a “avaliar e agir”. Esse ganho de capacidade permite que o indivíduo possa se descentralizar de sua singularidade e dela se abstrair para finalmente poder mobilizar livremente princípios, regras de julgamento e de ação que são válidos e validados por um número crescente de pessoas da coletividade.²⁸ Essa troca envolve não somente os membros da comunidade, como também os membros da equipe avaliadora num processo de aprendizagem e reflexão crescentes.

Diversas experiências de avaliação participativa, vividas e registradas nos municípios da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis,²⁹ nos permitem afirmar que mudanças de comportamento e de postura frente ao poder constituído são os resultados mais facilmente observáveis nessa rotina. No entanto, registramos que resultados mais concretos afeitos ao ato de delegar poder e de transformar a relação de dependência são mais lentos e precisam ser mais bem incorporados pela população.

Como então avaliar o empoderamento, princípio essencial dessa prática? Avaliamos, então, o processo de empoderamento ou o processo avaliativo serve para empoderar? O procedimento depende do ponto de partida. Em projetos, programas, ações de promoção da saúde, o empoderamento é sempre almejado. Dessa forma, avaliar ações de promoção da saúde significa também estimular e avaliar processos de empoderamento e de desenvolvimento de potencialidades e capacidades. Para avaliar participativamente esses processos, precisamos registrar nosso “marco zero”. Como fazê-lo? No nosso caso, utilizamos grupos focais, oficinas e entrevistas com informantes-chave que tentavam mapear os valores comuns, o papel das organizações associativas e cooperativas, as relações de confiança, os vínculos existentes e a percepção sobre a vida em comum, sobre si próprio e sobre “o outro”. Vários instrumentos de fácil visualização devidamente validados, foram utilizados³⁰ para esboçar um panorama de nosso ponto de partida.³¹ Consideramos aqui que a avaliação participativa promove a reflexão dos envolvidos de forma a permitir ajustes no decorrer do processo³². O esquema elaborado baseia-se nos cinco tempos de sistematização propostos por Hollyday (1996)³³: a) ponto de partida, b) perguntas iniciais, c) recuperação do processo vivido, d) reflexão de fundo e e) ponto de chegada.

Assim, como ponto de partida todos os integrantes do projeto constroem o sentimento de grupo a partir do mapeamento e do compartilhamento de seus desejos (produzir, ter espaço comum de trabalho, aprender novas tecnologias, fortalecer-se no “saber fazer”, no “saber viver”, no “saber ser” e no “saber conviver”), talentos e capacidades. Após compreender de onde partimos, diversas questões são suscitadas de maneira a estimular e acompanhar o processo de execução das propostas:

- a) Para que queremos avaliar o nosso processo de intervenção?
- b) Está havendo fortalecimento do grupo? De que tipo? Quais são as evidências?
- c) Como está se dando o processo de engajamento dos interessados?
- d) Como o grupo percebe a sua participação e o alcance das suas iniciativas no sentido de transformação do seu cotidiano?
- e) Que mudanças podem ser elencadas no decorrer do processo?

Com as perguntas feitas, busca-se recuperar todo o processo vivido e aí se tenta responder às questões iniciais. Reportando-nos à nossa experiência no agreste pernambucano, pudemos registrar que, de acordo com os integrantes do projeto, a avaliação promove o aprimoramento das ações e a reflexão da “forma de fazer”, além de permitir a comparação do que se conseguiu com o que se pretendia, enfatizando a necessidade de planejamentos claros e participativos.

Dessa maneira, a reflexão de fundo na sistematização de um processo de monitoramento tem relação com o processo evolutivo das concepções e dos conhecimentos dos participantes sobre seu fortalecimento, bem como com os pontos convergentes e divergentes de interesses, desejos, objetivos e conteúdos dos parceiros.

Seguir, sistematicamente, o processo avaliativo participativo e de empoderamento em promoção da saúde demanda dedicação, coragem para rever os próprios valores, tanto da equipe avaliadora como dos participantes, conhecimento, registro e análise do contexto local e das intercorrências, além de vontade de transformar.

Assim, é essencial que, além de considerar a efetividade das ações desenvolvidas localmente, a aceitabilidade da avaliação por todos os envolvidos, a garantia da equidade na condução do processo e a conveniência da avaliação devem ser arduamente perseguidas num processo participativo que pretende desenvolver capacidades e promover empoderamento. A aceitabilidade implica um olhar sensível cotidiano e, por isso, é considerada inovadora no processo avaliativo e fundamental para o sucesso de uma proposta participativa.

Para que o processo avaliativo possa, de fato, promover empoderamento ele tem que discutir os resultados da avaliação com a comunidade. Se não cumprir essa etapa, não terá desenvolvido capacidades nem promovido empoderamento. Por isso, essa é uma etapa vital na avaliação participativa em promoção da saúde, da forma como a concebemos neste texto, pois avaliar não é uma atividade que deva ser realizada e mantida guardada para um número seletivo de pessoas. O uso dos resultados da avaliação de forma apropriada significa:

- tornar as partes interessadas cientes dos procedimentos e descobertas da avaliação
- considerar as descobertas nas decisões ou ações relacionadas ao programa
- garantir que aqueles que participam da avaliação a considerem benéfica³⁴.

Apesar de sabermos que os resultados das avaliações devem ser usados, é comum que os mesmos não sejam aproveitados completamente na tomada de decisões e ações subsequentes. Os participantes da avaliação devem fazer um esforço deliberado para promover o uso das descobertas da avaliação. Eles também têm a responsabilidade de impedir o mau uso das descobertas, tanto no decorrer do processo como nos seus resultados. Para que sejam bem comunicados, disseminados e utilizados, é preciso que haja credibilidade do avaliador, divulgação correta das descobertas, esclarecimento dos relatórios, oportunidade e imparcialidade, além de concretização de alterações no contexto do programa ou da organização. A garantia do uso exige a preparação de uma estratégia de comunicação de resultados desde os primeiros estágios da avaliação.

O próprio processo de se executar uma avaliação é importante. Quando as pessoas são expostas à lógica, ao bom-senso e aos valores que guiam a avaliação, seu pensamento e seu comportamento podem mudar profundamente. A participação em uma avaliação pode encorajar as partes interessadas a basearem as decisões em julgamentos sistêmicos, em vez de em afirmações parciais; estimular as partes interessadas a esclarecerem sua compreensão das metas do programa, desse modo melhorando sua capacidade de funcionar como uma equipe; e ajudar as partes interessadas a esclarecerem o que é realmente importante através do processo de definição de indicadores.

Segundo o Centro de Ações Comunitárias Avançadas em Saúde Pública – CBPH (2000),³⁵ quatro elementos são importantes na certificação de que os achados de uma avaliação são usados:



o processo avaliativo participativo e de empoderamento em promoção da saúde demanda dedicação, coragem para rever os próprios valores, tanto da equipe avaliadora como dos participantes, conhecimento, registro e análise do contexto local e das intercorrências, além de vontade de transformar.

Transparência, coerência, coragem de rever valores, persistência e partilha são os ingredientes que propomos e que utilizamos num processo em que pessoas avaliam as próprias ações, a dos gestores locais, a das equipes técnicas e tentam transformar o seu cotidiano de maneira mais “empoderada” e mais confiante nas habilidades e capacidades desenvolvidas ao longo do processo coletivo.

- a) **Preparação** – etapas realizadas visando se preparar literalmente para usar depois os achados da avaliação.
- b) **Partilha** – comunicação que ocorre entre todas as pessoas envolvidas na avaliação. Deve acontecer em todos os estágios do processo de avaliação. A partilha propicia a criação de um clima de confiança entre as partes interessadas. Deve-se delegar a função de promover a partilha a um responsável que se encarregará da atividade durante todo o processo.
- c) **Acompanhamento** – suporte de que muitos usuários precisam *por todo* o processo de avaliação. Essa etapa, em particular, refere-se ao suporte que é necessário *após* os usuários receberem os resultados da avaliação e começarem a atingir e justificar suas conclusões.
- d) **Disseminação** – processo de comunicação dos processos de avaliação ou lições aprendidas ao público relevante em uma maneira tempestiva, imparcial e consistente. Independentemente de como as comunicações sejam estruturadas, o objetivo da disseminação é atingir a divulgação completa e o relato imparcial.³⁶

Transparência, coerência, coragem de rever valores, persistência e partilha são os ingredientes que propomos e que utilizamos num processo em que pessoas avaliam as próprias ações, a dos gestores locais, a das equipes técnicas e tentam transformar o seu cotidiano de maneira mais “empoderada” e mais confiante nas habilidades e capacidades desenvolvidas ao longo do processo coletivo.

NOTAS:

- ¹ TANAKA, Oswaldo Yoshimi; MELO, Cristina. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em Saúde. **Interface – Comunic, Saúde, Educ, Botucatu (SP)**, v. 7, ago, p.113-118. 2000.
- ² SILVA, Rogério Renato; BRANDÃO, Daniel. **Os quatro elementos da avaliação**. São Paulo: Instituto Fonte, 2003. p. 3. Disponível em: <<http://www.fonte.org.br>> Acesso em 02, ago. 2008.
- ³ SILVA, Rogério Renato; BRANDÃO, Daniel. (2008) **op. cit.**; BRANDAO, Daniel, SILVA, Rogério Renato; PALOS, Cássia Maria. Da construção de capacidade avaliatória em iniciativas sociais: algumas reflexões. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 48, p.361-373. 2005.
- ⁴ DE SALAZAR, Ligia. Feasibility for health promotion under various decision-making contexts. In: McQUEEN, David; JONES, Catherine. **Global perspectives on health promotion effectiveness**. New York: Springer, 2007. p.353-365.
- ⁵ Trecho da carta escrita pelos membros do Grupo Técnico em Promoção da Saúde ao Exmo. Sr. Ministro da Saúde, Dr. Saraiva Felipe, em julho de 2005, durante Oficina no Congresso de Ciências Sociais da ABRASCO, em Florianópolis.
- ⁶ DE SALAZAR, Ligia. (2007) **op. cit.**
- ⁷ ROSSI, P.H.; FREEMAN, H.E.; LIPSEY, M.W. **Evaluation: a systematic approach**. London-New Delhi: Thousand Oaks, Sage Publications, 2004.
- ⁸ AKERMAN, Marco; MENDES, Rosilda; BÓGUS, Claudia. Avaliação participativa em promoção da saúde: reflexões teórico-metodológicas. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. A. (Org.) **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2006; PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Participatory evaluation of healthy municipalities: a practical resource kit for action**. Washington: PAHO, 2004.
- ⁹ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Guia de evaluación participativa para municipios y comunidades saludables**. Lima: Pan American Health Organization, 2006.
- ¹⁰ POLAND, Blake; FROHLICH, Katherine; CARGO, Margaret. Context as a fundamental dimension of health promotion program evaluation. In: POTVIN, Louise, McQUEEN, David. (Eds.) **Health Promotion evaluation practices in the Americas**. Washington: Springer, 2008.
- ¹¹ SILVA, Rogério Renato; BRANDÃO, Daniel. **Os quatro elementos da avaliação**. São Paulo: Instituto Fonte, 2003. p. 3. Disponível em: <<http://www.fonte.org.br>> Acesso em 02, ago. 2008.
- ¹² RIDDE, Valéry; DELORMIER, Treena; GOUDREAU, Ghislaine. Evaluation of empowerment and effectiveness: universal concept? In: McQUEEN, David; JONES, Catherine. **Global perspectives on health promotion effectiveness**. Nova Iorque: Springer, 2007. p.385-399.
- ¹³ OAKLEY, P.; CLAYTON, A. **Monitoramento e avaliação de empoderamento**. São Paulo: Instituto Pólis. 2003. 98p.
- ¹⁴ FRIEDMAN, 1992. **Apud** OAKLEY, P.; CLAYTON, A. (2003) **op. cit.**
- ¹⁵ CRAIG; MAYO, 1995. **Apud** OAKLEY, P.; CLAYTON, A. (2003) **op. cit.**
- ¹⁶ VAN DER EIKEN, 1990. **Apud** OAKLEY, P.; CLAYTON, A. (2003) **op. cit.**
- ¹⁷ RIDDE, Valéry; DELORMIER, Treena; GOUDREAU, Ghislaine (2007)

op. cit.

- ¹⁸ POTVIN, L., HADDAD, S.; FROHLICH, K. L. Beyond process and outcomes evaluation: a comprehensive approach for evaluating health promotion programs. In: ROOTMAN, I.; GOODSTADT, M.; HYNDMAN, B. et al. (Eds) **Evaluation in health promotion: principles and perspectives**. Copenhagen: World Health Organization, 2001; BRANDAO, Daniel; SILVA, Rogério Renato; PALOS, Cássia Maria. (2005) **op. cit.**
- ¹⁹ GAETANI, F. **Desafios à gestão na cooperação internacional**. Brasília: PNUD. 2005.
- ²⁰ BRANDAO, Daniel; SILVA, Rogério Renato; PALOS, Cássia Maria. (2005) **op. cit.**, p.1
- ²¹ **Id. ibid.**
- ²² FRANCO DE SÁ, R.; YUASA, M.; VIANA, V. P (Orgs.). **Municípios saudáveis no Nordeste do Brasil: conceitos, metodologia e relações institucionais**. Recife: Ed. Universitária da UFPE. 2006. 144 p.
- ²³ MELO FILHO, D. A.; FRANCO DE SÁ, R.; CHUMA, J. **Avaliação do capital social nas áreas de atuação do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil**. 2. ed. Recife : Ed. Bagaço. 2007. 180p.
- ²⁴ BLOOM, A.D. **L'âme desarmée: essai sur le déclin de la culture générale**. Paris : Julliard. 1987.
- ²⁵ LELEUX, C. **Repenser l'éducation civique**. Paris: Les éditions du cerf. 1997.
- ²⁶ **Id. ibid.**
- ²⁷ HABERMAS, J. **Morale et communication: conscience morale et activité communicationnel**. Paris: Les éditions du cerf. 1983.
- ²⁸ LELEUX, C. (1997). **op. cit.**
- ²⁹ FRANCO DE SÁ, R.; YUASA, M.; VIANA, V. P (Orgs.). (2008) **op. cit.**
- ³⁰ MELO FILHO, D. A.; FRANCO DE SÁ, R.; CHUMA, J. (2007) **op. cit.**
- ³¹ Registramos aqui que acreditamos em quadros que são mutáveis de acordo com novas contingências. Portanto, ter um “marco zero” não significa que o processo de empoderamento seguirá sempre de forma crescente. Os membros dos grupos mudam; os contextos locais também são dinâmicos. De fato, é preciso acompanhar e analisar constantemente a dinâmica local.
- ³² FRANCO DE SÁ, R.; YUASA, M.; VIANA, V. P (Orgs.). (2008) **op. cit.**
- ³³ HOLLYDAY, O.J. **Para sistematizar experiências**. João Pessoa: Editora Universitária UFPB. 1996.
- ³⁴ FRANCO DE SÁ, R.; MOYSÉS, S. Compartilhando e comunicando os achados da avaliação. Avaliação em Promoção da Saúde. In: UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. CEAD. **Capacitação de gestores e profissionais do SUS em promoção da saúde: curso de extensão na modalidade A Distância**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Módulo 4. No prelo.
- ³⁵ CENTER FOR THE ADVANCEMENT OF COMMUNITY BASED PUBLIC HEALTH. **Uma estrutura de avaliação para os programas de saúde da comunidade**. Carolina do Norte: CBPH , 2000.
- ³⁶ **Id. ibid.**

ABSTRACT

Ronice Franco de Sá; Simone Tetu Moysés. **The health promotion evaluation process as an empowering and capacity-building strategy.**

The text discusses the participatory evaluation process as a collective action strategy to develop capacities in the health promotion area. It briefly defines the concepts of health promotion evaluation, context analysis, empowerment and capacity building, as a way of making the reader to understand the process of evaluating and systematizing experiences. It utilizes a concrete experience as reference for its assertions. The adopted approach allows to raise several questionable matters regarding the health promotion evaluation process as an instrument for social change.

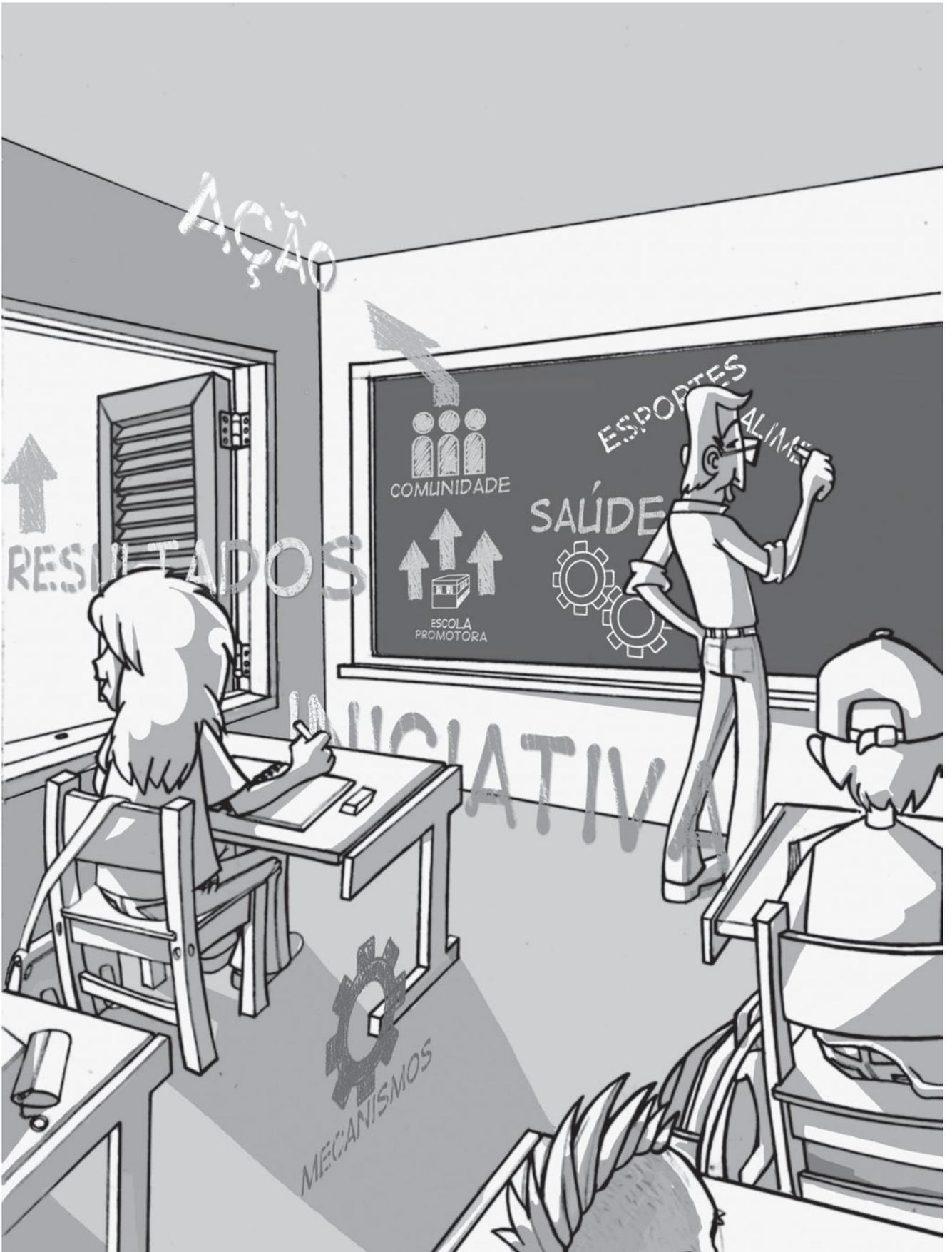
Keywords: *Participatory evaluation; Health promotion; Empowerment; Context analysis; Capacity building.*

RESUMEN

Ronice Franco de Sá; Simone Tetu Moysés. **El proceso de evaluación en la promoción de la salud como estrategia de empoderamiento y de desarrollo de capacidades.**

Presenta el proceso de evaluación participativo como estrategia de acción colectiva para el desarrollo de capacidades en el campo de la promoción de la salud. Conceptúa, en forma breve la evaluación de promoción de la salud, análisis de contexto, empoderamiento y desarrollo de capacidades, con la finalidad de proveer las bases para la comprensión del lector del proceso de evaluación y de sistematización de experiencias. Utiliza una experiencia concreta como referencia para las afirmaciones. El enfoque adoptado permite que se planteen varios cuestionamientos sobre el proceso de evaluación de promoción de la salud como instrumento de transformación social.

Palabras clave: *Evaluación Participativa; Promoción de la Salud; Empoderamiento; Análisis de Contexto; Desarrollo de Capacidades.*



CONTRIBUIÇÕES DA AVALIAÇÃO NA IDENTIFICAÇÃO DE EFETIVIDADE DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESCOLA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

*Carlos dos Santos Silva**
*Avamar Filgueira Pantoja***

Resumo

Ao considerar a escola como espaço privilegiado de irradiação de iniciativas de desenvolvimento comunitário e colaboração intersetorial, os autores discutem, a partir da experiência do município do Rio de Janeiro, em que medida os referenciais da Estratégia de Escolas Promotoras de Saúde consolidam a promoção da saúde na escola e superam modelos biomédicos de saúde escolar. A metodologia utilizada foi a descrição dos principais processos e efeitos do desenvolvimento de dez anos dessa estratégia nesse município e os resultados positivos e negativos de avaliação de sua implementação na fase de projeto-piloto e, mais recentemente, de oficinas regionais de saúde na escola. Este artigo pretende contribuir com o debate sobre a identificação dos espaços, processos e mecanismos de avaliação e da efetividade das práticas implementadas de promoção de saúde na escola.

Palavras-chave: Escola promotora de saúde; Saúde; Escola; Promoção da Saúde; Avaliação; Educação.

1. INTRODUÇÃO – A ESCOLA COMO CENÁRIO PRIVILEGIADO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Questões da saúde podem ser problematizadas no cotidiano de diferentes espaços sociais e de maneiras distintas. Surgem nas diversas representações, nas relações sociais, expressando preocupações com melhores condições de saúde e qualidade de vida. (MELO, 1987; VALLA; HOLLANDA, 1989)¹.

As escolas do sistema público de ensino fundamental têm representado um locus importante para diversas práticas e vivências em saúde presentes nas inter-relações dos sujeitos nesse espaço e território. Diversos fatores determinantes das condições de saúde e doença podem ser problematizados e analisados no espaço da comunidade escolar. Por outra perspectiva, a escola enquanto instituição se define pela sua função de ensino, na qual a saúde aparece como um tema recorrente de aprendiza-

gem. Nesse sentido, é muito antiga e muito disseminada a ideia de se instituir ações e intervenções para enfrentamento das condições de saúde a partir da escola. A justificativa vem da necessidade de controle do adoecimento e das enfermidades, da importância de monitorar e minimizar situações de risco. Recentemente, a justificativa vem da percepção da escola como espaço relevante para construção de cenários mais favoráveis à vida com qualidade, ganhando força e reconhecimento a partir dos princípios e do debate internacional sobre promoção da saúde (BUSS, 2005)².

No desenvolvimento histórico da saúde escolar, observa-se que diferentes propostas e modelos de programas de saúde na escola reforçam a lógica do paradigma biomédico de atenção à saúde como crítica SILVA, 1999³. A consolidação de ações de saúde na escola numa perspectiva intersetorial parece estar mais próxima quando os referenciais dessas propostas se fundamentam no paradigma da promoção da saúde. É preciso que o setor Saúde reconheça, entretanto, que não pode se manter isolado e que a ação colaborativa com outros setores, em particular com o setor Educação, é fundamental para ações locais mais sustentáveis (OMS, 1997)⁴. O processo de mudança de referenciais tem suscitado debates e inúmeras reflexões de profissionais e estudiosos no campo da gestão e da formação, na tentativa de dimensionar e avaliar a efetividade das ações da promoção da saúde, inclusive no espaço da escola.

O segundo Seminário Brasileiro de Efetividade da Promoção da Saúde (SBEPS, 2, 2008)⁵ incluiu em suas atividades científi-

* Mestre em Pediatria pela Universidade Federal Fluminense. Doutorando em saúde pública da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP-FIOCRUZ). Pediatra, coordenador de saúde escolar da Superintendência de Promoção da Saúde da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. E-mail: carlossilva@alternex.com.br ou carlossilva@ensp.fiocruz.br

**Pedagoga formada em Gestão Escolar e Pedagogia Empresarial pela Universidade Estácio de Sá; Ex-diretora da Escola Municipal Alexandre de Gusmão, Diretora do Centro de Ópera Popular de Acari e da Casa de Leitura. E-mail: avapantoja@yahoo.com.br

cas o debate e a revisão de práticas e intervenções de saúde na escola que representassem mudanças e transformações sociais nas quais a participação social, o empoderamento, a autonomia e a intersectorialidade tivessem papéis de destaque na promoção da saúde em diferentes *settings*, em particular o da Escola, como *locus* privilegiado para a irradiação de iniciativas de desenvolvimento comunitário.

Este artigo pretende contribuir com o debate sobre abordagens avaliativas com foco na efetividade das ações de promoção da saúde na escola, tomando por base os dez anos de implantação e desenvolvimento da Estratégia de Escolas Promotoras de Saúde no município do Rio de Janeiro, no desafio de identificar as práticas que são implementadas e os referenciais teóricos que as subsidiavam.

No cenário internacional, a Organização Pan-americana de Saúde cria em 1996 a Iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde (OPAS/OMS, 1996). Essa Iniciativa propunha que seus países-membros, principalmente das Américas, revisassem seus programas de saúde na escola e constituíssem uma Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde (RLEPS)⁶. Alguns avanços e dificuldades puderam ser registrados, nas quatro reuniões internacionais da chamada RLEPS, de 1996 a 2004. Essas agências, após uma sequência de reuniões em parceria com as do setor Educação, voltam-se para a necessidade de identificar experiências bem-sucedidas de boas práticas de promoção da saúde na escola, no continente das Américas e Europa. Assim, realizaram o Concurso Ibero-americano de Boas Práticas em Promoção da Saúde no Âmbito da Escola, que está em sua 2ª edição em 2009⁷. Doze experiências vitoriosas da 1ª edição (2007), nas quais há uma experiência brasileira, do município do Rio de Janeiro⁸, foram convidadas pela OPAS para uma reunião na Nicarágua, em agosto de 2007⁹, com a perspectiva de trocar experiências e *expertise* entre elas, seus atores locais e técnicos e especialistas na tentativa de juntar insumos para examinar e analisar os principais processos e contextos de sua implantação e implementação. O relatório do Education Development Center (EDC) e OPAS (MERESMAN, S. (Org) 2007)¹⁰, além de tomar por base



é preciso registrar a riqueza de experiências brasileiras desenvolvidas em diferentes regiões do país voltadas para a saúde na escola com base nas características e especificidades territoriais, culturais e sociais que valorizam os interesses e desejos das comunidades e atores envolvidos



outros eventos, considera os resultados da reunião da Nicarágua visando apontar mecanismos e processos que identificam uma Escola Promotora de Saúde e fatores que são determinantes de um processo de implementação bem-sucedido.

No Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006)¹¹, a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006)¹² e o Programa Nacional de Saúde na Escola (PSE), instituído por decreto presidencial¹³ em 2007, como resultado do trabalho integrado entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação, criam cenário favorável ao debate sobre a perspectiva de uma política nacional de saúde na escola. Além dessa legislação nacional é preciso registrar a riqueza de experiências brasileiras desenvolvidas em diferentes regiões do país voltadas para a saúde na escola com base nas características e especificidades territoriais, culturais e sociais que valorizam os interesses e desejos das comunidades e atores envolvidos, como as experiências no Rio de Janeiro/RJ, Embu/SP, Maceió/AL, Curitiba/PR e Palmas/TO (BRASIL, 2007).¹⁴

Estudos posteriores sobre a implantação do Programa de Saúde na Escola, definido pelos Ministérios da Saúde e da Educação,¹⁵ poderão trazer análise sobre as contribuições positivas ou negativas sobre o impacto da promoção da saúde na escola no âmbito municipal, sob o efeito de uma proposta vertical. Ainda que essa proposta não se identifique com a de Escolas Promotoras de Saúde, ela possui forte componente assistencialista e se apresenta como proposta vertical aos municípios que, por força de recursos e de algumas condições preestabelecidas, aderiram ao PSE e seguem em sua implantação/implementação. Em relação aos referenciais de Escolas Promotoras de Saúde, vale registrar que no âmbito do Ministério da Saúde apenas a Política Nacional de Promoção da Saúde é que faz referência oficial; entretanto, enfatiza em seu texto apenas os componentes de alimentação, prática de atividade física e prevenção ao tabaco e outras drogas.

Passados vinte anos de dois importantes marcos da promoção da saúde, a Conferência de Otawa (1986)¹⁶ e a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986)¹⁷, é importante considerar outro marco pela luta de mudança do modelo biomédico para o da promoção da saúde: a implantação da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) (2005-2008)¹⁸. Essa Comissão aquece o debate com a perspectiva de melhorar a qualidade de vida das pessoas, ao propor a reversão de fatores sociais que são determinantes das suas condições de saúde e das comunidades e/ou instituições em que elas convivem. Questiona os processos sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais que podem influenciar a ocorrência de problemas de saúde e a qualidade de vida da comunidade escolar. Mudanças na escola, para que ela se constitua como cenário favorável à saúde, podem exigir práticas que surjam a partir dos compromissos apontados pela CNDSS¹⁹ para a promoção da saúde, como: (a) ações educativas em saúde na comunidade escolar a partir do projeto político pedagógico da escola, (b) práticas que estimulem a reflexão e a constituição de conhecimentos e a autonomia dos cidadãos; (c) implementação de ações a partir dos referenciais de Paulo Freire, nos quais se valorizam a participação e a mobilização social; e (d) investimento no apoio, monitoramento e avaliação de políticas públicas que combatam as desigualdades socialmente determinadas.

Nesse sentido, as atividades de discussões temáticas sobre a promoção da saúde no cenário da escola durante o II SBEPs²⁰ foram pautadas na busca por identificação da efetividade dessas práticas com ênfase na avaliação. Algumas experiências selecionadas trouxeram, então, contribuições ao debate ao apresentarem seus desenhos, propostas e modelos para o grupo de profissionais presentes, como gestores, formuladores de políticas, da academia e pesquisadores, entre outros interessados na investigação das diversas dimensões da efetividade de práticas instituídas na escola como ações sociais que pretendam enfrentar a iniquidade e as desigualdades sociais.

2. A EXPERIÊNCIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESCOLA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Representantes da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro apresentaram breve análise do desenvolvimento da Estratégia de Escolas Promotoras de Saúde (EEPS) no município do Rio de Janeiro, no período de 2000 a 2006, tendo como referencial a concepção de programas de promoção da saúde como sistemas complexos de ação social. Potvin, Gendron S. e Bilodeau (2006)²¹ compreendem tais programas a partir de processos de mudança, tanto dos seus elementos constituintes – estrutura, finalidades, atividades e recursos – como a partir da sua interação com o contexto. Pressupõe-se identificar redes sociotécnicas, ou seja, diferentes conexões que se estabelecem entre os mais diversos atores envolvidos e interesses que tornam possível o desenvolvimento dos programas, suas controvérsias e ações que geraram diferentes graus de envolvimento e mobilização de diferentes atores ao longo do tempo.

Na descrição da evolução do programa de saúde na escola foram considerados seus principais componentes, com destaque para implantação e sua avaliação, formação de multiplicadores, de gestores e de outras lideranças e a descentralização da gestão. A expectativa era de que ao longo da análise fosse possível delimitar os rumos dos processos e os resultados gerados pelo modelo de construção participativa, descentralizada e autônoma, de modo a desenhar e diferenciar os percursos para alcançar seus objetivos como um programa de promoção da saúde (Buss, 2000²²; Hartz, 1999²³). A referência conceitual para esta análise vem da perspectiva da avaliação em programas de promoção da saúde (Rootman et al., 2001²⁴; Potvin, Gendron; Bilodeau, 2006)²⁵. Com a perspectiva de mostrar acertos e contradições do modelo e, quando possível, algumas evidências da sua efetividade, pretendeu-se, também, discutir se esse tipo de abordagem marca avanços em relação aos tradicionais modelos de programas de saúde escolar que se baseiam no viés médico-assistencialista. Isto é, se os mecanismos colocados em prática foram capazes de contemplar os objetivos previstos (Hartz, 2000)²⁶ tendo em vista o diálogo, a cooperação e a agenda comum (Bodstein, et al. 2004)²⁷ para uma pactuação de interesses em prol da promoção da saúde na escola.

A implantação/implementação de um programa de saúde na escola no município do Rio de Janeiro precisa ser compreendida no bojo do contexto da cidade, que é uma metrópole de referência como pólo cultural, político e científico do Brasil,



marcada pela diversidade sociocultural e por contrastes econômicos das grandes metrópoles. Tem cerca de seis milhões de habitantes, entre os quais quase dois milhões são de crianças e adolescentes na faixa etária de 0 e 19 anos (IPP-2005)²⁸. Está dividida em dez áreas geográficas que constituem as áreas programáticas de saúde, como distritos sanitários. Cada uma delas tem suas especificidades e características próprias, que demarcam a grande diversidade da cidade. Distintas entre si quanto à oferta de serviços e de equipamentos sociais, são também diferentes na concentração urbana e na extensão de atendimento por políticas públicas formatadas para a cidade, como as de habitação, transporte, cultura, lazer, renda, educação e saúde, entre outras. O município se constitui, ainda, por moradores de uma cidade formal com acesso a serviços e infraestrutura, e outra informal, por favelas e áreas desfavorecidas, sem esses equipamentos e suportes sociais. Nessa sua complexidade, pela diversidade interna e pela estratificação social, evidencia áreas de extrema miséria que convivem com outras em ótimas condições sociais. É uma cidade que necessita, portanto, de políticas sociais que respondam a, ou ao menos minimizem, situações de risco social, diversas formas de manifestações da violência, desigualdades sociais e econômicas, iniquidades e exclusão social.

Para formulação das políticas municipais de Educação e de Saúde, a cidade conta com um equipamento e uma estrutura de serviços que compõem, respectivamente, as redes municipais de educação e de saúde, objetos importantes na implementação dessas políticas na cidade. E, no campo da saúde na escola, tem-se a expectativa de uma gestão com base na colaboração intersetorial.

A rede pública de ensino municipal, com grande número de escolas, sendo considerada a maior da América Latina, conta com 1.058 escolas e 245 creches, 744.858 alunos matriculados da educação infantil a 8ª série do ensino fundamental e aproximadamente 35.648 professores (SME-2007)²⁹. Conforme descrição do perfil da cidade, cada escola abrange atividades com comunidades em diferentes condições e distintas realidades sociais, e contextos históricos, culturais, econômicos, políticos

e ambientais próprios de cada região. Estima-se que 98% de crianças e adolescentes em idade escolar na cidade estejam matriculados na rede pública municipal de ensino. Se essa diversidade de contextos também se expressa para os serviços de saúde, a rede municipal de saúde tem capilaridade bem menor em relação à da educação. A Secretaria Municipal de Saúde tem gestão plena dos serviços de saúde da cidade, e sua rede conta com 116 unidades básicas, 25 hospitais, 212 equipes de saúde da família e cerca de 2000 agentes comunitários de saúde (SMS/RJ, 2007)³⁰. O programa de agentes comunitários de saúde e o programa de saúde da família se apresentam nos últimos anos como estratégia de revisão do modelo de atenção básica à saúde, e atuam diretamente com a comunidade. Eles hoje (SMS/RJ, 2007)³¹ correspondem à cobertura estimada de cerca de 10% a 15% da população municipal como um todo, com prioridade para as áreas da cidade com maior vulnerabilidade social.

3. ANTECEDENTES DE SAÚDE NA ESCOLA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

A Gerência do Programa de Saúde Escolar, criada na década de 90 (SMS/RJ, 1992),³² formulou diretrizes para ações de saúde na escola no Município do Rio de Janeiro (SILVA, 1999)³³ que propunham integração intersetorial e descentralização das suas atividades com grupos de trabalho regionais e locais, tendo três eixos básicos: educação e saúde; desenvolvimento e aprendizagem; e participação popular.

A implantação do Programa fundamentou-se no referencial de Macrofunção de Políticas Sociais com a qual a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro propunha integrar e articular o trabalho e a ação/intervenção de seus órgãos e gestores da área social, afinados na condução das políticas públicas, particularmente as de saúde, educação e desenvolvimento social.

Em 1999, com o Projeto Nessa Escola Eu Fico (SILVA; ROCHA; SOARES, 1999)³⁴, a ação de saúde na escola enfatizava a autoestima e a ação protagonista de crianças e adolescentes, com desenvolvimento de atividades complementares na escola e criação de entorno social e ambientes saudáveis. Seu objetivo era favorecer o desenvolvimento e a aprendizagem desse público nas diferentes linguagens e atividades artísticas, esportivas e culturais, dentro do contexto histórico e social da comunidade. Esse Projeto abrangeu 19 escolas de horário integral e cerca de 11.000 alunos. Ao aumentar o tempo de permanência da criança e do adolescente na escola, investia na melhoria da qualidade dessa escola e estimulava, na comunidade escolar, a capacidade de pensar, atuar e de tomar decisões.

Em seguida, os referenciais da Iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde (OPAS, 1996)³⁵ foram introduzidos nas atividades do programa de saúde escolar no Município do Rio de Janeiro (SMS, 2000),³⁶ através de um Projeto-Piloto, como proposta dos gestores da saúde, com o objetivo de fortalecer a implementação de ações de promoção da saúde na rede pública municipal de educação (SILVA, 2002)³⁷. A OPAS/OMS editou um Guia sobre Escolas Promotoras de Saúde (OPAS, 1996)³⁸ que revisava o conceito de saúde no âmbito escolar, valorizando sua perspectiva integral e

O programa de agentes comunitários de saúde e o programa de saúde da família se apresentam nos últimos anos como estratégia de revisão do modelo de atenção básica à saúde, e atuam diretamente com a comunidade.

a promoção da saúde que seria fortalecida através da integração da educação para a saúde no currículo escolar, de metodologia participativa, da melhora dos serviços de saúde e de alimentação e com a criação de ambientes físicos e sociais saudáveis. Além de citar componentes organizativos de uma Escola Promotora de Saúde, listava uma variedade de temas de saúde a serem abordados de forma integral pela escola, destacava a importância de diagnóstico da situação de saúde do entorno da escola e propunha a criação da Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde, desenhando sua estrutura de funcionamento para garantia da revisão dos programas de saúde escolar nos países da América Latina. Entretanto, a implantação de Escolas Promotoras de Saúde no município do Rio de Janeiro levava em conta a tradução desses referenciais de EPS no contexto e nas especificidades da cidade. Nesse sentido, redefiniam-se Escola Promotora de Saúde como uma iniciativa que pressupunha um compromisso que a escola, a comunidade e os serviços de saúde teriam de estabelecer parcerias e otimizar os recursos locais. Pretendia, portanto, promover alianças entre esses setores e instituições com ação integradora e articuladora para o desenvolvimento de práticas de promoção da saúde englobando conhecimentos, habilidades para a vida, tomada de decisões, atitudes saudáveis e construção de ambientes favoráveis à saúde.³⁹

O projeto-piloto de implantação dessa Iniciativa contou com plano de avaliação desenvolvido por equipe da Faculdade de Educação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, portanto, externa ao programa e às Secretarias Municipais de Educação e de Saúde. Com instrumentos de coleta de dados, como questionários estruturados e semiestruturados, foram realizadas visitas às escolas, levantamentos diagnósticos das condições físicas das escolas e entrevistas com os diferentes atores e usuários do programa. Os relatórios de avaliação foram importantes para orientar os gestores na condução das atividades e na análise de resultados. A avaliação apontou erros e possibilidades de correção e redirecionamento dos rumos do programa, como, por exemplo: pretender ação intersetorial entre escolas e serviços de saúde com equipes externas aos serviços nos dois setores; desconsiderar a diversidade e as especificidades de cada escola

envolvida na distribuição de kits e ferramentas de apoio pedagógico; não abrir a porta de entrada dos serviços de saúde para as demandas levantadas de saúde ocular e auditiva, entre outras. Ao final de 18 meses, estiveram envolvidos cerca de 120 escolas e 119.000 alunos da rede pública municipal de educação.

Nesse período, foram desenvolvidas atividades preventivas e assistenciais de saúde bucal, saúde ocular e saúde auditiva, além de oficinas, temáticas ou não, que previram priorizar práticas educativas participativas. A observação dessas atividades mostrou forte componente informativo, o que impôs passividade aos sujeitos envolvidos, limitando-os ao papel de objetos do programa, mais do que de sujeitos da ação.

A fragilidade do modelo do projeto-piloto, vertical e centralizado, foi vista como uma decorrência da não inclusão de atores do setor Educação desde seu planejamento e, em quase todos os processos, as decisões foram dadas prioritariamente pela Saúde. Apesar de pretender ação intersetorial, que segundo Junqueira (2004)⁴⁰ transcende um único setor social e representa a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações compartilhadas para gerar impacto na qualidade de vida, o modelo não promoveu diálogo e mobilização suficientes e efetivos entre os dois setores para gerar práticas mais sustentáveis. A avaliação sinalizou que, embora as escolas e seus representantes locais considerassem importante o desenvolvimento do projeto em suas comunidades e apreciassem a presença de profissionais de saúde para atender antigas demandas, como saúde bucal, ocular e auditiva, era necessário que as atividades atendessem, também, às expectativas e respeitassem a disponibilidade e as possibilidades da própria escola. Talvez por esse motivo as entrevistas com usuários e membros das comunidades envolvidas apontassem satisfação com o projeto, na medida em que as equipes de saúde permaneciam na escola.

Os resultados da avaliação orientaram mudanças necessárias à implementação da estratégia de Escolas Promotoras de Saúde no município do Rio de Janeiro e seu percurso no período subsequente. Assim, a partir de 2002 foram redefinidos os objetivos dessa estratégia municipal, em que o objetivo principal era o de consolidar ação intersetorial que reconstruísse e ressignificasse a relação dos serviços de saúde com a comunidade escolar. Seus objetivos mais específicos eram, então: propor práticas educativas que valorizem a participação dos sujeitos e da coletividade; construir ambientes mais favoráveis à saúde, que melhorem as relações interpessoais e a convivência mais solidária na comunidade escolar; e ampliar e qualificar a atenção integral à saúde da comunidade escolar pelas próprias equipes e serviços de saúde, com prioridade particular da estratégia de Saúde da Família. Ressignificavam-se, dessa maneira, na perspectiva municipal, os princípios práticos para que uma escola fosse promotora da saúde.

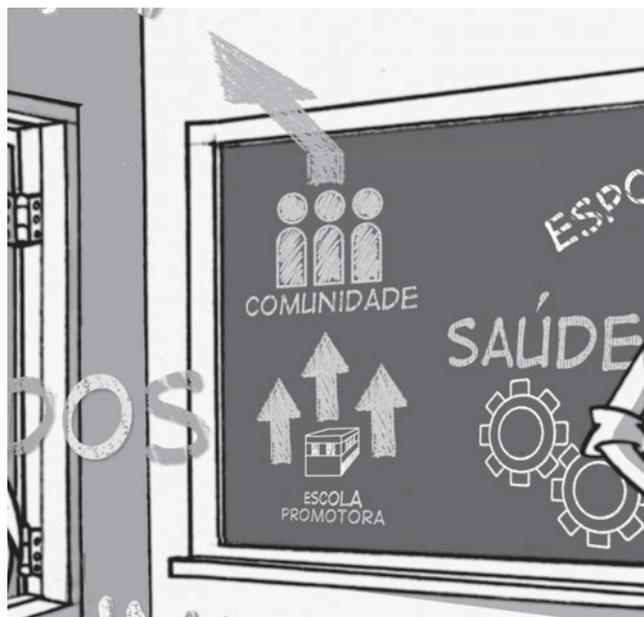
A experiência acumulada nesses percursos e mudanças de contextos que reorientavam a implantação/implementação da Estratégia de Escolas Promotoras de Saúde possibilita, hoje, destacar algumas atividades que foram estratégicas para referendá-la como proposta municipal de saúde na escola. (a) Na área de pesquisas, foi estruturado um sistema de monitoramento de eventos no campo do comportamento (fatores de risco e proteção), e não somente de agravos já instalados: o Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção à Saúde do Escolar no município do

Rio de Janeiro⁴¹, realizando seu primeiro inquérito em 2003 e o segundo em 2007. (b) Na área de descentralização das ações e gestão da estratégia Escola Promotora de Saúde foram criados Núcleos de Saúde Escolar regionais que conjugavam representação das três Secretarias, saúde, educação e assistência social (2003 -2006), que ampliaram a possibilidade de fortalecer a colaboração intersetorial e a própria cobertura das ações do Programa. Estimava-se, nesse período, o envolvimento de 341 escolas na perspectiva de Escolas Promotoras de Saúde (cerca de 30% da rede), das quais 23% estavam em áreas de baixo IDH da cidade. (c) Na área de divulgação e disseminação de lições aprendidas, destaca-se a produção de materiais educativos como a publicação da coletânea de revistas “Promoção da Saúde na Escola” (2005), entre outros. E (d) na área de formação de profissionais com seminários e oficinas locais, destacam-se três seminários anuais com ênfase em metodologia (2002-2004) para atores chaves, em que 109 professores e 22 profissionais de saúde produziram 131 projetos em 83 escolas e 10 unidades de saúde. Seminários descentralizados (2004-2005), sob responsabilidade de gestores regionais de educação e de saúde, imprimiram novos cursos e recursos às ações em 56 escolas e creches e 23 serviços de saúde, envolvendo 120 profissionais.

Entretanto, diversas controvérsias e situações de conflitos geradas no processo de interlocução entre as Secretarias Municipais de Saúde e de Educação, principalmente com técnicos no âmbito central da gestão, mobilizaram atores e gestores que identificaram a necessidade de redesenhar o programa. Apesar de muitas caminhadas das oficinas e seminários, escutava-se de todos os grupos que se mantinha a dificuldade de acesso da comunidade escolar aos serviços de saúde como forte empecilho ao programa de saúde na escola. Registra-se que mudanças de gestão da Cidade, que se estabeleceram ao longo dos anos, decorrentes de períodos eleitorais, contribuíram também para mudança do contexto no qual o Programa se desenvolvia, e se apresentavam como desafio para o entendimento de como e quais eram as novas conexões que se instituíam na rede sociotécnica envolvida. (Potvin; L; Mc Queen 2008).⁴²

Na sequência dos processos que faziam movimentar o programa e como desdobramento da Estratégia de Escolas Promotoras de Saúde, em 2006 e 2007 foi elaborado um Plano





Municipal de Saúde na Escola e na Creche (PMSE)⁴³ para o Rio de Janeiro.

Além do objetivo de consolidar e ampliar ações de saúde na escola e na creche, como a atenção integral à saúde de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde, o PMSE também foi criado com a perspectiva de garantir o acesso da comunidade escolar aos serviços de saúde, prioritariamente pela atenção básica, e com a proposta de integrar o setor Saúde a uma rede de apoio e proteção a crianças e adolescentes da rede pública municipal de ensino. Para consolidá-lo como uma proposta municipal, foram realizadas Oficinas de Saúde na Escola em três áreas programáticas de saúde do município (Grande Méier, Centro e Acari), no período de 2007, em parceria com uma ONG – o Centro de Criação de Imagem Popular (CECIP). Essas Oficinas tiveram por objetivo aprofundar o diálogo entre os setores de Educação e Saúde e de explorar as possibilidades de ações que pudessem fortalecer as práticas participativas de saúde na escola, além de se pretender como um instrumento para reflexão, fortalecimento e consolidação das referências de serviços de saúde à comunidade escolar.

4. EFETIVIDADE DAS OFICINAS DE SAÚDE NA ESCOLA

As oficinas foram construídas com os parceiros regionais e tiveram ênfase na capacitação de gestores regionais e locais, priorizando eixos como intersetorialidade, territorialidade, participação e empoderamento. Elas partiram do pressuposto que representavam espaços de reflexão, diálogo, interação e construção de compromissos para práticas coletivas de promoção da saúde na escola, com valorização dos interesses e das demandas da rede de atores locais.

Para desenhar o modelo de avaliação que pudesse sinalizar evidências da efetividade dessas Oficinas na consolidação do PMSE, foram considerados os produtos das oficinas, como audiovisual e relatórios, depoimentos, entrevistas e observa-

ções das dinâmicas, grupos de trabalho, mobilização de atores-chaves de cada setor, levantamentos diagnósticos e projetos locais propostos.

As questões avaliativas que serviram para nortear o processo avaliativo foram: (1) até que ponto o processo de desenvolvimento das Oficinas facilitou o alcance de seus objetivos, e (2) quais as evidências de impacto das Oficinas na atuação profissional dos participantes. A partir dessas questões foram construídos indicadores de mérito, para apontar a qualidade interna da Oficina, como: coerência entre a metodologia da Oficina e seus objetivos e a dinâmica na sua condução; e indicadores de impacto que apontassem os resultados externos à Oficina, sobre atuação profissional e a repercussão da articulação intersetorial, como: articulação intersetorial, implementação de planos propostos, expectativa de continuidade da articulação e a utilização de métodos participativos.

O processo avaliativo foi dirigido especificamente aos participantes de duas oficinas de Saúde na Escola, realizadas no município do Rio de Janeiro durante o ano de 2007. Em respeito a questões metodológicas, esse processo se caracterizou por dois grupos de respondentes: de Acari (profissionais de saúde da CAP. 3.3. e de educação da 5ª e 6ª CRE) e do Grande Méier (profissionais de educação da 3ª CRE).

A metodologia de avaliação partiu do encontro entre a equipe de avaliação, seus principais solicitantes, os gestores da Secretaria Municipal de Saúde e a equipe do CECIP, que definiram em conjunto o propósito da avaliação e seus pressupostos teórico-metodológicos. Além de explicitarem a intenção e as condições do estudo avaliativo desejado, ofereceram o material informativo necessário produzido quer pela gestão do Programa de Saúde Escolar e seus parceiros da Secretaria Municipal de Educação, quer por seus participantes no decorrer das Oficinas de Saúde na Escola. Outra fonte de consulta para coleta de dados foram os profissionais que haviam participado dessas Oficinas e que compareceram às reuniões propostas. Na seleção de técnicas para a coleta de dados foram construídos dois instrumentos pertinentes: *checklist* e roteiro para grupo focal.

A *checklist* constou de 11 afirmativas relacionadas às Oficinas (anexo 01) e suas repercussões, sobre as quais os participantes individualmente expressaram sua concordância total, parcial ou sua discordância, sempre seguida de uma justificativa para a resposta selecionada. Ao final da *checklist* foi solicitada uma livre opinião sobre a oficina da qual tinham participado. Apesar da identificação do local de origem do profissional, foi garantido o anonimato. O grupo focal constou de 4 questões (anexo 02) apresentadas por um membro da equipe de avaliação, que atuou como líder da discussão sobre cada questão, enquanto outro membro registrava o teor das falas, bem como gestos e expressões. O tempo de duração foi de aproximadamente de duas horas em cada grupo focal.

Com os dados organizados, tratados, analisados e interpretados, a equipe de avaliação apresentou aos gestores solicitantes um relatório parcial sobre alguns resultados preliminares, o qual incluiu apenas as informações provenientes dos grupos focais, de modo a oferecer algum *feedback* para validação dos resultados em tempo de se captar o desenvolvimento do processo e alguns sinais significativos que merecessem consolidação ou reajuste. O

relatório final foi também validado pelos solicitantes e reajustado, bem como a própria avaliação, ou seja, meta-avaliação, que julga a qualidade do processo em termos de utilidade, viabilidade, ética e precisão, “Standards da verdadeira avaliação” de Joint Committee, 1994, *Apud* FIRME, T. P. (2009)⁴⁴.

Antes de relatar os resultados dessas oficinas e de tecer algumas considerações, vale destacar uma das experiências bem-sucedidas de escolas promotoras de saúde no município do Rio de Janeiro, pertencentes a uma das áreas de avaliação das Oficinas de Saúde na Escola. Uma escola da região de Acari, que ao enfrentar a realidade extremamente desfavorável de seu entorno, ressignifica com a própria comunidade novas possibilidades, linguagens e formas de expressão dos diferentes atores e parceiros envolvidos com a construção de ambiente favorável à saúde, a participação, o compromisso com a saúde e com a melhora da qualidade de vida. Portanto, comprometidos em estimular e fortalecer processos de promoção da saúde na escola com a perspectiva de desenvolvimento local sustentável.

Experiência de Escola Municipal na Comunidade de Acari

Não necessariamente implicada com o desenho da oficina de Saúde na Escola na área de Acari, a experiência dessa escola merece o destaque como estudo de caso para identificar a efetividade dos processos que ela construiu para melhorar a capacidade de seus alunos, familiares e a comunidade escolar como um todo. Sua contribuição no II SBEPs foi destacada também com apresentação cultural proporcionada por seus alunos, através do Conjunto de Câmara Acariocamerata.

O desenho e o planejamento da experiência consideraram a realidade de uma comunidade em área de baixo índice de desenvolvimento humano, extremamente desfavorecida de acesso a bens e serviços essenciais, inclusive culturais, e com situação de conflitos ligados ao narcotráfico, que comprometem direitos de cidadania de seus moradores. Nessa perspectiva buscaram investir na melhora da autoestima e na redescoberta de potencialidades dos sujeitos e da comunidade para o exercício de pertencimento e valorização do território para ação transformadora dessa realidade. A partir de 1999, a direção da E. M. 0625024 Alexandre de Gusmão, no cotidiano com seus alunos percebeu que o contexto local, determinado por políticas que efetivamente não priorizavam a melhoria da qualidade de vida, impedia, inclusive, que ações pedagógicas na escola fossem bem-sucedidas ou suficientes para recuperar a perspectiva de vida individual ou coletiva dos alunos.

Com o pressuposto de que a escola pode ser um instrumento transformador, a equipe pedagógica pautou a construção do Projeto Político Pedagógico daquela escola, garantindo a interação e o diálogo com os diversos segmentos da comunidade escolar e que a arte fosse o elemento norteador do processo de resgate de autoestima e cidadania daquela comunidade. A busca de parceiros, malsucedida com os serviços de saúde na área, terminou por atrair instituições de outras áreas, como o Instituto C&A,⁴⁵ para desenhar o Projeto ABC & ARTE, que ofereceu diversas oficinas, como cavaquinho, percussão e violão para 50 crianças da comunidade escolar. Paulatinamente, foram feitas aquisições

• • •

*Uma escola da região de Acari,
que ao enfrentar a realidade
extremamente desfavorável de seu
entorno, ressignifica com a própria
comunidade novas possibilidades,
linguagens e formas de expressão dos
diferentes atores e parceiros envolvidos
com a construção de ambiente
favorável à saúde, a participação, o
compromisso com a saúde e com a
melhora da qualidade de vida.*

de instrumentos e se consolidaram novas oficinas com mais alunos, assim como a parceria com o então Conselho Comunitário do Parque Colúmbia. (que, sem fins lucrativos, formava-se por várias instituições locais, incluindo hoje onze escolas públicas e privadas, creches, igrejas católicas e pentecostais e associações de moradores). O projeto cresceu, e com a chegada de novos voluntários passou a oferecer muitas outras oficinas, como dança, música, teatro e leitura, e denominou-se Centro de Ópera Popular de Acari⁴⁶.

Esse Centro, com capacidade para 500 crianças, jovens e adultos, montou, em 2008, sua primeira ópera, e atualmente oferece oficinas de balé clássico, violão, cavaquinho, contrabaixo, flauta, canto, teoria musical, bandolim, percussão, guitarra, musicalização e teatro. Com os melhores alunos foi criada a Acariocamerata, que tem se apresentado nas melhores casas de espetáculo, nacionais e internacionais. Eles gravaram um CD e foram indicados para duas categorias do Prêmio TIM de Música, e reconhecidos como o melhor grupo instrumental de 2008 pelo jornal O Globo. Ao participar do I Concurso Ibero-americano de Boas Práticas de Saúde no Âmbito Escolar,⁴⁷ essa Escola foi premiada e suscitou a questão da identificação dos mecanismos estabelecidos para que fosse tão bem-sucedida. A descrição de seus componentes e das diferentes conexões estabelecidas entre atores e instituições locais pode contribuir para clarear a efetividade da promoção da saúde, em particular no cenário da escola. É uma experiência em que se observa o resgate de cidadania a partir da capacidade de decisão local, do fazer acontecer e do ressignificar, entre os pares, o desejo e o processo de transformação dos sujeitos e do coletivo daquela comunidade.

Resultados e recomendações

O acompanhamento dessa experiência local também contribuiu para fortalecer a necessidade de investigação dos espaços e processos como mecanismos de interlocução entre os setores da saúde e da educação e a comunidade escolar, no sentido mais amplo da gestão central e regional de saúde na escola no município do Rio de Janeiro.

De modo geral, os resultados da avaliação sugerem que as Oficinas de Saúde na Escola realizadas tinham coerência entre a metodologia e seus objetivos e que elas foram facilitadoras do alcance desses objetivos ao propiciarem a articulação e a motivação entre seus participantes pela busca da ação intersetorial.

Em síntese, na Oficina de Acari observa-se que existe articulação intersetorial entre coordenações regionais de Saúde e de Educação (5ª e 6ª CRE e CAP3.3.); contudo, na do Grande Méier observa-se que não tiveram êxito as tentativas de articulação entre essas instâncias (3ª CRE com a CAP 3.2). Em Acari, ao contrário do Grande Méier, o entusiasmo pós-Oficina não esmoreceu, e a Oficina fortaleceu os processos que já estavam em curso com maior articulação intersetorial e impacto no aumento do acesso dos escolares aos serviços de saúde da área, além da ampliação das atividades de prevenção e de promoção da saúde nas escolas. Esse grupo ressaltou como ponto negativo o fato de a articulação intersetorial não ter alcançado ainda a área da assistência social. Em ambos os grupos há relatos de inúmeros exemplos concretos de impacto da articulação intersetorial, identificados no conjunto de depoimentos extraídos do grupo focal e dos depoimentos livres integrantes das *checklists*. Para a Oficina do Grande Méier, convém registrar que a falta de articulação entre esse segundo grupo já ficou patente pela total ausência de representantes da saúde no respectivo Grupo Focal, justificada por uma das integrantes da educação, quando questionada pela equipe de avaliação: “*achamos que seria um momento apenas da educação, que seria mais proveitoso se só a educação participasse*”.

Houve evidências de que a Oficina de Saúde na Escola teve grande potencial de impulsionar o processo de articulação desejado. Entretanto, sua implementação ocorre em situações isoladas pela falta de condições estruturais, fora do controle dos profissionais envolvidos nos três setores, como (a) insuficiente número de profissionais, principalmente da saúde e assistência social; (b) desproporcionalidade numérica de profissionais e serviços da saúde e da educação num determinado território, que se reflete na dificuldade de a saúde atender às demandas; e (c) insuficiente número de profissionais e gestores com disponibilidade e competências para a colaboração intersetorial.

Embora se tenha detectado que nos grupos avaliados ainda ocorrem encontros sistematizados, apenas nos grupos de trabalho na área de Acari pode-se dizer que nos dois grupos existe, de fato, uma forte intenção de continuidade, aliada à esperança de que as dificuldades sejam superadas e a articulação venha realmente acontecer. Vale registrar que em Acari, com a existência de mudanças na prática profissional em decorrência da experiência com a metodologia participativa, todos os participantes concordaram totalmente com a existência de melhor articulação entre técnicos e a comunidade, oportunizando entrosamento, troca de experiências e fortalecendo o trabalho da Escola Promotora de

Saúde. É nessa área em particular que os resultados reafirmam a existência de articulação intersetorial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na tentativa de se chegar a uma conclusão esclarecedora dos resultados dessa recente avaliação, é importante frisar, quanto à Estratégia de Escolas Promotoras de Saúde, que se trata de uma proposta (ou Programa) ainda em andamento. Observar, portanto, seu desenvolvimento ao longo desses últimos dez anos requer contínuo monitoramento e periódicas avaliações para que se alcance, cada vez mais, a melhor identificação dos processos que o conduzem, além de seus resultados e efeitos mais completos em extensão e profundidade, sobretudo a partir das naturais modificações que sofre, ao longo do tempo, em sua estrutura e contexto.

Identificar mecanismos que mobilizam o Programa em si e sua rede sociotécnica (e o próprio Programa em si), durante esse período, colocam-no como objeto de avaliação que, por sua vez, se institui não como um evento isolado, mas como processo integrante do próprio Programa. Nesse sentido, essa Estratégia está em constante transformação porque se apoia em uma rede de sujeitos ativos e produtivos, representados por seus gestores, idealizadores e planejadores nos setores da saúde, da educação e, em menor escala, da assistência social, e pelos destinatários das ações nessas instituições e nas comunidades escolares envolvidas. E porque há esse universo de inter-relações e conexões constituídas e de dinâmica mutável entre esses diferentes *stakeholders*, a Estratégia poderá aparecer mais instável ou vulnerável a uma re-configuração ou redefinição por parte desse conjunto de *stakeholders* (Potvin, L; Gendron S.; Bilodeau, 2006)⁴⁸, submetidos também, às mudanças da gestão da cidade que ocorrem nesse período.

No momento dessa avaliação das Oficinas de Saúde na Escola, seus resultados se traduziram, na prática, como extremamente úteis para subsidiar, na mudança de gestores da cidade e das secretarias implicadas até 2008, uma troca de informações com base em evidências, tanto dos aspectos do Programa que vinham dando certo como dos desafios que ainda precisam ser enfrentados, para que se qualifique a atenção à saúde da comunidade escolar na perspectiva da promoção da saúde e da integralidade das ações, e em colaboração intersetorial.

As recomendações traçadas foram: (a) propiciar a continuidade das Oficinas de Saúde na Escola, expandindo-as para todo o município; (b) acompanhar sua realização para monitorar a solução de entraves que possam prejudicar o processo; (c) analisar mais profundamente a situação do contato no Grande Méier (3ª CRE e CAP3.2), no sentido de alcançar essa articulação; (d) atuar junto aos setores integrantes do processo Saúde, Educação e Assistência Social para corrigir a defasagem de profissionais específicos para as áreas de demanda; (e) incentivar o contato com as comunidades pertinentes às Oficinas, para divulgar o conhecimento e as vantagens da articulação intersetorial, e (f) planejar, executar e avaliar um programa de encontros periódicos entre os responsáveis de cada setor, no sentido de disciplinar o processo de implementação da articulação.

Assim, a avaliação contribuiu para que, na nova gestão da cidade (2009), que modifica o contexto, o redesenho desse programa de saúde na escola no município do Rio de Janeiro possa fortalecer suas diretrizes de territorialidade, intersectorialidade, gestão participativa, participação comunitária, desenvolvimento local e monitoramento e avaliação. A garantia de acesso aos serviços de saúde se redefine com a perspectiva de ampliação da estratégia de saúde da família e na construção de Territórios Integrados da Atenção à Saúde (TEIAS).⁴⁹ Pensados para a área de Santa Cruz, Grande Méier e Manguinhos, essas TEIAS pressupostas a partir do Pacto pela Saúde (2006)⁵⁰ consideram que questões

como a descentralização e a territorialidade se iniciam com nova possibilidade de garantir que a regionalização traga conteúdos do território para dentro das lógicas de sistema e descentralização, com vistas a buscar maior coerência entre essas lógicas. O que, provavelmente, favorecerá repensar as questões de saúde na escola. Nesse sentido, o Programa de Saúde na Escola no município do Rio de Janeiro continuará em processo de transformação e redefinição, porque serão acionados novos mecanismos que (re) estruturam as relações e conexões entre os diversos componentes e atores do programa, com os quais a avaliação estará também implicada. (Potvin; Gendron; Bilodeau, 2006)⁵¹

ANEXO 01

Modelo de formulário para coleta de dados no grupo focal para avaliação das Oficinas de Saúde na Escola.

Coordenação da construção e aplicação do instrumento de Thereza Pena Firme e equipe de avaliação.

AVALIAÇÃO EXTERNA DAS OFICINAS DE SAÚDE NA ESCOLA	Grupo Focal n.º:		
	Condução do Grupo Focal		
	Local:	Data:	Dinamizador: Assistente:
ROTEIRO DE GRUPO FOCAL			
1- O que vocês têm visto de positivo na articulação entre a educação, a saúde e a assistência social?			
PROVOCAR:			
. comparação entre momentos (a) antes da oficina; (b) logo após a oficina; (c) atual			
. exemplos concretos			
2- O que está acontecendo em relação à implementação dos planos propostos nas Oficinas?			
PROVOCAR:			
. comentários sobre a implementação ao longo do tempo: imediata e a médio e longo prazo			
3- Qual a sua expectativa sobre a continuidade dessa articulação inter-setorial (educação x saúde x assistência social) no município do Rio de Janeiro?			
PROVOCAR:			
. sugestões de estratégias que garantam continuidade;			
. percepção de problemas que possam impedir a sustentabilidade			
4- Qual a sua opinião sobre o processo que foi utilizado no desenvolvimento das Oficinas de Saúde na Escola?			
PROVOCAR:			
. depoimentos sobre até que ponto a metodologia participativa tem sido utilizada na gestão da saúde, da educação e da assistência social			
. referências à influência da Oficina nessa utilização.			

Fazer os registros em folha à parte identificando o número do GF e anexar a este roteiro.

ANEXO 02

Modelo de formulário para coleta de dados do *checklist* para avaliação das Oficinas de Saúde na Escola.
 Coordenação da construção e aplicação do instrumento de Thereza Pena Firme e equipe de avaliação.

AVALIAÇÃO EXTERNA DAS OFICINAS DE SAÚDE NA ESCOLA	Checklist n.º:		
	Aplicação da checklist		
	Local:	Data:	Aplicador:
SETOR DE ORIGEM DO RESPONDENTE			
Educação ()		Saúde ()	Assistência Social ()
<p>Abaixo estão listadas algumas afirmações sobre as Oficinas de Saúde na Escola e temas correlatos. Nas colunas à direita, por favor indique se você concorda totalmente, concorda apenas em parte ou discorda de cada uma dessas afirmações. A seguir justifique sua resposta.</p>			
	DISCORDO	CONCORDO EM PARTE	CONCORDO TOTALMENTE
1- Os Grupos de Trabalho inter-setoriais formados na Oficina continuam trabalhando na elaboração de planos de ação conjunta. JUSTIFIQUE SUA RESPOSTA:			
2- A articulação entre a educação, a saúde e a assistência social tem efetivamente aumentado o acesso de crianças e adolescentes aos serviços de saúde. JUSTIFIQUE SUA RESPOSTA:			
3- Os planos de ação conjunta, elaborados pelos Grupos de Trabalho inter-setoriais constituídos nas Oficinas de Saúde na Escola, continuam sendo implementados até a presente data. JUSTIFIQUE SUA RESPOSTA:			
4- O entusiasmo pela articulação inter-setorial aconteceu logo após a Oficina de Saúde na Escola, mas esmoreceu com o tempo. JUSTIFIQUE SUA RESPOSTA:			
5- As Oficinas de Saúde na Escola devem ser expandidas para todo o Município do Rio de Janeiro. JUSTIFIQUE SUA RESPOSTA:			
6- A experiência com a metodologia participativa na Oficina de Saúde na Escola ocasionou mudanças na prática cotidiana dos profissionais envolvidos. JUSTIFIQUE SUA RESPOSTA:			
7- A experiência com a metodologia participativa na Oficina de Saúde na Escola tem contribuído para uma melhor articulação entre técnicos e a comunidade. JUSTIFIQUE SUA RESPOSTA:			

8- A relação entre as CAPs e as CREs se fortaleceu a partir das Oficinas de Saúde na Escola. JUSTIFIQUE SUA RESPOSTA:			
9- O processo de condução ds Oficinas de Saúde na Escola promoveu um melhor conhecimento do trabalho de cada Setor, facilitando o respeito, o diálogo e a aritculação entre os participantes. JUSTIFIQUE SUA RESPOSTA:			
10- A Oficina de Saúde na Escola foi muito cansativa e pouco interessante. JUSTIFIQUE SUA RESPOSTA:			
11- A articulação entre a educação, a saúde e a assistência social tem fortalecido e ampliado as atividades de educação em saúde e promoção da saúde nas escolas da rede municipal. JUSTIFIQUE SUA RESPOSTA:			

REGISTRO DE LIVRE OPINIÃO

Utilize o espaço abaixo para explicitar sua opiniao sobre as Oficinas de Saúde na Escola, em relação à forma como foram conduzidas, à sua relevância e aos desdobramentos até a presente data.

NOTAS:

- ¹ MELO, C. A. **educação sanitária: uma visão crítica**. São Paulo(SP) Cortez, 1987. Caderno do Cedes.; VALLA, V. V.; HOLLANDA E. Fracasso escola, saúde e cidadania. In: ROSÁRIO, N. et al. (Org.) **Demandas populares, políticas públicas e saúde**. Petrópolis(RJ): Vozes, 1989. v.2.
- ² BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz.,2005.
- ³ SILVA, CARLOS S. (Org.) **Saúde escolar numa perspectiva crítica**. 3 ed. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 1999.
- ⁴ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Ação intersectorial para a saúde: pilar da saúde para todos no século XXI**. Relatório da Conferência Internacional. Halifax, Nova Escócia, Canadá, 1997.
- ⁵ SEMINÁRIO BRASILEIRO DE EFETIVIDADE DA PROMOÇÃO DA SAÚDE - SBEPs, 2. Rio de Janeiro, 13 a 16 de maio de 2008. **Relatório Científico**. Rio de Janeiro: União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde /Abrasco/Fiocruz-Ensp, 2008. Disponível em: <<http://www.metodoeventosrio.com/efetividade/>>
- ⁶ IPPOLITO-SHEPHERD, Josefá.. **Escolas promotoras de saúde: fortalecimento da iniciativa regional**. Estratégias e linhas de ação 2003-2012. Washington(DC), 2006. 72 p. (Série Promoção da Saúde.) Disponível em: <<http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeescuelas/fulltext/EPSportu.pdf>> Acesso em: 02, ago. 2008.
- ⁷ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Concurso Iberoamericano de Boas Práticas em Promoção da Saúde no Âmbito da Escola, 2**. Washington(DC): OMS, 2007.
- ⁸ ESCOLA MUNICIPAL 06.25.024 ALEXANDRE DE GUSMÃO da Rede Pública Municipal de Ensino do Rio de Janeiro. Em Acari, na 6ª Coordenadoria Regional de Educação da Secretaria Municipal de Educação do Rio de Janeiro (RJ), 2007.
- ⁹ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Taller de transferencia crítica**. Manágua, 2007. Realizado em agosto de 2007, na Nicarágua, com representantes das doze escolas premiadas no II Concurso Ibero-americano de Boas Práticas em Promoção da Saúde no Âmbito da Escola.
- ¹⁰ MERESMAN, S. (Org.) **Promoción de salud, escuela y comunidad: el laberinto de la implementación**. Notas y aprendizajes desde la experiencia Iberoamericana. Relatório Impresso. [s.: l.] Education Development Center, 2007. Disponível em: <<http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeescuelas/Concurso/previoesp.pdf>> Acesso em: 21, ago, 2009.
- ¹¹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 687 de 30 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria_687_30_03_06.pdf> Acesso em: 02, ago. 2008.
- ¹² BRASIL. Leis, Decretos. **Portaria n. 648, do Gabinete do Ministro de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de Diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (Psf) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em:< <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>> > Acesso em: 02, ago. 2008.
- ¹³ Id. Decreto n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007. **Diário Oficial da União**, Brasília, 06, dez., 2007. Seção 2, p. 02. Institui o Programa de Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>> > Acesso em: 02, ago. 2008.
- ¹⁴ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Escolas promotoras de saúde: experiências no Brasil**. Brasília(DF): Organização Pan-Americana de Saúde, 2007.
- ¹⁵ Id. *ibid*.
- ¹⁶ CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1. Ottawa, 21, nov., 1986. **Carta de Ottawa**. Disponível em: <http://www.mpes.gov.br/anexos/centros_apoio/arquivos/6_20901863120102005_Carta%20de%20Ottawa%20para%20a%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAde.doc> Acesso em 05, ago., 2008.
- ¹⁷ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. Brasília (DF), 7 a 21, mar., 1986. **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf> Acesso em 05, ago., 2008.
- ¹⁸ COMISSÃO NACIONAL DE DETERMINANTES SOCIAIS. Disponível em: www.determinantes.fiocruz.br <http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf> Acesso em 25 jul., 2007.
- ¹⁹ Id. *ibid*.
- ²⁰ SEMINÁRIO BRASILEIRO DE EFETIVIDADE DA PROMOÇÃO DA SAÚDE - SBEPs, 2. (2008) *op. cit*.
- ²¹ POTVIN, L.; GENDRON, S.; BILODEAU, A. Três posturas ontológicas concernentes à natureza dos programas de saúde: implicações para a avaliação. In: BOSI, M. L. G.; MERCADO, F. J. (Org.) **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis (RJ) Vozes, 2006.
- ²² BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.
- ²³ HARTZ, Z. 1999. Pesquisa Avaliativa em Promoção da Saúde, In: BUSS, P.M (Org.) **Promoção da saúde e saúde pública: contribuição para o debate entre as escolas de saúde pública da América Latina**. Rio de Janeiro: ENSP/ Fiocruz, 2000. p 131-138. Mimeo;
- ²⁴ ROOTMAN, I. et al. Evaluation in health promotion: principles and perspectives. In: _____. **WHO**, 2001. [s.:l.] WHO Regional Publications, European, [s.:d.] Series, 92.
- ²⁵ POTVIN, L.; GENDRON S.; BILODEAU A. (2006) *op. cit*.
- ²⁶ HARTZ, Z. (Org.) **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- ²⁷ BODSTEIN, R. et al. Avaliação da implantação do programa de desenvolvimento integrado em Manguinhos: impasses na formulação de uma agenda local. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, 593- 604, 2004.
- ²⁸ INSTITUTO PEREIRA PASSOS. Armazém de Dados. Rio de Janeiro. Acesso em: <www.armazemdedados.rio.rj.gov.br> Acesso em: 24, jul., 2009.
- ²⁹ RIO DE JANEIRO (Cidade). Secretaria Municipal de Educação. **SME em números**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/sme/>> Acesso em 24, jul., 2009. Com acesso ao anuário de matrículas em 2007.
- ³⁰ RIO DE JANEIRO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. **SMS em dados -2007**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/sms/>> Acesso em 24, jul., 2009.
- ³¹ Id. *ibid*.
- ³² Id. Organograma de nova estrutura da Secretaria Municipal de Saúde. **Diário Oficial do Município**, Rio de Janeiro, 24, ago., 1992.
- ³³ SILVA, CARLOS S. (Org.) (1999) *op. cit*.

- ³⁴ SILVA, C. S.; ROCHA, C. A.; SOARES, M. C. Nessa escola eu fico: uma experiência de promoção de saúde. **Revista Promoção da Saúde**, Brasília, Ministério da Saúde, v. 1, 2, nov./dez., 1999.
- ³⁵ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Escuelas promotoras de salud: modelo y guía para la acción**. Washington (DC): OPAS, 1996.
- ³⁶ RIO DE JANEIRO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. **Termo de Referência para desenvolvimento de Projeto-Piloto de Escolas Promotoras de Saúde que subsidiou Convênio da SMS/ com o Instituto de Biotecnologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, 2000. Mimeo.
- ³⁷ SILVA, Carlos S. A escola promotora de saúde na agenda política do município do Rio de Janeiro. **Saúde em Foco: promoção da saúde**, Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, n. 23, jul., 2002.
- ³⁸ IPPOLITO-SHEPHERD, Josefa. **Escolas promotoras de saúde: fortalecimento da iniciativa regional estratégias e linhas de ação 2003-2012**. Washington (DC): OPAS, 2006. 72 p. Série Promoção da Saúde, 4. Guia sobre Escolas Promotoras de Saúde (OPAS, 1996) Disponível em: <http://www.cepis.opas-oms.org/bvsdeescuelas/fulltext/EPSportu.pdf>. Acesso em: 02, jul. 2009.
- ³⁹ SILVA, Carlos S. (Org.) Escola Promotora de Saúde. **Revista Promoção da Saúde na Escola**, Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Saúde, v. 1, n. 1, ago., 2005.
- ⁴⁰ JUNQUEIRA, L. A. P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, USP, v. 13, n. 1, p. 25-36, jan./abr., 2004.
- ⁴¹ RUGANI, et al. **Monitoramento da saúde escolar**. Boletim Informação para Ação. Vigilância em Saúde. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2007. Folder
- ⁴² POTVIN, L.; MCQUEEN, D. (Org.) **Health promotion evaluation practices in the Americas**. [s.: l.] Springer Science + Business Media LLC, 2008.
- ⁴³ RIO DE JANEIRO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde na escola e na creche**. Rio de Janeiro, 2008.
- ⁴⁴ STANDARDS da verdadeira avaliação. Joint Committee, 1994. **Apud**. FIRME, Thereza. P. **Relatório final da avaliação de mérito e impacto das oficinas de saúde na escola do município do Rio de Janeiro**. 2009. Rio de Janeiro: [s.: n.] Mimeo. p. 13.
- ⁴⁵ INSTITUTO C&A. Disponível em: <<http://www.institutocca.org.br/instituto/site/content/perfil/>> Acesso em: 02, jul., 2009.
- ⁴⁶ CENTRO DE ÓPERA POPULAR DE ACARI. Disponível em: <<http://www.operadecari.org.br/>> Acesso em: 02, jul., 2009.
- ⁴⁷ ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. (2007) **op. cit.**
- ⁴⁸ POTVIN, L.; GENDRON S.; BILODEAU A. (2006) **op. cit.**
- ⁴⁹ VIANNA, Ana Luiza d'Ávila et al. Novas perspectivas para regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**. São Paulo, Fundação Seade, v.22, n.1, p. 92-106, jan./jun., 2008. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br>> Acesso em 05, ago., 2008.
- ⁵⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto pela Saúde 2006**. Brasília: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde [200?]. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/download/pacto_pela_saude_2006.pdf> Acesso em 20, jul., 2008.
- ⁵¹ POTVIN, L.; GENDRON S.; BILODEAU A. (2006) **op. cit.**

ABSTRACT

Carlos dos Santos Silva; Avamar Filgueira Pantoja. Health promotion in Rio de Janeiro municipality schools.

Viewing the school as a privileged space for disseminating community-development and intersector-collaboration initiatives, the authors discuss, based on the Rio de Janeiro municipality experience, to what extent the strategy of health promoting schools consolidates health promotion in schools, overcoming biomedical school health models. The methodology used was the description of the main processes and effects of the ten-year development of that strategy in the Rio de Janeiro municipality, as well as the positive and negative results of evaluation of its pilot-project stage and, more recently, the regional workshops on health in schools. This article aims at contributing to the debate on the identification of spaces, processes, and mechanisms for evaluating and measuring the effectiveness of health promotion practices in schools.

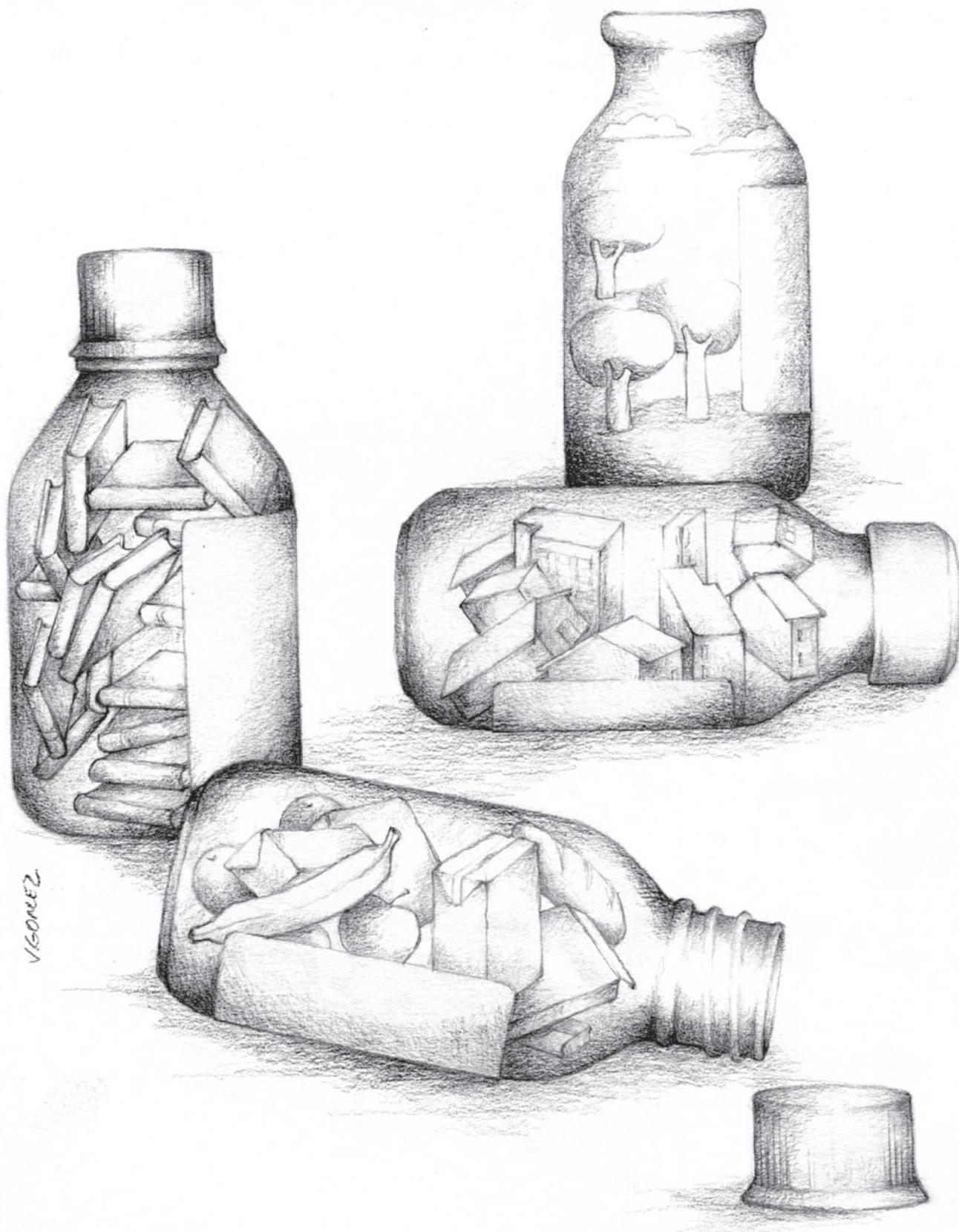
Keywords: Health; School; Health promotion; Evaluation; Education; Rio de Janeiro.

RESUMEN

Carlos dos Santos Silva; Avamar Filgueira Pantoja. Promoción de la Salud en la Escuela en el Municipio de Rio de Janeiro.

Al considerar a la escuela como un espacio privilegiado de irradiación de iniciativas de desarrollo comunitario y de colaboración intersectorial, los autores discuten, a partir de la experiencia del municipio de Rio de Janeiro, en qué medida los marcos de referencia de la Estrategia de Escuelas Promotoras de Salud consolidan la promoción de la salud en la escuela y superan modelos biomédicos de salud escolar. La metodología utilizada fue la descripción de los principales procesos y efectos del desarrollo de dicha estrategia durante diez años en ese municipio y los resultados positivos y negativos de la evaluación de su implementación en la etapa de proyecto piloto y, más recientemente, de talleres regionales de salud en la escuela. Este artículo tiene el objetivo de contribuir con el debate sobre la identificación de los espacios, procesos y mecanismos de evaluación así como de la efectividad de las prácticas implementadas de promoción de salud en la escuela.

Palabras clave: Salud; Escuela; Promoción de la Salud; Evaluación; Educación; Rio de Janeiro



A PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO RESPONSABILIDADE COMPARTILHADA: INTERSETORIALIDADE

*Alexandre Frederico de Marca**

*Ana Lucia Jezquino da Costa***

*Deise Araújo Souza****

*Sônia Maria Muniz Machado Ferreira*****

Resumo

O estudo trata da promoção da saúde com enfoque na qualidade de vida do trabalhador, considerando que o conceito ampliado de saúde resgata a integração de outros setores da economia nessa dinâmica, bem como restabelece direitos sociais antes negados à população. Apresenta reflexões sobre gestão da política de saúde para o trabalhador e conceitos correlatos, como responsabilidade compartilhada e intersetorialidade. O enfoque dado ao debate resultou em ensaio avaliativo da implementação dessa política pública em uma empresa privada de produção do conhecimento na área de educação profissional e de saúde e lazer.

Palavras-chave: Saúde; Trabalhador; Intersetorialidade; Responsabilidade compartilhada.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A lógica de organização do sistema de saúde brasileiro historicamente foi centrada na promoção da saúde individual. A ênfase na assistência de alta complexidade, na aquisição crescente de insumos e na tecnologia de ponta visava atender à lógica de produção de ações de saúde desenvolvidas prioritariamente em ambiente hospitalar. Assim, as ações de prevenção à saúde em busca de qualidade de vida passaram, desde a década de 1960, a ter menor importância no âmbito das políticas públicas.

Logo a balança de financiamento do setor saúde sofreu inversão que perdura até os dias atuais, em que as ações curativas

recebem mais recursos que as ações de promoção da qualidade de vida e, portanto, as que envolvem ações que previnem doenças. Prevalece, assim, a utilização das tecnologias que requerem máquinas e instrumentos que *a priori* estão programadas para produção de determinados resultados. Assim, as tecnologias que requeriam a prática do relacionamento e dos sentidos de humanidade foram lentamente ficando ultrapassadas frente à mecanização do fazer saúde. Não se quer, com isso, reduzir a importância das inovações tecnológicas, mas ressaltar a imprescindibilidade das tecnologias situadas no campo subjetivo do SER e da interação equilibrada entre elas.

Para Merhy (1997),¹ a importância do investimento nas tecnologias da interação, da escuta e do olhar, consideradas tecnologias leves, permitem e potencializam que a organização do trabalho esteja centrada no trabalho vivo, que produz compromisso e responsabilização dos sujeitos com vistas à ampliação da autonomia individual e da coletividade. A viabilidade dessa proposta está centrada na necessidade de garantir à população serviços de saúde de qualidade, o que só será possível se os processos de cuidar e ser cuidado forem compartilhados por todos os sujeitos da ação através da troca de experiências, de saberes e de responsabilidade.

O reflexo negativo da prevalência de tecnologias voltadas para ação de cura da doença e de mecanização do cuidado foi

* Médico pela Universidade Federal Fluminense. Especialista em Medicina Intensiva e do Trabalho. MBA em Executiva em Saúde pela FGV. Chefe do Núcleo do Serbem CNC/SESC/Senac. Email: alexandremarca@cnc.com.br

**Enfermeira pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Mestre em Ciências da Enfermagem e mudança social pela Escola de Enfermagem Anna Nery-UFRJ. Assessora Técnico-pedagógica do Senac-DN DEP/CTP. Email: anajequino@senac.br

*** Assistente Social pela UNISUAM. MBA em Gerencia de Projetos pela FGV. Técnica em Saúde do Trabalhador CNC/SESC. Email: deisesouza@cnc.com.br

**** Assistente Social pela UGF. Especialista em Terapia de Casal pelo Núcleo Pesquisas RJ. Técnica em Saúde do Trabalhador CNC/SESC. sferreira@sesc.com.br

observado mais intensamente na década de 1980. A sua ínfima resolatividade para dar conta da saúde da coletividade acumulava, em todo o território nacional, problemas nas áreas de saneamento básico, gestão do trabalho, nutricional e acesso limitado ao consumo de tecnologias, aspectos que interferiam diretamente no processo de adoecimento da população. Dessa forma, doenças relacionadas à pobreza erradicadas ou controladas emergiam no cenário epidemiológico, exigindo opções governamentais que superassem a visão biologicista centrada na causa e efeito do estar doente (sintomatologia) e assumissem a preocupação com os fatores socioeconômicos e políticos determinantes do processo saúde-doença.

A tendência em romper com o modelo hospitalocêntrico foi refletida no arcabouço legal de sustentação do Sistema Único de Saúde: Lei 8.080², Lei 8.142³ e Normas Operacionais Básicas (NOB), as quais reforçam compromissos com os princípios da democracia, equidade e cidadania. A Lei Orgânica de Saúde⁴ ressignificou esse conceito definindo que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes o direito à alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços.

A ressignificação do conceito saúde apontou para a compreensão de que as ações realizadas em outros setores têm efeito sobre a saúde individual e coletiva, ou seja, promover saúde não é apenas cuidar da doença, mas atuar para transformar contextos de riscos que interferem na qualidade de vida do coletivo social. É considerar saúde como um processo dinâmico, que só pode ser compreendida em nexos com processos biológicos, vivenciais e de condições de vida e trabalho.

Com base nesse conceito ampliado de saúde, o presente artigo tem como objetivo apresentar algumas reflexões sobre a materialização da política de saúde do trabalhador no espaço laboral por ser este um segmento importante no desenvolvimento sustentável de uma nação, ou seja, são os trabalhadores o combustível do sucesso de qualquer economia no mundo. Nesta direção, parte-se do entendimento de que a avaliação da saúde desses sujeitos tem extrema relação com a organização de processos de trabalho hegemônico em determinada sociedade. Para tal, a discussão das tendências teóricas que norteiam a política de atenção à saúde no trabalho nos direciona a caminhar pelos conceitos responsabilidade e intersectorialidade, através da delimitação de “sentidos” aqui compreendidos como impressões dos autores do trabalho.

OS SENTIDOS DA RELAÇÃO TRABALHO E SAÚDE

A saúde do trabalhador passou a ser pensada a partir da primeira metade do século XIX, com a revolução industrial. Surge na Inglaterra com o viés de medicina do trabalho para dar conta do adoecimento dos trabalhadores decorrente de processo acelerado de produtividade, condições de trabalho precárias e relações desumanas de produção. Somado a isso, o que mais preocupava os proprietários das fábricas eram as frequentes perdas de mão de obra qualificada, em razão do adoecimento de um quantitativo relevante da força de trabalho, o que interferia na produção e na rentabilidade da empresa.

Baker, citado por Mendes(1991),⁵ ao responder a um dos proprietários à época sobre qual a melhor maneira de resolver a situação da assistência a saúde de seus funcionários, disse:

Coloque no interior da sua fábrica o seu próprio médico, que servirá de intermediário entre você, os trabalhadores e o público. Deixe-o visitar a fábrica, sala por sala, sempre que existam pessoas trabalhando, de maneira que ele possa verificar o efeito do trabalho sobre as pessoas. E se ele verificar que qualquer dos trabalhadores está sofrendo a influência de causas que possam ser prevenidas, a ele competirá fazer tal prevenção. Dessa forma você poderá dizer: meu médico é a minha defesa, pois a ele dei toda a minha autoridade no que diz respeito à proteção da saúde e das condições físicas dos meus operários; se algum deles vier a sofrer qualquer alteração da saúde, o médico unicamente é que deve ser responsabilizado⁶.

O sentido dessa mensagem vincula o ambiente de trabalho ao processo de adoecimento dos trabalhadores, esquecendo que esse sujeito tem família e outras

necessidades, ou seja, relaciona-se com o mundo extramuros da empresa. Está, desse modo, em contato com outros riscos de adoecimento, fora os ocupacionais. Assim, o que preponderava era o tratamento das doenças instaladas no corpo biológico e a higienização e o controle do ambiente de trabalho.

Outra dimensão importante é o valor que é dado ao saber médico, colocando esse profissional na qualidade de guardião da empresa e articulador entre patrão-empregados e setor público, que nesse caso são os serviços acessíveis ao trabalhador no momento do adoecimento. Assim, era o médico o principal responsável pela saúde no trabalho, e os trabalhadores meros observadores da ação desse profissional sobre seus atos e sobre seu corpo.

Esse modelo de atenção a saúde do trabalhador foi difundido no cenário internacional, orientando a implantação desses serviços em todos os países que dispunham de parque industrial. Fatos como a criação da Organização Internacional do Trabalho - OIT (1919) e suas diversas recomendações reforçando a orga-

• • •

o que mais preocupava os proprietários das fábricas eram as frequentes perdas de mão de obra qualificada, em razão do adoecimento de um quantitativo relevante da força de trabalho, o que interferia na produção e na rentabilidade da empresa.

nização de serviços de medicina do trabalho, bem como o investimento na formação de médicos para atuarem nessa área, foram medidas de consolidação desse modelo centrado no profissional de saúde médico.

Em 1959, sob a influência dos países industrializados, foi acordada na OIT recomendação nº 112 que utilizava, segundo Mendes e Dias (1991)⁷, pela primeira vez a expressão serviço de medicina do trabalho, o qual deveria ser organizado nos locais de trabalho ou em suas imediações tendo como direção os seguintes objetivos:

Assegurar a proteção dos trabalhadores contra todo risco que prejudique a sua saúde e que possa resultar de seu trabalho ou das condições em que este se efetue;

Contribuir para a adaptação física e mental dos trabalhadores, em particular pela adequação do trabalho e pela sua colocação em lugares de trabalho correspondentes às suas aptidões;

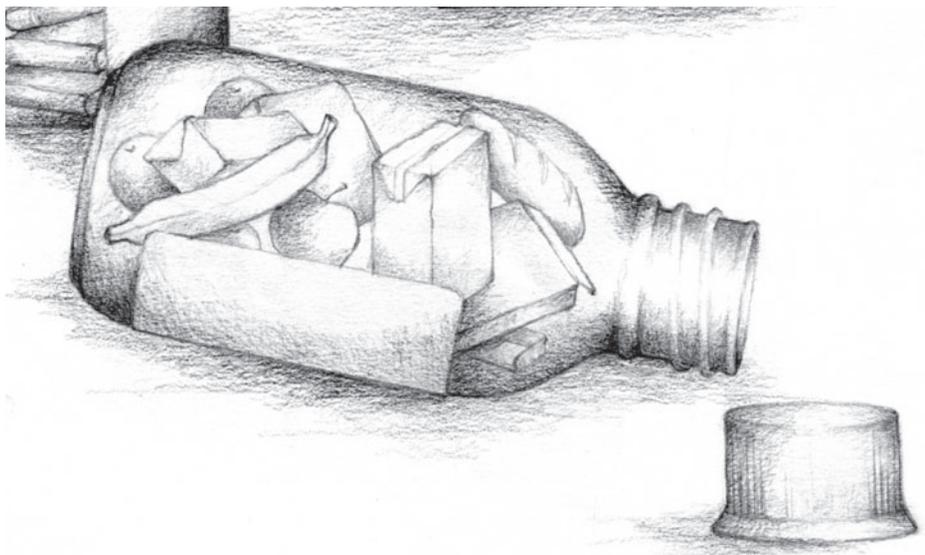
Contribuir com o estabelecimento e a manutenção do nível mais elevado possível do bem-estar físico e mental dos trabalhadores⁸.

Apesar da relevância dos sentidos dessa proposta, logo a influência dos pressupostos do capitalismo – de acumulação de riqueza, da racionalidade do mercado e do consumo – se fizeram presentes. Assim:

(...) a acumulação de bens passou a ser o objetivo maior de um grupo, a lógica econômica passou a ser o centro da vida e o principal critério de discernimento para as questões do “agir moral” da humanidade, o “mercado é o coração da economia” e o “consumidor não é sinônimo de cidadão ou de ser humano [...] é o ser humano que tem dinheiro para entrar no mercado” (Sung e Silva, 1999)⁸.

Com base nesse ideário, teorias administrativas que explicam o trabalho a partir da racionalidade (Taylor e Ford) percebem na medicina do trabalho uma aliada para alcançarem a produtividade e o lucro almejados por esses teóricos, como objeto de eficiência e eficácia das empresas. Oliveira e Teixeira, citados por Mendes e Silva (1991),⁹ considerando o contexto social da década de 1950, explicam a relação do serviço de medicina do trabalho com a saúde do trabalhador e o lucro das empresas da seguinte forma:

Em primeiro lugar, a seleção de pessoal, possibilitando a escolha de uma mão de obra provavelmente menos geradora de problemas futuros, como o absenteísmo e suas consequências (interrupção da produção, gastos com obrigações sociais etc.). Em segundo lugar, o controle deste absenteísmo na força de trabalho já empregada, analisando os casos de doenças, faltas, licenças, obviamente com mais cuidado e maior controle por parte da empresa do que quando esta função é desempenhada por serviços médicos externos a ela, por exemplo, da Previdência Social.



Outro aspecto é a possibilidade de obter um retorno mais rápido da força de trabalho à produção, na medida em que um serviço próprio tem a possibilidade de funcionamento mais eficaz nesse sentido do que habitualmente ‘morosas’ e ‘deficientes’ redes previdenciárias e estatais, ou mesmo a prática liberal sem articulação com a empresa.¹⁰

Aqui é evidenciado que o viés das tendências econômicas reflete sobre os mecanismos de atenção à saúde no trabalho, com vistas à produtividade e à lucratividade de uma empresa, que é dependente do corpo biológico e do bem-estar físico do trabalhador, por isso este sujeito é o principal objeto de controle do capital. Assim, essa vertente da medicina do trabalho orienta-se pela teoria da unicausalidade, ou seja, para cada doença há um agente etiológico, o que justifica um elenco de ações médicas predominantemente curativas.

Com a evolução da tecnologia industrial e a introdução de novos processos industriais e um novo rearranjo na divisão internacional do trabalho, foi sendo demonstrada a relativa impotência da medicina do trabalho frente aos problemas de saúde causados pelos novos processos de produção (automação, informatização e terceirização). Ficava cada vez mais difícil identificar os agentes, considerando que as doenças do trabalho normalmente são percebidas em estágios avançados e que os processos que as geraram com frequência são substituídos por outras formas de produção que “mascaram” o quadro. Essa dinâmica é potencializada na mobilização do trabalhador imposta pela flexibilização do mercado, o que dificultava a comprovação do nexo causal.

A fragilidade demonstrada pelo modelo da medicina do trabalho faz insurgir a vertente da saúde ocupacional, que para Gomes e Costa (1997)

avança numa proposta interdisciplinar, com base na higienização industrial, relacionando o meio ambiente (local de trabalho) com as reações evidenciadas no corpo do trabalhador. Incorpora a teoria da multicausalidade, na qual um conjunto de fatores de risco é considerado na produção da doença, avaliada através da clínica médica e de indicadores ambientais e biológicos de exposição e efeito.¹¹

Essa nova vertente amplia a abrangência do espectro de promoção do adocimento no trabalho a partir da compreensão de que existe permanente interação entre agente, hospedeiro e ambiente, porém mantém o domínio das práticas desenvolvidas pelo médico, apesar da utilização de outros saberes disciplinares. Surge um trabalho interdisciplinar, que conta com a ação de outros profissionais, mas, na prática, a lógica continua centrada no tratamento de doenças e no controle do corpo do trabalhador como um objeto da produção da prática médica.

O trabalho interdisciplinar é um conceito histórico e socialmente produzido pelo embate entre as ciências sobre o que vem a ser comprovado ou sobre o que regula no campo das subjetividades científicas. Mais hegemônica, a ciência moderna instituiu, sob a égide do capital, do mundo do trabalho e da cultura, a fragmentação do saber em especialidades que mobilizavam o conhecimento racional e aquelas que são representadas pelos conhecimentos sensíveis (Pereira, 2009)¹². Assim, as ações que incorporam os saberes sensíveis se apresentam com menor poder de penetração nos espaços de produção das empresas e dos serviços que cuidam da saúde no trabalho.

Para Piaget (1981), citado por Pereira (2007), a interdisciplinaridade é como “o intercâmbio mútuo e a integração recíproca entre várias ciências, que deve conduzir à transdisciplinaridade, concepção que indica a não existência de fronteiras entre as disciplinas.”¹³ Ao avaliar o campo das ciências da saúde, observa-se que a interdisciplinaridade é um conceito recorrente nos discursos, porém sua aplicação prática encontra resistência nas corporações profissionais e nas estruturas funcionais de manutenção de poder; pode-se afirmar que a produção de novos sentidos de promoção da saúde com base na interdisciplinaridade/transdisciplinaridade ainda tem uma longa trajetória.

Na tentativa de romper com a lógica do controle para o aumento da produção, com a comprovação de causas e efeitos para justificar o adocimento no trabalho e com a especialidade sob direção de uma única ciência, surge a vertente intitulada

■

Ao avaliar o campo das ciências da saúde, observa-se que a interdisciplinaridade é um conceito recorrente nos discursos, porém sua aplicação prática encontra resistência nas corporações profissionais e nas estruturas funcionais de manutenção de poder

● ● ●

saúde do trabalhador, que é entendida como “conjunto de práticas teóricas interdisciplinares e interinstitucionais desenvolvidas por diversos setores situados em lugares sociais distintos e aglutinados por uma perspectiva comum (Minayo-Gomez; Thedim, 1997)”¹⁴.

No Brasil, a discussão sobre saúde do trabalhador ocorre paralelamente ao debate pela redemocratização do Estado, tendo como marco de mobilização a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986¹⁵, evento que demarcou os princípios filosóficos do SUS. Nesse contexto a sociedade civil ali representada já dispunha de dados sobre a precariedade da qualidade de vida no trabalho, condição que acumulava altíssimas estatísticas de acidentes de trabalho. Apesar das iniciativas governamentais instituídas na década de 1970, para diminuir os riscos no trabalho, tais como inclusão nos cursos de medicina da disciplina de saúde ocupacional; criação da Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do trabalho (Fundacentro), órgão do Ministério do Trabalho para pesquisa e fiscalização; e a modificação do capítulo V da CLT¹⁶ criando normas regulamentadoras com base no escopo da saúde ocupacional, era possível observar que o quadro estatístico de acidentes de trabalho continuava em ascensão.

Alguns autores analisam que essas medidas reforçavam a legislação previdenciária-acidentária, com ênfase nas práticas medicalizadoras e de atenção individual, as quais contemplavam exclusivamente os trabalhadores segurados ou formais, ficando os demais sem cobertura. Em contraposição a essa lógica de exclusão, a vertente saúde do trabalhador assume novas bandeiras e, por conseguinte, novas práticas. São elas:

direito de saber, recusa ao trabalho em situações de risco, saúde não se troca por dinheiro, inclusão de cláusulas de saúde e ambientais nos acordos coletivos de trabalho, integralidade nas ações de saúde, validação consensual, grupos homogêneos de risco, incorporação da epidemiologia como instrumento de reconhecimento de risco e ao meio ambiente (Frias Junior, 1999)¹⁷.

Assim, além da visão ampliada de saúde foi introduzida nesse processo de construção de um novo paradigma a participação dos trabalhadores para controle e avaliação das políticas públicas, entre elas as relativas à saúde, seguridade e previdência social, tripé importante para a articulação desses setores com vistas à conquista de melhores indicadores de saúde para a classe trabalhadora, seja ela formal ou informal.

O SENTIDO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR SOB A LÓGICA DO MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA: RESPONSABILIDADE COMPARTILHADA E INTERSETORIALIDADE

A discussão do tema “responsabilidade compartilhada e intersectorialidade” será abordada a partir do paradigma saúde do trabalhador, por ser mais apropriado ao debate dos problemas da classe trabalhadora em uma sociedade do conhecimento e por garantir a “fala” desse sujeito. No entanto, é importante conhecer o movimento de reforma sanitária brasileiro como estratégia estruturante dessa política.

Em primeira análise, é importante compreender que na história os movimentos de reforma surgiram da insatisfação de nações, grupos sociais e indivíduos que, por razões diversas, se contrapuseram a ideias hegemônicas em defesa da igualdade e da justiça social, ou que, por outras razões, propuseram reformas para manter espaços cristalizados de poder. Na verdade, o desejo individual de acumular bens e poder estimulou as insatisfações, quer para o bem, quer para o mal da coletividade.

No Brasil, o movimento pela reforma sanitária se insere na história das lutas sociais por saúde e afirma-se como espaço de luta política construída por um conjunto de pessoas atuantes em diversas áreas da sociedade. É uma história de um povo que desde a década de 1970 vivenciava incertezas em torno da economia do país, com a emissão de vários planos econômicos. Isso refletia o tamanho da instabilidade de nossas reservas cambiais frente ao comprometimento nacional com a dívida externa. Simultaneamente, ocorria deflação na oferta de empregos, concentração de renda na mão de um grupo privilegiado e aumento da pobreza estrutural, fenômenos herdados das sucessivas reformas na economia e nas instituições, as quais objetivavam, pelo menos no discurso, o crescimento sustentável do país.

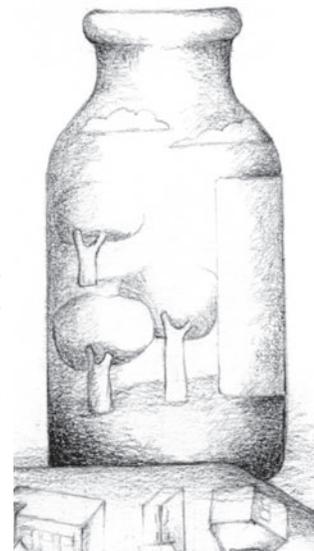
Na década de 1980, na América Latina falava-se apenas em ajuste e liberalização econômica. Em 1990, a reforma financeira se consolidou com as medidas estabelecidas no Consenso de Washington¹⁸, que exigiu dos países em desenvolvimento um conjunto de dez instrumentos: “disciplina fiscal; prioridade dos gastos públicos na área de educação e saúde; reforma tributária; taxas de juros de mercado; taxas de câmbio competitivas; políticas comerciais liberais; abertura ao investimento estrangeiro direto; privatização; desregulamentação; e proteção dos direitos de propriedade” (Williamson (1990) *apud* Bandeira, 2002)¹⁹. Apesar da intenção de priorizar recursos para área de saúde e educação, o cumprimento dessa medida, em particular no Brasil, ainda é objeto de intensa disputa entre sociedade política e sociedade civil, setor público e privado.

Concomitantemente ao caos econômico e político, entre o período de repressão autoritária e o período de transição para o regime democrático surge o movimento da reforma sanitária brasileira como um espaço de luta política, entre atores sociais portadores de diferentes projetos. Arouca (1998) resume em poucas palavras a trajetória da reforma sanitária:

Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado.²⁰

Mas o que mobilizou tantas pessoas, de diferentes formações e inserção social a lutarem por mudanças no setor saúde? O sistema de saúde centrado nas ciências biológicas e no controle de transmissão das doenças via a utilização de medicamentos e equipamentos de última geração como foco principal da atenção

à saúde. O usuário do sistema era apenas um objeto das ações dos profissionais de saúde; os desempregados ou subempregados não conseguiam acesso livre aos serviços porque lhes eram exigida a comprovação de vínculo empregatício (carteira assinada), o que gerava uma exclusão sem precedentes. A dicotomia na organização dos serviços rompia com o princípio de “sistema”, porque os serviços de saúde pública, ditos preventivos, eram alheios à promoção e à recuperação das doenças. Na verdade, existiam dois sistemas distintos, e ambos eram altamente hierarquizados e desarticulados. O grupo reformista avaliava que esse modelo de atenção à saúde era inadequado e impróprio às verdadeiras necessidades da população.



Note-se que os setores mais resistentes às mudanças propostas na reforma foram os segmentos protegidos pelo Estado (trabalhadores organizados) e pelo mercado do capital (empresários). Mesmo com a oposição desses setores, o movimento da reforma sanitária conseguiu resultados importantes para a consolidação do Sistema Único de Saúde, os quais foram citados na análise de Arouca:

[...] entre os resultados do movimento pela reforma sanitária, ele cita a conquista da universalização na saúde (o princípio constitucional que estabelece que toda a população brasileira tem direito à saúde), definindo com clareza o dever do Estado e a função complementar da saúde privada; a ideia de que a saúde deve ser planejada com base nas conferências; a formalização dos Conselhos de Saúde como parte do SUS, tendo 50% de usuários; e a formação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que transformou o texto da constituinte na Lei Orgânica 8.080²¹.

Portanto, o movimento da reforma sanitária surge da luta contra a exclusão de segmentos da população que não tinham direito à assistência nos hospitais e PAMs do Inamps. Ele se baseia numa profunda crítica à concepção de saúde centrada na doença, opondo-se à organização de um sistema que dissocia assistência médica curativa da assistência preventiva, baseando-se na defesa de um sistema único, hierarquizado e de valorização do usuário como sujeito das ações desenvolvidas nos ambientes de saúde.

Para Costa e cols. (2009), os principais resultados alcançados em prol de maior democratização da saúde foram:

- A formação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que transformou o texto da constituinte na Lei Orgânica nº 8.080/90.
- A conquista da universalização e da equidade na saúde, definindo com clareza o dever do Estado.

- A reconceitualização da saúde, com o reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença e uma perspectiva de atenção integral à saúde da população.
- A ideia de que as diretrizes para a formulação da política de saúde devem ser planejadas com base nas conferências de saúde.
- A formalização dos conselhos de saúde, órgãos colegiados tendo 50% de usuários em sua composição.
- O controle social sobre a política de saúde.
- A busca pela construção de um modelo assistencial centrado no usuário e no princípio da integralidade como eixo norteador que qualifica as ações em saúde.²²

Dentre os pressupostos reformistas, o tema saúde do trabalhador é pensado com enfoque de proteção de homens e mulheres contra a pressão do capital. A inserção na Constituição de 1988 da articulação entre saúde e trabalho, tendo-os como direitos indissociáveis, foi uma das formas encontradas para diminuir os efeitos danosos do capital sobre a saúde do trabalhador. Assim, na Lei Orgânica de Saúde, Lei nº 8.080,²³ as questões da saúde do trabalhador são conceituadas no artigo 6º como:

- um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:
- Assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
- Participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, da fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição de substâncias, de produtos, de máquinas e equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;
- avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;
- informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalização, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitadas os preceitos da ética profissional;
- participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;
- revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e
- a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de ambiente de trabalho quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.²⁴



as competências de promoção da saúde do trabalhador não estão mais restritas a um ministério, mas as ações desenvolvidas estão sob responsabilidade de vários ministérios: Trabalho e Emprego; Saúde; Meio Ambiente; Fazenda; Cidades, Planejamento, Orçamento e Gestão; Previdência Social, etc.

Considerando os pontos de abrangência relacionados anteriormente, observa-se que foi constituída uma rede de interação entre vários setores da economia e do Estado, os quais envolvem gestores públicos e privados, trabalhadores e profissionais do setor saúde. Para Frias Junior (1999) “[...] *A intersetorialidade, enquanto integra saberes e experiências das políticas, possibilita também a articulação das diversas organizações que atuam no âmbito das políticas sociais, constituindo as rede sociais.*”²⁵”

Do lado do setor público, as competências de promoção da saúde do trabalhador não estão mais restritas a um ministério, mas as ações desenvolvidas estão sob responsabilidade de vários ministérios: Trabalho e Emprego; Saúde; Meio Ambiente; Fazenda; Cidades, Planejamento, Orçamento e Gestão; Previdência Social, etc. Associada a isso, a criação de comissões tripartites para discussão e aprovação das normas reguladoras é um novo espaço de pactuações que envolve técnicos do governo, trabalhadores e empresários. Na verdade, foi a partir do movimento de reforma sanitária que espaços de participação foram criados, para que os diferentes segmentos compartilhassem as responsabilidades sobre os encaminhamentos orientadores das políticas de preservação da qualidade de vida no trabalho.

O SENTIDO DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR: EXPERIÊNCIA PRÁTICA DE UMA EMPRESA

A experiência a ser relatada neste estudo refere-se ao Núcleo de Promoção da Saúde e Bem-Estar Social – Serbem, que promove, por intermédio de ações voltadas para promoção da saúde, a melhoria da qualidade de vida dos funcionários e dependentes

do sistema CNC- SESC- e SENAC, atuando em conformidade com a Política Nacional de Saúde junto aos seus trabalhadores. As ações desenvolvidas por esse serviço são orientadas pela Portaria nº 1.125, de 2005,²⁶ que nos primeiros artigos descreve o propósito da política de saúde do trabalhador não apenas com o “sentido” de descobrir as causas do adoecimento, mas com a visão de entender esse processo dentro de uma realidade vivida, em que o ambiente de trabalho e o contexto socioeconômico e político no qual o trabalhador está inserido são interdependentes e correlatos, a saber:

Art. 1º- Estabelecer que toda política de saúde do trabalhador para o SUS tenha por propósito a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade dos trabalhadores, mediante ações integradas, intra e inter-setorialmente, de forma contínua, sobre os determinantes dos agravos decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos, com a participação de todos os sujeitos sociais envolvidos.

Art. 2º- Estabelecer que as ações em saúde do trabalhador desenvolvidas pelo SUS sejam organizadas em todos os seus níveis de atenção, a partir das seguintes diretrizes:

- I - atenção integral à saúde dos trabalhadores, envolvendo a promoção em ambientes e processos saudáveis, o fortalecimento da vigilância de ambientes, os processos e agravos relacionados ao trabalho, a assistência integral à saúde dos trabalhadores e a adequação e ampliação da capacidade institucional.
- II - Articulação intra e intersetorial;
- III - Estruturação da rede de Informações em Saúde do Trabalhador;
- IV - Desenvolvimentos e Capacitação de Recursos Humanos, e
- V - Participação da Comunidade na Gestão das Ações em Saúde do Trabalhador²⁷.

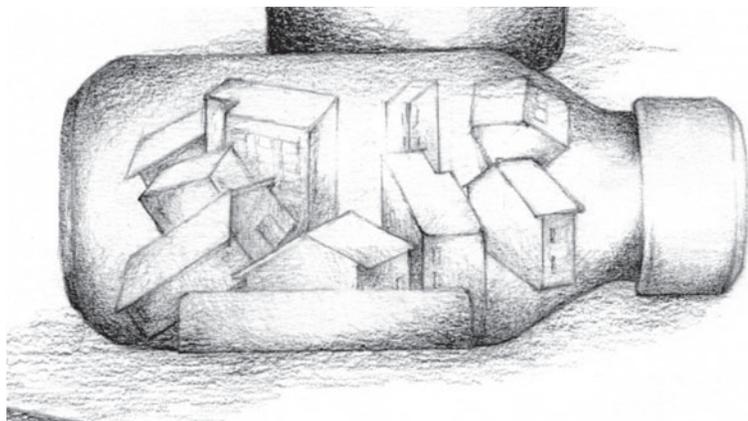
A composição profissional da equipe do Serbem é multiprofissional para garantir a efetividade da promoção da saúde individual e coletiva dos trabalhadores, por meio de uma rede sociotécnica que contribui para a criação e a manutenção dos programas indicados pelo Ministério da Saúde, bem como de projetos emergentes a partir das necessidades de empregados e empregadores. Para tal, as profissões envolvidas nesse processo de trabalho são: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, odontólogos, técnicos de higiene dental e auxiliares de consultório dentário. Outros profissionais são contratados extraquadro para absorção de demandas específicas: professores de educação física, shiatsu terapeutas e fisioterapeutas. Existe também estabelecimento de parceria com setores da área de saúde do Sistema SESC/SENAC. Um exemplo disso é a área de nutrição. Assim, neste trabalho será apresentada a estrutura da proposta que atualmente é desenvolvida por esse serviço, mesmo que exista a compreensão da necessidade de aprimoramento dos indicadores de avaliação da efetividade de parte das ações de promoção à saúde oferecidas pela instituição aos trabalhadores. É importante ressaltar que a proposta foi gerada a partir de pesquisa que permite avaliar a pertinência e a adesão dos programas junto à clientela, como também contar com a colaboração de outros setores internos e externos da área de saúde estabelecendo parcerias apoiando os programas na empresa.

Acreditamos que é imprescindível ao indivíduo dispor de condições em que ele possa estabelecer, através do conhecimento, escolhas que permitam desfrutar de mecanismos de melhoria da qualidade de vida, como alimentação balanceada, prática de atividade física, exercícios preventivos, abandono de tabagismo etc. Para tal, os programas desenvolvidos são: Programa de Prevenção aos Riscos Coronarianos, Programa de Abandono do Tabagismo, Política de Prevenção ao HIV/Aids, Programa de Prevenção às LER/Dort e Programa de Vacinação, os quais permitem identificar os fatores de riscos e seus agravantes que possam ser encontrados por questões genéticas ou sociais e atuar de forma esclarecedora, em determinados grupos, identificados por consultas individuais ou pela realização de pesquisa quantitativa nos atendimentos aos trabalhadores, que dispõem das observações de todos os profissionais de saúde.

A pesquisa serve de alicerce para a organização de processos educativos de prevenção de riscos e de estímulo à mudança para estilos de vida que possam gerar, em seu cotidiano, maiores possibilidades de uma vida mais saudável, transformando cada trabalhador em multiplicador de informações dentro do seu setor, na sua família e irradiando seus conhecimentos para a sociedade em geral.

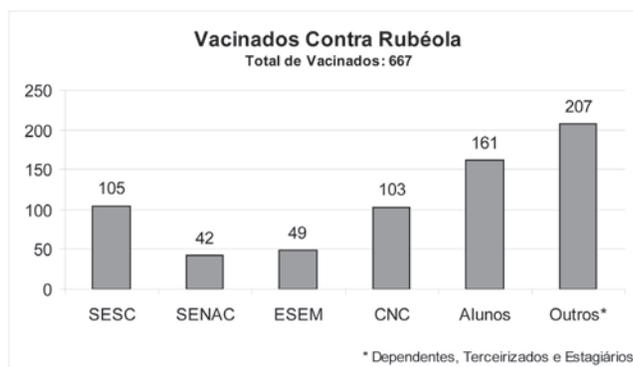
Em casos de comprovação da doença ocupacional ou não são oferecidas, a partir da troca de conhecimentos e atenção especial dos profissionais de saúde, condições de entender que a doença existe, mas que pode ser controlada à medida que o trabalhador assumira uma coparticipação no tratamento.

No âmbito da atenção básica à saúde do trabalhador é desenvolvida a Política de Prevenção ao HIV/AIDS na empresa, situação em que a parceria com o Ministério da Saúde nos deu a oportunidade de implementar ações que permitissem ao trabalhador transformar-se em multiplicador de informações na sua família e na comunidade em geral quanto às formas de prevenção das DST. Na verdade, essa ação organizada pelo setor público e privado garante o direito do acesso a informações e de cidadania mediante a compreensão do conceito de intersectorialidade “*como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de co-responsabilidade pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem (...)*” (Portaria 687, 2006, Anexo I)²⁸.



Outro trabalho em parceria com o Ministério da Saúde é o sistema de imunização para algumas doenças, como rubéola e tétano. No entanto, o sistema CNC-SENAC-SESC adquire, em laboratórios privados, imunopreveníveis necessários aos trabalhadores, como a vacina de combate à influenza. Há de se convir que a oferta de vacinas poderia ser ampliada se o convênio com o setor público incluísse todos os imunopreveníveis de rotina, bem como os emergenciais. O entrosamento entre esses dois setores contribui para o aumento da cobertura vacinal de um maior número de trabalhadores que não acessam a rede pública de postos de saúde por incompatibilidade de horário no funcionamento da unidade e pela restrição imposta a algumas faixas etárias.

O gráfico abaixo representa o potencial da empresa em absorver essa demanda, quando na possibilidade de ampliação da parceria com o governo na busca da Promoção da Saúde. Para melhor explicá-lo há que se considerar que o SERBEM atende um total de 1126 funcionários da CNC, SESC, SENAC, temporários e terceirizados, dentre os quais 842 (666 funcionários e 176 alunos) atendiam o pré-requisito de idade estabelecido pelo Ministério da Saúde para imunização contra a rubéola (12 a 39 anos). Assim, nessa campanha foram vacinadas 667 pessoas, das quais 460 fazem parte da população de funcionários, estagiários e alunos da ESEM, o que corresponde a 54,63% de trabalhadores imunizados.²⁹



Legenda:

SESC: Serviço Social do Comércio

SENAC: Serviço Nacional do Comércio

ESEM: Escola SESC de Ensino Médio

CNC: Confederação Nacional do Comércio

Alunos: são os alunos da Escola SESC de Ensino Médio

RISCOS DO CORAÇÃO: SENTIDOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

O Programa de Prevenção aos Riscos Coronarianos é desenvolvido para nossa clientela interna que apresenta índices elevados de hipertensão arterial, dislipidemias, sobrepeso, glicose, sedentarismo e tabagismo. Esse programa teve início em 2002 e se baseia no acompanhamento direto dos participantes pelos médicos e enfermeiros, com distribuição de material explicativo, folderes, exames laboratoriais, orientação para acompanhamento

nutricional e estímulo à prática de atividade física.

Os estudos permitiram avaliar a evolução dos casos, dos quais, após sete meses de programa, houve migração de pacientes de alto risco para médio e de médio para baixo risco. Isso não quer dizer que todos os pacientes estejam controlados, mas demonstra o quanto é importante o acompanhamento desses profissionais de saúde para o controle das doenças cardiovasculares.

A metodologia de trabalho inicial foi o acompanhamento direto dos pacientes e o diálogo sobre os problemas evidenciados no processo do “estar doente”. Foram realizadas reuniões de grupo com apoio de assistente social, com grupos constituídos de no máximo dez participantes, inicialmente com reuniões três vezes por semana, com uma hora de duração, distribuída em três partes de 20 minutos (20 minutos para o grupo, tempo de interação entre os componentes do grupo e a equipe facilitadora da discussão, o que geralmente culminava em tempestade de ideias que orientava as etapas subsequentes, 20 minutos para discussão do tema escolhido e 20 minutos para comentários da equipe multiprofissional). Prevenir e tratar a hipertensão arterial envolve, inclusive, ensinamentos para sensibilizar o sujeito da ação a mudar os hábitos de vida. A implementação é lenta e, na maioria das vezes, não é mantida com a continuidade necessária, o que, por se tratar de medidas educativas, é fundamental para gerar um canal de diálogo que leve o grupo ao movimento de ação-reflexão-ação, mediante o entendimento de que o indivíduo e coletividade têm o papel de protagonistas na prevenção das doenças cardiovasculares.

Neste período desenvolvemos atividades paralelas, como palestras com nutricionistas e caminhadas “Leve seu coração para caminhar”, no qual procuramos estimular a prática da atividade física para o controle das doenças cardiovasculares. Solicitamos à empresa liberação de um cardápio diferenciado para os funcionários que apresentassem problemas de saúde, e a empresa hoje dispõe de um cardápio *light*, facilitando a inclusão de novo tipo de alimentação. Enfim, as reuniões em grupo nos auxiliaram a encontrar alternativas para pequenas dificuldades que a nossa clientela encontrava diariamente quanto à alimentação, atividade física, etc.

Em um determinado momento foi observado que as reuniões sofriam um esvaziamento gradativo, e decidimos reavaliá-las

*Prevenir e tratar a hipertensão
arterial envolve, inclusive,
ensinamentos para sensibilizar o
sujeito da ação a mudar os hábitos
de vida.*

A natureza da política de saúde para o trabalhador revela uma distância entre o escrito e o prescrito no cotidiano dos serviços de saúde, porque as ações curativas ainda são preponderantes, em detrimento de ações de promoção da saúde que envolvem a vigilância aos ambientes de trabalho e de vivência dos trabalhadores.

para melhor condução do programa. A avaliação foi realizada inicialmente com os funcionários, cuja maioria apresentava dificuldade em comparecer devido à carga de trabalho e ao tempo de ausência do seu setor. Passamos, assim, a organizar reuniões mensais numa tentativa de reduzir os obstáculos justificados principalmente pela necessidade de trabalho, o que em uma empresa tem um valor preponderante.

As avaliações são imprescindíveis para redirecionar estratégias visando à efetividade dos programas, tendo em vista que existem inúmeros fatores que interferem ciclicamente em atividades que permanecem por longos anos. Foi percebido que apesar do maior intervalo entre as reuniões o esvaziamento persistia. Então, decidiu-se que essas pessoas que não compareciam seriam acompanhadas individualmente por médicos e enfermeiros. As atividades de cunho coletivo são veiculadas através do programa *De Bem com a Vida*, que discute esses temas de uma forma geral. Na mudança de estratégia perdeu-se a subjetividade das reflexões do grupo que expressam a fala da família, dos colegas de trabalho e as dúvidas sobre a evolução da doença, ou seja, sobre viver e morrer.

O Programa de Risco Coronariano está relacionado aos Programas de Abandono do Tabagismo e de Combate à Obesidade, o que insere na discussão vários saberes em saúde e disciplinas. É necessário que a equipe multiprofissional troque experiências e trabalhe integrada na gestão das atividades.

A oportunidade de desenvolver programas internos na empresa permite perceber a diferença na forma como a clientela visualiza a sua saúde e a realidade da mesma. Assim, por intermédio da avaliação do perfil nosológico de nossos funcionários descobrimos que 5% deles se declararam diabéticos e 7,4% foram diagnosticados; 29% afirmaram ter problemas de dislipidemias e

34% eram dislipidêmicos³⁰. Percebemos que, apesar de todas as informações que os nossos funcionários dispõem, seja através da internet, intranet (mural de informações), palestras, folderes e jornais e pelo fato de as instituições apresentarem um número significativo de funcionários com nível superior completo, existe uma distorção por parte dessa clientela quanto ao entendimento sobre a informação e a percepção de saúde de cada um. Nessa atitude está expressa a negação da doença, fato que dificulta o acompanhamento desse grupo.

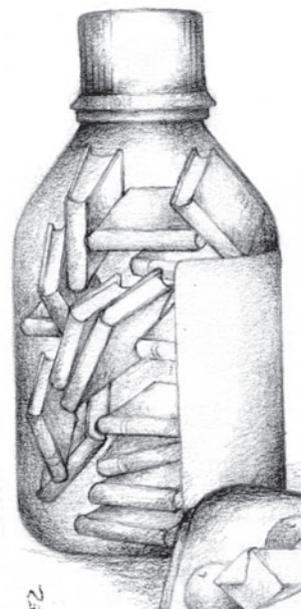
Outro aspecto a ser ressaltado é a importância da atitude proativa da empresa em antever as situações de risco no trabalho e fora dele. Atitudes como esta atingem não só a clientela de trabalhadores contratados como também os trabalhadores terceirizados, temporários e familiares. Assim, pensar na saúde do trabalhador é pensar em um contexto ampliado que vai além dos limites físicos da empresa.

CONSIDERAÇÕES

A natureza da política de saúde para o trabalhador revela uma distância entre o escrito e o prescrito no cotidiano dos serviços de saúde, porque as ações curativas ainda são preponderantes, em detrimento de ações de promoção da saúde que envolvem a vigilância aos ambientes de trabalho e de vivência dos trabalhadores. Na verdade, a saúde ocupacional centrada nas ações do profissional médico tem forte influência nessa área, o que impede que redes de responsabilidade compartilhada sejam estruturadas no campo da gestão governamental e da gestão local nas empresas.

Por outro lado, observa-se a dificuldade em implantar serviços que de fato façam uso dos diferentes saberes internos ao setor saúde e daqueles correlatos a outros setores, utilizando a interdisciplinaridade como base do planejamento e das pactuações intersetoriais. A ausência desse diálogo entre os sujeitos da ação e das especialidades interfere na escolha de metodologia que ajude na avaliação dos impactos das ações de promoção da saúde do trabalhador. Geralmente, essa vertente de saúde ocupacional privilegia a dimensão estatística de comprovação de dados epidemiológicos, e não o âmago da subjetividade desse adoecimento.

Nesse sentido, a experiência apresentada demonstra o esforço da gestão da empresa em assumir o referencial teórico da promoção da saúde frente às necessidades de saúde



dos trabalhadores, ao iniciar pela incorporação de ações interdisciplinares que ultrapassem a visão medicalizadora centrada no atendimento individual. Assim, é possível perceber que as ações desenvolvidas pelo SERBEM seguem as diretrizes da política nacional de saúde do trabalhador no que diz respeito à promoção de ambientes e processos saudáveis, à vigilância aos processos de agravos relacionados ao trabalho e ao modo de viver da população e à manutenção de um sistema de informação que responsabiliza gestores e trabalhadores pela adesão a mecanismos de promoção à saúde no trabalho.

No entanto, a abertura de espaços de reflexão coletiva, em particular para aqueles trabalhadores portadores de doenças crônicas degenerativas ou em risco de desenvolvê-las, ainda é um desafio a ser transposto pela equipe do SERBEM frente às dificuldades geradas pela dinâmica de trabalho, pelas crenças construídas no coletivo laboral e pelo estilo de vida singular de cada pessoa ou grupo social. Outra questão relevante é a necessidade de incorporação sistemática de alguma proposta metodológica que possibilite avaliar o conjunto de ações desenvolvidas, tendo em vista a efetividade da promoção da saúde dos trabalhadores a partir da referência do conceito ampliado de saúde.

Finalizando, entende-se que dentre os pressupostos norteadores da Política de Saúde do Trabalhador a participação dos trabalhadores nos processos de discussão sobre os rumos dessa política é de suma importância para que as mudanças de quebra de paradigma continuem na agenda dos gestores públicos e privados.

Finalizando, entende-se que dentre os pressupostos norteadores da Política de Saúde do Trabalhador a participação dos trabalhadores nos processos de discussão sobre os rumos dessa política é de suma importância para que as mudanças de quebra de paradigma continuem na agenda dos gestores públicos e privados.

NOTAS

- MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p.117-159.
- BRASIL. Leis, Decretos. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20, nov., 1990. Seção 1, p. 018055. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Lei Orgânica da Saúde. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaAvancada.action>> Acesso em: 05, jul. 2009.
- Id. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31, dez., 1990. Seção 1, p. 025694. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências;
- BRASIL. Id. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica de Saúde. **op. cit.**
- BAKER, **apud** MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n.5, p. 341-349, 1991. p. 341.
- Id. **Ibid.**
- MENDES, DIAS. (1991) **op. cit.**, p. 342.
- SUNG, J. M.; SILVA, J. C. **Conversando sobre ética e sociedade**. Petrópolis(RJ): Vozes, 1995. p. 56-59.
- OLIVEIRA, TEIXEIRA. **Apud** MENDES, DIAS. (1991) **op. cit.**
- Id. **Ibid.**
- COSTA, Ana Lucia Jezuino et alii. **Educação permanente para o controle social do SUS: olhando no espelho uma imagem do controle social nas regiões norte e noroeste fluminense**. Rio de Janeiro: SESDEC Escola de Formação Técnica em Saúde, 2009.
- PEREIRA, Isabel. Brasil. Interdisciplinaridade. In: **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2 ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: ESPJV, 2009. p. 263.
- PIAGET, J. Problèmes généraux de la recherche interdisciplinaire et mécanismes communs. In: **Epistémologie des sciences de l'homme**. Paris: Gallimard, 1981.
- MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 21-32, 1997. Supl.2.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. Brasília (DF), 7 a 21, mar., 1986. **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf> Acesso em 05, ago., 2008.
- COSTA, Armando Casimiro; FERRARI, Irany; MARTINS, Melchades Rodrigues. **Consolidação das leis do trabalho**. 30. ed. São Paulo: LTr, 2003. 680 p.
- FRIAS JUNIOR, Alberto da Silva. **A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor**. 1999. Disponível em: <www.abrasil.gov.br> Acesso em 10, ago., 2009.
- CONSENSO de Washington. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Consenso_de_Washington> Acesso em 02, jul., 2009.

- ¹⁹ WILLIAMSON (1990) **apud** BANDEIRA, Andréa Câmara. **Reformas econômicas, mudanças institucionais e crescimento na América.** Dissertação. Curso de Pós-Graduação da FGV, Rio de Janeiro, 2002. p. 21.
- ²⁰ AROUCA, Sérgio. **Reforma sanitária.** Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html> Acesso em 09, jul., 2009.
- ²¹ **Id. Ibid.**
- ²² COSTA, Ana Lucia Jezuíno et ali. (2009) **op. cit.**
- ²³ BRASIL. Leis, Decretos. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica de Saúde. **op. cit.**
- ²⁴ **Id. Ibid.**
- ²⁵ FRIAS JUNIOR, Alberto da Silva (1999). **op. cit.**
- ²⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.125, do Gabinete do Ministro, de 06 de julho de 2005.** Dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1125.htm> > Acesso em 12, jul., 2009.
- ²⁷ **Id. Ibid.**
- ²⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 687, do Gabinete do Ministro, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, n.º 63, 31, mar., 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria687_2006.pdf> Acesso em 20, jun., 2009.
- ²⁹ CNC. **Resultados da efetividade da campanha de vacinação contra rubéola.** Rio de Janeiro: Serbem, 2008. Mimeo.
- ³⁰ **Id. Ibid.**

ABSTRACT

Alexandre Frederico de Marca; Ana Lucia Jezuíno da Costa; Deise Araújo Souza; Sônia Maria Muniz Machado Ferreira.
Health promotion as a shared responsibility – intersectoriality.

This study deals with health promotion focusing on workers' quality of life, taking into account that a broad concept of health reintegrates other sectors of the economy into that dynamics, as well as reestablishes social rights previously denied to the population. It presents reflections on the management of health policy for workers and related concepts, such as shared responsibility and intersectoriality. The approach to this discussion resulted in an essay evaluating the implementation of this public policy in a private company which produces knowledge in the area of vocational training, and health and leisure.

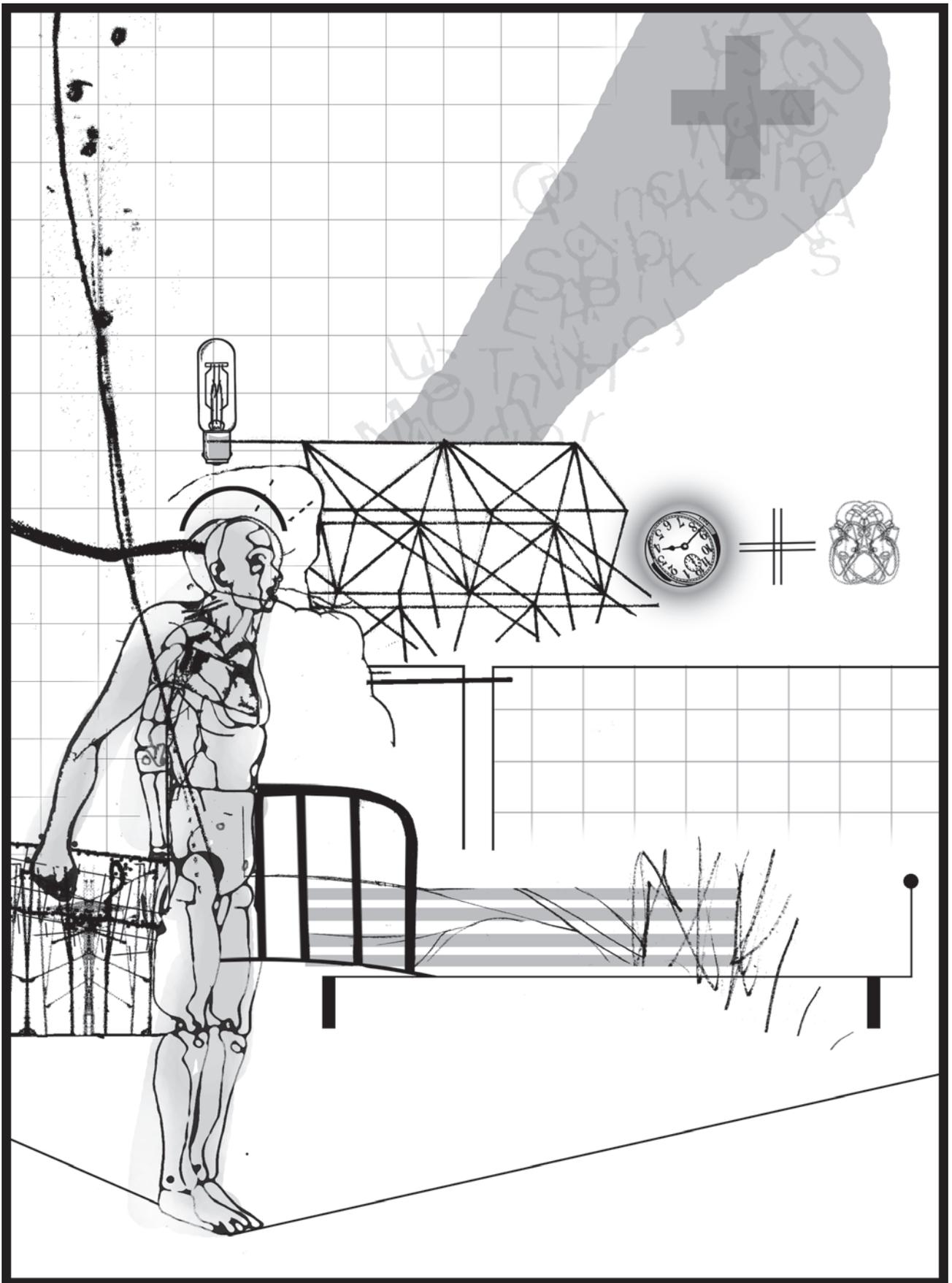
Keywords: Health; Worker; Intersectoriality; Shared responsibility.

RESUMEN

Alexandre Frederico de Marca; Ana Lucia Jezuíno da Costa; Deise Araújo Souza; Sônia Maria Muniz Machado Ferreira.
La Promoción de la Salud como responsabilidad compartida: la intersectorialidad.

El estudio aborda la promoción de la salud enfatizando la calidad de vida del trabajador considerando que el concepto ampliado de salud rescata la integración de otros sectores de la economía en esa dinámica, así como restablece derechos sociales antes negados a la población. Presenta reflexiones sobre la gestión de la Política de la Salud para el Trabajador y conceptos afines como: responsabilidad compartida e intersectorialidad. El enfoque dado al debate produjo como resultado un ensayo evaluativo de la implementación de dicha política pública en una empresa privada de producción de conocimiento en el área de la Educación Profesional y de la Salud y el Entretenimiento.

Palabras clave: Salud; Trabajador; Intersectorialidad; Responsabilidad compartida.



AVANÇOS E RESULTADOS NA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

*Deborah Carvalho Malta**
Adriana Miranda de Castro

Resumo

Apresenta retrospectiva e evolução do conceito de promoção da saúde, enfatizando a práxis de gestão dessa política nos organismos internacionais e no Brasil. Descreve o fortalecimento da promoção da saúde no Sistema Único da Saúde (SUS), a criação e a gestão do Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), voltadas para o matriciamento das ações prioritizadas, objetivando ampliar a integralidade das iniciativas junto aos Estados e Municípios. Analisa as estratégias para a descentralização das PNPS e a Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências dos anos de 2006 e 2007, dirigidas para o financiamento de propostas de ação vinculadas à atividade física e à prevenção de violências e promoção da cultura de paz. Por último, apresenta as ações de mobilização social e intersetorialidade desenvolvidas em parceria com os Ministérios das Cidades, do Meio Ambiente, da Cultura e do Esporte.

Palavras-Chave: Saúde; Promoção da Saúde; Intersetorialidade; Planejamento; Gestão; Política Pública.

INTRODUÇÃO

A definição de um conceito sempre expressa uma série de opções políticas, sociais e teóricas, que irão orientar as formas como serão planejadas e gerenciadas as ações para a sua concretização. O conceito de Promoção da Saúde não escapa a essa forma de organização do pensamento e da práxis. Assim, falarmos da Política Nacional de Promoção da Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) significa falarmos de um determinado conceito de Promoção da Saúde, bem como de uma maneira de garantir sua implementação.

A Promoção da Saúde é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um processo cuja finalidade é ampliar as possibilidades de os indivíduos e suas comunidades possuírem controle crescente sobre os determinantes sociais da saúde e, como consequência, melhorarem sua qualidade de vida, sua saúde¹.

O conceito da OMS, que inspira o trabalho realizado no Brasil, vincula-se à chamada “Nova Promoção da Saúde”, que tem como seu documento fundamental a Carta de Ottawa,

síntese do consenso produzido na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em 1986².

Na Carta de Ottawa, representantes de 35 países assumiram que as ações de Promoção da Saúde devem objetivar a redução das iniquidades em saúde, garantindo oportunidade a todos os cidadãos para fazer escolhas que sejam mais favoráveis à saúde e serem, portanto, protagonistas no processo de produção da saúde e melhoria da qualidade de vida³.

No Brasil, a “Nova Promoção da Saúde” encontra-se com o Movimento da Reforma Sanitária, com a Constituição Federal de 1988⁴ e com o Sistema Único de Saúde (SUS), onde o conceito ampliado de saúde está presente.

No entanto, foi somente em 2006 que Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) elaboraram e aprovaram a Política Nacional de Promoção da Saúde⁵.

A publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) representa um marco no processo cotidiano de construção do SUS, uma vez que retoma o debate sobre as condições necessárias para que a população seja mais saudável, propondo que discutamos os determinantes sociais da saúde e abandonemos a culpabilização individualista pelo adoecimento. Assim, seu objetivo geral é “*promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais*”⁶, acompanhado por um conjunto de conceitos e diretrizes que confirmam uma atitude

* Médica, Doutora em Saúde Coletiva pela UNICAMP. Mestre em Saúde Pública/Epidemiologia pela UFMG, Coordenadora Nacional Doenças e Agravos não Transmissíveis no Ministério da Saúde. E-mail: deborah.malta@saude.gov.br

** Psicóloga, Mestre em Psicologia pela UFF, Especialista em Promoção pela Escuela Nacional de Salud da Espanha, Consultora Técnica da Política Nacional de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde. E-mail: dricamo@terra.com.br

baseada na cooperação e no respeito às singularidades, como: estímulo à intersetorialidade, compromisso com a integralidade do cuidado, fortalecimento da participação social e estabelecimento de mecanismos de cogestão do processo de trabalho e no trabalho em equipe.

Aqui, considerando que em março de 2009 a Política Nacional de Promoção da Saúde comemorou três anos de existência, vamos olhar mais de perto seus avanços e resultados em quatro eixos de trabalho: fortalecimento da Promoção da Saúde no SUS, estratégias de descentralização em rede, qualificação da informação para a gestão, ações de mobilização social e intersetorialidade.

FORTALECIMENTO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO SUS

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) define-se⁷ como estratégia de produção da saúde que opera na construção de mecanismos de corresponsabilização e cogestão. Nessa direção, o Ministério da Saúde instituiu, ainda em 2005, o Comitê Gestor da PNPS que envolve suas diferentes áreas de responsabilidade, como a Estratégia de Saúde da Família e as políticas de saúde para populações específicas (mulheres, crianças, idosos, negros etc.), bem como representantes de Conass e de Conasems⁸.

O Comitê Gestor da PNPS, em seu primeiro ano de trabalho, debateu o texto da PNPS e articulou-se a fim de mobilizar os recursos necessários à aprovação da política nas instâncias decisórias do SUS. Assim, organizou o I Seminário Nacional sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde⁹, que envolveu 300 participantes entre profissionais e gestores do SUS e representantes de instituições de ensino e pesquisa brasileiras.

Durante 2007, o Comitê Gestor da PNPS analisou as contribuições de cada uma das áreas institucionais quanto aos eixos prioritários da PNPS¹⁰ e à viabilidade de incluir indicadores da Promoção da Saúde no Pacto Pela Vida em 2008. Também trabalhou na construção do I Encontro Ibero-Americano de Saúde e Educação realizado de 29 a 31 de outubro de 2007, com a colaboração da Organização Panamericana de Saúde¹¹ e Convênio Andrés Bello¹², reunindo experiências exitosas na América Latina para o trabalho intersetorial entre educação e saúde.

Em 2008, com a consolidação do Programa Prioritário do Ministério da Saúde (MS), o “Mais Saúde¹³” e, nele, da relevância da Promoção da Saúde no SUS, o Comitê Gestor empreendeu grande esforço no matriciamento das ações prioritizadas, objetivando ampliar a integralidade das iniciativas junto aos estados e municípios. Assim, trabalhou-se no detalhamento das diretrizes do “Mais Saúde” (Eixo 1) com as atividades de cada área integrante do Comitê Gestor da PNPS, identificação de responsáveis e articulações intraministeriais para melhor efetividade das estratégias de implementação da PNPS. Tal processo culminou com a realização de reuniões com responsáveis pelo acompanhamento da pactuação intraministerial do “Mais Saúde” para alinhamento, compatibilização e melhoria do trabalho do Comitê Gestor da PNPS em relação aos macroindicadores do Programa, aprofundando o processo de corresponsabilização e cogestão pelas metas da promoção da saúde.

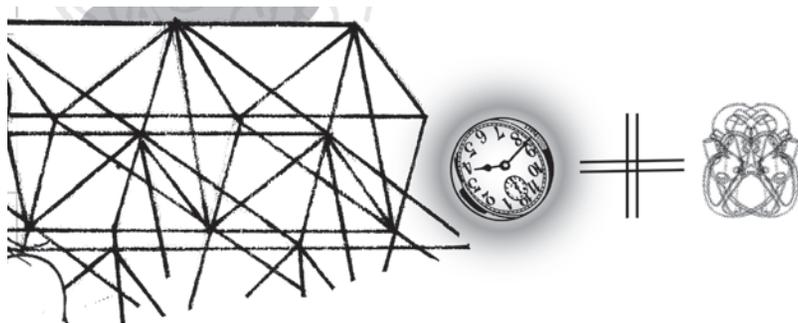
A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) define-se como estratégia de produção da saúde que opera na construção de mecanismos de corresponsabilização e cogestão.

Além disso, a partir do matriciamento do “Programa Mais Saúde” discutiu-se a estratégia de financiamento integrado e sustentável da promoção da saúde no SUS, a partir da identificação dos recursos aplicados em promoção da saúde nos vários programas do Ministério da Saúde para a descentralização.

O fortalecimento da PNPS também se operou no debate coordenado pela Secretaria Executiva do MS em articulação com Conass e Conasems sobre os indicadores da Promoção da Saúde no Pacto Pela Vida e nas diversas oportunidades de cooperação técnica junto aos estados e municípios para consolidação e pactuação dos mesmos. Como resultado, tem-se que os indicadores principais da Promoção da Saúde – prevalência de sedentarismo e tabagismo –, foram pactuados por estados e capitais, os indicadores complementares – Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde – foram pactuados ou definidos como agenda prioritária por 100% dos estados e municípios prioritários, colocando a PNPS na agenda dos gestores do SUS.

Merece destaque, ainda, a participação no Grupo de Trabalho do Departamento de Articulação Redes de Atenção em Saúde (DARAS/SAS): na construção de documento-base para a organização de redes regionalizadas de atenção em saúde; na definição de estratégias de formação de gestores de redes regionalizadas no SUS; no acompanhamento dos pilotos de implementação de redes regionalizadas¹⁴ (iniciado pela Rede Interestadual do Médio São Francisco – Juazeiro/Petrolina¹⁵/perspectiva de expansão em 2009 para RIDE/DF¹⁶, Região metropolitana de Niterói/RJ, Joinville/SC); e no debate e organização de documento de referência para a organização da Gestão do Cuidado em Redes.

Trabalhou-se, também, na redução do risco à saúde relacionado à vulnerabilidade socioambiental em populações de risco, por meio do Grupo de Trabalho de Integração do Rio São Francisco com a produção do Plano Básico Ambiental (PBA) da Saúde¹⁷ para as obras de transposição no eixo dos sertões de Pernambuco, Ceará, Rio Grande do Norte e Paraíba em articulação com o Ministério da Integração Nacional, bem como do Grupo de Trabalho da Vigilância de Populações Expostas a Solo Contaminado por Contaminantes Químicos e da construção da proposta de Rede de Experiências em Saúde Urbana e Municípios e Comunidades Saudáveis no Brasil.



Por fim, sublinham-se as iniciativas de integração junto à Atenção Básica/Saúde da Família e à Vigilância em Saúde:

- Na construção do alinhamento teórico-conceitual e dos mecanismos de gestão do processo de trabalho e modelo de atenção em saúde para o SUS na busca pela melhoria da qualidade e da resolubilidade do mesmo;
- Na elaboração do Caderno de Atenção Básica¹⁸ com o foco no papel e atribuições do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, qualificando seu processo de organização, gestão e planejamento junto às equipes de saúde da família e definindo o papel e o modo de inserção do profissional de educação física;
- Na elaboração da proposta de Cooperação Horizontal no SUS, construindo critérios e marcadores para a identificação de experiências municipais, estaduais e/ou de equipes de saúde da família consideradas exitosas no âmbito da PNPS e com o foco na abordagem dos determinantes sociais da saúde e na consolidação da intersetorialidade.

ESTRATÉGIAS DE DESCENTRALIZAÇÃO EM REDE

Nos anos de 2006 e 2007, construiu-se como estratégia para a descentralização das Políticas Nacionais de Promoção da Saúde e Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências¹⁹ a publicação de editais de concorrência pública para o financiamento de propostas de ação vinculadas à atividade física e à prevenção de violências e promoção da cultura de paz.

Em março de 2007, foi repassado um total de R\$ 5,3 milhões para 132 entes federados que apresentaram e tiveram aprovadas propostas relacionadas às Práticas Corporais e Atividade Física (Edital nº 2, de 11/09/2006), compondo a Rede Nacional de Promoção da Atividade Física²⁰.

No início de 2007, também foi repassado um total de R\$ 3,9 milhões para 78 Projetos de Núcleos Estaduais e Municipais de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde (Edital nº 3, 11/09/2006)²¹.

A expansão de ambas as Redes Nacionais aconteceu ainda em 2007, com o lançamento dos Editais nº 1, 14/09/2007 (Prevenção de Violências e Promoção da Saúde) e nº 2 de 16/09/2007 (Práticas Corporais/Atividade Física)²². Por meio desses editais foram financiados mais 130 Núcleos Estaduais e Municipais de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde com investimento de R\$ 13 milhões, e mais 209 entes federados

para Atividade Física com investimento de mais R\$ 16,8 milhões.

No entanto, o fortalecimento das Redes Nacionais e a efetividade dos recursos repassados implicaram também a cooperação técnica quanto à qualificação dos profissionais envolvidos. Assim, outras importantes ações foram os processos de formação/capacitação dos técnicos e trabalhadores do SUS.

Em 2007 organizou-se um curso internacional de atualização em avaliação de programas de atividade física, em parceria com o Center For Disease Control CDC/Atlanta²³, destinado a 103 gestores e coordenadores de projetos financiados. Nesse curso foram abordadas experiências locais como subsídio para o debate sobre a implementação das iniciativas da PNPS; discussões sobre vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) e sua efetivação nos municípios e estados; os desafios à estruturação de políticas públicas intersetoriais nos âmbitos da atividade física e lazer; a necessidade de estratégias de avaliação. Ainda se realizou uma Oficina com os Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde com evento articulado à 7ª ExpoEPI²⁴.

No ano de 2008, houve um avanço importante na integração das temáticas prioritárias à PNPS. Depois de análises conjuntas com Conass, Conasems e o Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), propôs-se que o investimento de recursos para a PNPS abarcasse toda a agenda temática da PNPS, fortalecesse o processo de articulação e integração dos processos de trabalho locais e garantisse a sustentabilidade das propostas financiadas nos anos anteriores. Assim, foi publicada a Portaria nº 79, 23/09/2008²⁵, para descentralização de R\$ 27.480.000,00 aos entes federados que apresentassem propostas vinculadas à Agenda Prioritária da PNPS, integrando no planejamento a Vigilância em Saúde e Atenção Básica/Saúde da Família. Após análise das propostas enviadas por Comitê *ad hoc* envolvendo várias áreas técnicas do Ministério da Saúde, foram validadas 284 projetos que já eram financiadas pelos editais de concorrência pública dos anos de 2006/2007, e aprovadas 241 propostas novas.

Durante todo o ano de 2008, investiu-se ainda na formação de profissionais e gestores:

- Realização do II Curso Internacional de Avaliação de Programas de Atividade Física para 210 municípios da Rede Nacional de Práticas corporais/Atividade física em articulação com o CDC/Atlanta e a Universidade Federal de Goiás (UFG).
- Cursos de capacitação: representantes dos Núcleos participaram dos 04 cursos macrorregionais de “Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA”²⁶, buscando-se articular e integrar as ações de vigilância de causas externas com as ações de prevenção de violências e de promoção da saúde e cultura da paz;
- Realizadas capacitações para gestores e trabalhadores de saúde de municípios e estados selecionados para a expansão e consolidação do projeto “Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA” e Geoprocessamento de Acidentes de Trânsito – GEOTRANS;

- Educação a Distância (EAD) – Impacto das Violências sobre a Saúde: esse curso ocorreu em 2008²⁷ e foi coordenado pelo Claves/ENSP/Fiocruz com financiamento do Ministério da Saúde. Formou em torno de 500 alunos no país.
- Curso Básico de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT): realizados cursos de curta duração de vigilância e prevenção de doenças e agravos não transmissíveis e promoção da saúde. Esses cursos foram realizados em articulação com as Secretarias Estaduais de Saúde. Nos cursos é abordada a temática das violências e acidentes;
- EAD de Georreferenciamento: está em fase de discussão de conteúdo pedagógico e definição de critérios de seleção de alunos. Esse curso, assim como o EAD de Epidemiologia, será executado pela Universidade Federal de Goiás.

Para 2009, já estão planejados três cursos de educação a distância: para Promoção da Saúde, para abordagem do Impacto das Violências sobre a Saúde e para a Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis em parceria com Centros Colaboradores e Instituições de Ensino e Pesquisa parceiras já conveniadas.

QUALIFICAÇÃO DA INFORMAÇÃO PARA A GESTÃO

O Ministério da Saúde participa da coordenação e da implementação de três iniciativas de avaliação de efetividade de experiências no âmbito das práticas corporais e atividade física desenvolvidas no Brasil.

A primeira delas é o Projeto GUIA – Applying Evidence-Based Physical Activity Recommendations in Brazil – desenvolvido em parceria com o Center for Disease Control (CDC, EUA), a Saint Louis University School of Public Health Prevention Research Center, a Organização Pan-Americana de Saúde, o Centro de Atividade Física São Caetano (CELAFISC), a Universidade de São Paulo (UNIFESP) e o Ministério da Saúde²⁸, para avaliar a efetividade de programas de promoção das práticas corporais/atividade física nas cidades de Recife, Aracaju e Curitiba nos anos de 2007/2008.

Esta pesquisa caracteriza-se pela aplicação de inquérito telefônico sobre fatores de risco e de proteção e sobre o conhecimento e a participação da população no programa avaliado e de método de avaliação da frequência e intensidade de usuários aos locais de prática de atividade física.

Os principais resultados da primeira avaliação em Recife demonstraram que há fortes evidências de que o Programa Academia da Cidade de Recife (PAC)²⁹ impactou na Atividade Física, no lazer e no deslocamento ativo; a penetração da imagem do Programa e seu potencial de aceitação pela comunidade são muito altos; pessoas que participam do PAC são 3,3 vezes mais ativas no tempo livre em comparação com as demais e têm, pelo menos, o dobro de chance de fazer atividade física no tempo livre; as pessoas que já viram atividades do PAC ou ouviram falar do mesmo têm quase duas vezes mais

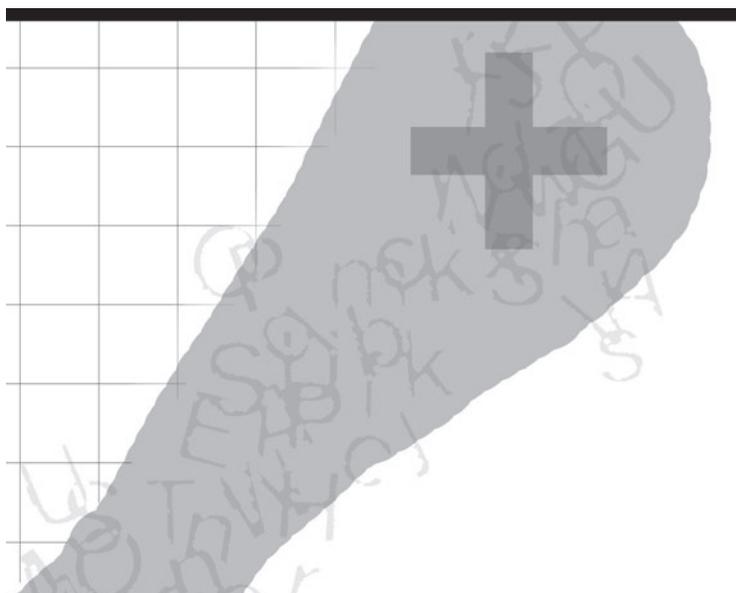
chance de fazerem atividade física também no tempo livre, ambas dentro das recomendações da OMS; que os parques que possuem pólos do Programa Academia da Cidade atraem mais usuários do que os demais parques, e que as pessoas que frequentam os parques que possuem pólos do Programa Academia da Cidade realizam mais atividade física do que aquelas que frequentam parques que não possuem pólos.

A segunda iniciativa estrutura-se a partir de uma rede de universidades brasileiras – Universidade Federal de Pelotas, Universidade de São Paulo, Universidade Federal de Minas Gerais e Universidade Federal de Sergipe – e gestores do SUS – secretarias municipais de saúde de Recife, Vitória do Espírito Santo, Aracaju, Belo Horizonte e Curitiba – integrados pelo Ministério da Saúde, que desenvolvem pesquisas quali-quantitativas dos programas de atividade física nas cidades parceiras do projeto, inquirindo sobre satisfação dos usuários, profissionais e gestores.

Como resultado desse processo de articulação e pesquisa destacam-se as avaliações do Programa Academia da Cidade do Recife, em 2007³⁰, com 400 pessoas entrevistadas, e da política municipal de promoção da saúde de Curitiba, com avaliação dos usuários dos espaços públicos e do programa CuritibaAtiva³¹. Em ambos os municípios, mais de 6 mil pessoas foram entrevistadas por telefone. Estão em curso as avaliações dos projetos Academia da Cidade de Belo Horizonte e da Academia da Cidade de Aracaju. Estão programadas avaliações das experiências de Vitória, no Espírito Santo, e de Guarulhos.

A terceira iniciativa, desenvolvida e coordenada exclusivamente pelo Ministério da Saúde, constitui-se no acompanhamento e avaliação de 279 projetos da Rede Nacional de projetos de Práticas corporais/atividade física³², por meio de questionários nos modelos *on line*.

Como principais resultados, destaca-se a construção da linha de base dos projetos financiados em 2006, com caracterização do perfil dos municípios, eixo do projeto, profissionais envolvidos, resultados, espaços e atividades realizadas, utilização do recurso, este último também acompanhado por planilha orçamentária.





para a gestão em Promoção da Saúde há, ainda, o sistema VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Este sistema objetiva o monitoramento contínuo da frequência e distribuição de fatores de risco e proteção para doenças crônicas em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal por meio de entrevistas telefônicas



Em relação à Rede de Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, estes são monitorados através de um indicador incluído no Pacto pela Vida.

Os projetos financiados pelo Edital nº 1 de 14 de setembro de 2007³³ estão sendo acompanhados por planilha orçamentária, disponibilizada para os municípios.

Para a melhoria da informação para a gestão em Promoção da Saúde há, ainda, o sistema VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Este sistema objetiva o monitoramento contínuo da frequência e distribuição de fatores de risco e proteção para doenças crônicas em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal por meio de entrevistas telefônicas (Brasil, 2009)³⁴.

Os procedimentos de amostragem empregados pelo sistema VIGITEL³⁵ visam a obter, em cada uma das capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, amostras probabilísticas da população de adultos residentes em domicílios servidos por pelo menos uma linha telefônica fixa no ano. O sistema estabelece um tamanho amostral mínimo de 2.000 indivíduos com 18 ou mais anos de idade em cada cidade para que se possa estimar com coeficiente de confiança de 95% e erro máximo de cerca de dois pontos percentuais a frequência de qualquer fator de risco na população adulta. Ao todo são realizadas anualmente 54 mil entrevistas telefônicas. O questionário aplicado pelo VIGITEL³⁶

contempla perguntas sobre características demográficas e socioeconômicas; padrão de alimentação e atividade física associadas às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT); peso e altura referidos; consumo de cigarros e bebidas alcoólicas; autoavaliação do estado de saúde do entrevistado e referência a diagnóstico médico de hipertensão arterial, diabetes e colesterol elevado.

Produção de análises com os resultados do VIGITEL, disponibilização do livro na internet³⁷ e em versão impressa e divulgação pela imprensa escrita, TV, rádios, com dezenas de publicações escritas e centenas de acessos de rádios e WEB têm proporcionado maior conscientização da população e envolvimento dos gestores de políticas públicas, em especial de saúde.

AÇÕES DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL E INTERSETORIALIDADE.

Na consolidação do enfoque intersetorial de planejamento urbano e melhoria da qualidade de vida nas cidades, em 2007, foi organizado pelos Ministérios da Saúde, das Cidades, do Meio Ambiente, da Cultura e do Esporte o evento “Na Cidade Sem Meu Carro”³⁸. Criou-se, assim, um dia nacional de reflexão sobre os acidentes de trânsito, a poluição relacionada à emissão de gases e o sedentarismo. O objetivo maior foi a conscientização e a sensibilização da população em relação aos prejuízos ambientais e sociais decorrentes do uso indiscriminado do automóvel.

Publicou-se, também, o livro “Mortalidade por Acidentes de Transporte Terrestre no Brasil”³⁹, divulgando-o amplamente para os meios de comunicação, órgãos governamentais, não governamentais, privados, legislativo, etc.

Ainda em 2007, foram articuladas e mobilizadas parcerias intersetoriais para a realização da “1ª Semana Mundial das Nações Unidas de Segurança no Trânsito”⁴⁰ em abril. Esta ação visou, além de sensibilizar a sociedade em geral sobre a problemática dos acidentes de trânsito, também implementar o projeto de “Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito”⁴¹. Foram produzidos materiais educativos (folders e cartazes) e kits (camisetas, bonés, sacos de lixo para carro). O lançamento da Semana Mundial no dia 25 de abril na sede do MS contou com a participação de autoridades, divulgação de pesquisas, depoimento de jovens vítimas de acidentes de trânsito, leitura da “Carta dos Jovens Brasileiros por um Trânsito Seguro”⁴² (dirigida ao Presidente do Brasil). Em Brasília, foram montadas Tendências Educativas no pátio central da Esplanada dos Ministérios, foram realizadas blitzes educativas e distribuição de materiais educativos em vários pontos da cidade (semáforos, bares, restaurantes, escolas, etc. Várias cidades realizaram atividades de prevenção de acidentes de trânsito articuladas pelo MS, SES e SMS. Essas atividades ocorreram principalmente nos municípios onde existem Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde ou que têm o projeto de “Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito”⁴³.

O Comitê Nacional de Mobilização pela Saúde, Segurança e Paz no Trânsito, instituído por Decreto ⁴⁴ e coordenado pelo Denatran/Ministério das Cidades, é fruto das articulações e mobilização feita pela CGDANT na 1ª Semana Mundial das

Nações Unidas de Segurança Viária, que ocorreu em Brasília em abril de 2007⁴⁵, tendo participação também no Conselho Nacional de Trânsito (Contran) e na Câmara Temática de Saúde e Meio Ambiente do CONTRAN.

O Ministério da Saúde participou do processo de articulação que deu origem à Medida Provisória nº 415/2008⁴⁶, que proíbe a comercialização das bebidas alcoólicas em rodovias federais, durante a mobilização para a 1ª Semana Mundial das Nações Unidas de Segurança Viária ou do Trânsito em 2007⁴⁷. Após a publicação da Lei nº 11.705 de 19/06/2008 (Lei “Seca”)⁴⁸, que estabelece alcoolemia 0 (zero) e do Decreto nº 6.488 de 19/06/2008⁴⁹, que fixa nível de tolerância para alcoolemia de 0,2 dg/l, elaborou-se documento técnico para a regulamentação do Decreto nº 6.488/2008⁵⁰ quanto aos níveis de tolerância para alcoolemia, o qual foi enviado para o Denatran/Ministério das Cidades.

Realizou-se a Semana Nacional de Promoção da Saúde – Dias Mundiais da Atividade Física e da Saúde (7 e 8 de abril)⁵¹, com o seguinte lema: “Entre para o time onde a saúde e o meio ambiente jogam juntos”, articulando o tema do meio ambiente e da atividade física. Foram realizadas comemorações em Brasília, reunindo mais de 50 parceiros e contando ainda com a presença de autoridades, artistas e esportistas no parque da cidade em Brasília e a maciça cobertura dos meios de comunicação, bem como a realização de eventos em mais de 100 cidades da Rede Nacional de Promoção da Atividade Física, que é financiada pela Secretaria de Vigilância em Saúde. Esta ação de comunicação social envolveu mais de trinta parceiros intraministeriais – Ministérios das Cidades, Esporte, Meio ambiente e Cultura – e intersetoriais e da iniciativa privada e sociedade civil. A mobilização da Rede Nacional de Práticas Corporais/Atividade Física foi realizada por meio de videoconferência com os entes federados da Rede Nacional de Práticas corporais/atividade física e distribuição do material promocional do evento para aproximadamente 390 entes federados em todo o país, especialmente estados e capitais.

Em 2009, o Dia Mundial da Atividade Física foi comemorado no Rio de Janeiro/RJ, incentivando o uso dos espaços públicos nas cidades bem como sua melhoria e estruturação. O lema “Praticar atividade física é tão simples que você faz brincando” centrava-se na simplicidade de envolver-se em situação de redução do sedentarismo, como brincar, dançar, caminhar, limpar a casa, passear com animais de estimação, resgatar jogos populares, etc. Na ocasião, Ministério da Saúde e Ministério do Esporte lançaram o Plano Nacional de Atividade Física, visando estimular estados e municípios a organizarem iniciativas de redução do fator de risco do sedentarismo.

Em direção ao fortalecimento da intersetorialidade, também ampliou-se o trabalho junto ao Ministério da Educação (MEC) por meio do Programa Saúde na Escola (PSE). O Decreto Presidencial nº 6286 de 5/12/2007⁵² instituiu o Programa Saúde na Escola

(PSE), estabelecendo que os Ministérios da Saúde e da Educação deveriam apresentar o seu *modus operandi*. Durante todo o ano de 2008 participou-se da elaboração de documento de referência do PSE e da construção de estratégia de adesão ao mesmo por parte dos municípios. Nesse processo, em conjunto com o Ministério da Educação (MEC), Departamento de Atenção Básica/SAS e Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS (PN-DST/AIDS) da Secretaria de Vigilância em Saúde (/SVS), estabeleceram-se critérios de elegibilidade dos municípios, fluxo de adesão, termos de referência de materiais educativos e volume de recursos disponíveis. Como parte da estratégia de sensibilização, mobilização e formação de profissionais de educação e saúde, foram preparados materiais educativos.

A divulgação do PSE para adesão dos municípios, bem como da PNPS no seu âmbito, ocorreu em diversos espaços e eventos como, por exemplo, as reuniões do Programa Mais Educação⁵³

conduzidas pelo MEC, envolvendo gestores da educação das 109 maiores cidades do país; e a web-conferência, em conjunto com MEC para estados, municípios, jovens protagonistas e Grupos Gestores do “Saúde e Prevenção nas Escolas” (SPE).

Visando ao fortalecimento do componente de Promoção

da Saúde do PSE e à ampliação da integralidade das ações sob responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde, construiu-se uma agenda conjunta com o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS (PN-DST/AIDS), com foco na ampliação do escopo de ações do SPE em direção à sensibilização dos Grupos Gestores Estaduais e Municipais para os temas da agenda estratégica da PNPS: prevenção das violências e promoção da cultura de paz e redução do uso abusivo de álcool e outras drogas.

Trabalhou-se, ainda, em conjunto com o PN-DST/AIDS para inserção do tema da promoção das práticas corporais/atividade física no projeto Histórias em Quadrinhos-SPE, garantindo a ampliação de temáticas abordadas.

Realizou-se, também, apresentação da PNPS ao Grupo de Trabalho Federal do SPE, que é responsável por suas ações, monitoramento e avaliação. A partir dela foram implementadas: (1) a revisão do Guia de Formação de Profissionais do SPE para alinhamento com a PNPS; (2) a elaboração da estratégia de formação a distância para profissionais envolvidos na implementação do SPE no nível local; (3) a construção de linha de base para monitoramento das ações do SPE; (4) a organização e a realização da III Mostra SPE, e (5) a apresentação do PSE no Congresso de Prevenção de DST/AIDS em junho/2008.

O debate acerca do PSE também se inseriu na pauta do Comitê Gestor da PNPS, objetivando a construção do conjunto de informações a serem disseminadas nas comunidades escolares, bem como das metodologias de trabalho que permitissem construção compartilhada de saberes e práticas vinculadas às escolhas de modos de viver mais saudáveis. Nesse processo, o

*“Praticar atividade física é tão simples
que você faz brincando”*

PSE foi debatido no Comitê Gestor da PNPS com foco na necessidade de definição de uma “caixa de ferramentas” para operar o componente II do PSE. Consequentemente foram levantados materiais e metodologias já existentes a serem debatidas no Comitê Gestor da PNPS em outubro e novembro de 2008, tais como: (1) Material da Secretaria Gestão Estratégica Participativa – “A educação que produz saúde”⁵⁴ – e do “Caderno de Educação Popular em Saúde”⁵⁵, (2) Material do CEDAPS – “Guia Escola de Todos”⁵⁶, (3) Material SPE (PN-DST/AIDS), (4) Manual operacional da alimentação saudável nas escolas (Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição)⁵⁷; (5) Programa Saber Saúde (Instituto Nacional do Câncer)⁵⁸.

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)⁵⁹ integra o componente do PSE⁶⁰, que objetiva o monitoramento da situação de saúde do escolar. A pesquisa será realizada a cada dois anos em adolescentes matriculados no 9º ano (13 - 15 anos) do ensino fundamental das escolas públicas e privadas das 26 capitais de estados brasileiros e do Distrito Federal, utilizando o mesmo questionário padronizado, autoaplicável e estruturado. Avaliará a exposição dos estudantes a fatores de risco e proteção abordando características sociodemográficas, alimentação, atividade física, tabagismo, consumo de álcool e outras drogas, imagem corporal e saúde bucal, rede de proteção social, comportamento sexual e violência e acidentes. Com o objetivo de conhecer a prevalência de excesso de peso e obesidade, nessa pesquisa será realizada também a coleta de dados antropométricos de peso e altura dos adolescentes. A antropometria é uma técnica simples, bem aceita, não invasiva e de fácil realização. Os dados desta pesquisa permitirão conhecer a prevalência dos fatores de risco e de proteção neste grupo etário, constituindo-se como linha de base para implantação do Sistema Nacional de Monitoramento da Saúde dos Escolares⁶¹, que tem como objetivos: determinar a prevalência de fatores de risco e de proteção comportamentais no território nacional; acompanhar as tendências dessas prevalências ao longo do tempo, examinar a ocorrência de fatores de risco comportamentais e gerar evidências para orientar e avaliar o impacto de intervenções para a redução da prevalência de fatores de risco e a promoção geral da saúde dos escolares. A PeNSE terminou a coleta de dados nas 27 capitais do país, e até o final do ano conheceremos mais sobre os escolares brasileiros.

OBSERVAÇÕES FINAIS

Considerando que a Política Nacional de Promoção da Saúde existe como compromisso do Sistema Único de Saúde, pactuado entre suas esferas de gestão há três anos, e que os recursos financeiros para sua implementação ainda estão longe do desejável, entende-se que houve enorme avanço para sua consolidação. Avanço que se deve em muito à crescente compreensão de gestores, profissionais e população do conceito ampliado de saúde e da incessante busca pela qualidade de vida, bem como pelo investimento em estratégias de gestão integrada e intersetorial de políticas públicas, o que constitui passo decisivo e maior desafio para os próximos anos.

NOTAS:

- 1 CARVALHO, S. R. **Saúde coletiva e promoção da saúde**: sujeito e mudança. São Paulo: Hucitec, 2005.
- 2 CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1. Ottawa, 21, nov., 1986. **Carta de Ottawa**. Disponível em: < http://www.mpes.gov.br/anexos/centros_apoio/arquivos/6_20901863120102005_Carta%20de%20Ottawa%20para%20a%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAde.doc > Acesso em 01, ago, 2008.
- 3 CARVALHO, S. R. (2005) **op. cit.**
- 4 BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 39ª ed. atual. São Paulo: Saraiva, 2006. 440 p. (Saraiva de Legislação). Inclui adendo especial com os textos originais dos artigos alterados.
- 5 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. **Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde)
- 6 **Id. ibid.**
- 7 BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** (PNPS). Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2006. v. 7.
- 8 **Id. Portaria do Gabinete do Ministro nº 1.409, de 13 de junho de 2007**. Institui Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/web%20Funasa/Legis/dfs/portarias_m/Pm_1409_2007.pdf > Acesso em: 01, ago, 2008.
- 9 O primeiro Seminário sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde foi realizado em Brasília (DF), no período de 4 a 6 de dezembro de 2006, promovido pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).
- 10 Eixos prioritários de ação na Política Nacional de Promoção da Saúde: alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz e promoção do desenvolvimento sustentável.
- 11 ENCONTRO IBERO-AMERICANO DE SAÚDE E EDUCAÇÃO, 1. Brasília, 29 a 31, out., 2007.
- 12 CONVÊNIO Andrés Bello, Disponível: <<http://www.convenioandresbello.info/> > Acesso em 08, ago., 2008.
- 13 MAIS SAÚDE. Disponível: <http://www.opas.org.br/informacao/UploadArq/mais_saude.doc > Acesso em 08, ago., 2008.
- 14 BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes regionalizadas de atenção à saúde**: contexto, premissas, diretrizes gerais, agenda tripartite para discussão e proposta de metodologia para apoio à implementação. Documento básico. 2008. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/doc/documento_redes_versao_nov2008.pdf > Acesso em 10, ago., 2008.
- 15 **Id. Projeto de implementação da rede de atenção à saúde interestadual na macrorregião do médio São Francisco**. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/projeto_implementacao_juazeiro_petrolina.pdf > Acesso em 10, ago., 2008.
- 16 BRASIL. Ministério da Integração Nacional. **RIDE/DF**. Disponível em: < <http://www.integracao.gov.br/programas/desenvolvimentodo-centrooeste/ride/index.asp> > Acesso em 08, ago., 2008.

- ¹⁷ **Id. Plano Básico Ambiental (PBA)** Disponível em: < <http://www.integracao.gov.br/saofrancisco/noticias/impressao.asp?id=3136>> Acesso em:
- ¹⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica**. Disponível em: < http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caderno_ab.php> Acesso em 02, ago., 2008.
- ¹⁹ **Id. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências**. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria737.pdf>> Acesso em 02, ago., 2008.
- ²⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da qualidade de vida redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde relativos aos seus determinantes e condicionantes**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2006. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/dia_mundial_atividadefisica2009.pdf> Acesso em 02, ago., 2008.
- ²¹ **Id.** Edital nº 3, de 11 de setembro de 2006. Dispõe sobre Prevenção de Violências e Promoção da Saúde. Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF) 11, set., 2006.
- ²² **Id.** Edital nº 1, de 14 de setembro de 2007. Dispõe sobre Prevenção de Violências e Promoção da Saúde) **Diário Oficial da União**, Brasília (DF) 14, set., 2007; **Id.** Edital nº. 2 de 16 de setembro de 2007. Dispõe sobre as Práticas Corporais/Atividade Física. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF) 16, set., 2007.
- ²³ CENTER FOR DISEASE CONTROL - CDC/ATLANTA. Disponível em: < <http://www.cdc.gov/>> Acesso em 04, ago., 2008.
- ²⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. In: EXPOEPI, 7: mostra nacional de experiências bem-sucedidas em epidemiologia, prevenção e controle de doenças, Brasília, DF, 21 a 23 de nov., 2007. **Anais**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2007. 120 p. (Série D. Reuniões e Conferências) Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/anais_7_expoepi.pdf> Acesso em 02, ago., 2008.
- ²⁵ **Id.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 79, de 23 de setembro de 2008. **Diário Oficial da União**, Brasília, n.185, 24, set., Seção 1, p. 47. 2008. Estabelece mecanismo de repasse financeiro para incentivo à implementação e fortalecimento das ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na integração das ações de Vigilância, Promoção e Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis com a Estratégia de Saúde da Família para o ano de 2008. Disponível em: <http://189.28.128.100/portal/arquivos/pdf/portaria_79_2008.pdf> Acesso em 02, ago., 2008.
- ²⁶ **Id. Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela (VIVA)**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=30037&janela=1 Acesso em 02, ago., 2008.
- ²⁷ FIOCRUZ. **Educação a Distância (EAD):** impacto das violências sobre a saúde. Rio de Janeiro: Claves/ENSP, 2007.
- ²⁸ MALTA, Deborah Carvalho et al. National policy of health promotion and the motor activity agenda in the context of the national Health System in Brazil. **Epidemiologia Serviços de Saúde**, n.18, n. 1, p. 79-86, jan./mar., 2009. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revista_vol18_n1.pdf> Acesso em 02, ago., 2008.
- ²⁹ PROGRAMA Academia da Cidade (PAC). Disponível em: <http://www.recife.pe.gov.br/2007/07/04/mat_144861.php>. Acesso em 02, ago., 2008.
- ³⁰ RECIFE. Prefeitura . Academia da Cidade. Disponível em: <http://www.recife.pe.gov.br/2007/07/04/mat_144861.php> Acesso em 02, ago. 2008.
- ³¹ CURITIBATIVA. Disponível em: <http://www.gojuryu.com.br/3_departamentos/karate_gojuryu/gojuryu/saude/curitiba.htm> Acesso em 03, ago., 2008.
- ³² BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota Técnica nº CGDANT/DASIS/SVS, de 30 de julho de 2009. Proposta de financiamento da Política Nacional de promoção da Saúde para Estados e Municípios em 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nota_tecnica_072009.pdf> Acesso em: 31, mar., 2009.
- ³³ BRASIL. Ministério da Saúde. Edital nº 1 de 14 de setembro de 2007 (2007) **op. cit.**
- ³⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2006:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2009. <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_vigitel_2006_marco_2007.pdf> Acesso em 02, ago., 2008.
- ³⁵ **Id. ibid.**
- ³⁶ **Id. ibid.**
- ³⁷ **Id. ibid.**
- ³⁸ BRASIL. Ministério das Cidades. **Na cidade sem meu carro**. 2008. Disponível em: <<http://www.cidades.gov.br/secretarias-nacionais/transporte-e-mobilidade/jornada-na-cidade-sem-meu-carro-2008>> Acesso em 05, ago., 2008.
- ³⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Mortalidade por acidentes de transporte terrestre no Brasil**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_mortalidade_transito.pdf> Acesso em 08, ago., 2008.
- ⁴⁰ SEMANA MUNDIAL DAS NAÇÕES UNIDAS DE SEGURANÇA NO TRÂNSITO, 1ª. (2007) **op. cit.**
- ⁴¹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Mortalidade por acidentes de transporte terrestre no Brasil**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_mortalidade_transito.pdf> Acesso em 02, ago., 2008.
- ⁴² POR VIAS SEGURAS. Associação brasileira de prevenção dos acidentes de trânsito. **Carta dos Jovens pela Segurança, Saúde e Paz no Trânsito no Brasil à Presidência da República**. Disponível em: < http://www.viasseguras.com/layout/set/print/comportamentos/conscientizacao/carta_dos_jovens_ao_presidente> Acesso em 08, ago., 2008.
- ⁴³ BRASIL. Ministério da Saúde. (2007) **op. cit.**
- ⁴⁴ BRASIL. Leis, Decretos. Decreto 0, do Poder Executivo de 19 de setembro de 2007. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20, set., 2007. p. 02. Institui o Comitê Nacional de Mobilização pela Saúde, Segurança e Paz. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaAvancada.action>> Acesso em 03, ago., 2008.
- ⁴⁵ SEMANA MUNDIAL DAS NAÇÕES UNIDAS DE SEGURANÇA NO TRÂNSITO, 1ª. (2007) **op. cit.**
- ⁴⁶ BRASIL. Leis, Decretos. Medida Provisória 415, de 21 de janeiro de 2008. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22, jan., 2008. p. 01. Proíbe a comercialização de bebidas alcoólicas em rodovias federais e acresce dispositivos à Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997 - Código de Trânsito Brasileiro. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaAvancada.action> Acesso em: 08, ago., 2008
- ⁴⁷ SEMANA MUNDIAL DAS NAÇÕES UNIDAS DE SEGURANÇA NO TRÂNSITO, 1ª. (2007) **op. cit.**

- ⁴⁸ BRASIL. Leis, Decretos. Lei nº 11.705 de 19 de junho de 2008. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20, jun., 2008. p. 01. Altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que “Institui o Código de Trânsito Brasileiro”, e a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do parágrafo 4 do artigo 220 da Constituição Federal, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaAvancada.action>> Acesso em 03, ago., 2008.
- ⁴⁹ Id. Decreto n. 6.488 de 19 de junho de 2008. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 de jun., 2008. p. 06. Regulamenta os artigos 276 e 306 da Lei 9.503, de 23 de setembro de 1997 - Código de Trânsito Brasileiro, disciplinando a margem de tolerância de álcool no sangue e a equivalência entre os distintos testes de alcoolemia para efeitos de crime de trânsito. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaAvancada.action>> Acesso em 01, ago., 2008.
- ⁵⁰ Id. *ibid.*
- ⁵¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância e Saúde. Política Nacional da Promoção da Saúde. Dia Mundial da atividade física. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/DIAMUNDIALDIVULGA_31MAR09.ppt#314,1,Slide1> Acesso em: 10, ago., 2008.
- ⁵² BRASIL. Leis, Decretos. Decreto nº 6.826, de 05 de dezembro de 2007. **Diário Oficial da União**, Brasília, 06 dez., 2007. p. 2. Institui Programa de Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaAvancada.action>> Acesso em 05 ago., 2008.
- ⁵³ Programa Mais Educação. Disponível em: <<http://www.cultura.gov.br/site/2007/05/07/programa-mais-educacao/>> Acesso em 05 ago., 2008.
- ⁵⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **A educação que produz saúde**. Brasília: Departamento de Gestão da Educação na Saúde, 2005.16 p. Série F. Comunicação e Educação em Saúde) Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B22008F59-7EF4-47B4-8F07-B4B1C7E18339%7D/a_educacao_que_produz_saude.pdf> Acesso em: 10 ago. 2008.
- ⁵⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 2007. 160 p. Série B. Textos Básicos de Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_de_educacao_popular_e_saude.pdf> Acesso em: 10, ago. 2008.
- ⁵⁶ GUIA Escola de Todos. Disponível em: <<http://www.escoladetodos.net/blog>> Acesso em: 10 ago. 2008.
- ⁵⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual operacional para profissionais de saúde e educação**: promoção da alimentação saudável nas escolas. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2008. 152 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_operacional_profissionais_saude_educacao.pdf Acesso em: 10 ago. 2008.
- ⁵⁸ PROGRAMA Saber Saúde: buscando formar cidadãos conscientes. **Atualidades em Tabagismo e Prevenção do Câncer**, v. 10, jan./mar, 2001. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/atualidades/ano10_1/programas.html> Acesso em 02 ago., 2008.
- ⁵⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pense.pdf>> Acesso em 02 ago., 2008.
- ⁶⁰ Id. **Programa Saúde na Escola (PSE)**: orientações sobre o Programa Saúde na Escola para a elaboração dos projetos locais. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/orientacoes_pse.pdf> Acesso em 02 ago., 2008.
- ⁶¹ Id. **Sistema Nacional de Monitoramento da Saúde dos Escolares**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=21859> Acesso em 02 ago., 2008.

ABSTRACT

*Deborah Carvalho Malta; Adriana Miranda de Castro. **Advances and results in implementing the national health promotion policy.***

The document presents a retrospective and the evolution of the health promotion concept, focusing on the managerial praxis of this policy in international bodies and in Brazil. It describes the strengthening of health promotion in the Unified Health System (SUS), the creation and administration of the National Health Promotion Policy Management Committee (PNPS) geared to a matrix approach to prioritized actions, intended to expand the integrality of initiatives with states and municipalities. It also analyzes strategies to decentralize the PNPS and reduce morbidity and mortality rates due to accidents and violence in the 2006-2007 period. Those strategies are geared to funding proposals for physical activities, preventing violence, and promoting a peace culture. Finally, the text presents social mobilization and intersectoriality actions developed in partnership with the ministries of Cities, Environment, Culture, and Sports.

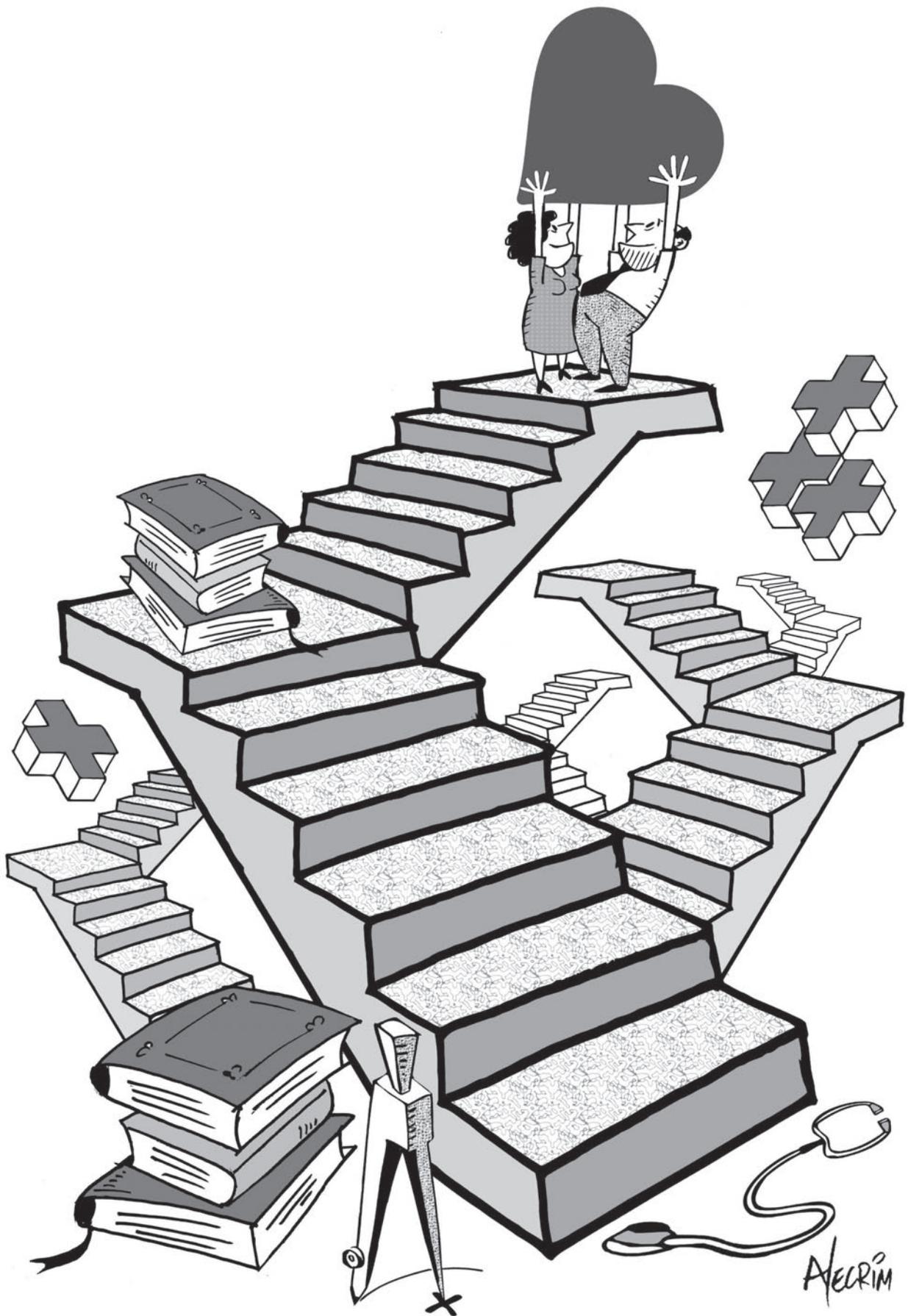
Keywords: Health; Health promotion; Intersectoriality; Planning; Management; Public policy.

RESUMEN

*Deborah Carvalho Malta; Adriana Miranda de Castro. **Avances y Resultados en la Implementación de la Política de Promoción de la Salud.***

Presenta la retrospectiva y la evolución del concepto de promoción de la salud, enfatizando la praxis de gestión de esa política en los organismos internacionales y en Brasil. Describe el fortalecimiento de la promoción de la salud en el Sistema Único de Salud (SUS), la creación y la gestión del Comité Gestor de la Política Nacional de Promoción de la Salud (PNPS), dirigidas hacia el matriciamiento de las acciones priorizadas con el propósito de ampliar la totalidad de las iniciativas tomadas en los estados y municipios. Analiza las estrategias para la descentralización de las PNPS y la Reducción de la Morbimortalidad por Accidentes y Violencia en los años 2006 y 2007, dirigidas al financiamiento de propuestas de acción vinculadas a la actividad física y a la prevención de violencias y la promoción de una cultura de paz. Por último, presenta acciones de movilización social e intersectorialidad desarrolladas en colaboración con los Ministerios de las Ciudades, del Medio Ambiente, de la Cultura y del Deporte.

Palabras clave: Salud; Promoción de la Salud; Intersectorialidad; Planificación; Gestión; Política Pública.



EFETIVIDADE DAS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Vera Lucia Góes Pereira Lima*
Maria Auxiliadora Bessa Barroso**
Nora Zamith Ribeiro Campos***

Resumo

O documento analisa as *discussões temáticas* que integraram o eixo de **Efetividade das Práticas de Promoção da Saúde** do II Seminário Brasileiro de Efetividade da Promoção da Saúde, quanto à metodologia empregada, seus resultados e sua sustentabilidade. Comprovou-se diversidade e riqueza das práticas, que refletem pluralidade de demandas e capacidade inovadora, evidenciando-se diferentes concepções e persistência de confusão conceitual no campo da PS; controvérsias quanto à priorização de urgências na atenção ou ações de PS, e necessidade de maior domínio das metodologias de monitoramento e avaliação em PS.

Palavras-chave: Promoção da saúde; Avaliação; Metodologia; Efetividade; Sustentabilidade.

1. INTRODUÇÃO

O conceito de avaliação da Organização Mundial de Saúde (OMS), segundo o qual avaliação é o “*processo de determinação sistemática e objetiva da relevância, objetividade, eficiência e impacto de atividades fundamentadas em seus objetivos*”, aponta para a sua complexidade quando se trata de promoção da saúde (PS)¹. As redes de causalidade são longas e complexas, a população envolvida é diversificada e as intervenções são implementadas em grande escala. Nesse contexto, há necessidade de se empregarem construções metodológicas diversas, visando a apreender a realidade e suas transformações, sendo o monitoramento uma ferramenta indispensável à avaliação. Tais metodologias compreendem uma variedade de métodos de natureza quantitativa e qualitativa que

inclui um conjunto de técnicas e procedimentos utilizados de maneira sistemática, oferecendo informação sobre o êxito de uma intervenção, assim como sobre avanços, dificuldades e ajustes necessários em seu processo de implementação. Já a avaliação vai mais além, pois implica juízo de valor².

A promoção da saúde pressupõe a fundamentação em valores de equidade e justiça social e a adoção de estratégias de empoderamento, participação e intersetorialidade, enfatizando-se, de modo particular, fatores e estratégias de sustentabilidade. Esse é um atributo que desperta atenção crescente no âmbito da PS a partir da discussão sobre desenvolvimento sustentável, expressão que “*historicamente se relaciona aos esforços e movimentos em prol de ações voltadas para a preservação do meio ambiente e para a qualidade de vida*”³.

Em promoção da saúde, a sustentabilidade de resultados positivos de programas e projetos caracterizará a sua efetividade quando esses resultados se mantiverem em condições reais, não controladas, beneficiando-se de continuidade e regularidade.⁴ Significa que houve manutenção das ações e seus resultados em programas e intervenções em benefício da qualidade de vida e equidade, condição fundamental para viabilizar mudanças efetivas nos determinantes sociais, contrapondo-se à descontinuidade programática.⁵

O segundo Seminário Brasileiro de Efetividade da Promoção da Saúde (II SBEPs)⁶ aponta nessa direção. Realizado na cidade do Rio de Janeiro, de 13 a 16 de maio de 2008, reuniu lideranças e profissionais das áreas de PS e afins (docentes, pesquisadores, gestores, prestadores de serviços), procedentes de todas as regiões do Brasil, além de representantes de outros países (Argentina, Canadá, Colômbia, Cuba, México, Porto Rico e Estados Unidos), num total de 310 participantes. Tendo por

* Mestre e Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Graduada em Pedagogia pela Faculdade Nacional de Filosofia da Universidade do Brasil; Professora Titular aposentada da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Coordenadora da Sub-Região Brasil na Oficina Regional Latino-Americana da União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde – UIPEs/ORLA-BR. Representante da América Latina junto ao Conselho Administrativo da UIPEs. E-mail: vllima.orla@openlink.com.br

**Mestre em Educação pela Universidade Estácio de Sá - UNESA. Assistente Social pela Universidade Federal do Amazonas - UFAM. Especialista em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ e em Educação em Saúde Pública pela Universidade Federal Fluminense - UFF. Membro do Grupo Assessor da UIPEs/ORLA-BR – E-mail: dodora@superig.com

*** Mestre em Educação pela Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ. Bacharel em Ciências Sociais - Socióloga pela Universidade Federal do Rio de Janeiro - IFCS/UFRJ. Membro do Grupo Assessor da UIPEs/ORLA-BR - Pesquisadora. E-mail: nribeirocampos@yaboo.com.br



*a conquista de melhor saúde
transcende o setor saúde e envolve
os demais setores relacionados à
vida humana, importando, pois,
em que as práticas que conduzem à
melhoria da qualidade de vida sejam
eficazes e sustentáveis.*

objetivos o estímulo ao debate, à reflexão e ao enfrentamento dos desafios teóricos e práticos apresentados para essa área no contexto contemporâneo, buscou privilegiar a discussão das abordagens avaliativas que focalizam a efetividade das ações e a utilização dos resultados para o processo decisório relativos à área da promoção da saúde.

A adesão de profissionais brasileiros e internacionais ao II SBEPS deveu-se ao reconhecimento da atualidade de sua temática, de interesse global, favorecendo a participação de renomadas autoridades em PS, assim como a representação de órgãos/organismos nacionais e internacionais. A oportunidade de cotejar teoria e prática, assim como a divulgação das práticas, estratégias e procedimentos de avaliação, em diferentes cenários e níveis de intervenção, também constituiu fatores de incentivo à participação.

A trajetória de construção do II SBEPS se iniciou 18 meses antes da realização do evento, com a participação de 33 profissionais de diferentes instituições (academia e prestação de serviços), representando os setores público e privado, governamental e não governamental. O processo de planejamento e organização atendeu à filosofia de trabalho de seus organizadores, coerente com a proposta de PS, que supõe a mobilização de estratégias de construção participativa, intersetorial e interinstitucional. Procurou, também, refletir os anseios, necessidades e demandas de profissionais provenientes de diferentes regiões do país e com níveis de formação distintos, por meio de discussões bastante ricas, chegando-se a propostas consensuais, embora desafiadoras, na tentativa de abarcar a complexidade das metodologias de avaliação da PS.

2. A EFETIVIDADE DAS PRÁTICAS

A promoção da saúde busca a saúde em seu conceito ampliado de qualidade de vida, estreitamente dependente dos determinantes sociais e, portanto, das condições de vida das

pessoas. Nesses termos, a conquista de melhor saúde transcende o setor saúde e envolve os demais setores relacionados à vida humana, importando, pois, em que as práticas que conduzem à melhoria da qualidade de vida sejam eficazes e sustentáveis. Essas duas condições – eficácia e sustentabilidade – caracterizam a efetividade da promoção da saúde.

Baseando-se no conceito de promoção da saúde segundo a Carta de Ottawa, Nutbeam⁷ caracteriza a *promoção da saúde eficaz como aquela que conduz a mudanças nos determinantes da saúde*. Tais determinantes incluem tanto aqueles que estão sob o controle das pessoas (condutas individuais e estilos de vida), como os que estão fora de seu controle (condições sociais, políticas, econômicas e ambientais).

De Salazar⁸, em consonância com Last⁹, afirma que “*quando nos referimos à efetividade, estamos avaliando se uma intervenção serve para o que foi criada, quando funciona sob condições reais não controladas*”. Efetividade é, assim, um conceito que qualifica os resultados das intervenções de PS.

A preocupação em estabelecer a evidência de êxito da PS tornou-se mais explícita a partir dos anos 90, paralelamente ao reconhecimento da necessidade crescente de avaliar essas ações. São apontadas diferentes razões para esse fato, algumas relacionadas à gestão dos programas e justificativa de financiamento, outras ao avanço do conhecimento científico¹⁰. Tal cuidado teria se acentuado em decorrência do questionamento sistemático quanto ao financiamento dos sistemas públicos de saúde. Neste caso, a preocupação com a *efetividade* teria se ampliado no cenário internacional como uma forma de legitimar a PS, num contexto de rigor orçamentário.

O Programa Mundial de Efetividade da Promoção da Saúde (Global Program on Health Promotion Effectiveness, International Union of Health Promotion and Education – GPHPE/IUHE) reconhece que a evidência da efetividade deriva de uma variedade de fontes que transcende as fronteiras da avaliação tradicional. Seu objetivo é a melhoria das práticas de PS em todo o mundo, focalizando os princípios, modelos e métodos das melhores práticas, tendo-se em conta as peculiaridades regionais e a diversidade cultural. Nesta ótica, a análise de procedimentos e métodos de monitoramento e avaliação constitui o eixo condutor da discussão sobre efetividade.

Tanto quanto determinar o êxito de um programa ou intervenção, o monitoramento e a avaliação devem proporcionar, continuamente, visibilidade ao processo de implementação, permitindo a identificação de necessidades de reajustes, regulações, correções ou diversificação, numa contínua dialética entre o fazer e seus efeitos, e, mais além, de fundamentar a definição de reivindicações e propostas de políticas públicas.

No Brasil, a área da PS ainda se depara com a dicotomia teoria e prática, persistindo um distanciamento entre o pensar da academia e o fazer da prestação de serviços, advindo daí a necessidade de se promover a articulação entre teoria e prática no domínio de conceitos e na utilização de estratégias de avaliação em PS.

Da mesma forma, algumas questões se interpõem às ações de promoção da saúde e dificultam a sua efetividade, instigando o debate na busca do seu equacionamento: incipiente cultura

de avaliação; imprecisão conceitual relacionada à promoção da saúde, seus campos de ação e estratégias; frequente fragmentação das ações em programas e intervenções; desconhecimento ou pouco domínio das metodologias de avaliação das ações em saúde nesse novo paradigma de PS, além da resistência à avaliação por parte de alguns gestores. Ressalte-se que a ausência da avaliação dos programas dificulta sua readequação às demandas e aos ajustes técnicos, o que pode comprometer o acesso a recursos que assegurem sua continuidade.

A diversidade de problemas e contextos, e os desafios impostos pela pobreza e desigualdade próprios de países em desenvolvimento, exigem, entre outras condições, um esforço global inovador na adequação de estratégias e implementação de políticas e programas.

É fundamental a elaboração de uma agenda social integrada, entre as nações, para o desenvolvimento humano, pautada pelo imperativo ético da equidade e respeito às diferenças. Nessa perspectiva, a questão da efetividade da promoção da saúde persiste como um grande desafio, tanto no país como no plano internacional, sendo que a experiência brasileira, inovadora e diversificada, desperta interesse especial em outros países.

O primeiro e o segundo Seminário Brasileiro de Efetividade de Promoção da Saúde, precursores no país, têm contribuído decisivamente para a integração e a ampliação do debate internacional dessa temática no enfrentamento dos desafios, de que resultou, no último seminário, a construção da Carta/Declaração sobre “Cooperação entre Países na Efetividade da Promoção da Saúde”, aprovada na sessão de encerramento.¹¹

Objetivos e Indicadores

A *Efetividade das Práticas de Promoção da Saúde em diferentes cenários* integrou o quarto eixo temático do II SBEPs¹², que, trabalhado em sessões de apresentação de pôsteres e de discussão temática, objetivou: divulgar programas e projetos; promover a troca de experiências no que tange às metodologias desenvolvidas nas práticas de PS e estratégias adotadas para o alcance de resultados positivos, e identificar aspectos relevantes para a avaliação da efetividade em promoção da saúde.

Seguem-se alguns indicadores facilitadores da análise da temática em questão:

- Intervenções e estratégias adequadas ao contexto e à realidade local.
- Empoderamento e participação da população nas diferentes etapas da intervenção.
- Envolvimento dos gestores e demais atores na avaliação de programas e intervenções.
- Continuidade dos processos de capacitação.
- Desenvolvimento de ações intersetoriais.

3. DESENVOLVIMENTO DAS SESSÕES TEMÁTICAS

As sessões de discussão temática tiveram o propósito de privilegiar o debate de questões transversais e foram norteadas pelas seguintes perguntas:

- (a) *Quais as metodologias de avaliação utilizadas?*
- (b) *Quais as estratégias que favoreceram resultados positivos?*
- (c) *Quais as estratégias de sustentabilidade utilizadas e/ou propostas?*

Metodologias

Dentre as metodologias citadas pelos participantes das sessões temáticas destacam-se: a) aquelas com referências claras à avaliação; b) aquelas voltadas para as intervenções; c) experiências nas quais as metodologias de avaliação e de intervenção estavam imbricadas; d) metodologias voltadas para análise de textos, e) outras que se referem à construção de instrumentos de avaliação.

Embora os organizadores do seminário tenham estabelecido condições de apresentação de trabalhos voltadas para metodologias de avaliação, surgiram algumas dificuldades (falta de clareza sobre o objeto da avaliação e técnicas utilizadas), o que permite apontar a necessidade de focalizar questões relacionadas à área da avaliação: aprofundamento de diferentes tipos de avaliação (quantitativa *versus* qualitativa); distinção entre avaliação de processos e de resultados; e, principalmente, um conhecimento mais profundo do enfoque em PS, que permita distingui-lo da abordagem biomédica.

A avaliação é considerada por alguns expositores como decisiva na obtenção de melhores resultados, utilizada como estratégia de abordagem e também na conquista de ganhos materiais (investimentos federais, municipais e privados), e nas ações direcionadas para a autonomia individual ou coletiva (avaliação participativa). Foi citada, ainda, a importância do monitoramento/acompanhamento de ações visando à identificação de necessidades, como insumo para o planejamento intersetorial em serviço de saúde. Esse processo é caracterizado como fonte geradora do fortalecimento de políticas públicas intersetoriais, configurando-se, também, como espaço de capacitação de pesquisa acadêmica e de prática metodológica.

A questão da educação em saúde é apontada em dois depoimentos como estratégia metodológica para obtenção de resultados, em um dos quais vem associada à metodologia da



educação popular. É preocupante a gradativa retração do enfoque da educação em saúde no contexto da promoção da saúde. Educação em saúde e promoção da saúde são aqui entendidas como campos do conhecimento indissociáveis, com suas interações e interfaces¹³.

Outras metodologias utilizadas de forma regular e participativa foram: a) metodologia de avaliação rápida, que corresponde à proposta metodológica desenvolvida pelo Centro para o Desenvolvimento e Avaliação de Práticas e Tecnologia em Saúde Pública (Cedetes)¹⁴, e b) metodologia de avaliação participativa para municípios saudáveis que fundamentou a elaboração do Guia Metodológico para Avaliação Participativa de Municípios Saudáveis.¹⁵

Estratégias

No que diz respeito às estratégias que favoreceram resultados positivos, os relatórios mostram que, na maioria dos casos, houve uma imbricação entre resultados e estratégias, constituindo-se, portanto, numa variável complicadora da análise. Alguns expositores tiveram dificuldade de fazer essa separação, na forma como havia sido solicitada.

Da leitura dos resultados expostos emergiram algumas categorias aqui apresentadas de acordo com a sua ordem de frequência. Em primeiro lugar, aparecem aquelas que envolvem estratégias de abordagem na prática institucional. A seguir, estão as respostas situadas no plano cognitivo – concepção/percepção, contidas, principalmente, em pesquisas de natureza acadêmica. Em terceiro lugar, estão os ganhos materiais ou facilitadores da viabilização dos programas, seguidos dos referentes às mudanças de atitudes/comportamento ou às ações voltadas

para a autonomia individual ou coletiva, portanto subjacentes à questão da educação. Entre as estratégias apresentadas com menor frequência estão as que dizem respeito à capacitação em geral e à elaboração de instrumentos ou estratégias de acompanhamento/avaliação.

Pouquíssimos relatórios fazem alusão, de maneira explícita, à influência direta das ações desenvolvidas na formulação de políticas públicas, embora se saiba que programas de maior abrangência, que abarcam municípios ou a reunião deles, apontam nessa direção, particularmente aqueles voltados para o desenvolvimento de ambientes saudáveis. Da mesma forma, as ações intersetoriais, independentemente de sua abrangência, favoreceram a criação ou o incremento de políticas públicas. Entende-se, assim, que a ação intersetorial é vista como modo de enfrentamento dos problemas identificados, envolvendo determinantes internos e externos¹⁶. No caso particular da saúde, em seu conceito ampliado, essa forma de ação se torna imperiosa, uma vez que os problemas e suas soluções extrapolam os limites do setor.

É relevante a crescente inclusão do aparelho escolar nas ações de PS, inclusive subsidiando propostas político-pedagógicas emanadas do Ministério da Educação, como é o caso da inclusão da promoção da saúde no Projeto Político Pedagógico (PPP) da escola, por constituir um avanço na política de integração entre os setores saúde e educação. O Projeto Pedagógico é visto como: “... *um instrumento teórico-metodológico que visa ajudar a enfrentar os desafios do cotidiano da escola, só que de uma forma refletida, consciente, sistematizada, orgânica e, o que é essencial, participativa...*”¹⁷

Algumas expressões que caracterizam a promoção da saúde aparecem diluídas nos resultados apresentados. Chama a atenção, pela baixa frequência, a questão do *empoderamento*, conceito fundamental da PS, que subentende aumento de poder e de autonomia pessoal e coletiva¹⁸ explicitado em apenas três resultados, num universo superior a cem respostas. A *participação*, envolvendo instituições e população, é lembrada como principal fator para se alcançar resultados exitosos.

Abordagem interdisciplinar, desenvolvimento de trabalho multiprofissional, avaliação multidisciplinar, intersetorialidade, interinstitucionalidade, parcerias e capacitação são assinaladas como estratégias potencializadoras de resultados positivos.

Um dos grupos destacou as seguintes estratégias para obtenção de resultados positivos: o “*processo de educação continuada; a necessidade de maior participação do profissional de educação física, e do trabalho na linha do aconselhamento*”¹⁹, deixando evidente que os profissionais de educação física estão valorizando a avaliação em PS, buscando meios de se integrarem à área.

A criação de redes, citada em alguns relatórios, pode ser vista, também, como estratégia de abordagem visando potencializar resultados e como estratégia de sustentabilidade, uma vez que permite um constante *feedback*, sendo assim possível retroalimentar o processo, garantir a comunicação e fortalecer as relações interinstitucionais.

O envolvimento dos gestores como estratégia de resultado parece ter sido pouco valorizado, resumindo-se à “*observação das reuniões e entrevistas com gestores*” e à “*realização de oficinas...*”. Apenas

É relevante a crescente inclusão do aparelho escolar nas ações de PS, inclusive subsidiando propostas político-pedagógicas emanadas do Ministério da Educação, como é o caso da inclusão da promoção da saúde no Projeto Político Pedagógico (PPP) da escola, por constituir um avanço na política de integração entre os setores saúde e educação.

um depoente citou, como condição para o alcance de resultado positivo, “o apoio dos diferentes tomadores de decisão”. Isso pode ser interpretado como uma lacuna no contexto da avaliação da PS, considerando-se que o gestor, como tomador de decisão, tem um importante papel político na avaliação de programas de PS, influenciando decisivamente no rumo da avaliação. As razões de seu interesse pela avaliação podem variar, desde a compreensão do programa, visando introduzir ajustes ou promover sua replicação, até o conhecimento de seus resultados numa perspectiva de relação custo-benefício. Por conseguinte, o êxito dos programas depende, fundamentalmente, do interesse desses tomadores.

Sustentabilidade

Entre as questões transversais priorizadas nas sessões de discussão temática, destacam-se as estratégias de sustentabilidade utilizadas e/ou propostas, como é o caso da participação de todos os setores na gestão pública, vista como condição eficaz para o suporte das ações desenvolvidas e o fortalecimento dos vínculos institucionais e de parcerias, com efeitos de retroalimentação. Foi, assim, reforçada a convicção de que a sustentabilidade das ações depende intrinsecamente de uma ação intersetorial. Pouco se falou sobre a continuidade da avaliação dessas ações, no sentido de garantir seu acompanhamento, talvez como consequência de as parcerias se restringirem mais às ações e não se estenderem à avaliação do que fora construído de forma intersetorial.

Empoderamento e participação da população, formação de redes de apoio e criação de políticas públicas foram apontados, com maior frequência, como fatores geradores de condições favoráveis à sustentabilidade, seguindo-se: a gestão pública com participação de diferentes atores sociais; a elaboração de plano diretor baseado nos pilares da PS e a utilização de processo de avaliação. Outras condições mencionadas foram: atividades educativas e de capacitação; alocação de recursos financeiros; representação de todos os setores junto à gestão; reconhecimento pelos gestores do retorno de seus investimentos; reconhecimento pela população da melhoria em sua qualidade de vida; e construção de uma pactuação entre atores e parceiros.

Foram apontadas, ainda, outras condições facilitadoras de sustentabilidade, tais como desenvolvimento de *softwares*; publicação de dados em anais de congressos; divulgação de informações sobre os serviços e de experiências de iniciativas sociais; análise e mapeamento de resultados; melhoria na relação entre técnicos e entre estes e a comunidade; eleição de usuário como conselheiro



*a sustentabilidade das ações depende
intrinsecamente de uma ação
intersetorial.*

distrital; criação do cargo de profissional de educação física no campo da saúde; publicação da intervenção em revista científica internacional; disponibilização de resumos de trabalhos. Foi ainda destacada a replicação do projeto em outros setores ou órgãos.

Outras condições foram reconhecidas como estratégicas para a sustentabilidade das ações:

- Sensibilização da população para os propósitos do programa
- Sensibilização dos profissionais para as ações intersetoriais
- Melhor entendimento do trabalho do ACS nas ações de PS (concepção e atuação)
- Readequação de ações de PS conforme a realidade institucional
- Transformação de resultados de programas em novos objetos de estudo
- Fortalecimento de elos entre as escolas e os serviços de saúde
- Criação de comitês intersetoriais, incluindo representantes da sociedade civil.

Dentre as condições desfavoráveis à implementação de estratégias de sustentabilidade, constaram: a interrupção de projetos em consequência de mudança político-administrativa, e o tipo de metodologia quantitativa utilizada, entendendo o autor, neste caso, que métodos qualitativos teriam contribuído para maior sustentabilidade do programa.

Alguns desafios e recomendações foram apontados pelos expositores dos trabalhos, visando propiciar a sustentabilidade, incluindo-se: programa distanciado dos objetivos propostos pelo Ministério da Saúde; perda ou inexistência de recursos financeiros; pouco envolvimento da comunidade; desencontro entre os “tempos técnico e político”, diante das diferenças de concepção e de interesses; desarticulação do Programa de Saúde da Família com as ações dos Agentes Comunitários Ambientais, criando informações distorcidas na comunidade; políticas públicas saudáveis desconectadas das questões da comunidade.

4. RECOMENDAÇÕES DO II SBEPS

Os debates desenvolvidos ao longo do II SBEPS—particularmente aqueles referentes à formulação de políticas e estratégias de implementação de programas e intervenções em diferentes níveis—levam às seguintes recomendações:



■

A heterogeneidade da formação e da experiência profissional (academia, gestão e serviços) acentuou o desafio que representam o conhecimento e o domínio das técnicas de avaliação.

■

- Promover o efetivo fortalecimento e afirmação da promoção da saúde dentro do Ministério da Saúde, o que implica continuidade no processo de capacitação das equipes internas e externas e na necessária incorporação das práticas avaliativas.
- Conceder atenção especial à incorporação da avaliação em PS pelos gestores de serviços e programas na área da saúde, criando-se as normas e os incentivos necessários com vistas ao fortalecimento e ao aprimoramento das práticas.
- Dar ênfase aos processos de formação e capacitação profissional. Há necessidade de que a formação de profissional na área da saúde e afins incorpore em seus currículos as metodologias e técnicas de avaliação das práticas sociais.
- Envolver os gestores e profissionais em serviço nos processos de formação e capacitação, assim como os representantes dos movimentos sociais e conselheiros. A eficácia democrática traz a questão do processo de capacitação nos comitês e conselhos, visando à formação de sujeitos capazes de atuar na formulação de políticas públicas e nas transformações sociais (nesse caso, considera-se como efetividade a formulação de políticas que atendam às demandas).

Outras recomendações dizem respeito ao (à)

- Aprofundamento da discussão sobre a inter-relação empoderamento-participação social.
- Discussão da avaliação em sua função de fundamentar questionamentos quanto ao processo de formulação/implementação de políticas e capacitação, viabilizando mudanças das práticas e ensejando a reflexão para a construção da efetividade.
- Ampliação e aprofundamento do estudo dos determinantes sociais da saúde em diferentes contextos.
- Fortalecimento das parcerias entre governo e sociedade civil.
- Desenvolvimento de competências para a implementação de políticas e ações de PS, com ênfase nas questões e no contexto local.
- Reconhecimento da relevância da sociedade civil e da participação social no desenvolvimento da intersetorialidade, como eixo estruturador de políticas públicas saudáveis.
- Apropriação pelas escolas do conceito de *escolas promotoras*

da saúde e incorporação efetiva na prática educativa de suas estratégias e propostas.

- Aperfeiçoamento dos processos de discussão e construção de um capital social.

Com base no entendimento de que a PS tem por finalidade a melhoria da qualidade de vida pessoal e coletiva, atribuindo às pessoas e comunidades uma ação cidadã e protagonista, cabe a todos os atores a ela ligados incorporar em suas práticas, de forma cada vez mais sistemática, processos de avaliação fundamentados em seus princípios e adaptados aos distintos contextos, o que transcende as fronteiras da avaliação tradicional, tendo em vista o dinamismo e a complexidade da realidade social.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos relatórios parciais do eixo da *Efetividade das Práticas de Promoção da Saúde* permitiu perceber a diversidade e a riqueza dos temas e intervenções abordados, refletindo a pluralidade de demandas locais e a capacidade de inovação. No entanto, por mais variados que tenham sido os trabalhos no que diz respeito a essa temática e às metodologias e estratégias utilizadas, a discussão ainda se depara com a exigência de melhor sistematização e avaliação. Várias ordens de dificuldades foram evidenciadas, a saber: confusão conceitual no campo da PS; controvérsias quanto a priorizar ações voltadas para as urgências na atenção em detrimento das ações de PS e, sobretudo, a necessidade de maior conhecimento e domínio das metodologias de monitoramento e avaliação das práticas de PS.

A heterogeneidade da formação e da experiência profissional (academia, gestão e serviços) acentuou o desafio que representam o conhecimento e o domínio das técnicas de avaliação. Por consequência, maior é a insegurança na abordagem da efetividade, tanto do ponto de vista conceitual como dos fatores intervenientes nas práticas. Desta discussão deve resultar um desenho avaliativo, o que dependerá, por sua vez, dos objetivos e perguntas sobre o *que e como* se pretende avaliar.

Evidenciam-se, pois, dificuldades básicas que demandam fundamentos mais consistentes e, portanto, maior clareza, reflexão, investigação, novos focos e programas de formação, abrangendo o próprio conceito de PS.

Apesar de lacunas e defasagens, houve avanços significativos nas estratégias adotadas para a consecução de resultados exitosos no campo da PS, notadamente na relação universidade-prestação de serviços, com o apoio do Ministério da Saúde, viabilizado pela criação de programas e redes que dão sustentação ao trabalho intersetorial.

Assim como o II SBEPS constituiu-se numa excelente oportunidade de cotejar teoria e prática e discutir metodologias de avaliação, confia-se que no futuro novos atores – profissionais, tomadores de decisão e a sociedade civil – se unam no esforço de encontrar caminhos que avancem na superação de desafios e garantam o desenvolvimento de uma consistente cultura de avaliação das práticas em PS no Brasil.

Entende-se a incorporação dessa cultura como sendo potencializadora da formulação de políticas públicas saudáveis e, também, da destinação de recursos que permitam ampla colaboração em todos os níveis, do local ao global.

NOTAS

- ¹ MALTA, D. Política Nacional de Promoção da Saúde e Avaliação. Monitoramento e Avaliação de Promoção da Saúde no Brasil. In: **SEMINÁRIO BRASILEIRO DE EFETIVIDADE DA PROMOÇÃO DA SAÚDE**, 1. Rio de Janeiro: UIPES/ORLA-BRASIL, 2005.
- ² HAWE, et al. **Apud. DE SALAZAR, L. Evaluación de efectividad en promoción de la salud: guía de evaluación rápida.** Santiago de Cali: CEDETES/CDC/OPAS, 2004. p.23
- ³ PEREIRA LIMA, V. L. G. *et al.* Análise da eficácia de programas sociais de promoção da saúde realizados em condições macroestruturais adversas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ABRASCO, v. 9, n.3, 2004. p.684.
- ⁴ DE SALAZAR, L. **Evaluación de efectividad en promoción de la salud: guía de evaluación rápida.** Santiago de Cali: CEDETES/CDC/OPAS, 2004. p.23
- ⁵ PEREIRA LIMA, V. L. G. *et al.* (2004) **op. cit.**
- ⁶ SEMINÁRIO BRASILEIRO DE EFETIVIDADE DA PROMOÇÃO DA SAÚDE - SBEPS, 2. Rio de Janeiro, 13 a 16 de maio de 2008. **Relatório Científico.** Rio de Janeiro: União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde/Abrasco/Fiocruz-Ensp, 2008. Disponível em: <<http://www.metodoeventosrio.com/efetividade/>> Acesso em 04, ago. 2008
- ⁷ NUTBEAM, D. Eficácia de la promoción de la salud: las preguntas que debemos responder. In: UNIÓN INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD. **La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud**, Madrid: Ministerio de la Salud y Consumo. 1999. p. 1-11.
- ⁸ DE SALAZAR, L. (2004) **op. cit.**
- ⁹ LAST, J (Ed.). **A dictionary of epidemiology.** 2ndnd. New York: Oxford Medical Publications, 1988.
- ¹⁰ O'NEILL M. Le débat international sur l'efficacité de la promotion de la santé: d'où vient-il et pourquoi est-il si important ? **Promotion & Education**, França: UIPES, n. 1, p. 6-9, 2004. Edição especial.
- ¹¹ SEMINÁRIO BRASILEIRO DE EFETIVIDADE DA PROMOÇÃO DA SAÚDE - SBEPS, 2 (2008) **op. cit.**
- ¹² **Id. ibid..**
- ¹³ PEREIRA LIMA, V.L.G. *et al.* Health promotion, health education and social communication on health: specificities, interfaces, intersections. **Promotion & Education**, França: UIPES, v.7, n.4, 2000.
- ¹⁴ DE SALAZAR, L. (2004) **op. cit.**
- ¹⁵ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (OPS). **Propuesta para desarrollar un marco conceptual y operativo para evaluar municipios saludables.** Washington (DC), 1999.
- ¹⁶ BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2003.
- ¹⁷ VASCONCELOS, 1995, *apud* BAFFI, M.A.T. **Projeto Político Pedagógico.** Projeto Pedagógico: um estudo introdutório. 2002. Disponível

em <http://www.portal.santos.sp.gov.br/seduc>

- ¹⁸ BECKER, D. *et al.* Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ABRASCO, v. 9, n.3, jul./set., 2004.
- ¹⁹ SEMINÁRIO BRASILEIRO DE EFETIVIDADE DA PROMOÇÃO DA SAÚDE - SBEPS, 2 (2008) **op. cit.**

ABSTRACT

Vera Lucia Góes Pereira Lima; Maria Auxiliadora Bessa Barroso; Nora Zamith Ribeiro Campos. Effectiveness of health promotion practices.

This document analyzes the thematic discussions which were part of the area Effectiveness of Health Promotion Practices at the Second Brazilian Seminar on Health Promotion Effectiveness, regarding the employed methodology, its results and sustainability. A diversity and wealth of practices, reflecting the plurality of demands and innovating capacity, were evident. Also clear were different conceptions and the persistence of conceptual confusions concerning health promotion; controversies around the prioritization of urgencies in healthcare and health promotion actions; and a need for greater mastery of health promotion monitoring and evaluation methodologies.

Keywords: Health promotion; Evaluation; Methodology; Effectiveness; Sustainability.

RESUMEN

Vera Lucia Góes Pereira Lima; Maria Auxiliadora Bessa Barroso; Nora Zamith Ribeiro Campos. Efectividad de las Prácticas de Promoción de la Salud.

El documento analiza las discusiones temáticas que integran el eje de Efectividad de las Prácticas de Promoción de la Salud del II Seminario Brasileño de Efectividad de la Promoción de la Salud, con respecto a la metodología empleada, sus resultados y su sustentabilidad. Se comprobó la diversidad y la riqueza de las prácticas que reflejan la pluralidad de demandas y la capacidad innovadora, evidenciándose diferentes concepciones y la persistencia de una confusión conceptual en el campo de la PS; controversias en relación con la priorización de urgencias en la atención o acciones de PS, y necesidad de mayor dominio de las metodologías de monitoreo y evaluación de PS.

Palabras clave: Promoción de la Salud; Evaluación; Metodología; Efectividad; Sustentabilidad.

EMPODERAMENTO E PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NA EFETIVIDADE DA PROMOÇÃO DA SAÚDE



Nina Wallerstein, Dr. PH.
Doutora e Mestre em Saúde Pública pela Universidade da Califórnia, em Berkeley
Profa. do Departamento de Medicina da Família e da Comunidade, Diretora do Centro de Pesquisa Participativa, Instituto de Saúde Pública do Departamento de Medicina da Família e da Comunidade da Universidade do Novo México, U.S.A.
E-mail: nwallerstein@salud.unm.edu

*Nina Wallerstein foi, até 2007, diretora fundadora do Programa de Mestrado em Saúde Pública da Universidade do Novo México (UNM), EUA. Exerce, na referida universidade, a função de Diretora do Centro de Pesquisa Participativa, Instituto de Saúde Pública, além de outras destacadas funções relacionadas à saúde da comunidade e à política de saúde. Por mais de 25 anos, esteve envolvida com empoderamento/educação popular e pesquisa participativa com jovens, mulheres, tribos indígenas e comunidades saudáveis nos EUA e na América Latina. É coeditora da *Community Based Participatory Research for Health*, 2ª ed., 2008 (com Meredith Minkler); coautora do *Problem-Posing at Work: Popular Educator's Guide*; e autora de vários livros sobre saúde e educação de adultos, e mais de 100 artigos e capítulos de livros sobre pesquisa e intervenção participativa, promoção da saúde do adolescente e pesquisa sobre prevenção do alcoolismo e dependências químicas em geral, teoria de empoderamento e educação popular em saúde. Trabalha com a OPAS no desenvolvimento de guias de avaliação participativa para municípios e comunidades saudáveis, e na criação de programas de capacitação para o empoderamento em promoção da saúde (em espanhol e português). Seus interesses atuais focalizam a capacitação da comunidade e o desenvolvimento em saúde de comunidades indígenas; intervenção de processos de tradução culturalmente adequados, avaliação participativa e processos e resultados de pesquisa participante na comunidade. Nesta entrevista, a Profa. Nina aborda temas como o desenvolvimento comunitário, o empoderamento e a participação coletiva, visando à efetividade da promoção da saúde. Aponta a correção dos desequilíbrios entre os múltiplos poderes no desenvolvimento das comunidades como a principal questão ética relacionada ao empoderamento e à promoção da saúde. A entrevistada destaca que o empoderamento e a participação coletiva "autênticos" pressupõem a valorização do conhecimento da comunidade, em igualdade com outras formas de conhecimento; o acesso pelas organizações comunitárias e pelos movimentos sociais aos recursos disponíveis e ao orçamento, e a capacitação da comunidade em métodos de avaliação e pesquisa.*



*Coordenação**
Vera Lucia Góes Pereira Lima
Mestre e Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Graduada em Pedagogia pela Faculdade Nacional de Filosofia da Universidade do Brasil. Professora Titular aposentada da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Coordenadora da Sub-Região Brasil na Oficina Regional Latino-Americana da União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde – UIPEES/ORLA-BR. Representante da América Latina junto ao Conselho Administrativo da UIPEES. E-mail: vllima.orla@openlink.com.br

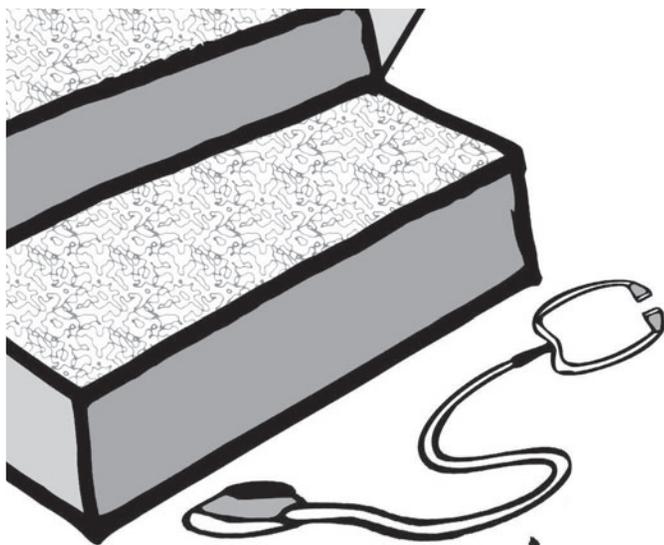
1) Nina, em seu trabalho você tem chamado a atenção para a questão da participação e do empoderamento. No campo da avaliação, tem havido alguma dificuldade, por parte de vários profissionais, no sentido de se avaliar esses dois elementos, que se apresentam como um verdadeiro nó.

Quais têm sido os caminhos mais promissores (positive/fostering factors) para se avaliar o empoderamento de indivíduos, de um grupo ou de uma comunidade? Quais as

principais barreiras a serem superadas pelos avaliadores?
(Nora Zamith Ribeiro Campos)

NW - Sempre me interessei pelo potencial de transformação dos efeitos da participação das pessoas num esforço coletivo, visando ao aumento do bem-estar público ou social. Minha pesquisa em Saúde Pública e Promoção da Saúde foi direcionada para programas de empoderamento de jovens, mulheres com HIV, alianças para a saúde, esforços da comunidade visando à saúde, e, atualmente, de prevenção com famílias/idosos/crianças de comunidades tribais. Neste trabalho, eu estive muito menos interessada na teoria de mudança individual de comportamento, iniciando-se em como

* A entrevista foi coordenada por Vera Lucia G. Pereira Lima, reunindo perguntas apresentadas por profissionais integrantes da Comissão Científica do II SBEPS: Nora Zamith Ribeiro Campos; Willer Baumgarten Marcondes; Ana Lucia Jezúino da Costa e Vera Lucia G. Pereira Lima.



atitudes ou intenções individuais possam influenciar comportamentos saudáveis ou não saudáveis; porém, meu constante e maior interesse tem sido de melhor compreender como o “ato” de participar com outras pessoas pode influenciar uma sequência completa de resultados multiníveis na estrutura socioecológica.

Estes podem incluir resultados no nível individual, tais como atitudes de esperança e otimismo, ou uma nova autoeficácia no tocante à capacidade de liderança; resultados de grupos dos programas de promoção da saúde interdisciplinares e equipes de pesquisa, i.e., favorecimento de uma nova confiança entre pessoas-chave (stakeholders); comunicação mais transparente; resultados organizacionais ou maior capacidade das equipes e, portanto, eficácia do programa de engajamento no esforço de promoção da saúde; resultados comunitários e culturais, ou maior senso de renovação na comunidade, no capital social ou cultural e, finalmente, no nível dos determinantes sociais mais distais; políticas públicas mais saudáveis; condições ambientais favorecidas, ou maior equidade política e econômica.

Muitas vezes, não tenho feito distinção entre as expressões “participação comunitária”, “participação social” ou “participação cívica”, considerando todas como “participação coletiva”, embora saiba que há construtos teóricos e históricos distintos sublinhando cada uma dessas ideias. Acima de tudo, a participação num esforço coletivo ou “participação coletiva”, quer ela seja um movimento social, um programa de promoção da saúde ou um projeto de pesquisa participante, pode utilizar processos de empoderamento e gerar aumento do empoderamento.

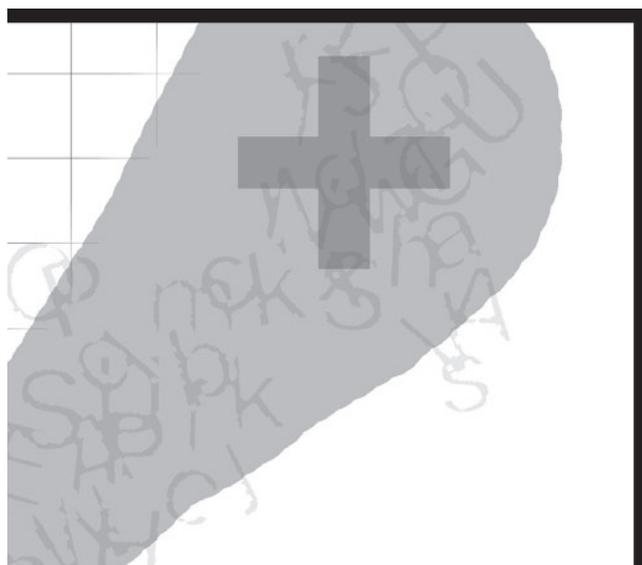
O empoderamento tem sido, também, um termo desafiador, especialmente nos idiomas português e espanhol, embora sua “centralidade” voltada para o poder, tanto nas ações de participação, por exemplo, quem está ou não participando e de quais ações (capacities) participa, como nas modificações das relações de poder, isto é, se foram ou não modificadas e se estamos, realmente, criando uma sociedade mais democrática, faz com que eu volte várias vezes a esse conceito.

Escrevo todo este prefácio porque a maior barreira para a avaliação permanece sendo a definição desses termos, especialmente quanto ao que é mais importante para determinado programa de promoção da saúde, ou esforço de desenvolvimento comunitário. No nível conceitual acadêmico tem havido um trabalho substancial na criação de modelos e na busca de evidências de que a participação coletiva e os processos de empoderamento podem levar a resultados no empoderamento, assim como, reciprocamente, o empoderamento pode influenciar os resultados da saúde (contribuição de minha autoria, para a Rede de Evidência em Saúde, da Organização Mundial da Saúde, em 2006; e de outros como Susan Rifkin, Glenn Laverack, Marc Zimmerman e profissionais do Banco Mundial – vide seu website sobre empoderamento). Recentemente, tem sido focalizada a documentação de mudanças políticas, como parte dos resultados de empoderamento, obtidas nas comunidades (tais como de Angela Blackwell, da Policylink de Oakland, Makani Themba, do Projeto Praxis, Meredith Minkler ou Nicholas Freudenberg).

Todos esses modelos conceituais e empíricos compartilham características comuns: são multinível, utilizando o referencial socioecológico (estendendo-se de características individuais, ou empoderamento psicológico, ao empoderamento da comunidade, ou a resultados tais, como novas capacidades da comunidade, mudanças nos sistemas e na política, e outros resultados dos determinantes sociais); são baseados nas fortalezas e bens da comunidade e no “valor essencial” ou convicção de que a população pode fazer a diferença na melhoria de suas próprias vidas; são orientados por ações no desenvolvimento de programas, criando ou construindo capacidades na comunidade; e são construtos dinâmicos e transformadores com contínua interação entre a mudança individual e social, definindo, por exemplo, as habilidades de liderança que as pessoas necessitam para serem bem-sucedidas em seu acesso aos recursos ou na remoção de barreiras para realizar mudanças institucionais e sociais, em benefício de suas famílias e comunidades.



*a participação num esforço coletivo
ou “participação coletiva”, quer
ela seja um movimento social,
um programa de promoção da
saúde ou um projeto de pesquisa
participante, pode utilizar processos
de empoderamento e gerar aumento
do empoderamento.*



A avaliação, portanto, precisa considerar medidas ou indicadores de mudança, tanto dos processos e seus resultados, como daqueles que se estendem dos resultados de mudança no nível individual ao nível comunitário e da sociedade. Muitas dessas medidas têm sido desenvolvidas, incluindo a escala de empoderamento psicológico de Zimmerman, medidas de capital social de Putnam e colegas, a teia (spiderweb) de participação de Rifkin para programas de desenvolvimento comunitário ou medidas de equidade de gênero do Banco Mundial. Outras, como o conhecimento de quais fatores de participação são mais úteis para a criação de mudança política, ainda precisam ser exploradas e mais bem identificadas.

Mais promissora, todavia, além da procura de medidas que possam existir em nível global, é a procura de resposta para a questão-chave de quais indicadores são mais importantes para qualquer programa de promoção da saúde, desenvolvimento comunitário ou esforço de organização. As barreiras para a resposta a esta questão têm dois lados, um, o de destinar um tempo com os organizadores/equipe de promoção da saúde e membros da comunidade para, coletivamente, definir os indicadores de sucesso desejados por esse esforço (o que pode tomar tempo destinado à implementação do próprio programa); e, dois, treinar e engajar os membros da comunidade nas etapas de avaliação/pesquisa, o que inclui coleta de dados, análise, interpretação e divulgação. Manuais de avaliação participativa têm sido desenvolvidos, inclusive pela OPAS e Fundação Kellogs. Por último, é sempre importante conhecer que indicadores de empoderamento e participação existem na literatura; porém, a avaliação participativa também demanda uma etapa adicional de criação de estratégia de avaliação coletiva, baseada nas necessidades locais e contextuais; e, frequentemente, exige que seja oferecida capacitação aos membros da comunidade para que possam participar de todas as etapas da avaliação.

2) Em sua opinião, qual o método (ou métodos) de avaliação de PS mais acessível aos profissionais de saúde para

ser materializado no cotidiano dos serviços de saúde? (Ana Lúcia Jezúino da Costa)

NW - A resposta a esta questão depende de decisões de quais são os indicadores escolhidos para a avaliação (e de quem está tomando esta decisão). Fontes secundárias provenientes da análise dos gráficos de paciente individuais ou dados estatísticos de saúde agregados requerem conhecimento sobre análise quantitativa de dados. Estas são informações-chave para determinar as tendências nos resultados (de saúde) do paciente, incluindo a qualidade e o acesso ao cuidado. Entrevistas com informantes-chave ou grupos focais com consumidores ou líderes comunitários podem levar a respostas para diferentes tipos de questões sobre práticas e políticas do sistema de atenção à saúde, que possam facilitar ou constituir barreiras ao cuidado em saúde ou à promoção da saúde.

Levantamentos na vizinhança e com pacientes oferecem outros dados, tais como informação sobre satisfação com a assistência à saúde; conhecimento sobre estratégias de promoção da saúde da comunidade e seu impacto; e renda média ou níveis de escolaridade. Pesquisas na vizinhança/comunidade ou registros ambientais, tais como levantamentos de mecanismos de proteção da vizinhança ou de locais de armazenamento de alimentos, podem levar à identificação de indicadores de nível mais elevado, como a disponibilidade de alimentos saudáveis, espaços seguros para caminhar, adequação das necessidades básicas, como eletricidade, água, e serviços públicos e privados. Todas essas estratégias são factíveis, entretanto a questão mais importante é saber que indicadores dentro da estrutura socioecológica (desde o indivíduo até o sistema organizacional, cultura, política e níveis de determinantes sociais) deveriam ser escolhidos para serem avaliados ao longo do tempo e, também, quem está participando dessa tomada de decisões.

Entrevistas com informantes-chave ou grupos focais com consumidores ou líderes comunitários podem levar a respostas para diferentes tipos de questões sobre práticas e políticas do sistema de atenção à saúde, que possam facilitar ou constituir barreiras ao cuidado em saúde ou à promoção da saúde.

3) O empoderamento entendido como processo de desenvolvimento de poder para que pessoas e comunidades atuem sobre os determinantes sociais da saúde, visando à melhoria da qualidade de vida, é essencialmente político, e deve se afirmar por meio de um processo educativo, que se fundamenta necessariamente em valores e princípios éticos. Entretanto, sabe-se que a “vontade de poder” muitas vezes se conflita com a “vontade de verdade” (Karl Jaspers), sendo este um valor do ponto de vista educacional, e que a ação política pressupõe articulações estratégicas nem sempre rigorosamente éticas.

Como você vê a questão dos desafios éticos do empoderamento? Em sua opinião, em que esses desafios interferem na efetividade das práticas em PS? (Vera Lucia G. Pereira Lima)

NW - Concordo que o empoderamento envolve um processo educativo essencial para assegurar que o envolvimento da comunidade seja autêntico. O que quero dizer por “autêntico” é uma questão ética de quem tem o “poder” de obter recursos e tomar as decisões de especificar as realidades a serem modificadas. Creio que há, potencialmente, múltiplas verdades em qualquer desenvolvimento comunitário, pesquisa participante ou avaliação, ou iniciativa de promoção da saúde, e a questão ética central é corrigir o desequilíbrio entre os múltiplos poderes, seja em relação a quem “detém” o conhecimento ou a quem “controla” o financiamento. Até que o conhecimento da comunidade possa ser igualmente considerado ao lado do conhecimento dos especialistas; até que as organizações da comunidade (ONGs) ou movimentos sociais tenham acesso aos recursos e orçamentos e até que a capacitação da comunidade em pesquisa ou nos métodos de avaliação se torne fundamental, só então pode haver um processo autêntico de participação ou empoderamento. A ética sem dúvida é muito mais complexa no processo político, e alguns indicadores de empoderamento existentes demonstram sua importância; condições e realidade do empoderamento da comunidade são consideradas mais expressivas quando há transparência nas instituições públicas e privadas; responsabilidade do governo para com a população; engajamento cívico de modo significativo e real, e maior “articulação” do capital social (ou confiança no governo).

4) Nos últimos anos, a busca de evidências da efetividade das ações de Promoção da Saúde tem colocado em questão a importância da correlação entre pesquisa, ação e educação.

A pesquisa participante, baseada na comunidade (Community based participatory research/CBPR), tema de muitos dos seus importantes trabalhos, por trazer esta mesma preocupação, poderia ser uma referência metodológica para a produção de evidências da efetividade? Quais seriam os principais desafios para este diálogo hoje em dia? (Willer Baumgarten Marcondes)

NW - Tem havido muita discussão nos últimos anos sobre a evidência ou a efetividade da promoção da saúde, e eu tenho escrito sobre os desafios para enfrentar estas questões em trabalho de minha autoria (WALLERSTEIN, Nina. Making

Creio que há, potencialmente, múltiplas verdades em qualquer desenvolvimento comunitário, pesquisa participante ou avaliação, ou iniciativa de promoção da saúde, e a questão ética central é corrigir o desequilíbrio entre os múltiplos poderes, seja em relação a quem “detém” o conhecimento ou a quem “controla” o financiamento.

traces evidence for practice and evaluation. In: GREENE, J.; LABONTE, R., (Eds.). **Critical public health: a reader**. London: Routledge, 2007.). Tenho discutido que a questão-chave não é o “valor” da evidência como um conceito abstrato, mas sim o fato de focalizar o “que” e o “como”, isto é, o que constitui uma robustez suficiente ou um “peso de evidência” capaz de atribuir causalidade, ou que contribua por meio de intervenção específica para mudanças na promoção da saúde, não importando qual seja o nível (ou níveis) da estrutura socioecológica a que se direcione; e, ainda, como podemos coletar melhor esta evidência, ou quais são os melhores desenhos de pesquisa e avaliação.

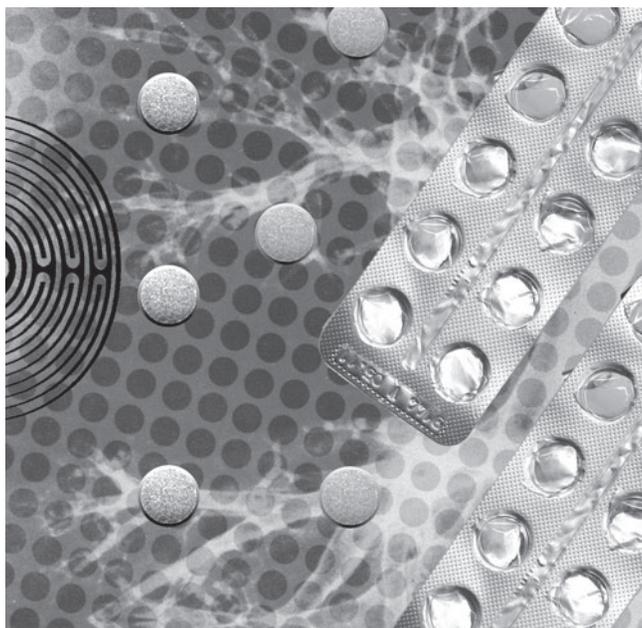
Ao discutir esta questão, tenho refutado a ideologia dominante que emergiu da literatura sobre “medicina baseada em evidências”, que privilegia o teste de controle randômico como sendo o melhor mecanismo para provar a validade interna em testes de eficácia, e depois testar a efetividade da intervenção em cenários da comunidade menos controlados. Eu e outros estudiosos temos discutido que, enquanto os testes de controle randômico (RCTs) podem ser, idealmente, melhores para controlar o viés nas informações médicas e clínicas, em casos da dinâmica complexa e em constante mudança da maioria das intervenções e políticas de promoção da saúde nas comunidades os RCTs estão praticamente impossibilitados de desenhar e enfrentar as restrições de custo proibitivo, além de não serem apropriados para avaliar a variedade de objetivos de mudança de múltiplos níveis, incluindo a participação comunitária e o empoderamento.

Além disso, eles não valorizam a questão da validade externa, ou o fato da intervenção de promoção da saúde poder, ou não, ser aplicada em outros diversos cenários raciais e étnicos, ou outros.

Assim, os avaliadores da promoção da saúde têm buscado

diversos enfoques para avaliar as complexas intervenções em comunidades: uma nova ênfase no processo de avaliação e na análise do que possa realmente estar acontecendo na comunidade; o desenvolvimento de modelos lógicos baseados nos insumos provenientes de membros da comunidade e dos processos de mudança identificados; o uso de comparações com comunidades escolhidas propositalmente num formato quase experimental; a triangulação de dados quantitativos e avaliação qualitativa da mudança; e, finalmente, a busca de resultados não intencionais ou que tenham emergido recentemente. Também tenho questionado a importância da validação externa e o valor da literatura sobre a implementação de programas recentes. Existe um aspecto crítico a este respeito: embora estejamos buscando as melhores e mais promissoras práticas de promoção da saúde para transpor de um cenário de promoção da saúde para outro, precisamos estar atentos aos contextos culturais e comunitários específicos, que requerem adaptações de nosso plano ou mesmo a adição de outras estratégias para que haja efetividade naquele cenário. Finalmente, tenho discutido sobre a pesquisa participativa (nos Estados Unidos, Community Based Participatory Research, ou CBPR (Minkler e Wallerstein, 2008) e a avaliação participativa (Springer e Wallerstein, 2008) como cruciais para o desenvolvimento de estratégias de avaliação efetivas de programas e iniciativas de promoção da saúde. Somente com a estratégia participativa é possível selecionar indicadores que sejam apropriados para determinado contexto e partilhar o poder que irá verdadeiramente facilitar o empoderamento e uma maior participação coletiva.

5) Diferenças entre tradições anglo-saxãs e latinoamericanas (*northern and southern traditions*) no paradigma participativo, que persistem e nem sempre são evidenciadas, como ocorre na pesquisa participante baseada na comunidade (CBPS), poderiam, em sua opinião, prejudicar o entendimento e as



• • •

o ponto de partida para a colaboração é, de fato, olhar para trás e discutir nossos valores e objetivos essenciais como líderes acadêmicos, profissionais, elaboradores de políticas, líderes e membros comunitários, e perceber onde, ao longo de um continuum, podemos nos inserir em termos de objetivos do projeto de promoção da saúde.

colaborações entre os países na Promoção da Saúde e, portanto, na compreensão das evidências da efetividade? Como você pensa esta questão? (*Willer Baumgarten Marcondes*)

NW - Muitos escreveram sobre a tradição anglo-saxã e latino-americana (*northern and southern traditions*) (incluindo o capítulo de minha autoria e de Duran no nosso novo livro sobre CBPR, editado por Minkler e Wallerstein, 2008). Penso que o ponto de partida para a colaboração é, de fato, olhar para trás e discutir nossos valores e objetivos essenciais como líderes acadêmicos, profissionais, elaboradores de políticas, líderes e membros comunitários, e perceber onde, ao longo de um *continuum*, podemos nos inserir em termos de objetivos do projeto de promoção da saúde. Se nossos objetivos forem os de mudança política e social e autêntico empoderamento, então precisaremos nos debruçar mais sobre a tradição latino-americana na busca de teorias de mudança e aprendizado empírico a respeito de como as mudanças ocorrem. Muitas pessoas dentro do contexto da América do Norte e da Europa estão inteiramente comprometidas com semelhantes orientações e valores essenciais.

Gostaria, aqui, de retomar os temas que levantei na questão 4 e reexaminar as ideias de “peso da evidência” (*weight of evidence*) e “como” podemos nos engajar num processo participativo para a identificação de indicadores essenciais e a medida de “evidência”. Existem benefícios metodológicos para os desenhos comparativos rigorosos (ênfatizados pela tradição anglo-saxã, em lugar de estudos de caso independentes, embora haja também aprendizagem em cada estudo de caso. Tanto na tradição meridional,

como na setentrional, penso que a promoção da saúde poderia se beneficiar, caso entendesse melhor a teoria dos movimentos sociais. O desafio está em criar as oportunidades para o debate e uma autorreflexão honesta com colegas e potenciais colegas de ambas as tradições, sobre quais os nossos valores essenciais, quais as perguntas e os objetivos iniciais do nosso trabalho e como podemos colaborar uns com os outros.

6) O I Seminário Brasileiro de Efetividade da Promoção da Saúde (I SBEPS) foi reconhecido como um esforço inicial de discussão sobre efetividade da promoção da saúde no Brasil. Embora bem-sucedido quanto à apresentação, discussão e difusão de teorias, metodologias e práticas de promoção da saúde (PS), evidenciou carências na institucionalização de políticas e na avaliação das práticas em PS, naquele momento histórico, indicando uma incipiente cultura de avaliação das mesmas.

Tendo você participado de ambos os seminários sobre o tema, que principais mudanças apontaria nos enfoques e nas práticas de avaliação em PS no Brasil, se consideradas as propostas e ações discutidas no II SBEPS (2008), comparadas às contribuições do I SBEPS (2005)? (Vera Lucia G. Pereira Lima)

NW - Esta é uma questão que eu gostaria de ser capaz de responder, mas a delego aos meus colegas brasileiros, que têm experiência neste crescimento da cultura de avaliação nas políticas brasileiras e na sociedade. Sinto-me profundamente honrada de ter tido a oportunidade de testemunhar este crescente despertar e sofisticação em torno da discussão sobre efetividade da promoção da saúde. Duas forças no Brasil, que eu pude identificar, são: 1) localização da discussão sobre efetividade da promoção da saúde num contexto histórico, político e teórico; e 2) com-

preensão da importância do desenvolvimento de políticas de promoção da saúde no nível nacional, e o incentivo desta cultura pelo Ministério da Saúde.

7) Olhando para o futuro, a seu ver, qual é o próximo passo a ser adotado nas agendas para as evidências de efetividade nas ações de promoção da saúde? (Willer Baumgarten Marcondes)

NW - Eu volto a minha estratégia de pensar sobre “evidência”: **o que** constitui evidência suficiente de mudança e **como** nós iremos medi-la. Proponho três recomendações:

- 1) Se o empoderamento e a participação são indicadores-chave de êxito, então, nós precisamos identificar quais indicadores de empoderamento encontrados na literatura importam. Numa segunda etapa, isso significaria usar um processo participativo para identificar quais indicadores de empoderamento poderiam ter importância em um contexto específico.
- 2) Sugiro maior atenção para a adoção de metodologias sistemáticas para criar cadeias causais ou de fatores favoráveis ao processo de mudança da promoção da saúde. Treinamento em modelos lógicos ou teorias da mudança; em triangulação de dados de múltiplos níveis de mudança e em medidas quantitativas e qualitativas; na implementação de validade científica e externa; e no uso de comparações (mesmo no caso de testes de controle não randômico) fortalecerão nossa habilidade de atuar no campo, de atribuir e identificar práticas melhores ou mais promissoras que esse campo tenha a oferecer.
- 3) Finalmente, precisamos fortalecer nossa habilidade de conduzir a pesquisa e a avaliação participativas para desafiar desequilíbrios de poder e facilitar nossos objetivos de empoderamento, capacitação da comunidade, participação coletiva e, por último, de aumentar a equidade e a justiça social.

Rio de Janeiro, julho de 2009.



precisamos fortalecer nossa habilidade de conduzir a pesquisa e a avaliação participativas para desafiar desequilíbrios de poder e facilitar nossos objetivos de empoderamento, capacitação da comunidade, participação coletiva e, por último, de aumentar a equidade e a justiça social.

PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César Franca. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), 2009. 478 p.

Trata-se de uma obra vinculada à produção de conhecimento da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), uma unidade técnico-científica da Fiocruz que integra um consistente projeto político pedagógico na área de Educação Profissional em Saúde e envolve atividades de ensino, pesquisa e cooperação técnica. O investimento da Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde, que integra a Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, criada pelo Ministério da Saúde e pela Organização Pan-americana de Saúde (Opas), proporcionou a produção desta obra no biênio 2004-2006 e a sua revisão e ampliação na 2ª edição em 2009.

Convém destacar o envolvimento e a qualificação dos organizadores da obra. Isabel Brasil Pereira – pesquisadora visitante da Fundação Oswaldo Cruz, e Júlio César França Lima – pesquisador em Saúde Pública da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fiocruz. O processo de construção da obra agrega 59 colaboradores com elevada qualificação, representantes de diversos grupos de trabalho da EPSJV: arquitetos, assistentes sociais, biólogos, comunicólogos, economistas, educadores, enfermeiros, engenheiros, estatísticos, filósofos, historiadores, médicos, odontólogos, pedagogos, psicólogos e sociólogos, que indicaram os verbetes prioritários.

Na ocasião da elaboração do projeto para a constituição da obra, os movimentos sociais se contrapõem aos reflexos da globalização ou da mundialização do capital, principalmente, nas economias dependentes, ampliando o debate relativos a repercussão desse modelo nos processos de trabalho, tendo em vista os baixos salários pagos ao trabalhador, a incorporação de tecnologias e as novas formas de organização do trabalho, o que exigia ações flexíveis para o aumento da produtividade. Acrescenta-se a este fato a emergência da qualificação profissional como estratégia de preparar melhor o trabalhador para esse novo cenário, em que as novas formas de organização da produção exigiam maior escolarização.

No Brasil, esse novo paradigma, associado ao arcabouço legal orientador do Sistema Único de Saúde e à Lei de Diretrizes e Bases da Educação (1996), possibilitou que políticas públicas fossem organizadas na área de Educação Profissional para cumprir as exigências do mundo do trabalho. Esse contexto em ebulição fez emergir a necessidade de construir noções e conceitos que pudessem favorecer a compreensão dos educadores, pesquisadores, estudantes e gestores que atuam na formação dos trabalhadores do setor saúde, com o objetivo de levá-los a incorporar novos saberes e responsabilidades quando da gestão de processos político-pedagógicos.

Assim, os organizadores desta obra escolheram três eixos vinculados à Educação Profissional em Saúde: “trabalho, educação e saúde”, os quais foram desenvolvidos a partir da seguinte

orientação: a) linguagem crítica; b) historicidade dos conceitos; c) relação entre os ideários da sociedade e suas inflexões nas políticas de formação dos trabalhadores técnicos de saúde; d) processo de trabalho e o cotidiano dos serviços de saúde.

A partir da determinação desses eixos, os autores conduzem o leitor a estabelecer as devidas relações com o processo de formação e a articulação com o cotidiano dos serviços, gerando o questionamento e instigando para a busca de significados e a consequente construção comprometida com o pensamento crítico em prol da saúde pública.

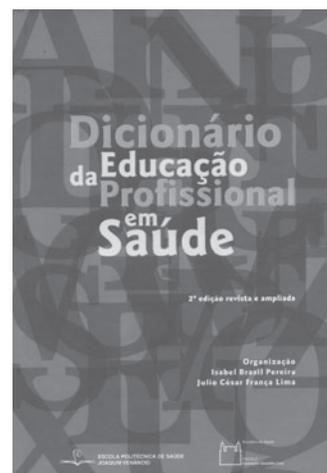
O lançamento da 2ª edição do livro traz como marco referencial os 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) no texto constitucional, que tem íntima relação com a formação profissional dos trabalhadores técnicos de saúde em decorrência da Reforma Sanitária brasileira, cujo marco de consolidação foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986.

Outro marco a ser destacado foi a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), nº 9.394/96, e o Decreto nº 2.208/97, que não conseguiu romper com o dualismo entre o nível médio e o técnico, mas nas “entrelinhas” reforça, ao associar as diferentes modalidades da Educação, o ideário pedagógico da empregabilidade e do eficientismo. O Decreto nº 5.154/2004 concebe a retomada da integração almejada do ensino médio e técnico unitário e politécnico. A mudança do eixo educativo do antigo segundo grau permite o surgimento do atual ensino médio e a formação profissional.

Nesta discussão surge o conceito de politécnia, que faz emergir novas relações de estudo-trabalho, possibilitando a ampliação dos conhecimentos específicos para a prática profissional e os condicionamentos históricos e sociais do mundo do trabalho em saúde. Neste contexto os currículos propostos para formação profissional em saúde são (re)significados a partir da incorporação dos princípios orientadores do Sistema Único de Saúde: Universalização, equidade e integralidade, os quais, ao serem efetivados na prática, contribuem para que os direitos de cidadania sejam garantidos.

Num plano mais geral, a educação profissional é chamada a responder às questões advindas do mundo do trabalho. Demanda-se que a educação profissional inclua a reflexão sobre as transformações na natureza de seu trabalho, bem como ultrapasse os limites do fazer condicionado, tendo em vista que na atualidade os processos de trabalho são dinâmicos, reflexivos e coletivos.

Na organização da obra, com seus 72 termos, avalia-se que ocorreu uma análise criteriosa na escolha dos mesmos. Assim,



considero o ponto alto da obra a introdução em cada termo/conceito das práticas atuais do mundo do trabalho, saúde e educação, bem como o fato de conceder ao leitor o entendimento e a possibilidade de crítica das redes contraditórias, mensagens, textos, discursos, sinais, conflitos e lutas por visões de mundo diferenciadas. Como os organizadores destacam na sua apresentação: é uma obra inacabada. Suscita no leitor a busca e a contribuição de conceitos que possam integrar a obra, não deixando perder de vista a sustentação nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e o impacto no ensino, na gestão setorial, nas práticas de atenção e no controle social em saúde. As várias instâncias do SUS devem cumprir um papel de mudança das práticas de saúde como no campo da formação profissional.

Finalizo concluindo que o livro não trabalha o conceito pelo conceito, mas ao descrevê-lo imprime a dimensão reflexiva e de construção do conhecimento em uma ação dialógica com o leitor e sua prática profissional e educativa.

Maria da Soledade Simeão dos Santos
Doutor em Enfermagem pela Universidade de São Paulo
– Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP).
Professor Adjunto do Departamento de Metodologia da
Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Uni-
versidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ). Membro
da Diretoria do Núcleo de Pesquisa Educação e Saúde em
Enfermagem (NUPESENF/UFRJ).
E-mail: soleed@openlink.com.br.