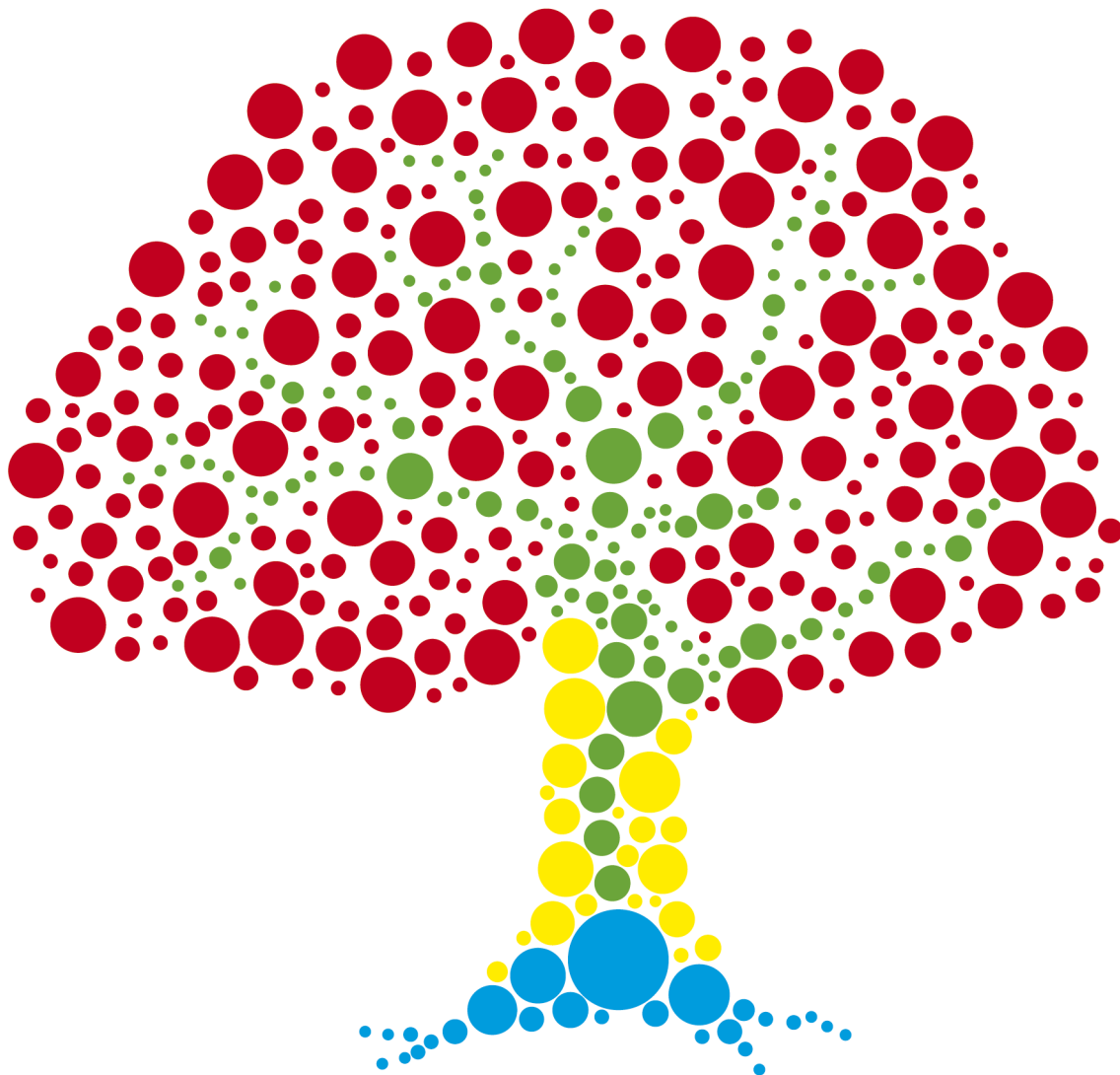


Avaliação em Promoção da Saúde



Uma antologia comentada da parceria entre o Brasil e a
Cátedra de Abordagens Comunitárias e Iniquidades em Saúde
(CACIS), da Universidade de Montreal, de 2002 a 2012

Brasília, 2014 – 1ª Edição

**AVALIAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE:
UMA ANTOLOGIA COMENTADA DA PARCERIA
ENTRE O BRASIL E A CÁTEDRA DE ABORDAGENS
COMUNITÁRIAS E INIQUIDADES EM SAÚDE
(CACIS), DA UNIVERSIDADE DE MONTREAL
DE 2002 A 2012**

Organização: Zulmira Hartz, Louise Potvin e Regina Bodstein

© 2014 – 1ª Edição

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citadas a fonte e a autoria.

Tiragem: 2 mil exemplares.

Avaliação em promoção da saúde: uma antologia comentada da parceria entre o Brasil e a cátedra de abordagens comunitárias e iniquidades em saúde (CACIS), da universidade de Montreal de 2002 a 2012

Brasília, novembro de 2014.

ISBN 978-85-8071-016-8

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

Avaliação em promoção da saúde: uma antologia comentada da parceria entre o Brasil e a cátedra de abordagens comunitárias e iniquidades em saúde (CACIS), da Universidade de Montreal de 2002 a 2012 / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2014.

219 p.

ISBN 978-85-8071-016-8

Sistema de Saúde I.

NLM WA 525

SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE

AC Suely de Souza Melo da Costa	PB Waldson Dias de Souza
AL Jorge Villas Boas	PE Ana Maria Martins César Albuquerque
AM Wilson Duarte Alecrim	PI Mirócles Campos Vera Neto
AP Jardel Adailton Souza Nunes	PR Michele Caputo Neto
BA Washington Couto	RJ Marcos Esner Musafir
CE Ciro Gomes	RN Luiz Roberto Leite Fonseca
DF Marília Coelho Cunha	RO Williaames Pimentel
ES José Tadeu Marino	RR Alysson Bruno Matias Lins
GO Halim Antonio Girade	RS Sandra Maria Sales Fagundes
MA Ricardo Murad	SC Tânia Eberhardt
MG José Geraldo de Oliveira Prado	SE Joélia Silva Santos
MS Antônio Lastoria	SP David Everson Uip
MT Jorge Araújo Lafetá Neto	TO Luiz Antônio Ferreira
PA Hélio Franco de Macedo Júnior	

DIRETORIA DO CONASS 2014/2015

PRESIDENTE

Wilson Duarte Alecrim (AM)

VICE-PRESIDENTES

Região Centro-Oeste

Halim Antonio Girade (GO)

Região Nordeste

Jorge Villas Boas (AL)

Região Norte

Hélio Franco de Macedo Júnior (PA)

Região Sudeste

Marcos Esner Musafir (RJ)

Região Sul

Michele Caputo Neto (PR)

EQUIPE TÉCNICA DO CONASS

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso

ASSESSORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Fernando Passos Cupertino de Barros

ASSESSORIA JURÍDICA

Alethele de Oliveira Santos

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Adriane Cruz

Marcus Carvalho

Tatiana Rosa

COORDENAÇÃO DE NÚCLEOS TÉCNICOS

Rita de Cássia Bertão Cataneli

COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

Ricardo F. Scotti

ASSESSORIA TÉCNICA

Alessandra Schneider

Eliana Maria Ribeiro Dourado

Gilson Cantarino

Lore Lamb

Lourdes Almeida

Maria José Evangelista

Maria Zélia Soares Lins

Nereu Henrique Mansano

Tereza Cristina Amaral

Viviane Rocha De Luiz

INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL

CONSELHO DE GESTÃO

Paulo Ferrinho (Diretor)

Henrique Silveira (Subdiretor)

Isabel Antunes (Administradora)

Zulmira Hartz (Subdiretora)

CONSELHO CIENTIFICO

Lenea Campino (Presidente)

Ricardo Parreira (Prof. /Vice-Presid.)

CONSELHO PEDAGOGICO

Miguel Viveiros (Presidente)

CONSELHO DE ÉTICA

Gilles Dussault (Presidente)

DIREÇÃO DE SERVIÇOS DE GESTÃO FINANCEIRA E PATRIMONIAL

Carla Brás (Diretora de Serviços)

GABINETE DE COOPERAÇÃO E RELAÇÕES EXTERNAS

Deolinda Cruz (Coordenadora)

GABINETE DE COMUNICAÇÃO E MARKETING

Isa Alves (Coordenadora)

UNIDADES DE ENSINO E DE INVESTIGAÇÃO

Clínica Tropical

Jorge Seixas (Diretor)

Microbiologia Médica

M.^a Luísa Vieira (Diretora)

Parasitologia Médica

Paulo Almeida (Diretor)

Saúde Pública e Internacional e Bioestatística

Sónia Dias (Diretora)

ORGANIZADORAS

Zulmira Hartz¹
Louise Potvin²
Regina Bodstein³

REVISÃO TÉCNICA

Alessandra Schneider
Fernando Passos Cupertino de Barros
Rita de Cássia Bertão Cataneli

REVISÃO ORTOGRÁFICA

Sem Fronteira Idiomas

EDIÇÃO

Adriane Cruz
Tatiana Rosa

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Marcus Carvalho

1. Atualmente é subdiretora do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa (IHMT/UNL), onde também é responsável pela disciplina de avaliação do programa de Doutorado em Saúde Internacional. No Brasil é pesquisadora associada ao Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais (LASER-ENSP/Fiocruz) e do Grupo de Estudos de Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (GEAS/IMIP), em Pernambuco. Enquanto consultora de avaliação tem analisado diversas políticas e programas de saúde, políticas de institucionalização da avaliação e gestão do conhecimento científico. É membro das associações de avaliação Americana (AEA), Canadense (CES) e Europeia (EES).

2. Doutora em Saúde Pública pela Universidade de Montreal e com pós-doutorado em avaliação de programa com um dos pioneiros da área, Dr. Donald T Campbell. Atualmente dirige a Cátedra de Abordagens Comunitárias e Iniquidades Sociais em Saúde e é professora do Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de Montreal. Essa cátedra está voltada para documentar como as intervenções em saúde pública, junto com o desenvolvimento local, contribuem para a redução das desigualdades em áreas urbanas.

3. Socióloga, doutora em Saúde Pública e pesquisadora titular do Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz). Com pós-doutorado em avaliação de programas de promoção da Saúde junto com Louise Potvin na Universidade de Montreal. Coordenou pela (ENSP/Fiocruz) o projeto de avaliação sobre Desenvolvimento Local e Integrado em Manguinhos (2000-2003) em cooperação com a Finep e a Canadian Public Health Association (CPHA), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrascot) – com o suporte financeiro da Associação Canadense para o Desenvolvimento Internacional (ACDI). De 2006-2008 coordenou a segunda etapa desde projeto de cooperação internacional com o foco nas Ações Intersetoriais em Promoção da Saúde, englobando seis experiências brasileiras. É líder de Grupo de Pesquisa em Promoção da Saúde na ENSP/Fiocruz.

SUMÁRIO

08 APRESENTAÇÃO

10 **PREFÁCIO:** DESENVOLVIMENTO LOCAL INTEGRADO E SUSTENTÁVEL EM MANGUEIROS (1993-2002): O INÍCIO DO PROCESSO | *PAULO BUSS*

14 **COMENTÁRIO:** O CONTEXTO DESTA ANTOLOGIA NA CAMINHADA BRASILEIRA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE | *ÁLVARO MATIDA, CARLOS SILVA E MARCO AKERMAN*

18 **INTRODUÇÃO:** POR QUE UMA ANTOLOGIA DE AVALIAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE | *ZULMIRA HARTZ E REGINA BODSTEIN*

PARTE I: PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

23 **CAPÍTULO 1.** O ESPLENDOR E A MISÉRIA DA EPIDEMIOLOGIA NA AVALIAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE | *LOUISE POTVIN, PATRICK CHABOT*

38 **CAPÍTULO 2.** CONCEPÇÕES E ABORDAGENS NA AVALIAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE | *ANTÔNIO IVO CARVALHO, REGINA CELE BODSTEIN, ZULMIRA HARTZ, ÁLVARO HIDEYOSHI MATIDA.*

51 CONCEPÇÕES DESAFIADORAS E UMA PROPOSTA DE AVALIAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE | *OSWALDO YOSHIMI TANAKA*

55 CONCEITOS E ABORDAGENS NA AVALIAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE | *FERNANDO P. CUPERTINO DE BARROS*

57 CONCEPÇÕES E ABORDAGENS NA AVALIAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE. DILEMAS DA AVALIAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE: COMO ORIENTAR A PRODUÇÃO CIENTÍFICA BRASILEIRA? | *MARIA FARIA WESTPHAL*

60 AVALIAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE, SÍNTESE REALISTA E PARTICIPAÇÃO | *MARCIA HILLS, SIMON CARROLL*

66 PROMOÇÃO DA SAÚDE E O SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE NO BRASIL: UM ALINHAMENTO CONCEITUAL NECESSÁRIO | *LUIZ ODORICO MONTEIRO DE ANDRADE, IVANA CRISTINA DE H. C. BARRETO*

75 **CAPÍTULO 3.** DA NATUREZA DOS PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO AÇÕES | *LOUISE POTVIN*

85 **CAPÍTULO 4.** POR QUE DEVERÍAMOS NOS PREOCUPAR COM PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE BASEADA EM EVIDÊNCIAS? | *LOUISE POTVIN*

92 **CAPÍTULO 5.** COMO A EVIDÊNCIA É USADA PARA PLANEJAMENTO, IMPLANTAÇÃO E AVALIAÇÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE? UMA COLETÂNEA GLOBAL DE ESTUDOS DE CASO | *LOUISE POTVIN, CARL-ÉTIENNE JUNEAU, CATHERINE M. JONES, DAVID V. MCQUEEN*

95 **CAPÍTULO 6.** O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA EM MANGUINHOS: DESAFIOS E LIÇÕES APRENDIDAS NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO, DESENVOLVIMENTO DE ESTRATÉGIAS E EVIDÊNCIAS | *ROSANA MAGALHÃES, REGINA BODSTEINI, ANGELA VIRGINIA COELHO, MILENA FERREIRA NOGUEIRA, CLÁUDIA BOCCA*

99 **CAPÍTULO 7.** A UTILIZAÇÃO DE EVIDÊNCIAS NA CONSTRUÇÃO E NA EXPANSÃO DA REDE PERNAMBUCANA DE MUNICÍPIOS SAUDÁVEIS | *RONICE FRANCO DE SÁ, VALDILENE SCHMALLER, ROSANE SALLES, SOCORRO FREIRE*

PARTE II: FORMAÇÃO AVANÇADA E INVESTIGAÇÃO DE AÇÕES INTERSETORIAIS

104 **CAPÍTULO 8.** AVALIAÇÃO DE UM PROJETO DE DESENVOLVIMENTO LOCAL INTEGRADO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO RIO DE JANEIRO, BRASIL | *REGINA BODSTEIN*

122 **CAPÍTULO 9.** MULTIESTRATÉGIAS NA AVALIAÇÃO DE INTERVENÇÕES COMUNITÁRIAS EM PROMOÇÃO DA SAÚDE | *ZULMIRA HARTZ, CARMELLE GOLDBERG, ANA CLAUDIA FIGUEIRO, LOUISE POTVIN*

139 **CAPÍTULO 10.** A CONTRIBUIÇÃO DA METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO “SISTEMATIZAÇÃO DE EXPERIÊNCIAS” NA IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROJETO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA SUBPREFEITURA DA CAPELA DO SOCORRO, SÃO PAULO, BRASIL | *MARCIA FARIA WESTPHAL, JUAN CARLOS ANEIRO FERNANDEZ*

152 **CAPÍTULO 11.** MAIS METODOLOGIA DO QUE MÉTODOS | *LOUISE POTVIN, SHERRI BISSET*

170 **CAPÍTULO 12.** FORMAÇÃO DE AVALIADORES E O ESTUDO DAS INTERVENÇÕES INOVADORAS EM SAÚDE: O CASO DO PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE | *ANA CLAUDIA FIGUEIRO, ISABELLA SAMICO, ERONILDO FELISBERTO, ZULMIRA HARTZ*

190 **CAPÍTULO 13.** CONSTRUINDO PARCERIAS EM PROJETOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE | *MARIA GUADALUPE MEDINA, CRISTIANE ABDON NUNES, ROSANA AQUINO, SYDIA OLIVEIRA E ANA LUIZA VILASBÓAS*

201 **CAPÍTULO 14.** A TEORIA ATOR-REDE E A COMPREENSÃO DO PROCESSO DE SUSTENTABILIDADE DAS INTERVENÇÕES EM PROMOÇÃO DA SAÚDE: CONTRIBUTOS E LIÇÕES APRENDIDAS | *RONICE FRANCO DE SÁ, ROSANE SALLES, SOCORRO FREIRE, VALDILENE SCHMALLER*

212 **CAPÍTULO 15.** UMA HISTÓRIA A SEGUIR | *LOUISE POTVIN*

APRESENTAÇÃO

Este livro inaugura o projeto “Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde” (LEIASS) que integra a agenda de cooperação estabelecida entre o Conselho Nacional de Secretários de Saúde do Brasil - CONASS e o Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa - IHMT/UNL. A parceria institucional iniciada em 2011 tem se intensificado, sobretudo pela atuação sinérgica das duas entidades, na qualidade de Observadores Consultivos da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), particularmente no âmbito da Comissão Temática da Saúde. O LEIASS responde assim a uma preocupação de ambas quanto à cooperação internacional com os demais países de língua portuguesa, disponibilizando a todos os países lusófonos, diferentes textos de livre acesso (originais ou traduzidos), a serem utilizados em seus programas de formação ou na sua prática de gestão em saúde, que comporão as várias publicações dessa linha editorial.

O tema escolhido marca também os 10 anos da presença brasileira no 2º Colóquio Internacional sobre programas locais e regionais de saúde no Québec, sob a coordenação científica da Professora Louise Potvin, e que teve como tema “Fortalecendo a integração da promoção e prevenção nos sistemas de saúde”. Naquela ocasião foi apresentada e debatida a Política Nacional de Promoção da Saúde pelo Ministério da Saúde do Brasil, CONASS, Conasems e Abrasco, atualmente em fase de revisão, contando com diversos atores-autores desta coletânea, o que agrega maior evidência de sua importância e relevância conjuntural.

O propósito desta antologia foi, portanto, o de sistematizar a trajetória da Cooperação Internacional em parceria entre a Canadian Public Health Association (CPHA), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz) e a Cátedra de Abordagens Comunitárias e Iniquidades em Saúde (CACIS). Ela reúne um conjunto de artigos científicos e ensaios desenvolvidos no âmbito dessa mútua e profícua colaboração ao longo de 10 anos que marcam a pluralidade e a historicidade de teorias, práticas, atores e contextos em que se construiu.

A implementação da Cooperação Internacional constituiu assim o principal fator na agregação de experiências inovadoras em promoção da saúde no país *vis-à-vis* o debate sobre estratégias e metodologias avaliativas desenvolvidas neste âmbito. Ela foi crucial para o aprofundamento conceitual e metodológico necessário para avaliar intervenções em saúde e desenvolvimento local, na perspectiva de compreender ações mais adequadas em contextos de grandes iniquidades sociais. Acompanhar o caminho percorrido e os desdobramentos dessa cooperação é a proposta desta antologia que amplia a compreensão das intervenções em saúde pública com foco em processos intersetoriais e de negociação entre saberes e práticas diversas.

O livro recupera também a importância da CACIS para a discussão conceitual e o debate interdisciplinar entre diversos paradigmas, teorias e metodologias presentes na área de avaliação em programas de promoção da saúde comunitária. Constitui, por isso mesmo, um convite à leitura e ao aprofundamento da discussão em torno da efetividade das intervenções complexas no processo decisório. Trata-se, portanto, de uma rica contribuição para os leitores de língua portuguesa – gestores, profissionais, acadêmicos e alunos – interessados no desenho e na implementação de ações voltadas para as desigualdades sociais e de desenvolvimento local, propondo abordagens que ampliam a compreensão sobre efetividade, evidências e o uso da avaliação em promoção da saúde.

Wilson Duarte Alecrim
Presidente do CONASS

Paulo Ferrinho
Diretor do IHMT

PREFÁCIO

DESENVOLVIMENTO LOCAL INTEGRADO E SUSTENTÁVEL EM MANGUINHOS (1993-2002): O INÍCIO DO PROCESSO

PAULO M. BUSS¹

Tremendo avanço! Assim deveríamos definir este livro sobre **‘Avaliação em Promoção da Saúde: uma antologia comentada da parceria entre o Brasil e a Cátedra de Abordagens Comunitárias e Iniquidades em Saúde (CACIS) - Universidade de Montreal (*) de 2002 a 2012’**, liderado por Zulmira Hartz, Louise Potvine e Regina Bodstein, que contem 15 capítulos sobre o tema.

Quando tudo começou sobre a experiência de desenvolvimento local integrado e sustentável em Manguinhos, nos idos de 1993, nossa preocupação com monitoramento e avaliação era grande, mas nem perto da sofisticação e amplitude empregadas nos últimos 10 anos da mesma experiência.

Como remanescente da experiência primeva, vale a pena recordá-la pelo que teve de original e pelo que alimentou a segunda fase, justamente aquela coberta neste livro.

Em 1993, Betinho, um ativista social muito admirado pelos brasileiros, lançou a iniciativa Ação da Cidadania, tendo como objetivo a mobilização de todos os segmentos da sociedade brasileira na busca de soluções para as questões da fome e da miséria, então fortemente prevalentes. O movimento propunha-se a atuar por meio de comitês locais, promovendo ações assistenciais e de mobilização de comunidades na luta pela conquista de direitos sociais. Formados por voluntários, os comitês propunham-se a promover ações em diversas áreas, como doação de alimentos, geração de emprego e renda, educação, creches, esporte e lazer, arte e cultura, saúde, assistência à população de rua e outras.

No âmbito da iniciativa Ação da Cidadania cria-se, no mesmo ano, o Comitê de Entidades Públicas contra a Miséria e pela Vida (Coep), reunindo, como espaço de articulação para a ação comunitária, mais de 40 entidades públicas, entre empresas, autarquias e fundações (entre as quais estava a Fiocruz). Desde 1995, ao definir suas diretrizes, o Coep propõe o incentivo a criação de mecanismos de ação local integrada, conjugando recursos e formando parcerias entre o poder público local e outros atores sociais, para a promoção de programas e ações de natureza social local (SPITZ A. E PEITER, G., 2008).

A Fiocruz tornou-se, desde o início, uma das entidades mais ativas. Instalada numa de suas áreas mais pobres e de maior inequidade da cidade, a Instituição, por meio da Escola Nacional de Saúde Pública, lançou no mesmo ano, a iniciativa Desenvolvimento Integrado e Sustentável de Manguinhos (DLIS Manguinhos), com grande participação comunitária das diversas associações de moradores existentes, reunidas no Fórum DLIS Manguinhos. Ao projeto, por fomento do Coep, aderem diversas entidades públicas (como Caixa, Finep, BNDES, Sebrae, Embratel, Correios, Refinaria de Manguinhos, INT) e os governos do Estado e do Município do Rio de Janeiro, por meio de diversas secretarias estaduais, municipais e subprefeituras, num esforço verdadeiramente interinstitucional.

1. Professor titular da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); Diretor do Centro de Relações internacionais em Saúde (CRIS/Fiocruz); Membro titular da Academia Nacional de Medicina.

A inspiração conceitual vinha da visão da promoção da saúde ‘radical’ (BUSS, 2000), com o papel das Escolas de Saúde Pública neste processo (BUSS, 1999; KLIEGERMAN E OUTROS, 2005); das relações do desenvolvimento local com a promoção da saúde (BUSS E FERREIRA, 2002); e, mais distal, da nova saúde pública (ASHTON E SEYMOUR, 1988); da Declaração de Alma Ata sobre Atenção Primária de Saúde; da Carta de Ottawa; e do processo das cidades e municípios saudáveis (ASHTON *ET AL*, 1986; OPS, 2005).

A tradução para a prática no território materializa-se com a realização de ações inter-setoriais, que cobriam geração de trabalho e renda, incluindo microcrédito; habitação, saneamento e infraestrutura; educação, esporte e lazer; e saúde, alimentação e nutrição. Entre suas ações concretas ocorreram a criação da Cootram (Cooperativa dos Trabalhadores Autônomos) de Manguinhos. O projeto foi fartamente documentado e analisado em livro de Zancan, Bodstein e Marcondes (2002).

A dinâmica social que se desenvolveu no território conferiu protagonismo político à comunidade de Manguinhos, que se projetou no tempo. O lançamento do Programa de Aceleração do Crescimento, pelo Governo Federal, no segundo mandato de Lula, ao tempo que visava dar visibilidade à sua gestora, Dilma Roussef, para viabilizá-la como candidata de Lula à Presidência, se mostrou, a meu juízo, estratégia adequada para a inclusão de mais brasileiros na fase de reconhecida (embora modesta) redistribuição de riquezas vis-a-vis a dívida acumulada quanto a este quesito na sociedade brasileira.

Neste sentido, o PAC Manguinhos foi uma conquista da organização da comunidade local, que atraiu a atenção dos gestores do PAC, tornando-se uma das melhores ‘vitrines’ da estratégia governamental. Isto não teria ocorrido não fora a base social e técnica anterior, que oferecia uma plataforma adequada para que sobre ela se sobrepusesse um programa de intervenção sócioambiental e de infraestrutura mais ambicioso.

Com a implantação do TEIAS-Escola Manguinhos, somaram-se o PAC e a Estratégia Saúde da Família, cuja expectativa é transformar o território em espaço que integre cuidado à saúde com ações em educação, cultura, assistência social, esporte e lazer.

Assim, correntemente estão presentes no território 13 Equipes de Saúde da Família (ESF), localizadas em duas unidades: Clínica da Família Victor Valla e Posto de Saúde da Família (PSF) Manguinhos, atendendo a cerca de 5,5 mil famílias. As atividades desenvolvidas incluem ações de promoção, prevenção e assistência em saúde, reunindo competências das equipes de saúde da família, saúde bucal, atenção psicossocial e Núcleos de Apoio às Equipes de Saúde da Família, que atuam como rede social e assistencial, com ações de ensino, pesquisa e inovação.

Onze Observatórios de Tecnologia em Saúde (OTICS), desenvolvidos em parceria com o Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT) e a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), com o Programa de Formação de Agentes Locais em Vigilância em Saúde – Proformar, vão capacitar profissionais do SUS, produzir e distribuir materiais de informação e formação em saúde.

Com a avaliação do processo, realizada pela equipe que produziu este livro, cumpre-se etapa importante para que a ENSP ofereça à sociedade brasileira uma experiência em promoção da

saúde ampliada, ou ‘radical’, como a preferíamos denominar em anos pretéritos, validada, reconhecida, e potencialmente possível de ser reproduzida.

Pode ser, ainda, que experiências de governança da ação inter-setorial como as que ora se desenvolvem com o TEIAS Manguinhos venham a contribuir para o debate sobre a Agenda do Desenvolvimento pós-2015 que está em curso no país e no mundo após a Rio+20 (NAÇÕES UNIDAS, 2012). Assim, a governança global e regional está em curso, sob a égide dos múltiplos mecanismos estruturados pelas Nações Unidas após a Rio+20, apontando perspectivas ainda teóricas e conceituais (BUSS *et al*, 2014). Mas Manguinhos já tem o que dizer com sua experiência de governança local para o desenvolvimento, que este livro com muita propriedade avalia.

Referências Bibliográficas

Ashton J, Grey P, Barnard K. (1986). Healthy cities: WHO’s new public health initiative. *Health Promotion* 1986; 1(3): 319-23.

Ashton, J. e Seymour, H. (1988). *The new public health*. London: Open University Press.

Buss, P.M. (1999). Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. *Cadernos de Saúde Pública* 15 (Supl.2): 177-185.

Buss, PM. (2000) Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva* 5 (1): 163-177.

Buss, PM e Leitão, CR (2000). Desenvolvimento local. Rio de Janeiro: Cadernos da Oficina Social 3, acessível em: http://www.coepbrasil.org.br/portal/publico/apresentarConteudoMestre.aspx?TIPO_ID=1

Buss, PM e Ferreira, JR (2002). O que o desenvolvimento local tem a ver com a promoção da saúde. In: Zancan, L; Bodstein, R; e Marconde, W. *Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: A experiência de Manguinhos*. Rio de Janeiro: Abrasco, pp. 15-37, 2002.

Buss, PM *et al* (2014). Saúde no processo das Nações Unidas sobre a Agenda de Desenvolvimento pós 2015 (no prelo).

Nações Unidas (2012). O futuro que queremos (Informe final da Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável). Disponíveis em: <http://www.rio20.info/2012/wp-content/uploads/2012/01/esboço-zero.pdf> (versão em português) e <http://www.uncsd2012.org/rio20/futurewewant.html> (versão em inglês)

Organização Pan-americana da Saúde (OPS) (2005). *Municípios e comunidades saudáveis: Guia dos prefeitos para promover qualidade de vida*. Brasília: OPS; 2005.

Kligerman, D.S. *et al*. (2005). A experiência do Programa Universidade Aberta e suas contribuições para a transformação social. *Ciênc. saúde coletiva* vol.10 suppl. 0 Rio de Janeiro, Sept. / Dec. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttextpid=S1413-81232005000500021

Spitz, A. e Peiter, G. (2008). *Das ruas às redes*. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ruas_redes_2008.pdf

Zancan, L; Bodstein, R; e Marcondes, W. (2002) *Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: A experiência de Manguinhos*. Rio de Janeiro: Abrasco.

COMENTÁRIO

O CONTEXTO DESTA ANTOLOGIA NA CAMINHADA BRASILEIRA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

ÁLVARO MATIDA, CARLOS SILVA E MARCO AKERMAN

Tudo que vale a pena ser feito, vale a pena ser avaliado! E isto, sem dúvida, se aplicaria mais ainda, ao campo da promoção da saúde, que na sua vertente mais crítica, equipararia o processo de promover a saúde, a um compromisso ético político com a vida e a promoção da equidade.

Em poucas palavras, queremos aqui revisitar e reiterar a parceria da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz) com a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) para a implementação de diversas estratégias de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável e de Promoção da Saúde, como um forte estímulo para o início da interlocução em torno da avaliação em promoção da saúde no país, e que tem como ponto de inflexão a criação de um grupo de trabalho de Promoção da Saúde (GT Abrasco) no V Congresso Brasileiro de Epidemiologia dessa associação em 2002. Nesta ocasião, ocorreu a oficina Pesquisa Avaliativa em Promoção da Saúde e Desenvolvimento Comunitário com a participação e colaboração da Cátedra de Abordagens Comunitárias e Iniquidades em Saúde (CACIS) da Universidade de Montreal. Desde então foram desenvolvidas novas oficinas e encontros com a participação da CACIS, permitindo um reforço da trajetória destas duas instâncias no campo da Promoção da Saúde.

Uma forma de iniciar é situar no tempo, alguns fatos que aproximaram e aproximam a Fiocruz da Abrasco. Criada em 1987, a história da Abrasco se funde à história do movimento pela reforma sanitária brasileira que, ao fim dos anos 1980, reunido na 8ª Conferência Nacional de Saúde, plasmaram na Constituição Brasileira de 1988, os princípios e valores da Saúde Coletiva que seguem ecoando ainda hoje, nos registros, documentos, fóruns, nas políticas e ações de saúde no país.

“Saúde direito de todos e dever do Estado” vem sendo o mote central dos movimentos por políticas sociais pela melhoria da qualidade de vida e saúde dos brasileiros. É também a partir desse mote que as missões e agendas da Fiocruz e da Abrasco, se somam e garantem espaços de interação e fomento de mudanças das práticas de saúde.

No Brasil, o diálogo de alguns centros formadores com os sujeitos das comunidades e dos serviços, sobretudo, os de saúde nas suas relações com o desenvolvimento de projetos e programas na perspectiva de identificação dos Determinantes Sociais da Saúde, constituíram o Grupo Temático de Promoção da Saúde e do Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável da Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Na sequência dos trabalhos desenvolvidos pelo GT, foram realizados três seminários brasileiros sobre Efetividade da Promoção da Saúde no Rio de Janeiro, respectivamente em 2005, 2008 e 2011, certamente como importante desdobramento e ampliação das reflexões e debates no âmbito da colaboração internacional que foi se desenvolvendo.

Exemplo dessa fusão de interesses e profusão de ideias são as atividades coordenadas e vivenciadas em conjunto com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e a Associação Canadense de Saúde Pública (CPHA).

Com a Opas foram desenvolvidas duas iniciativas: (1) Avaliação Participativa de Municípios, Comunidades e Ambientes Saudáveis com profissionais do Rio de Janeiro (RJ), São Paulo (SP), Curitiba (PR), Palmas (TO), Campo Grande (MS), Goiânia (GO), Recife (PE), Campinas (SP); e (2) Reco-

mendações sobre Avaliação para Formuladores de Políticas nas Américas em três idiomas, português, espanhol e inglês¹ com colegas do Brasil, Colômbia, Canadá e Estados Unidos.

Com a CPHA foi renovado do convênio da ENSP projeto “Ações Intersectoriais para a Saúde: Promoção da Saúde como Estratégia para o Desenvolvimento Local Sustentável/AIPS”, no período de 2007 a 2009, iniciativa conjunta da CPHA, Abrasco e Fiocruz. Esta iniciativa serviu como exercício de aproximação teórico prática entre esses três organismos coordenadores. O projeto *AIPS* permitiu ainda uma revisita aos conceitos, métodos e estratégias, desenvolvidos em um projeto prévio intitulado *Promoção em Saúde em Ação*, que em 1999 reuniu estas mesmas instâncias. Mais que isso, ao longo de 2007 até o término do projeto AIPS em 2009, a partir do intercâmbio de experiências, de participação em oficinas nacionais e internacionais, estabeleceram-se laços profissionais e paixão, cotidianos com profissionais promotores de saúde de Sobral (CE), Recife (PE), Goiânia (GO), Campinas (SP), Curitiba (PR) e Rio de Janeiro (RJ).

A trajetória dessa cooperação internacional sinaliza várias estratégias que ao longo de seu processo permitiram e fortaleceram o exercício da reflexão e de debates sobre promoção da saúde e a questão da avaliação nessa área.

Com base no intercâmbio de experiências e na visita de técnicos, profissionais e pesquisadores a diferentes territórios, cenários gerais e contextos locais de comunidades no Canadá e no Brasil foi possível consolidar processos formativos e integrativos que tiveram como objeto a identificação de estratégias e mecanismos que possibilitaram visualizar as evidências e a efetividade da avaliação em promoção da saúde.

No Brasil, a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abasco), por meio de seu GT de Promoção da Saúde e do Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável, que completou 10 anos de existência, em 2012, foram cruciais no desenvolvimento da cooperação internacional, consolidada ao longo de 10 anos com a Canadian Public Health Association (CPHA), conduzida pela Agência Canadense de Desenvolvimento Internacional (CIDA) e envolvendo entre outras instituições canadenses, a Cátedra de Abordagens Comunitárias e Iniquidades em Saúde (CACIS).

Ao longo do processo dessa cooperação Brasil/Canadá se consolidou uma rede de promoção da saúde que incluiu instituições comprometidas com a Saúde Coletiva, envolvida com a formação, pesquisa e gestão em saúde, tendo por base o desenvolvimento local por meio de ações intersectoriais, fez investimentos em promover a saúde da população, mas, sobretudo na busca de metodologias que garantissem processos de avaliação em promoção da saúde.

A ENSP/Fiocruz no Rio de Janeiro (RJ), a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, em Sobral (CE), a Universidade Federal de Pernambuco com a Comunidade de Barra de Guabiraba, em Recife (PE), Universidade Federal de Goiás e o Distrito Sanitário Leste, em Goiânia (GO), a Universidade de Campinas e o território de Praia Azul, em Americana (SP) e a Pontifícia Universidade Católica do Paraná com a Prefeitura Municipal de Curitiba (PR).

Cada instituição desenhou em suas comunidades e territórios projetos que visavam investir no desenvolvimento local e sustentável bem como, contribuir ao longo de sua trajetória, ao mesmo tempo em que recebiam dialogicamente, contribuições desses, constituindo-se paulatinamente numa rede com estratégias de intercâmbio e de produção de conhecimento. Eles tiveram seus recortes territoriais

1. Opas. *Recomendações sobre Avaliação para Formuladores de Políticas nas Américas*. Washington: Opas, 2005.

e estratégicos definidos e delimitados a partir de seus interesses próprios e específicos. Um dos aspectos marcadamente em comum foi o tema da avaliação, presente desde a implantação e permeado por todos os seus processos de desenvolvimento e execução.

Para fortalecer o componente da formação, pilar dessa cooperação, cada projeto organizou oficinas locais com a perspectiva de discutir temas de interesse dos projetos e estimular a troca de conhecimentos entre os sujeitos, comunidades e instituições envolvidas localmente com os demais projetos. Tais oficinas foram oportunas para que especialistas canadenses pudessem estar presentes, trazendo contribuições e compartilhando de suas experiências nas questões e temas abordados e discutidos.

Outra estratégia que teve por objetivo consolidar processos de capacitação técnica foram visitas de técnicos, profissionais, pesquisadores brasileiros e membros de cada projeto local, ao Canadá. Nestas constituíram-se oportunidades de participação em eventos como conferências, seminários e *workshops*, mas, sobretudo, de visitas a diversos programas e experiências locais canadenses que também favoreciam e estimulavam a troca de conhecimento. O olhar cuidadoso diante das experiências, o exercício intuitivo e a observação em serviço, paulatinamente contribuíram para a identificação de metodologias e métodos que permitiram práticas avaliativas subsidiadas por referenciais teóricos de avaliação em promoção da saúde.

Outro aspecto de grande relevância dessa cooperação técnica foi ainda, a possibilidade das experiências envolvidas terem trabalhado com a inclusão de atores de diferentes segmentos: das universidades, dos serviços e das comunidades locais. Neste sentido, Louise Potvin *et al.*² trouxe importante contribuição permitindo processos avaliativos constituídos em programas que caracterizavam suas redes sociotécnicas, capazes de enfrentar situações produzidas por distintos interesses de atores/instituições e contornar então, conflitos e controvérsias identificados pela avaliação inter-relacionada (conjugada) aos próprios projetos, que permitiam que eles se desenvolvessem.

Tendo por princípio a investigação de ações intersetoriais, a cooperação técnica contribuiu no debate de metodologias que pudessem identificar na prática cotidiana do desenvolvimento dos projetos canadenses e brasileiros, sinais efetivos de ação intersetorial. Neste sentido, uma das que se destaca, são as dos referenciais de Burris *et al.*³ que foram incisivos para avaliar a colaboração intersetorial tanto na perspectiva de horizontalidade das instituições, bem como na verticalidade das ações determinadas pelo desenho do projeto. O que contribuiu para dimensionar programas e projetos considerados como “top down” daqueles mais participativos, identificados como “botton up” e, portanto, mais próximos de projetos e programas de promoção da saúde.

Nesse contexto, a criação de Comitês e Grupos Técnicos específicos no país, a formação de profissionais, o estabelecimento de cursos de pós-graduação e cursos técnicos em PS, a produção de artigos e publicações nacionais e internacionais em torno do tema, o fomento de redes de espertos, a promulgação da Política de Promoção da Saúde ao nível do governo federal em 2006 são campos de ação, tensões e *advocacy*. Assim, na Fiocruz, na Abrasco, e demais entidades envolvidas, uma mediação como a da CACIS, alinhando formação pós-graduada, investigação avaliativa e reflexividade foram, e serão sempre, fundamentais para continuarmos avançando no campo da Promoção da Saúde.

2. POTVIN, L.; GENDRON, S.; BILODEAU, A. Três posturas ontológicas concernentes à natureza dos programas de saúde: implicações para a avaliação. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. (Orgs.). Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. Petrópolis: Vozes, 2006. p.65-86.

3. BURRIS, S.; HANCOCK, T.; LIN, V.; HERZOG, A. Emergency strategies for healthy urban governance. *Journal of Urban Healthy: bulletin of the New York Academic of Medicine*, vol. 84, n. 1. Nova Iorque, 2007.

INTRODUÇÃO

POR QUE UMA ANTOLOGIA DE AVALIAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

ZULMIRA HARTZ E REGINA BODSTEIN

A implementação ao longo de dez anos do Programa de Cooperação Internacional em parceria entre a *Canadian Public Health Association* (CPHA), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), com o suporte financeiro da Associação Canadense para o Desenvolvimento Internacional (ACDI) – constitui certamente o principal fator na origem de uma área de conhecimento sobre a avaliação das intervenções em promoção da saúde, desenvolvida com o apoio da CACIS.

Esta antologia pretende organizar a partir de alguns eventos ligados à sua historicidade, a evolução desta parceria por meio de diversas publicações ou inscrições que documentam ou antecipam a ocorrência desses mesmos eventos, e que tentaremos sumarizar neste capítulo introdutório. A **noção de inscrição** tem aqui o senso empregado por Latour (2001)¹, referente aos sinais ou traços que materializam as transformações observadas em sua história. É preciso, no entanto, assumir que a seleção dos artigos científicos e ensaios apresentados certamente não revelam que uma pequena parte da riqueza mútua desta colaboração, na qual tivemos a possibilidade de participar desde 2002.

O início é marcado pela 1ª missão da CACIS ao Brasil naquele ano (sempre apoiada pela CPHA/ACDI), que começa com um seminário na ESNP, para discutir as bases da avaliação do projeto de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável em Saúde (DLIS) na comunidade de Mangueiras, Rio de Janeiro. Tendo como principais objetivos a obtenção de ganhos no estado de saúde da população, por meio de uma maior qualificação na prestação de cuidados e ações intersetoriais, com vistas à inclusão social e outras melhorias ambientais, estimar sua efetividade se constituía um grande desafio. Uma apreciação preliminar constatava diferentes percepções e orientações no planejamento e gestão das ações pelos diversos atores envolvidos, e uma dificuldade de compreensão sobre os processos de avaliação das práticas assistenciais e, particularmente, daquelas ações de promoção da saúde. Estas constatações eram agravadas pelas lacunas de conhecimento existentes na literatura sobre as abordagens avaliativas a serem utilizadas nas ações comunitárias. A este seminário seguiu-se a realização de uma oficina no Congresso de Epidemiologia em Curitiba, quando foram lançadas algumas das bases epistemológicas do quadro teórico e ferramentas de avaliação para esta construção compartilhada com a CACIS. Nele se considera a promoção da saúde como um eixo a ser privilegiado na formação e investigação no campo da saúde pública em geral, particularizando-se como focos da avaliação no DLIS a reorganização do sistema de cuidados e articulação intersetorial no nível local.

O 2º Colóquio Internacional sobre os programas locais e regionais, organizado pelo Ministério da Saúde do Québec e com comitê científico coordenado pela CACIS, foi uma excelente ocasião para aprofundar a discussão dessas e outras questões com o grupo de trabalho (GT)

1. LATOUR, B. A esperança de Pandora. São Paulo: Edusc, 2001.p. 372.

da Abrasco em promoção da saúde, mas também partilhá-las com outros grupos brasileiros de pesquisa, os conselhos dos secretários estaduais e municipais de saúde (CONASS e Conasems). O lançamento de um número especial da revista *Ciência e Saúde Coletiva* na ocasião, com um amplo debate sobre a avaliação em promoção da saúde, sublinhava os passos promissores já percorridos na colaboração Brasil-Canadá, tais como: o avanço das práticas na mixagem de métodos, o necessário alinhamento com os sistemas de saúde e a possibilidade de uma melhor teorização da ação dos programas. Por outro lado, se reconhece que persistem lacunas de conhecimento sobre a validade das medidas e metodologias analíticas utilizadas, bem como ao nível da tradução entre as comunidades de prática e pesquisadores, questionamentos comuns na continuidade das atividades dessa cooperação internacional para avaliação dos programas promotores de saúde.

Na segunda fase do programa suportado pela ACIDI/CPHA, que debuta em 2005, as parcerias são ampliadas com a formação de uma rede nacional de projetos intersetoriais desenvolvidos com o apoio das autoridades de saúde municipais ou estaduais e as instituições acadêmicas. No âmbito desta iniciativa a CACIS é convidada a contribuir ativamente para a formação e à pesquisa. Neste sentido, são realizados dois cursos avançados em 2006 e 2007 sobre programação e avaliação em Recife e Salvador, incluindo também o suporte do Departamento de Atenção Básica do Ministério de Saúde, empenhado na institucionalização nacional e estadual das práticas avaliativas de suas ações integradas nos cuidados primários em proteção e promoção da saúde.

Estas atividades de formação, reconhecida internacionalmente como um dos pontos fortes da CACIS, notadamente no nível doutoral e pós-doutoral, permitiu em um workshop com os grupos de pesquisa que organizaram os cursos, elaborar um protocolo de projeto catalizador com o apoio dos Institutos de Pesquisa em Saúde do Canadá. A importância desta etapa inovadora de integração recursiva entre prática-formação-pesquisa, incluindo um período de estágio de duas doutorandas no Canadá (selecionadas em concurso público pelas instituições brasileiras envolvidas), conduziu à construção e validação das ferramentas de sistematização permitindo descrever e analisar as condições de realização e perenização de três intervenções inovadoras para redução das desigualdades sociais em saúde, nas quais um dispositivo de investigação está associado à intervenção e à informação profissional. Assim, acreditamos que a experiência dos três estudos de caso, divulgados nesta Antologia juntamente com os principais textos (aqui reunidos), que lhes deram o necessário suporte teórico e metodológico, poderá servir de modelo para outros estudos e inovações em saúde pública não só no Brasil, mas também em outros Países de Língua Oficial Portuguesa (Palop), contribuindo para que a avaliação possa ser um instrumento mais efetivamente utilizado contra as desigualdades sociais em saúde.

À guisa de conclusão, nos parece indiscutível os ganhos desta década de esforço conjunto com foco na valorização da formação e pesquisa avaliativa, em promoção da saúde, mas extensiva a outras inovações intersetoriais de desenvolvimento local-regional e cuidados primários de saúde, reconfigurando e transformando os espaços sócio sanitários em que se inserem. Parece igualmente consensual que devemos retomar, com a proposta do novo projeto da CACIS apresentado ao final desta antologia, os desafios permanentes que representam a conceitual-

zação sobre a pesquisa intervencional participativa na formação e práticas dos avaliadores de programas comunitários em promoção, considerando (como tem sido reiterado ao longo da desta antologia) a inadequação dos modelo tradicionais para julgar as ações voltadas para a redução das iniquidades sociais em saúde.

PARTE I

PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE
E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

CAPÍTULO 1 – O ESPLENDOR E A MISÉRIA DA EPIDEMIOLOGIA NA AVALIAÇÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

LOUISE POTVIN, PHD; PATRICK CHABOT, PHD

Introdução

Ao longo dos últimos 30 anos, o campo da saúde pública tem sofrido enorme pressão para caminhar no sentido de uma abordagem mais “social” na saúde. Isso é verdade para as duas áreas mais fundamentais do campo: a pesquisa sobre as “causas” das doenças e de uma saúde frágil; e a intervenção para melhoria da saúde. Em termos de pesquisa, a epidemiologia social ampliou o domínio tradicional da epidemiologia clássica, incluindo os determinantes sociais¹ em estudos que tratavam das causas que explicavam a existência de sociedades enfermas².

Considerando o domínio da intervenção em saúde pública, a Carta de Ottawa³ e a promoção da saúde foram criados com o objetivo específico de mudar a forma de pensar a saúde por parte dos profissionais de saúde e dos tomadores de decisão, e “de colocar em prática o complexo conhecimento da epidemiologia social e, ao mesmo tempo, de ser capaz de documentar seus efeitos”⁴. Apesar do crescente apoio das agências de pesquisa e dos gestores da saúde¹, tanto a epidemiologia social quanto a promoção da saúde ainda lutam para incorporar uma perspectiva social e o conhecimento das populações sobre saúde. Ambas ainda têm que atingir suas respectivas transformações, se diferenciando da epidemiologia clássica e da prevenção de doenças (baseadas em modelos individualistas de saúde e de intervenção no campo da saúde pública). A epidemiologia social ainda precisa demonstrar que uma melhor compreensão da saúde e da promoção da saúde é possível à partir de uma visão dos determinantes sociais da saúde. Também, a epidemiologia social precisa demonstrar “se” e “como” ela melhora a saúde.

Por trás deste artigo está uma proposição segundo a qual os desafios postos tanto à epidemiologia social quanto à promoção da saúde são estreitamente relacionados. Ambas as áreas encontram dificuldades para desenvolver um conceito satisfatório dos aspectos sociais da saúde. Muito embora a epidemiologia social proponha conceitualizações inovadoras de saúde e doença^{7,8}, de causalidade⁹ e das categorias sociais como causas fundamentais das doenças¹⁰, a maioria dos estudos faz uso dessas categorias sociais simplesmente como um outro nível de fatores de risco nos modelos de previsão¹¹. Há pouca discussão a respeito de se essas categorias fazem parte do mesmo campo dos fatores de risco que normalmente são produzidos pelos estudos clássicos de epidemiologia¹².

De forma semelhante, as abordagens para melhoria da saúde das populações têm evoluído tanto quanto nossa concepção de saúde e doença¹³ no campo da intervenção em saúde pública, da prevenção de doenças, da educação em saúde e da promoção da saúde. Muito embora algumas práticas inovadoras de promoção da saúde desenvolvam concepções radicalmente novas

1. No Canadá, a recém-criada missão do *Canadian Institute of Health Research* reconhece os “fatores sociais e culturais que afetam a saúde da população” como um dos quatro pilares sobre os quais repousa a pesquisa no campo da saúde⁵. Ademais, o *Population Health Branch of Health Canada* publicou uma série de documentos que propõe uma abordagem voltada à população e à promoção da saúde para as intervenções de saúde pública⁶.

de saúde e de intervenções no campo da saúde pública, elas ainda não possuem ferramentas apropriadas para refletir sobre seus processos¹⁴ e produzir os impactos positivos esperados que dariam legitimidade ao gasto público¹⁵.

Neste artigo, propomos um exame cuidadoso dos obstáculos enfrentados pela promoção da saúde para completar sua transformação, distanciando-se da abordagem de prevenção de doenças. Também oferecemos *insights* que ajudarão a epidemiologia social a alcançar sua própria transformação, afastando-se da epidemiologia clássica. Ao fazermos isso, identificamos duas questões epidemiológicas comuns tanto à promoção da saúde quanto à epidemiologia social, qual sejam a reflexividade e a historicidade, dois conceitos que a teoria social contemporânea desenvolveu de forma extensiva a fim de ampliar nosso entendimento sobre a complexa relação entre práticas humanas e estrutura social. A primeira questão diz respeito à ausência de um determinismo absoluto entre a estrutura social e as práticas humanas, dada a capacidade humana de refletir sobre sua própria experiência com base em categorias abstratas e, dessa forma, “agenciar” a capacidade de transformação da estrutura. O segundo aspecto se refere à concepção segundo a qual, em qualquer tempo, o estado de um objeto (programa, *status* da saúde e outros) não pode ser isolado dos contextos significativos : estados anteriores e a transformação deles.

Além de serem relevantes para condução de avaliações adequadas no campo da promoção da saúde, esses dois conceitos poderiam ajudar a eliminar algumas falhas existentes no estudo da saúde e do ambiente¹¹. Nossa esperança é que, ao alcançar sua própria transformação (a partir da epidemiologia clássica), a epidemiologia social contribuirá para desvincular avaliação da promoção da saúde dos modelos concebidos para avaliar intervenções no campo da prevenção de doenças e da educação para saúde.

A evolução paralela dos modelos etiológicos de saúde pública e das abordagens de intervenção

Propomos que, como em qualquer prática humana organizada, o campo da saúde pública pode ser modelado por suas dimensões ontológicas, epistemológicas e práticas. Essas dimensões correspondem: a natureza do objeto da prática; o tipo de conhecimento que os profissionais podem ganhar com relação a esse objeto; e as ações dos profissionais, quando sua ação é entendida como uma relação dialética entre teoria e mundo empírico (a prática). Na saúde pública, a dimensão ontológica é representada pelo objeto que os pesquisadores buscam compreender e que os profissionais tentam modificar. A dimensão epistemológica é indicada pelo paradigma do conhecimento que permite uma melhor compreensão do objeto. A dimensão prática inclui as abordagens das intervenções que são implementadas para atuar sobre o objeto.

Na visão de Susser e Susser^{16,17} da evolução da epidemiologia, o campo está passando por uma terceira revolução. Eles identificam três eras anteriores:

- estatísticas sanitárias, marcada pela teoria miasmática;
- doenças infecciosas, marcada pela teoria microbiana;
- epidemiologia das doenças crônicas, marcada por um modelo caixa-preta que relaciona exposição e resultados¹⁶.

Ao estender essa perspectiva evolucionária à saúde pública como um todo, e ao fazer uso das dimensões ontológicas, epistemológicas e práticas como descritores, a evolução da saúde pública pode ser traçada acompanhando-se a evolução dos seus conteúdos ao longo dessas dimensões.

De acordo com Rosen¹⁸, na sua concepção original e até o movimento higienista, a doença era um fenômeno natural que chegava por meio da água, do ar e do solo. Ela pode ser descrita por meio de conjuntos de casos e combatida por meio de medidas de proteção que isolam os humanos das fontes de contaminação. A elaboração da teoria estatística, nos séculos XVIII e XIX, levou ao desenvolvimento de estatísticas vitais, como forma de monitorar esses conjuntos de casos¹⁹. Com a ampla aceitação da teoria microbiana, o objeto da saúde pública se tornou o modelo biomédico da doença, no qual uma cadeia de causas evolui, passando de agentes infecciosos para doenças. A epidemiologia foi desenvolvida como o paradigma de pesquisa, tendo como conceitos basilares exposição e fator de risco. As abordagens de intervenção adotaram estratégias de prevenção que visavam interromper essa cadeia de transmissão.

A terceira e atual era, marcada pelas doenças crônicas, pode ser dividida em uma fase inicial e uma fase tardia. Ainda mantendo os processos biológicos individuais no centro da definição das doenças, a conceitualização de doença nesse modelo biopsicossocial acrescenta camadas de fatores individuais e sociais. A fase inicial é centrada, de forma mais exclusiva, nos determinantes “intra” pessoais de comportamentos de saúde, enquanto que a fase mais tardia leva em consideração fatores sociais que podem promover ou impedir esses comportamentos. Correspondo ao modelo restrito do período inicial, a epidemiologia clássica expandiu sua concepção de causalidade, incluindo múltiplas causas e sua ideia de fator de risco para abranger as categorias sociais. No entanto, a epidemiologia clássica continuou majoritariamente centrada nos fatores de risco individuais. Na sua fase inicial, a educação para saúde foi acrescentada à prevenção de doenças como uma abordagem de intervenção. Recentemente, foi colocada mais ênfase nos ambientes sociais “distais” que não ficam em contato “direto” com os processos biológicos individuais. O ímpeto para descobrir como os determinantes sociais impactam a saúde da população em geral (ao invés de os indivíduos) resultou em um avanço importante, hoje conhecido por epidemiologia social²⁰. De forma concomitante, as tentativas de planejar intervenções para lidar com esses fatores de risco sociais e com outros não-individuais (e as condições existentes) conduziram ao desenvolvimento da promoção da saúde²¹.

Na nossa visão desse processo evolucionário, a promoção da saúde como abordagem de intervenção tem enfrentado muitas das mesmas limitações do modelo biopsicossocial de doença. Sua forma real representa uma transição na direção de uma abordagem mais socialmente integrada que corresponderá, de maneira mais íntima, a um modelo holístico de saúde. De fato, várias iniciativas novas e estimulantes (tais como os programas desenvolvidos pelo Centro de Saúde da Fundação Fiocruz para lidar com questões de saúde, pobreza e desenvolvimento humano na favela de Mangueiras²²) estão exercendo pressão para o desenvolvimento de uma nova conceitualização do objeto da saúde pública e de uma versão mais socialmente integrada da promoção da saúde.

Ao longo deste artigo, mostraremos que, muito embora a promoção da saúde já tenha se aventurado com um novo modelo e um novo objeto para a saúde pública, a área ainda luta para

se afastar do modelo biopsicossocial de doença. Também examinaremos como a reflexividade e a historicidade da ação humana e das intervenções de saúde pública podem fornecer *insights* para elucidar os aspectos sociais da saúde.

Promoção da saúde e epidemiologia social como abordagens inovadoras na saúde pública

Após a publicação da Carta de Ottawa para Promoção da Saúde³, o campo da intervenção na saúde pública foi marcado por transformações profundas. Ao abandonar os modelos de intervenção que se baseavam em teorias psicossociais do comportamento e que propunham atividades educacionais padronizadas do tipo “prontas para uso” que visavam modelar comportamentos, os profissionais de saúde pública exploraram novas e múltiplas formas de intervenção. Esses novos tipos de intervenção são, até certo ponto, baseados explicitamente em um conjunto de valores, dentre os quais o empoderamento e a participação cidadã são com frequência citados²³. A variedade de intervenções para promoção da saúde pode ser representada em um contínuo no qual a educação para saúde encontra-se em um extremo e a promoção da saúde em outro.

Os programas que têm por alvo comportamentos específicos de saúde em um determinado grupo de indivíduos de risco, com atividades padronizadas pré-formuladas são mais comuns na educação para saúde. Os impactos de tais intervenções tendem a se estabilizar e não se distinguem daquelas tendências seculares após os primeiros atores terem operado as mudanças²⁴. Como resultado disso, os setores mais vulneráveis da população, muitas vezes, ficam fora do alcance dessas intervenções²⁵. Ademais, essas intervenções não evitam o influxo de pessoas que passam a fazer parte do grupo de risco, o que explica porque os autores propuseram ampliar os alvos tradicionais das intervenções de saúde pública, de forma a incluir as condições socioambientais que possibilitam ou afetam esses comportamentos¹³. Na outra ponta do contínuo encontram-se aqueles programas multi-fatoriais e multi-setoriais de promoção da saúde que se baseiam na participação cidadã e que visam à capacitação para que as pessoas possam transformar as condições que fazem a saúde melhorar.

Essa evolução que levou a adoção dos modelos de promoção da saúde para intervenções na saúde pública também induziu a um foco na “comunidade” ou, melhor dizendo, nos “contextos locais” como cenários estratégicos para as intervenções¹³. A “Nova Saúde Pública” não apenas sugere que as intervenções devem visar tornar os recursos de saúde disponíveis localmente aos cidadãos, a fim de que as escolhas saudáveis sejam apresentadas e valorizadas, mas também que tais intervenções devem contribuir para a capacitação local. Finalmente, essas intervenções devem se basear na criação de novas alianças para a saúde. Isso significa que as redes sociais existentes deveriam ser reprojatadas, de modo que os atores locais que tradicionalmente não são associados às questões de saúde se tornem parte das coalizões ligadas à saúde²⁷. Duas novas abordagens de intervenção na saúde pública exemplificam esses princípios: o modelo ecológico²⁸ e o modelo de desenvolvimento comunitário²⁹. Apesar da novidade e da integração entre os aspectos sociais e de saúde que essas abordagens representam, a implementação completa dessas duas visões é dificultada por conta de nossas concepções de como a saúde é

produzida socialmente. Essas concepções raramente levam em consideração a reflexividade e a historicidade que caracterizam o relacionamento entre o desenvolvimento humano saudável e as estruturas sociais.

Reflexividade e a abordagem ecológica de intervenção: alguém viu o agente?

A abordagem ecológica de intervenção²⁸ alcançou imensa aceitação pública quando foi identificada como a abordagem mais adequada para lidar com questões de desigualdade na saúde pelo *American Institute of Medicine*³⁰. O impulso dessa abordagem é no sentido de trazer o foco das intervenções de saúde para o ecossistema do indivíduo. Com base em uma visão sistêmica da saúde, a abordagem ecológica concebe o indivíduo como o círculo central de uma série de círculos concêntricos, cada um dos quais representando um nível de agregação dentro do ambiente. Todas as camadas externas que envolvem a do indivíduo no centro formam o ecossistema deste indivíduo³¹. As características em um dado nível de agregação restringem aquelas de outros níveis. Por exemplo, os hábitos alimentares de um indivíduo são determinados pelo tipo alimentação da sua família. Essa disponibilidade em si depende do que se pode encontrar nas prateleiras dos supermercados, o que, por sua vez, é determinado por uma série de políticas, regras e sistemas de impostos definidos no âmbito municipal e nos níveis mais altos do governo.

Do ponto de vista da abordagem ecológica, a intervenção de saúde pública exerce um duplo papel. Ao mesmo tempo em que a intervenção visa transformar os recursos e características presentes nos níveis mais altos de agregação, ela também desenvolve atividades educacionais para convencer as pessoas a adotar novos estilos de vida e comportamentos^{13,31}. Dentro de tal abordagem, as ações ambientais são fundamentais para gerar mudanças comportamentais.

Apesar de incorporar o ambiente social, o modelo ecológico é essencialmente “neo-comportamental”. De fato, nesse modelo, o foco da intervenção recai sobre o indivíduo, a mudança nos fatores de risco e no estilo de vida. No final das contas, é a mudança de comportamento e dos fatores de risco que será usada como critério para avaliação das intervenções. Para fins de avaliação, quando o cronograma e os recursos não permitem o uso de critérios comportamentais, constrói-se uma cadeia causal de características ambientais, que determinam os comportamentos de saúde, os fatores de risco e as doenças. O papel da avaliação é mostrar que a intervenção conseguiu mudar as características ambientais causais. Infere-se daí que se a cadeia causal for quebrada em qualquer ponto, o resultado negativo não se materializará^{32,33}.

A abordagem ecológica é fundada em um modelo determinista da relação entre condições sociais, ação e comportamento humano. Esse modelo é caracterizado pela falta de “agência” no indivíduo situado ao centro do modelo (“agência” sendo a capacidade de exercer sua liberdade e de induzir mudanças na estrutura). Esse modelo é mais consistente com o conceito de Durkheim do papel da estrutura social do que com a teoria social contemporânea. Infelizmente, na promoção da saúde (assim como na epidemiologia social), quando se lança mão da sociologia para explicar como os determinantes sociais estão ligados à saúde, na maior parte das vezes, são as ideias de Durkheim e da escola estruturalista do início do século XX que são tomadas emprestadas e adaptadas³⁴.

A sociologia atual se baseia essencialmente em uma crítica desse pensamento que concebe a ação humana como uma reação a uma estrutura social externa que envolve o indivíduo. Para os sociólogos neoestruturalistas, a estrutura social localiza-se tanto dentro quanto ao redor dos indivíduos, cujas ações reflexivas (a prática) transformam e reproduzem a estrutura. Essa internalização da sociedade no padrão de referência do indivíduo, por meio da socialização, oferece pistas para explicar como a ação humana reproduz e transforma a estrutura social. Sociólogos como Touraine³⁵, Bourdieu³⁶ e Giddens³⁷ usaram o conceito de agência para incorporar essa relação reflexiva entre ação humana e estrutura social. Enquanto que a estrutura coloca restrições gerais e oferece oportunidades para ação, a ativação específica dessas restrições e oportunidades, por sua vez, reproduz e/ou transforma a estrutura.

Os conceitos de ação social e de estrutura colocam em questão a abordagem ecológica da intervenção na área da promoção da saúde. As cadeias causais que não permitem uma ação reflexiva do agente são enganosas já que elas envolvem as ações humanas em um conjunto de ações que parecem ser determinadas, previsíveis e modificáveis por meio de ações ambientais. Isso tem provado ser falso mesmo nas cadeias causais mais simples, como no estudo (MRFIT – *The Multiple Risk Factor Intervention Trial*). Neste estudo, mais de 12 mil voluntários do sexo masculino, com pelo menos um fator de risco de doença cardiovascular, foram randomizados em dois grupos. O grupo experimental foi exposto a serviços clínicos de prevenção e o grupo de controle foi encaminhado para a atenção normal.

Apesar dos resultados iniciais terem mostrado uma redução considerável no consumo de tabaco no grupo experimental³⁸, os resultados do acompanhamento ao longo de 16 anos revelaram que a mortalidade por câncer de pulmão tendia a ser mais alta no grupo experimental em comparação com o grupo de controle³⁹. Existem, de fato, múltiplas hipóteses plausíveis para explicar esse resultado. É possível que membros do grupo de controle tenham parado de fumar em uma fase mais avançada do estudo ou que os integrantes do grupo experimental que haviam parado durante a intervenção preventiva voltaram a fumar mais tarde. É igualmente possível que nenhuma das explicações seja verdadeira. De qualquer forma, esses resultados ilustram que as intervenções realizadas em cadeias causais simples não produzem resultados simples de interpretar. Essas dificuldades têm mais chance de existir quando as cadeias causais e os modelos de intervenção não deixam espaço para a reflexibilidade do agente humano e para o relacionamento recíproco com a estrutura social.

Historicidade no desenvolvimento comunitário: quando é que um programa se inicia?

Outra inovação importante da promoção da saúde é a integração das abordagens de desenvolvimento comunitário que fazem tentativas deliberadas de transformar as redes sociais existentes nos ambientes locais. Importantes conceitos, como os de empoderamento e de participação cidadã, implicam uma mudança nos relacionamentos existentes entre os agentes sociais (indivíduos ou organizações) que compartilham um espaço comum. Se o objetivo for aumentar o capital social e a coesão social ou fortalecer a comunidade, o caminho é por meio da reconfiguração das redes sociais existentes, criando e apoiando fóruns locais de cidadãos e de

organizações não ligadas à saúde, a fim de discutir e de atuar sobre as condições que moldam a saúde das pessoas^{29,40}.

Um exemplo já em nível avançado de um fórum é a coalisão comunitária para saúde⁴¹. Essas coalizões são novas organizações, de acordo com a definição oferecida pelos sociólogos franceses Michel Crozier e Erhart Friedberg⁴². Para Crozier e Friedberg, organizações são definidas como um conjunto de operações realizadas de forma coordenada com o propósito de atingir objetivos. Essa descrição inclui grupos pouco formalizados, como as coalizões. A formação e o apoio oferecido às coalizões locais que forjam parcerias novas e concretas entre os agentes locais são características que diferenciam os programas de desenvolvimento comunitário do planejamento social, sendo o primeiro mais associado à educação para saúde⁴⁰.

Outra característica importante das coalizões é a congregação de agentes sociais, que tradicionalmente não têm relação com a área da saúde, em torno de questões de saúde. Normalmente, as coalizões são formadas por representantes de associações não governamentais, setor privado, instituições públicas de outros setores (por exemplo, desenvolvimento econômico, educação) e por cidadãos interessados. Portanto, como uma estratégia de intervenção, a formação de coalizões é equivalente a criação de uma nova organização.

A maioria dos estudos sobre coalizões no campo da promoção da saúde lançam olhar principalmente sobre os relacionamentos dentro da coalizão (seu funcionamento) ou sobre seus impactos em vários aspectos dos contextos em que foram implementadas. Nesses estudos, as coalisões são equiparadas a um conjunto de intervenção e há pouco entendimento sobre de que forma o funcionamento das coalizões como organizações novas representa a continuidade ou a ruptura da história local. Pensar as coalisões como organizações novas, no entanto, é algo que coloca a importância dessa dimensão histórica de forma ainda mais explícita.

As organizações muitas vezes são concebidas como sistemas sociais vivos. Uma característica dos sistemas vivos é a capacidade que eles possuem de reproduzirem-se ou de transformarem-se parcialmente como uma função do seu próprio dinamismo, de maneira autorreferencial. A composição da coalizão determina parcialmente seu próprio funcionamento, assim como a forma e o conteúdo de seus relacionamentos com outras organizações locais. São os eventos que ocorrem dentro da coalizão e com outros autores que impulsionam sua própria transformação. Essas transformações também acontecem em ambientes em que outras organizações são similarmente transformadas. Nesse sentido, a evolução de uma organização é resultado do encontro do seu próprio dinamismo com o de outras organizações.

Assim, a evolução de uma coalizão não pode ser planejada de forma rígida por dois motivos. Primeiro mesmo se ações deliberadas realizadas por organizações da saúde pudessem induzir o encontro de vários agentes locais como um prelúdio para a criação da coalizão local, o funcionamento, as realizações e o futuro de tal coalizão não podem ser subordinados às circunstâncias e condições reais nas quais foi criada. Os relacionamentos (organizacionais) “preexistentes” entre os membros da coalizão, antes mesmo do seu surgimento oficial, também moldam o presente e o futuro da coalizão. Além disso, trazer o foco novamente para as questões de saúde dentro da coalizão e desenvolver as relações interorganizacionais são estratégias que precisam

ser consideradas a fim de entender a evolução das coalizões. Dessa forma, as coalizões nunca são “criadas” inteiramente a partir do nada. A vida delas não tem início com uma intervenção externa, muito embora tais intervenções frequentemente sejam o gatilho para a reorganização das redes locais.

Em segundo lugar, a capacidade das coalizões de se projetarem para o futuro, considerando sua história e sua capacidade de agir de acordo com essas projeções, impede uma orientação externa estritamente determinista de uma coalizão. Em qualquer tempo, o estado de uma coalizão resulta da convergência do seu passado e sua projeção de futuro. As coalizões são reorganizações da estrutura de ação local com o fim de remodelar os relacionamentos importantes entre os agentes sociais com referência ao passado e ao futuro.

O processo autorreferencial dinâmico, como qualquer organização humana, reproduz e gera história, e é compreendido como o processo de desenvolvimento do tempo humano e das dimensões espaciais. Assim como qualquer biografia, a história de uma organização é feita de eventos que marcam os processos internos de sua evolução e de suas relações com outras organizações. A elaboração dessa história, no entanto, prossegue com uma construção dupla. Primeiro, os eventos não são objetivados de forma neutra; eles devem ser construídos a partir das rupturas percebidas no fluxo normal do tempo. Decidir, por exemplo, que a reunião inaugural da coalizão é um evento porque foi quando houve um consenso entre os seus membros acerca do mandato e do funcionamento da coalizão, ao passo que a 10ª reunião não foi rica em acontecimentos porque nada de importante aconteceu, depende da perspectiva do historiador. Em segundo lugar, o significado de uma cadeia de eventos para o desenvolvimento da coalizão também é algo construído em uma narrativa coerente que proporciona a base com a qual pode-se explorar a gama de possíveis continuidades e/ou transformações que se apresentam à frente da coalizão.

Essa evolução autorreferencial dos sistemas sociais criados e apoiados pelas ações de promoção da saúde coloca em questão a nossa concepção do que é um programa. Não se pode conceitualizar os programas apenas em relação às suas dimensões estruturais e definir avaliação como algo que estabelece relacionamentos entre os elementos dessa estrutura⁴³ sem levar em consideração a transformação ocorrida ao longo do tempo. Documentar os eventos que marcam a evolução desse sistema relacional e construir uma narrativa coerente para interpretar seu dinamismo são procedimentos cruciais para a compreensão das intervenções no campo da promoção da saúde, funcionando como fontes de “evidências” da eficácia do sistema.

Com essas duas práticas inovadoras (as abordagens ecológica e de desenvolvimento comunitário), nós ilustramos que a avaliação e o estudo dos programas de promoção da saúde devem, primeiramente, incorporar e, em seguida, interpretar as continuidades/transformações do sistema do programa/ambiente em suas perspectivas socioespaciais (como em sociedade) e sociotemporais (como na história). Agora, iremos demonstrar que a epidemiologia social também está se esforçando para entender essas dimensões contextuais e temporais da transformação social e que ela ainda precisa integrar os conceitos de reflexividade e historicidade aos seus modelos.

A epidemiologia social e o modelo biopsicossocial da doença

Os últimos 20 anos foram testemunha do surgimento, na área da pesquisa em saúde pública, de uma perspectiva sobre doença e da produção da saúde que, cada vez mais, toma emprestado conceitos e conhecimento das ciências sociais. A partir da publicação do Black Report⁴⁴, a questão das desigualdades na saúde levou a criação de um programa de pesquisa totalmente novo. Esse estudo revelou a existência de uma relação entre as condições de saúde e a posição ocupada na hierarquia social. Essa relação é monótona e crescente, o que significa dizer que aquelas pessoas situadas no ápice da pirâmide social gozam de melhor saúde quando se comparadas àquelas situadas logo abaixo, que, por sua vez, são mais saudáveis do que aquelas logo abaixo e assim por diante até os indivíduos mais depauperados.

A saúde não é distribuída de forma homogênea em uma população. As desigualdades são identificáveis como função das categorias socialmente construídas, tais como condição socioeconômica, gênero e grupos étnicos. As desigualdades na saúde parecem ser um subproduto de organizações específicas da vida e das relações sociais⁴⁵. Este campo de investigação que combina categorias sociais e resultados biológicos provou ser muito frutífero para rejuvenescer a pesquisa epidemiológica. Estudos de epidemiologia social proliferaram em várias direções, como ilustrado pela grande variedade de temas abordados no primeiro livro-texto de epidemiologia social, publicado em 2000¹. A saúde se tornou uma preocupação social⁴⁶ e a saúde pública, uma ciência social⁴⁷.

Saúde e Lugar: Lugares ou Ilhas?

Uma área de investigação que desperta crescente interesse nos pesquisadores da área de epidemiologia social é a agregação dos resultados de saúde em bairros ou comunidades^{48,49} para além do nível esperado, dado que indivíduos em situação similar, com fatores de risco semelhantes, muitas vezes compartilham o mesmo espaço geográfico. Os efeitos contextuais⁵⁰ resultam da atribuição da agregação geográfica dos resultados de saúde às características contextuais e ecológicas do ambiente⁵¹. Assim, os lugares ou os ambientes locais podem ser caracterizados por atributos que transcendam a agregação de características individuais. Sally McIntyre cunhou o termo “estrutura de oportunidade” para se referir àquelas características contextuais que promovem ou prejudicam a saúde⁵². Três grupos de atributos formam a estrutura de oportunidade.

O primeiro grupo é formado pelas características do ambiente físico, tais como clima, qualidade da água e disponibilidade de alimentos, dentre outros. A relação entre esse grupo de características e a saúde já é conhecida há tempos. De fato, as ações direcionadas a essas características físicas fazem parte do eixo tradicional da intervenção no campo da saúde pública⁵³.

O segundo grupo é composto pela configuração local dos recursos que promovem ou afetam a saúde. Além dos serviços de saúde, um recente trabalho na área da saúde comunitária identificou uma variedade de recursos associados à saúde⁵⁴. Qualidade da moradia, o acesso a equipamento recreacional e parques, bem como a restrição de acesso ao tabaco por parte de jovens são exemplos de recursos de promoção da saúde que facilitam as “escolhas saudá-

veis”⁵⁵. Nossos estudos, em particular, mostraram que a configuração local dos recursos para uso do tabaco por jovens é associada com as características dos ambientes⁵⁶ e com a iniciação do jovem ao fumo⁵⁷.

O terceiro grupo de características ecológicas diz respeito à organização local da vida social, aos padrões locais de relacionamento entre os atores sociais e à maneira como os recursos sociais (poder e *status*) são distribuídos; de forma sucinta, o tecido social. A literatura recente é farta de estudos que mostram as correlações ecológicas entre variáveis (como o capital social, a coesão social, participação comunitária⁵⁸, bem como muitas formas de discriminação⁵⁹) e resultados na área da saúde. A maioria desses estudos, no entanto, tratam os ambientes locais como se eles fossem desconectados da sociedade e do processo social global.

A estrutura social, entendida como as regras e recursos mobilizados para a reprodução/transformação da ação social³⁷, também é associada com a saúde da população, como pode ser visto em comparações internacionais^{46,60}. Para os geógrafos sociais, os bairros e os contextos representam espaços sociais locais nos quais acontecem as relações individuais com a estrutura social global⁶¹. Assim, o modelo que coloca os indivíduos no centro de um conjunto de círculos inclusivos e que está presente tanto na epidemiologia social⁶² quanto na promoção da saúde⁶³ reflete uma visão truncada do que significa “social”. Nesse modelo, o social é sempre situado fora do indivíduo e a causalidade sempre parte dos níveis de agregação superiores para os inferiores.

Os modelos epidemiológicos de causalidade das doenças e de promoção da saúde não deixam espaço para ações recíprocas ou recursivas entre os elementos da cadeia causal. Mais concretamente, o conceito epidemiológico fundamental de “exposição” sugere um objeto passivo que reage às condições do ambiente, ao invés de um agente cujas ações reflexivas e recursivas transformam a estrutura a qual ele/ela pertence. Tal reflexividade não pode ser rejeitada quando do exame dos processos sociais envolvidos na moldagem da saúde da população.

Outro corolário problemático desse modelo de produção da saúde em camadas é a ausência de uma perspectiva histórica, essencial para a compreensão das transformações sociais. Nesse modelo, a estrutura é dada e as dinâmicas de transformação, por meio das quais ela é continuamente reproduzida ou transformada, não são consideradas. Todos os estudos que tratam de questões de saúde e ambiente são transversais, ao passo que os modelos contemporâneos de desenvolvimento urbano mostram que os conceitos de espaço, população e tempo se conjugam e não podem ser compreendidos de forma independente^{64,65}. Assim, a estrutura-oportunidade observável em um dado momento, em um dado lugar, não é apenas uma função da estrutura social, mas também de sua história e, mais precisamente, do seu processo histórico estruturante. Considerar a história contida nas narrativas e que oferece significado às transformações ou continuidades da ação humana parece ser indispensável para se entender como os aspectos sociais afetam a saúde.

Conclusão

A observação da epidemiologia social por meio da lente da promoção da saúde nos leva a identificar dois principais pontos-cego da intervenção e da pesquisa em saúde pública. Refle-

xividade e historicidade são dois conceitos que precisam ser desenvolvidos e integrados em nossos modelos de saúde e nas intervenções e avaliações na área da saúde pública, de modo que a promoção da saúde possa refletir sobre sua atuação à partir de categorias conceituais relevantes e que a epidemiologia social possa revelar as relações existentes entre sociedade e saúde. Também é importante que esses avanços ocorram em paralelo.

Tradicionalmente, a epidemiologia formou a base metodológica para a avaliação das intervenções de saúde pública⁶⁶. Essas dificuldades encontradas pelos pesquisadores no campo da avaliação para elaborar argumentos empíricos relevantes sobre os impactos dos projetos de vanguarda na área de promoção da saúde⁶⁷, em parte, podem advir das limitações dos métodos usados, especialmente considerando a capacidade limitada de capturar os avanços sociais ativados ou modificados pelas intervenções realizadas. A epidemiologia clássica provou sua força de compreensão sobre como os comportamentos se transformam em fatores de risco relacionados a doenças. Assim, ela é a metodologia de preferência para avaliação dos resultados comportamentais das intervenções no campo da educação para saúde. Os processos sociais, no entanto, não fazem parte da mesma natureza dos comportamentos de risco. Eles somente adquirem e produzem significado em relação aos seus contextos espaciais e temporais. É essa rede de relacionamentos sociais que precisa ser capturada pela avaliação da promoção da saúde para, dessa forma, conseguir sair do domínio da epidemiologia clássica.

Para concluir, acreditamos que estabelecer um diálogo entre a epidemiologia social e a promoção da saúde é algo que beneficiará ambas abordagens. Enquanto que a epidemiologia social busca compreender como a sociedade molda a saúde e a promoção da saúde visa intervir nesse processo, ambas enfrentam o desafio de integrar a teoria social da prática reflexiva nos modelos de saúde e nas abordagens de intervenção no campo da saúde pública. Os conceitos de reflexividade e historicidade são apenas dois exemplos de como a inclusão de um discurso e de uma prática de ciência social salutar, atualizada e completamente desenvolvida nesse diálogo pode proporcionar insights úteis para a busca de suas respectivas agendas.

Agradecimentos

A produção deste artigo foi possível graças ao financiamento concedido a L. Potvin (Cadeira *Community Approaches and Health Inequalities*) pela *Canadian Health Services Research Foundation* e pelo *Canadian Institute of Health Research*; e ao apoio dado a P. Chabot pelo *Quebec Council for Social Sciences*. A participação dos autores na *Abrasco Conference 2002* foi possível por meio da subvenção oferecida a *Canadian Public Health Association* pela *Canadian International Development Agency*. Hoori Hamboyan prestou assistência editorial. Por último, os autores agradecem a Katherine L. Frohlich, Sylvie Gendron e Pascale Lehoux pelos comentários feitos a uma versão prévia deste trabalho.

Referências Bibliográficas

1. Berkman LF, Kawachi I (eds.). *Social epidemiology*. Nova Iorque: Oxford University Press; 2000.
2. Kawachi I. *Social epidemiology* (Editorial). *Soc Sci Med* 2002; 54: 1739-1741.

3. OMC. Carta de Ottawa para Promoção da Saúde. Health Promot 1986; 1: iii-v.
4. Kickbush I. Introduction: Tell me a story. In: Pederson A, O'Neill M, Rootman I. (eds.). Health promotion in Canada. Provincial, national, and international perspectives. Toronto: W.B. Saunders; 1994. p. 8-17.
5. CIHR Backgrounder - Canadian Institutes of Health Research (CIHR). Consultado em 09 de junho de 2002, em http://www.cihr-irsc.gc.ca/about_cihr/overview/who_we_are_e.shtml. (n.d.)
6. Federal, Provincial, Territorial Advisory Committee on Population Health. Strategies for population health. Investing in the health of Canadians. Ottawa: Minister of Supply and Services of Canada, Cat. No. H39-316/1994; 1994.
7. McKinlay JB, Marceau LD. A tale of three tails. Am J Public Health 1999; 89: 295-298.
8. McKinlay JB, Marceau LD. (2000). To boldly go... Am J Public Health 2000; 90: 25-33.
9. Krieger N. Epidemiology and the web of causation: Has anyone seen the spider? Soc Sci Med 1995; 39: 887-903.
10. Link B, Phelan J. Social conditions as fundamental causes of disease. J Health Soc Behav, (Edição extra) 1995, 80-94.
11. Macintyre S, Ellaway A, Cummins S. Place effects on health: How can we conceptualise, operationalise and measure them. Soc Sci Med 2002; 55: 125-39.
12. Potvin L, Frohlich KL. L'utilité de la notion de genre pour comprendre les inégalités de santé. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé 1998; 5: 142-52.
13. Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning. An educational and ecological approach (3rd ed.). Mountain View: Mayfield; 1999.
14. McQueen DV, Anderson L. What counts as evidence: Issues and debates. In: Rootman I *et al.* (eds.). Health promotion evaluation. Principles and perspectives. Copenhagen: WHO Regional Publications. European Series, No 92; 2001; p. 63-81.
15. International Union for Health Promotion and Education. The evidence of health promotion effectiveness. Shaping public health in a new Europe (2nd ed.). Brussel: European Commission; 2000.
16. Susser M, Susser E. Choosing a future for epidemiology : I. Eras and paradigms. Am J Public Health 1996; 86: 668-73.
17. Susser M, Susser E. Choosing a future for epidemiology : I. From black box to Chinese boxes and eco-epidemiology. Am J Public Health 1996; 86: 674-7.
18. Rosen G. A history of public health (expanded edition), Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1993.
19. Hamlin, C. Could you starve to death in England in 1839? The Chadwick-Farr controversy and the loss of the "social" in public health. Am J Public Health, 1995;85: 856-866.

20. Syme SL, Frohlich KL. The contribution of social epidemiology: Ten new books. *Epidemiol* 2001; 13: 110-112.
21. Green LW. Canadian health promotion: An outsider's view from the inside. In: Pederson A, O'Neill M, Rootman I (eds.). *Health promotion in Canada. Provincial, national e international perspectives*. Toronto: W. B. Saunders; 1994. p. 314-26.
22. Bodstein R, Zancan L, Estrada DD. *Manguinhos. Guia de Equipamentos e Iniciativas Sociais*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
23. Rootman I, Goodstadt M., Potvin L., Springett J. A framework for health promotion evaluation. In: Rootman I *et al.* (eds.). *Health promotion evaluation. Principles and perspectives* (pp. 7-38). Copenhagen: Who Regional Publicatiios. European Series, No 92; 2001, p. 7-38.
24. Green LW, Richard L. The need to combine health education and health promotion: The case of cardiovascular disease prevention. *J Health Promot Educ* 1994; 1: 11-7.
25. Davis SK, Winkleby MA, Farquhar JW. Increasing disparity in knowledge of cardiovascular disease risk factors and risk-reduction strategies by socioeconomic *status*: implications for policymakers. *Am J Prev Med* 1995; 11:318-23.
26. Syme SL. The social environment and health. *Deadalus* 1974; (Fall): 79-86.
27. Ashton J, Seymour. *The new public health*. Buckingham: Open University Press; 1989.
28. Green LW, Richard L, Potvin L. Ecological foundations of health promotion. *Am J Health Promot* 1996; 10: 270-81.
29. Minkler M, Wallerstein N. Improving healththrough community organization and community building: A health education perspective. In: Minkler M. (ed.). *Community organizing and community building for health*. New Brinswick: Routledge; 2001. p. 30-52.
30. Smedley BD, Syme SL. (eds.). *Promoting Health. Intervention strategies from social to behavioural research*. Washington DC: Institute of Medicine; 2000.
31. Richard L *et al.* Assessment of the integration of the ecological approach in health promotion programs. *Am J Health Promot* 1996; 10: 318-28.
32. Nutbeam D. Achieving population health goals: perspectives on measurement and implementation from Australia. *Can J Public Health* 1999; 90(Suppl 1): S43-S46.
33. Nutbeam D, Smith C, Catford J. Evaluation in health education. A review of progress, possibilities and problems. *J Epidemiol Community Health* 1990; 44: 83-89.
34. Berkman LF, Kawachi I. A historical framework for social epidemiology. In: Berkman LF, Kawachi I (eds.). *Social epidemiology*. Nova Iorque: Oxford University Press; 2000. p. 3-12.
35. Touraine A. *Le retour de l'acteur*. Paris: Fayard; 1974.
36. Bourdieu P. *Esquisse d'une théorie de la pratique*. Paris: Seuil; 1972.
37. Giddens A. *The constitution of society*. Cambridge: Polity Press; e Oxford: Basil Blackwell; 1984.

38. Neaton JD *et al.* The Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT). VII. A comparison of risk factor changes between the two study groups. *Prev Med* 1981; 10: 519-43.
39. Shaten BJ *et al.* Lung cancer mortality after 16 years in MRFIT participants in intervention and usual-care groups. *Multiple Risk Factor Intervention Trial. Ann Epidemiol* 1997; 7: 125-36.
40. Boutiller M, Cleverly S, Labonte R. Community as a setting for health promotion. In: Poland B, Rootman I, Green LW (eds.). *Settings for health promotion. Linking theory and practice.* Thousand Oaks: Sage; 1999. p. 250-79.
41. Butterfoss FD, Goodman RM, Wandersman A. Community coalitions for prevention and health promotion. *Health Educ Res* 1993; 8: 315-20.
42. Crozier M, Friedberg E. *L'acteur et le système.* Paris : Éditions du Seuil; 1977.
43. Potvin L, Haddad S, Frohlich KL. Beyond process and outcome evaluation: A comprehensive approach for evaluating health promotion. In: Rootman I *et al.* (eds.). *Health promotion evaluation. Principles and perspectives.* Copenhagen: Who Regional Publicatios. European Series, No 92; 2001. p. 45-62.
44. Townsend P, Davidson N. *The Black Report.* Londres: Pelican Books; 1982.
45. Kaplan G. Economic policy is health policy: Findings from the study of income, socio-economic *status*, and health. In: Auerbach A., Krimgold, BK (eds.). *Income, socioeconomic status, and health. Exploring the relationships.* Washington, DC: National Policy Association; 2001. p. 137-49.
46. Wilkinson RG. *Unhealthy societies. The affliction of inequalities.* Londres: Routledge; 1996.
47. Terris M. The changing relationships of epidemiology and society: The Robert Cruickshank Lecture. *J Public Health Policy* 2001; 22: 441-463.
48. Diez Roux AV *et al.* Neighborhood of residence and incidence of coronary heart disease. *N Engl J Med* 2001; 345: 99-106.
49. Macintyre S, MacIver S, Sooman A. Area, class and health: Should we be focusing on places or people? *J Soc Policy* 1993; 22: 213-234.
50. Shouls S, Congdon P, Curtis S. Modelling inequality in reported long term illness in the UK: Combining individual and area characteristics. *J Epidemiol Community Health* 1996; 50: 366-76.
51. Cheadle A *et al.* Environmental indicators. A tool for evaluating community-based health promotion programs. *Am J Prev Med* 1992; 8: 345-50.
52. Macintyre S, Ellaway A. Ecological approaches: Rediscovering the role of the physical and social environment. In: Berkman LF, Kawachi I. (eds.). *Social epidemiology.* Nova Iorque: Oxford University Press; 2000, p. 332-48.

53. Draper P. (ed.). Health through public policy. The greening of public health. Londres Reino Unido: Green Print; 1991.
54. Green LW, Ottoson JM. Community health (7th ed.). Chicago: Mosby, 1994.
55. Millio N. Making healthy public policy; developing the science by learning the art: An ecological framework for policy studies. In: Badura B, Kickbush I. (eds.). Health promotion research: Towards a new social epidemiology. Copenhagen: WHO European series Vol 32; 1991. p. 7-28.
56. Frohlich KL, Potvin L, Chabot P, Corin H. A theoretical and empirical analysis of context: Neighbourhoods, smoking and youth. *Soc Sci Med* 2002; 54: 1401-17.
57. Frohlich KL, Potvin L, Gauvin L, Chabot P. Youth smoking initiation: disentangling contextual from compositional effects. *Health e Place* 2002; 8: 155-66.
58. Kawachi I, Berkman LF. Social cohesion, social capital, and health. In: Berkman LF, Kawachi I. (eds.). *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press; 2000. p. 174-90.
59. Krieger N. Discrimination and health. In: Berkman LF, Kawachi I. (eds.). *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press; 2000. p. 36-75.
60. Navarro V, Shi L. The political context of social inequalities and health. *Soc Sci Med* 2001; 52: 481-91.
61. Curtis S, Jones IR. Is there a place for geography in the analysis of health inequalities. *Sociology of Health and Illness* 1998; 20(5): 645-72.
62. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity and health. Copenhagen: World Health Organisation; 1992.
63. Hancock T, Perkins F. The mandala of health: A conceptual model and teaching tool. *Health Educ* 1985; 24(1): 8-10.
64. Castells M. The informational city. Information technology, economic restructuring, and the urban-regional process. Oxford: Basil Blackwell; 1989.
65. Soja EW. *Postmetropolis. Critical studies of cities and regions*. Oxford: Blackwell; 2000.
66. Tannahill A. Epidemiology and health promotion. A common understanding. In: Bunton R, Macdonald G. (eds.). *Health promotion. Discipline and diversity*. London: Routledge; 1992. p. 86-107.
67. Davies JK, Macdonald G. Beyond uncertainty. Leading health promotion into the twenty-first century. In: Davies, JK e Macdonald, G (eds.). *Quality, evidence and effectiveness in health promotion. Striving for certainties*. London: Routledge; 1998. p. 207-16.

CAPÍTULO 2 – CONCEPÇÕES E ABORDAGENS NA AVALIAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

CARVALHO, ANTÔNIO IVO; BODSTEIN, REGINA CELE; HARTZ, ZULMIRA; E MATIDA, ÁLVARO HIDEYOSHI.

CIÊNC. SAÚDE COLETIVA [ONLINE]. 2004, VOL. 9, N. 3, P. 521-529. ISSN 1413-8123.
DISPONÍVEL EM: [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1590/S1413-81232004000300002](http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000300002)

Resumo

Demandas e tensões em torno do uso de evidências em políticas públicas (evidence-based policy – EBP), como parte de uma gestão orientada por resultados, indicam muitas vezes um distanciamento entre as concepções e a natureza complexa das intervenções de promoção da saúde. Este artigo parte dos desafios associados ao campo conceitual da Promoção da Saúde e das exigências de “provas” de efetividade e de eficiência com que têm se confrontado gestores, avaliadores e agentes locais, no desenvolvimento de ações intersetoriais em saúde. São apontadas as limitações dos ensaios epidemiológicos na avaliação de políticas sociais e utiliza-se de argumentos relacionados às “teorias de mudança” com vistas a discutir a relação dos constructs no modelo das intervenções das políticas sociais e fundamentar a “análise da contribuição” de seus efeitos. Revisões sistemáticas do tipo realist synthesis são enfocadas devido à sua capacidade de realçar marcos teóricos de um programa específico, explicando os mecanismos subjacentes de ação comuns aos diferentes programas e/ou contextos. Argumenta-se que a explicitação das mudanças sociais esperadas requer processos colaborativos, considerando o conjunto dos atores envolvidos (bottom-up) no processo de desenvolvimento e na avaliação das intervenções.

Palavras-chave: Avaliação de programas; Promoção da saúde; Políticas baseadas em evidência.

Introdução

A ênfase na produção e na utilização de políticas públicas fundamentadas em evidências como parte de uma gestão com base em resultados indica, frequentemente, uma lacuna entre esses conceitos, e a natureza complexa envolvendo intervenções de promoção da saúde. Além do contexto bastante ambíguo e das profundas incertezas envolvendo diversas partes interessadas (características intrínsecas a tais iniciativas), gestores, profissionais e grupos comunitários têm expectativas diferentes quanto aos métodos e práticas de avaliação. Na última década, as demandas e tensões em torno de evidências que comprovam eficácia e efetividade, especialmente as das agências financiadoras têm gerado uma série de modelos de abordagem que são, frequentemente, reduzidos ao “racionalismo” de projetos experimentais e relativamente controlados que se sobrepõem às abordagens dialógicas mais “realistas” e, conseqüentemente, adequadas a esse tipo de pesquisa avaliativa.

Este artigo trata dos desafios associados a uma construção coerente do campo conceitual de Promoção da Saúde, e a “prova” de efetividade e eficiência exigida de gestores, avaliadores e agentes locais envolvidos em ações e programas de saúde intersetoriais. A questão principal refere-se à relação entre as intervenções e seus efeitos, considerando as normas referentes à

evidência científica da União Internacional de Promoção da Saúde e Educação (sigla em inglês – *IUHPE*, 2003). A questão é investigar a efetividade de uma determinada intervenção, *i.e.*, *o processo que possibilitou o alcance dos objetivos da iniciativa ou a produção de efeitos a curto, médio e longo prazo* (ROOTMAN *et al.*, 2001).

Ao revisar 200 estudos sobre educação em saúde ou iniciativas de promoção da saúde catalogados pela *UIPES* (*Union Internationale de Promotion et d'Education pour la Santé*), Tondeur (1996) observou que tais iniciativas contribuíram para: o avanço do conhecimento; consciência do foco do risco; mobilização de tomadores de decisão para definir ou alterar o modelo legislativo; e a melhoria no estado de saúde de certas populações ao ponto de diminuir a ocorrência de determinadas doenças, além de reduzir os custos com a saúde. No entanto, o autor enfatiza a falta de estudos demonstrando o impacto no longo prazo de ações educacionais voltadas à promoção de comportamentos saudáveis, embora afirme que intervenções com base na comunidade demonstram o potencial para promover mudanças sociais significativas e duradouras.

Essas e outras descobertas decorrentes de revisões mais recentes desse campo (IUHPE, 2000; 2003) conclui que é importante continuar investindo num plano de prevenção multifatorial e intersetorial, além de estratégias de promoção da saúde e pesquisa avaliativa, podendo disponibilizar tais iniciativas com apoio como prioridade política. Essa priorização é reforçada por uma falta notável, e em particular, de estudos avaliativos sob a perspectiva de iniciativas comunitárias, o que se contrasta com a vasta experiência acumulada em consultar literatura (especialmente na América do Sul) sobre ações de promoção da saúde, com foco em desenvolvimento e escolhas individuais que favorecem uma melhor qualidade de vida.

Como reflexão inicial para iniciar o debate, escolhemos priorizar o diálogo entre o campo conceitual de Promoção da Saúde e ações intersetoriais focadas no desenvolvimento da comunidade, e as abordagens de avaliação de programas sociais que achamos mais apropriadas para essas intervenções, e que estão disponíveis na literatura especializada. Em termos referenciais, empregamos a mesma abordagem de Thurston e Potvin (2003):

Nosso interesse aqui é focado, principalmente, na avaliação de mudanças sociais [...] programas que promovem tais mudanças são aqueles que têm como objetivo mudar as práticas sociais de agentes sociais, incluindo suas relações [...] Esses programas são frequentemente fundamentados em princípios de justiça social e igualdade.

Nesta perspectiva, é importante destacar que o ponto forte deste debate não é limitado ao conceito de práticas com base em evidências no campo da Promoção da Saúde (NUTBEAM, 1996). É relevante, também, identificar como essas práticas são utilizadas, e suas limitações durante a avaliação de intervenções de desenvolvimento social multifocal, onde a participação e adesão de vários parceiros e comunidades são variáveis cruciais para o sucesso das intervenções.

Veja abaixo as diversas premissas teóricas básicas na elaboração deste trabalho:

- a utilização de “teorias de mudança” com a visão voltada para uma discussão aprofundada da relação entre as “estruturas” no modelo de intervenção de política social e a base para “analisar a contribuição” dos seus efeitos (HOLMES *et al.*, 1993; MAYNE, 2001; PAWSON, 2003; THURSTON e POTVIN, 2003);

- os limites dos experimentos epidemiológicos, necessários para a avaliação das políticas sociais proporcionam o ponto de partida para a incorporação de abordagens inovativas, com base nos desafios e tensões inerentes ao processo de produção de evidências que comprovam a efetividade dos programas comunitários de promoção da saúde (POTVIN e LESSARD, 1994; HARTZ, 2000; HUGHES e TRAYNOR, 2000, McQUEEN, 2001; POTVIN *et al.*, 2001; POTVIN e RICHARD, 2001; SANDERSON, 2002);
- por princípio e devido à sua complexidade, a expressão e manutenção das mudanças sociais requerem a construção de processos colaborativos envolvendo as partes interessadas como um todo (no sentido ascendente) em todas as fases do desenvolvimento e da avaliação das intervenções (SULLIVAN *et al.*, 2002);
- a responsabilidade e os desafios inerentes, envolvidos na análise dos efeitos de políticas públicas, gerados por interesses heterogêneos não podem ser assumidos por grupos isolados (HUGHES e TRAYNOR, 2000); e
- revisões sistemáticas do tipo “síntese realista” destacam o modelo teórico de um programa específico, tornando evidentes os mecanismos de ação subentendidos e comuns a diferentes programas e/ou contextos, favorecendo, assim, a aprendizagem a partir dos efeitos negativos e positivos causados pelas diversas teorias sociais (PAWSON, 2002a).

Sem a intenção de exaurir a revisão da literatura, ou seus argumentos, focaremos em algumas lições preliminares relacionadas às vantagens e às limitações de algumas metodologias alternativas, assim como as possibilidades em relação à sua utilização em ações comunitárias de Promoção da Saúde. Esperamos poder fomentar a multidisciplinaridade e o debate internacional, salientar os benefícios desses avanços, e ampliar a visibilidade e a legitimidade de suas contribuições a esse campo de conhecimento.

O campo conceitual de Promoção da Saúde e a avaliação de programas intersetoriais

O mito de que as iniciativas voltadas ao desenvolvimento da comunidade são parcialmente suscetíveis à avaliação precisa ser contestado, uma vez que profissionais e gestores envolvidos nesse processo tem o dever de considerar a efetividade da mesma forma em que é analisada em outras intervenções sociais (HUGHES e TRAYNOR, 2000).

Por ainda estar em processo de construção, e em constante desenvolvimento, o campo de Promoção da Saúde consolidou-se como o ponto de convergência de uma série de reflexões e práticas comprometidas a superar o modelo biomédico. A partir do conceito positivo e amplo do termo saúde, e considerando o processo social de sua elaboração como foco, o campo de Promoção da Saúde mostrou-se capaz de reunir formas interdisciplinares de conhecimento, e mobilizar práticas intersetoriais com o objetivo de ampliar o modelo de intervenção, superando a abordagem biomédica e a medicalização crescente de problemas sociais. Portanto, o campo de Promoção à Saúde é fundamentado na proteção à vida e no desenvolvimento humano que são, também, seus objetivos.

Do ponto de vista de Promoção da Saúde, os determinantes socioeconômicos do processo saúde-doença constituem uma referência analítica indispensável, tanto para uma reflexão teórica quanto para a elaboração de políticas, programas e intervenções no âmbito público, focados em melhorar a qualidade de vida, assim como nas abordagens e metodologias de avaliação. Portanto, o campo de Promoção da Saúde transcende o setor de saúde e influencia cada vez mais as políticas públicas em geral, empenhando-se em dialogar com os diversos campos, organizações e sujeitos envolvidos nas várias dimensões da vida social.

No Brasil, o campo de Promoção da Saúde se desenvolveu num período de transformação da saúde, dando origem, nos últimos anos, ao SUS (Sistema Único de Saúde). Proposto pelo Movimento de Reforma da Saúde, o SUS destacou-se, em um período de 15 anos, como uma das mais bem-sucedidas políticas setoriais brasileiras. Seu formato institucional democrático e participativo, sua natureza universal e socialmente redistributiva, além de sua capacidade técnica de proporcionar assistência médica abrangente constituem um marco de inclusão social e política, conquistado por meio de princípios análogos aos de Promoção da Saúde.

No entanto, um contexto socioeconômico constante que gera desigualdades sociais permanentes (desemprego, injustiça fiscal, ineficiência da seguridade social) penaliza as classes sociais menos favorecidas, mantendo um grande contingente populacional sob uma forte ameaça em termos sociais e de saúde, uma situação agravada por séculos de desigualdades regionais.

Portanto, o campo de Promoção da Saúde aparece como uma oportunidade de elaborar uma agenda para melhorar o Sistema Nacional de Saúde, como também definir uma “nova” agenda, requalificando as políticas de saúde para o novo milênio, recuperando o ideal buscado pela reforma da saúde que defende “mudanças sociais e empenho contra desigualdades sociais”, ações necessárias para uma vida e saúde dignas.

Esta perspectiva requer que o setor da saúde não seja mais percebido como um consumidor voraz de recursos, concorrendo com áreas “produtivas” ou até mesmo de “assistência social”, e sim que seja valorizado como um componente essencial para o desenvolvimento humano, como parte de um modelo sustentável e integrado de desenvolvimento, compreendido como o objetivo e a força motor do desenvolvimento econômico. A questão, portanto, está em perceber o setor da saúde, e a saúde da população, como um investimento econômico fundamental para o desenvolvimento humano e social.

Ao desafiar de forma crítica o paradigma biomédico e sua deficiência diante da multiplicidade e complexidade de fatores que intervêm na dimensão contemporânea do processo saúde-doença, o campo de Promoção da Saúde reúne toda a complexidade técnica e social necessária para enfrentar o desafio de proporcionar saúde e qualidade de vida. Por isso, atua junto aos movimentos sociais, defendendo a elaboração de agendas de saúde e estratégias inovativas para todas as suas dimensões. O campo de Promoção da Saúde atual representa uma ampliação e requalificação, conceitual e operacional, da questão da saúde, cuja complexidade é crescente, apostando em novas políticas e práticas de intervenção no processo saúde-doença, além de uma melhor qualidade de vida como um todo.

A partir do conceito de saúde positivo e abrangente, definido na Constituição Brasileira de 1988, e que supera a definição simplificada de saúde como ausência de doença, o campo de Promoção da Saúde é fundamento nos seguintes conceitos e princípios:

- percebe a saúde como qualidade de vida resultante da satisfação de necessidades vitais tanto coletivas quanto individuais;
- argumenta que necessidades vitais não são definidas de forma normativa, mas que são socialmente estabelecidas por meio de pactos entre sujeitos de contextos culturais, sociais e econômicos, historicamente situados e datados, envolvendo acesso universal a vários serviços e mercadorias;
- lembra que necessidades sociais são registradas e legitimadas em contratos sociais que definem direitos e deveres – como, por exemplo, o direito à educação e saúde, entre outros;
- percebe a saúde como um direito humano fundamental (o direito à vida) e, portanto, um imperativo ético universal, em vez de um simples direito socialmente determinado;
- define saúde como acesso à (e capacidade para) vida, transcendendo parâmetros normativos e abordagens reducionistas.

Focado desta forma, o campo de Promoção da Saúde tem como objetivo central (e como dimensão fundamental de saúde e qualidade de vida) a busca pela “autonomia” por indivíduos e grupos (a capacidade de viver a vida) e igualdade social (indivíduos e grupos com a mesma capacidade). Uma abordagem crítica e ampla da Promoção da Saúde indica a necessidade de se discutir e melhorar as políticas públicas de saúde, a redistribuição de poder, e a definição de um novo acordo envolvendo direitos e responsabilidades em vários setores da vida social, afetando relações profissionais, cidadãos, além de esferas coletivas / individuais, governamentais / da sociedade, econômicas / sociais, setoriais / extrasetoriais, entre outras.

A busca pela igualdade e o empenho em combater desigualdades sociais tornam-se questões de grande prioridade. Por ser um objetivo constitucional inalcançável por meio de meios disponíveis na esfera restrita do serviço de saúde, a igualdade depende da mobilização de vontade política e recursos que extrapolam limites setoriais. Ao supor que as desigualdades sociais sejam o principal obstáculo na busca por saúde e qualidade de vida para a população como um todo (um imperativo ético e um requisito para uma economia estável), destaca-se a necessidade de um pacto mais abrangente em favor de políticas públicas mais iguais, efetivas e eficientes, envolvendo governo e sociedade. Tais políticas podem, e devem, ser propostas pelo setor de saúde, considerando seu escopo e legitimidade diante das demandas sociais e a vida cotidiana da população.

No entanto, as obrigações referentes à saúde não competem somente aos profissionais da saúde, mas a todos os cidadãos, reavaliando a questão de “participação social” cuja abrangência engloba vários campos de conhecimento e práticas profissionais, com ênfase em interdisciplinaridade e, conseqüentemente, em ações intersetoriais, em vez de se concentrar no setor da saúde como um campo de conceitualização e práticas na saúde. “Participação” e “ação intersetorial” são, portanto, duas categorias-chave no âmbito de Promoção da Saúde, além de servir como princípios operacionais para as novas estratégias de promoção da saúde e qualidade de vida.

Com base nestas definições que qualificam o termo Promoção da Saúde como uma série de conceitos e práticas paradigmáticos, voltados à construção social de autonomia e equidade, e adotados como parâmetros fundamentais de saúde e qualidade de vida, Promoção da Saúde pode ser entendido como uma estratégia de mudança em pelo menos três níveis, são eles:

- assistência médica com desmedicalização e redirecionamento dos serviços de saúde para abrigar e apoiar indivíduos e grupos na construção da autonomia;
- gestão e desenvolvimento local em que ações intersetoriais de saúde e qualidade de vida são implementadas como resultado do (e motivação em relação ao) empoderamento das populações e sujeitos; e
- modelo e políticas de desenvolvimento nacional em que o fator econômico é subordinado ao social, e onde os determinantes de equidade são, de fato, definidos.

A razão do debate internacional no campo de Promoção da Saúde ser tão valioso vem do fato de inspirar políticas, ações, programas e iniciativas por meio da elaboração de intervenções multifocais orientadas para mudanças sociais sustentáveis e amplas, onde a ênfase está no papel de indivíduos e organizações sociais assim como no desenvolvimento institucional (Abrasco, 2002). Entretanto, uma contribuição altamente significativa para o debate deriva do fato da Promoção da Saúde ser compreendida como um campo de conhecimento aplicado, fundamentado na elaboração, implementação e avaliação de políticas e programas em que a avaliação é crucial para o diálogo entre teoria e prática e, conseqüentemente, para a consolidação do campo (ROOTMAN *et al.*, 2001). Na verdade, o conceito de programas de Promoção da Saúde redefine e amplia a abordagem tradicional dos problemas de saúde de duas formas ao transcender:

- a) a abordagem de risco que percebe o indivíduo como a unidade; e
- b) problemas de saúde definidos com base em dimensão biomédica específica, mas com foco em mudanças sociais sustentáveis e amplas em contextos socialmente definidos.

O campo da Promoção à Saúde é, portanto, desenvolvido por meio de uma série de iniciativas e de programas voltados não somente aos problemas envolvendo prevenção de doenças, e identificação de indivíduos e grupos sujeitos a fatores de risco (MCKINLAY, 1996; KAWACHI, 2002; LOCHNER *et al.*, 1999), mas, especialmente, por meio de abordagens comunitárias multidisciplinares e intersetoriais, focadas nos determinantes sociais da saúde, sociais na consolidação do chamado “capital social” e no empoderamento de sujeitos sociais e grupos envolvidos.

A partir desta perspectiva, a dinâmica constitutiva e inerente a programas de Promoção da Saúde deriva do fato de que tais programas têm objetivos intersetoriais e participativos, voltados para o desenvolvimento social e empoderamento do ponto de vista de redução das desigualdades e expansão da inclusão social. Tais programas abrangem uma vasta gama de estratégias para proporcionar mudanças nas escolas, nos serviços de saúde, nas comunidades, e no meio ambiente, entre outras áreas. São complexos por natureza e pressupõem mobilização, participação e conhecimento de “padrões sociais e culturais dominantes”.

Com o objetivo de proporcionar mudanças sociais sustentáveis que dependem de uma agenda multisetorial convergente, as ações de promoção da saúde priorizam estratégias e ações que

incorporam princípios e valores compartilhados socialmente. Portanto, a participação e capacidade reflexiva organizacional das comunidades e partes interessadas são dimensões cruciais nos programas de Promoção da Saúde. Em resumo, as características básicas de tais programas são: um escopo amplo; estratégias participativas; resultados em longo prazo; e planejamento flexível (POTVIN *et al.*, 2001).

A natureza complexa das intervenções de Promoção da Saúde requer abordagens avaliativas igualmente complexas quanto, uma vez que os programas são permeados por várias influências externas e variáveis incontroláveis (POTVIN, 1996). Portanto, os métodos elaborados para intervenções médicas simples não são aplicados a esses programas e estratégias (McQUEEN e ANDERSON, 2001). Vários autores argumentam, ainda, que a elaboração de uma simples cadeia causal (e, portanto, de efeitos lineares da intervenção) não deve ser levada em consideração na avaliação dos programas comunitários, considerando que a definição de relações causais em casos de fenômenos sociais é uma tarefa particularmente difícil (MOHR, 1999; McQUEEN e ANDERSON, 2001).

A utilização de abordagens avaliativas em iniciativas e políticas intersetoriais focadas em desenvolvimento local precisam ser inovativas e complexas, uma vez que a identificação de teorias e mecanismos que intermediam as mudanças promovidas pelas ações e programas, em um determinado contexto social, envolve a utilização de métodos variados e, especialmente, de metodologias qualitativas coerentes e consistentes com seus respectivos problemas – uma vez que pressupõe a compreensão recorrente de significados, percepções e aspectos culturais. Em todo caso, para que este debate avance, é importante enfatizar que os mesmos princípios e critérios de pesquisa devem ser a base tanto para métodos quantitativos quanto qualitativos.

Em resumo, apesar de sua importância, o campo de Promoção da Saúde foi desafiado a apresentar teorias, resultados e efeitos do empoderamento e direito à saúde, assim como a melhoria da qualidade de vida e o ambiente. Consequentemente, a relação entre iniciativas e programas multifocais, e a identificação de evidências que comprovam resultados e mudanças parecem levar a metodologias avaliativas atualmente em discussão no campo da Promoção da Saúde (ROOTMAN *et al.*, 2001), o que revela certa preocupação com a diversidade de procedimentos metodológicos adotados neste campo.

Teoria e prática na avaliação de programas de Promoção da Saúde

“Programas são teorias... a avaliação testa a teoria... Uma das virtudes involuntárias da abordagem orientada por teoria em relação à avaliação é que força a contemplação da complexidade real e impressionante envolvendo os programas” (PAWSON, 2003).

Existem alguns obstáculos no que diz respeito à avaliação do desenvolvimento da comunidade, uma vez que precisa ser avaliado como qualquer outra intervenção social. Entre esses obstáculos estão problemas causais e de atribuição, cujo contexto é, simultaneamente, uma variável dependente e independente, e a necessidade de focar em abordagens e processos metodológicos a fim de realizar a avaliação. Entre as alternativas para enfrentar este problema, sem afetar o rigor metodológico, a avaliação orientada por teoria torna-se um procedimento

indispensável, segundo vários autores (HOLMES *et al.*, 1993; HUGHES e TRAYNOR, 2000; SANDERSON, 2002).

De acordo com Pawson (2003), duas estratégias são responsáveis por dar forma a essa abordagem de avaliação orientada por teoria: a teoria de mudanças sociais e a pesquisa realista, as quais enfocaremos como complementares. A ideia central da teoria de mudanças sociais é que programas são criados por meio de sequências iterativas de teorias e seus objetivos correspondentes, cuja avaliação precisa ser verificada em cada uma de suas fases. A chamada pesquisa “realista” tem como alvo fundamental os mecanismos que sustentam programas de maior complexidade em seus respectivos contextos. Os componentes básicos desta complexidade são distribuídos por toda uma cadeia operada pelos responsáveis pelas políticas e pelos programas públicos, e também por profissionais e participantes que mobilizam vários modelos teóricos, como por exemplo, a teoria de exclusão social que justifica a intervenção, as teorias de mobilização e as teorias organizacionais dos agentes operacionais, além das teorias de mudança de comportamento da população-alvo.

Se o objetivo de uma teoria voltada a uma determinada mudança social for possibilitar a compreensão das dimensões e diversidade dos processos que podem ocasionar o sucesso ou insucesso da intervenção (de acordo com um modelo lógico), uma primeira fase de negociação é indispensável para a sua elaboração (BID, 1997; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2000). Esta fase é essencial para os estudos de avaliabilidade que devem preceder qualquer avaliação, minimizando, assim, conflitos futuros. Afinal, se um dos pilares no âmbito da promoção da saúde é o empoderamento da comunidade: *“(...) é possível que, por vezes, seja necessário diminuir o poder ou controle de um grupo sobre outro... isso requer que os principais participantes concordem, de forma explícita, quanto ao significado de mudanças sociais”* (THURSTON e POTVIN, 2003).

Ao optar por um modelo de avaliação orientado pela teoria que considera as relações causais e condicionais (contextualização ou capacidade de resposta) significa, também, utilizar modelos que incorporam técnicas quantitativas e qualitativas (DATTA, 1997). Portanto, como proposto por MAYNE (2001), em vez de dizer análise de “atribuição”, fica mais apropriado dizer análise de “contribuição”, cujas características são as seguintes:

- desenvolvimento de uma cadeia de resultados mais detalhada, mostrando como um resultado intermediário leva a outro;
- localização de variações, e seus impactos, no programa, isso quando for possível identificar diferenças (relacionadas a tempo, localizações, e diferentes grupos alvos), reunindo informação referentes às diferenças correspondentes;
- reunião de informações que agregam credibilidade à contribuição da intervenção, considerando os resultados ou efeitos;
- inclusão tanto do sistema de medição contínuo (monitoramento do desempenho/medição) quanto do ocasional, ao responder às perguntas avaliativas;
- reconhecimento de que, por definição, os serviços ou efeitos observados são influenciados

dos pela ação do programa e, também, por fatores externos (como outros programas e decisões políticas) e socioeconômicos, considerando a influência que podem ter; e

- entrevista de pessoas “esclarecidas” quanto a sua opinião em relação à dimensão dos impactos do programa, se tais impactos influenciam a cadeia de resultados como um todo ou até um ponto intermediário; realização de estudos de caso, coordenação de um ou vários casos específicos, dentro do programa, que forneçam evidências confirmatórias.

Algumas experiências referentes à avaliação dos programas comunitários que empregaram uma combinação de abordagens descritas anteriormente, em diferentes níveis e modelos, foram conduzidas e apresentaram resultados promissores em termos de aprendizagem organizacional, especialmente no que diz respeito às experiências britânicas com saúde social e programas ambientais (HUGHES e TRAYNOR, 2000; SHAH e GREGSON, 2001; SULLIVAN *et al.*, 2002; MICKWITZ, 2003). Em razão das restrições quanto ao espaço disponível, faremos aqui um breve comentário sobre as avaliações, conduzidas em níveis local e nacional, das ações ocorridas na chamada “Zona de Ação da Saúde” (ZAS) [sigla em inglês – HAZ], um bom exemplo da utilização da ZAS, visando encorajar uma leitura dos textos originais, devido ao seu planejamento cuidadoso e à avaliação “realista” (SHAH e GREGSON, 2001; SULLIVAN *et al.*, 2002).

A experiência local com a ZAS em Luton, onde o programa foi implementado em 1998 com o objetivo de reduzir desigualdades sociais, por meio de ações para melhorar a saúde e a qualidade de vida da população tinha quatro componentes principais, ou linhas de força: Assistência Médica e Social (acesso e modernização do serviço); Capacitação na área da Saúde (desenvolvimento da comunidade e capacitação); Ambientes Saudáveis (moradia e seu entorno, e transporte); e Desigualdades Estruturais (empregos e ações contra a pobreza).

Ficou claro desde o projeto original que a responsabilidade das organizações operacionais não era somente atingir os resultados definidos em contrato, mas também comunicar *como e porque surgem os resultados e o modo como isso acontece*, caracterizando-os, assim, como Organizações de Aprendizagem. Esperava-se que a avaliação tivesse um papel fundamental ao apoiar as atividades das partes interessadas, permitindo uma análise dos processos e dos resultados alcançados. O início do processo se deu com uma oficina participativa de planejamento onde foram detectados dois objetivos principais:

1. suscitar teorias de mudança (modelo lógico): articular uma visão compartilhada; observar o que precisa ser feito nos níveis local, regional e nacional; investigar o que pode ser feito para ajudar ou atrapalhar o processo; estabelecer resultados mensuráveis, atingíveis e realistas; e
2. aprender sobre metodologias de pesquisa e ferramentas apropriadas para coleta de dados.

A fim de controlar o processo de implementação, foi realizado monitoramento a cada dois meses, e o modelo lógico revisado a cada quatro. Os resultados preliminares mais interessantes estão relacionados à importância atribuída, pelos gestores, a uma avaliação contínua da implementação do projeto e a percepção da base teórica para os modelos lógicos (“Um sistema

é tão bom quanto seu processo de implementação”; “Ao nos lembrar de projetos envolvendo alimentação e vida saudável... não sabíamos ao certo quais resultados buscávamos... portanto, as teorias provocam mudanças ao nos perguntar, no início, o que pretendemos alcançar, ajudando, desta forma, a qualificar o processo...”). Estão relacionados, também, à necessidade de recursos e avaliadores campeões que permitam uma intervenção/avaliação com base nas características acima. Essas conclusões de Shah e Gregson (2001) em relação à avaliação nacional da ZAS concordam com as vantagens e as limitações dessa abordagem, como destacado de forma semelhante por Sullivan *et al.* (2002), o que deve estimular nosso próprio debate no Brasil.

Comentários finais

[...] na medida em que programas são teorias encarnadas, podem ser projetados com base na visão de pessoas sem responsabilidade direta por sua realização (incluindo as teorias dos que há muito nos deixaram)... à teoria pertence a tarefa de transferir conhecimento durante a avaliação (PAWSON, 2003).

Partindo do pressuposto de que os desafios de um setor envolvem a redefinição de suas políticas e práticas, o campo de Promoção da Saúde amplia o foco da saúde com base na percepção da complexidade das mudanças sociais em curso. Isso reitera a importância de agir não somente em relação à questão da desmedicalização e redirecionamento dos serviços de saúde e suas práticas, mas especialmente, na esfera do desenvolvimento local e do empoderamento, defendendo políticas públicas e um desenvolvimento nacional mais efetivo e equitativo. O campo de Promoção da Saúde reitera a importância de parcerias entre a área de ensino e instituições de pesquisa, administração pública e organizações sociais e comunitárias, visando à efetividade e sustentabilidade das experiências e propostas.

No seu momento mais crítico, o campo de Promoção da Saúde atualiza e amplia o debate sobre os determinantes sociais, culturais, políticos e econômicos do processo saúde-doença, reafirmando a saúde como um imperativo ético e direito dos cidadãos. O campo de Promoção da Saúde proporciona, atualmente, a inspiração para um debate vigoroso sobre políticas públicas saudáveis diante de várias iniciativas para lidar com desigualdades sociais.

O debate global atual no campo de Promoção da Saúde aponta para a percepção de que a busca pela equidade, em todas as suas dimensões, não pode ser bem-sucedida se não envolver políticas públicas eficientes e efetivas. Para a sociedade como um todo, as questões relacionadas a monitoramento e avaliação, e a produção e utilização de evidências comprobatórias são, portanto, extremamente relevantes. A avaliação é uma questão estratégica para a produção de conhecimento, confirmação ou contestação de postulados teóricos, e a produção de evidências que comprovem efetividade, ou seja, fundamental para tomadores de decisão, gestores, profissionais, agentes locais, e a sociedade como um todo. Como tratado aqui, as abordagens avaliativas têm o mérito de revisar as teorias, permitindo um diálogo entre várias experiências e metodologias. Em uma perspectiva avaliativa, o campo de Promoção da Saúde não só aceita as tensões existentes entre questões teóricas e metodológicas e a diversidade das abordagens metodológicas, como também aponta a complexidade envolvendo a relação entre produção de evidências e sua utilização na criação de políticas públicas saudáveis.

Na medida em que constitui um componente fundamental para a consolidação do campo de Promoção da Saúde, a avaliação permite a percepção de que a natureza inovativa e complexa das experiências em curso origina-se da interdisciplinaridade e interlocução entre os vários gestores da administração pública, conduzindo a iniciativas e programas com ênfase em ações intersetoriais, e à formulação de agendas de desenvolvimento local participativas e integradas. A ampliação e a legitimação do debate sobre saúde e qualidade de vida requerem a adesão e participação das comunidades e partes interessadas, fatores cruciais para o sucesso das experiências e para as abordagens e metodologias avaliativas.

Para defender o ponto de vista de que a perspectiva mais inovativa e radical em termos de avaliação vem da abordagem “realista” (que consideramos indispensável para os estudos sobre implementação ou efetividade de programas sociais) –, argumentamos que a principal unidade de análise em avaliações, ou na determinação da potencialidade de generalização das lições aprendidas em relação a mudanças sociais, tem uma relação muito mais próxima com as teorias do que com os programas propriamente ditos. Consequentemente, seria mais produtivo priorizar o estudo de uma série de iniciativas que compartilham a mesma teoria, em vez de lidar com iniciativas individuais perante cada problema. Portanto, deve-se priorizar essa direcionalidade nos focos da observação, tanto no que diz respeito a estudos originais quanto à revisão/síntese de estudos múltiplos (PAWSON, 2002a; 2002b).

No último caso, uma revisão sistemática da literatura especializada deve ser orientada, também, para uma crítica que utilize mecanismos similares que, teoricamente, geram mudanças sociais, como proposto por diferentes ações intersetoriais, rotuladas ou caricaturadas como “a cenoura e vara, e sermões” (PAWSON, 2003). A inclusão específica da análise sobre o uso de incentivos programáticos ou a “teoria da cenoura”, como exemplificado por Pawson (2002a), ultrapassando os limites de meta-análise e revisão narrativa, poderia favorecer o avanço de estudos, como, por exemplo, daqueles que foram conduzidos com o apoio de *IUHPE/PAHO* (União Internacional para a Promoção de Saúde e Educação / Organização Pan-Americana da Saúde) (SALAZAR *et al.*, 2003).

Para lançar o debate sobre a viabilidade de gestores e avaliadores lidarem, em prática, com a complexidade dos programas de Promoção da Saúde em estudos envolvendo uma avaliação “realista”, nossa discussão preliminar pode ser resumida em alguns pontos:

- indicadores sistemáticos no campo de Promoção da Saúde devem refletir as orientações do modelo conceitual. O desenvolvimento de atitudes pessoais favoráveis e o redirecionamento de ações de saúde requerem políticas públicas “saudáveis” com o empoderamento da comunidade;
- é necessário envolver a epidemiologia em um paradigma sociológico/participativo, apresentando trabalho interdisciplinar em pacientes em busca de uma “percepção local em vez de verdades universais” (SCHAWAB e SYME, 1998);
- evidência científica nada mais é do que um dos critérios para estabelecer prioridades que (como em outras intervenções sociais) também reagem ao mercado (cliente-financiador) e aos motivos político-ideológicos.

Referências Bibliográficas

Abrasco. **Relatório da I Oficina sobre Perspectivas e Desafios da Avaliação em Promoção da Saúde**. GT Promoção da Saúde e Desenvolvimento Local. V Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Curitiba. 2002.

BID (Banco Interamericano de Desenvolvimento). Evaluación: una herramienta de gestión para mejorar el desempeño de los proyectos. **Oficina de Evaluación (EVO) Banco Interamericano de Desarrollo**. 1997.

CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.L.; AVARGUES, M.C. L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. **Révue d'Epidemiologie et Santé Publique**, vol. 48, p. 517-539, 2000.

DATTA, L.E. Multimethod evaluations: using case studies together. **Evaluation**, p. 344-349, 1997.

HARTZ, Z. Pesquisa avaliativa em promoção da saúde. In: BUSS, P.M. (Org.). **Promoción de la salud pública: una contribución para el debate entre las escuelas de salud pública de América Latina y el Caribe**. [s.n]: 2000. p. 131-137. (Mimeo.)

HOLMES, D.; TERESI, J.; ORY, M. Serendipity and pseudoscience. **Evaluation e the Health Professions**, vol. 16, p. 363-378, 1993.

HUGHES, M.; TRAYNOR, T. Reconciling process and outcome in evaluating community initiatives. **Evaluation**, vol. 6, n. 1, p. 37-49, 2000.

IUHPE. **The Evidence of Health Promotion Effectiveness**. Paris: ECSC-EC-EAEC, 2000.

_____. **The Evidence of Health Promotion Effectiveness**. Paris: ECSC-EC-EAEC, 2003.

KAWACHI, I. Social epidemiology (Editorial). **Social Science e Medicine**, vol. 54, p. 1.739-1.741, 2002.

KAWACHI, I.; BERKMAN, L.F. Social cohesion, social capital, and Health. In: BERKMAN, L.F.; KAWACHI, I. (Eds.). **Social epidemiology**. New York: Oxford University Press, 2000. p. 174-190.

LOCHNER, K.; KAWACHI, I.; KENNEDY, B. Social Capital: a guide to its measurement. **Health and Place**, vol. 5, p. 259-270, 1999.

MAYNE, J. Addressing attribution through contribution analysis: using performance measures sensibly. **Canadian Journal of Program Evaluation**, vol. 16, n. 1, p. 124, 2001.

McKINLAY, J.B. More appropriate evaluation methods for community: level health interventions (introduction to the special issue). **Evaluation Review**, vol. 20, n. 3, p. 237-243, 1996.

McQUEEN, D.V.; ANDERSON, L.M. What counts as evidence: issues and debates. In: ROOTMAN, I.G. *et al.* **Evaluation in health promotion: principles and**. Copenhagen: World Health Organization, 2001.

MICKWITZ, P. A framework for evaluating environmental policy instruments: contexts and key concepts. **Evaluation**, vol. 9, n. 4, p. 415-436, 2003.

MOHR, L.B. The Qualitative Method of Impact Analysis. **American Journal of Evaluation**, vol. 20, n. 1, p. 69-84, 1999.

NUTBEAM, D. Achieving “Best Practice” in health promotion: improving the fit between research and practice. **Health Education Research**, vol. 11, n. 3, p. 317-326, 1996.

PAWSON, R. Evidence-based policy: in search of a method. **Evaluation**, vol. 8, n. 2, p. 155-156, 2002a.

_____. Evidence-based policy: the promise of realist synthesis. **Evaluation**, vol. 8, n. 3, p. 340-358, 2002b.

_____. Nothing as practical as a good theory. **Evaluation**, vol. 9, n. 4, p. 471-490, 2003.

POTVIN, L.; HADDAD, S.; FROHLICH, L. Beyond process and outcomes evaluation: a comprehensive approach for evaluating health promotion programs. In: Rootman, I.G. *et al.* (Eds.). **Evaluation in health promotion: principles and perspectives**. Copenhagen: World Health Organization, 2001. p. 45-62.

POTVIN, L.; RICHARD, L. The evaluation of community health promotion programs. **Evaluation in Health Promotion. Principles and Perspectives**. E. Ziglio. Copenhagen: World Health Organization, 2001. p. 213-240.

POTVIN, L.; LESSARD, R. Le paradoxe de l'évaluation des programmes communautaires multiples de promotion e la santé. **Ruptures**, p. 45-57, 1994.

ROOTMAN, I.G. *et al.* **Evaluation in Health Promotion: principles and perspectives**. Copenhagen: World Health Organization, 2001.

SALAZAR, L.; VÉLEZ, J.; ORTIZ, Y. **En busca de evidencias de efectividad en promoción de la salud en América Latina**, 2003.

SANDERSON, I. Finding out works: evaluating community-based action for promoting positive outcomes for individuals, families, and neighbourhoods. **The UK Evaluation Society**, p. 4-5, 2002.

SCHWAB, M.; SYME, L. On paradigms of community participation and the future of public health. **AJPH**, vol. 87, n. 12, p. 2.049-2.051, 1998.

SHAH, A.; GREGSON, D. Evaluation of Luton Health Action Zone. **Annual Conference of UKES**. 2001.

SULLIVAN, H.; BARNES, M.; MATKA, E. Building collaborative capacity through theories of change: early lessons from the evaluation action zones in England. **Evaluation**, vol. 8, n. 2, p. 205-226, 2002.

THURSTON, W.; POTVIN, L. Evaluability assessment: a toll for incorporating evaluation in social programs. **Evaluation**, vol. 9, n. 4, p. 453-470, 2003.

TONDEUR, L. L'éducation pour la santé, un efficacité sous conditions. **Actualité et Dossier en Santé Publique**, vol. 16, p. XXII-XXVI, 1996.

CONCEPÇÕES DESAFIADORAS E UMA PROPOSTA DE AVALIAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

OSWALDO YOSHIMI TANAKAI¹

O atual artigo contribui de forma significativa para o campo da saúde coletiva ao conduzir uma revisão ampla e aprofundada da literatura disponível sobre promoção da saúde, assim como das abordagens referentes à sua avaliação. Por meio de uma perspectiva didática e abrangente para identificar e expor os vários conceitos (sem categorizá-los ou julgá-los), os autores permitem que os leitores compreendam melhor os conceitos responsáveis por moldar o campo de promoção da saúde.

Ao apresentar os conceitos e princípios referentes à promoção da saúde, visando situá-los no contexto local e real, o artigo facilita tanto uma compreensão dessas variáveis quanto suas análises (independentemente de serem resultados ou variáveis de contexto), um requisito para entender de forma mais aprofundada as relações existentes na implementação das iniciativas de promoção da saúde.

Ao explicar e analisar as várias abordagens referentes à avaliação dos programas e serviços de saúde, buscando identificar suas respectivas vantagens e desvantagens, o artigo contribui substancialmente ao ampliar as possibilidades em termos de utilização de várias alternativas disponíveis para avaliar as ações de promoção da saúde.

O artigo destaca dois resultados esperados das intervenções para promover a saúde: uma maior autonomia para indivíduos e grupos, visando ao empoderamento dos cidadãos, e a busca por equidade social, com o objetivo de diminuir as desigualdades sociais que surgem de políticas macro. Portanto, esse processo certamente envolve redistribuição de poderes na definição de políticas públicas. Ao promover uma participação efetiva dos vários agentes sociais em todas as atividades e ações visa-se à sustentabilidade das mudanças sociais resultantes desse processo. A abordagem intersetorial é uma forma criativa de formular a proposta, porém de tal forma que um determinado setor não seja o único a ser responsabilizado pela implementação de ações (ou delegar o controle dos objetivos para um único agente social), e essa estratégia, de fato, tende a facilitar o processo de participação e responsabilidade compartilhada, empoderando, assim, iniciativas para promover a saúde.

Como enfatizada de forma apropriada no artigo, diante do conceito de promoção da saúde mais abrangente, as variáveis do contexto local, no qual se espera mudanças visando a maior autonomia e menor desigualdade, devem ser identificadas para servir como a base para o processo de avaliação e para a análise de tais mudanças, permitindo que atividades e ações sejam relacionadas aos resultados observados.

Consequentemente, como enfatizado por Mercado (2002), torna-se importante conhecer os padrões sociais e culturais prevalentes, e suas interrelações, a fim de identificar as variáveis de

1. Departamento de Prática em Saúde Pública, Universidade de São Paulo. oytanaka@usp.br

contexto que devem ser conhecidas e examinadas para determinar a viabilidade das mudanças originadas de atividades e ações, e quais variáveis, de fato, fazem parte das mudanças alcançadas em termos de autonomia e diminuição das desigualdades sociais.

Como proposto por Tanaka e Melo (2001), em relação ao conceito de promoção à saúde, o artigo propõe investigar uma combinação de abordagens metodológicas para a avaliação de programas, serviços e políticas de saúde. De fato, os autores identificam pontos importantes nas várias alternativas existentes, descrevendo o modelo teórico/conceitual e as vantagens e desvantagens de cada abordagem apresentada. O artigo considera, com base nos conceitos aqui apresentados, uma combinação de metodologias quantitativas e qualitativas para lidar com a promoção da saúde tanto como objeto quando sujeito.

A utilização, proposta por Guba e Lincoln (1989), do foco da quarta fase da avaliação, o qual inclui a estratégia de participação efetiva e negociada por vários agentes sociais envolvidos na implementação (e conseqüentemente na avaliação), permite abordar duas vertentes cruciais de avaliação, são elas: 1) a elaboração de uma questão avaliativa contextualizada e viável; e 2) a potenciação do emprego de julgamentos de princípios resultantes da avaliação, também usado por Tanaka e Melo (2004). Além disso, ao definir o trabalho intersetorial como o principal estímulo para o processo de mudança social em iniciativas de promoção da saúde, um projeto avaliativo deveria considerar a análise de atividades tendo em vista os resultados alcançados por meio das várias responsabilidades compartilhadas, definidas na abordagem intersetorial, assim como a intensidade dessa ação.

Iniciar o projeto avaliativo por meio dessas duas estratégias tem a vantagem de permitir que a questão avaliativa seja formulada com direcionamento, além de facilitar a identificação de parâmetros contextualizados para serem usados na avaliação, incorporando, desta forma, o conceito mais abrangente de maior autonomia e menor desigualdade. Essa abordagem torna mais clara, conseqüentemente, a relação entre as estratégias implementadas e os resultados alcançados, permitindo, desta forma, uma análise mais aprofundada do grau e intensidade da relação supracitada, promovendo conhecimento sobre a condicionalidade entre essas variáveis.

O plano geral envolvendo o projeto avaliativo torna-se mais viável, além de proporcionar mais oportunidades de participação nas suas várias fases de implementação, ao ponto de vários agentes sociais aderirem ao projeto desde o início. Reitero que a participação e a abordagem intersetorial possibilitam essa interrelação.

Portanto, tais estratégias de intervenção, por mim consideradas como parte do processo tal qual proposto por Tanaka e Melo (2001), devem ser a base para coleta de dados e análise. Quando políticas públicas são o foco da avaliação, parte-se do princípio que há algum tipo de informação quantitativa disponível nas atividades, e/ou ações implementadas por meio da promoção da saúde, que serviria para analisar as tendências em termos de participação e o tipo de responsabilidade compartilhada implementada por meio de intersetorialidade. Essa primeira abordagem quantitativa em relação às linhas de ação permitirá que se levante “questões” que não podem ser justificadas ou relacionadas, porém são capazes de identificar quais variáveis (por meio da intensidade das ações e do comprometimento das várias partes interessadas em

relação à responsabilidade compartilhada) devem ser coletadas e analisadas a fim de entender o nível de alcance dos resultados esperados. Para entender esses tipos de questões, é indispensável o uso de uma abordagem qualitativa, não do ponto de vista de uma compreensão mais aprofundada, mas quanto à identificação das relações ocorridas durante o processo de construção da intervenção, assim como a influência causada pelo aumento da autonomia e diminuição da desigualdade em relação ao alcance dos resultados esperados (CRESWELL, 1994; TANAKA e MELO, 2002).

Portanto, ao aprofundar a compreensão de tais relações, o estágio seguinte da análise de resultados será condicionado pelas informações encontradas durante a avaliação dessas intervenções. Isso facilitará o processo de identificação das variáveis do contexto que devem ser examinadas, seja para buscar os resultados alcançados ou organizar as variáveis que, possivelmente, sofreram mudanças, mas que não podem ser relacionadas às intervenções conduzidas pelas iniciativas de promoção da saúde, como relatado por Uchimura e Bosi (2004).

Portanto, a construção de uma combinação metodológica incluindo abordagens qualitativas e quantitativas será condicionada a determinados fatores, tais como a disponibilidade e facilidade de se obter informação e o tipo de análise a ser conduzida.

A abordagem quantitativa pode ser útil para a análise de tendências ou até mesmo para a celeridade da implementação de atividades e/ou ações. Portanto, a análise de tendências serve como um caminho que permite definir a direção seguida pela iniciativa, ao ponto de se esperar resultados indicando que o que foi implementado é capaz de obter os resultados esperados. Entretanto, a fim de entender o escopo do resultado, é necessário entender o significado e/ou intensidade das interações e/ou responsabilidades compartilhadas durante a implementação da iniciativa de promoção da saúde. Portanto, é necessário utilizar ferramentas qualitativas para induzir uma análise crítica que seja mais compatível com as questões avaliativas apresentadas.

Essa combinação de metodologias poderia ser examinada inversamente. Se começarmos pela questão que avalia o grau de mudança proporcionado pela interação e/ou responsabilidade compartilhada (entre os vários agentes no trabalho intersectorial), poderíamos examinar a intensidade e grau de mudança proporcionado pela interação por meio de etnografia (COULON, 1996), interacionismo (DENZIN e LINCOLN, 1994), ou até construtivismo (SPINK, 1999). Uma vez que soubermos o significado do possível escopo, poderemos examinar o alcance dessas interações em relação a esse tema, por meio de uma busca de informação quantitativa.

O debate proposto pelo argumento do artigo é reforçado pela experiência da nossa equipe em avaliar o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde (2004). Embora o PHPN seja um programa de saúde no sentido tradicional de assistência médica com base em hospitais, lançou o desafio para introduzir humanização na prestação dos serviços. Essa característica qualitativa resultou em uma proposta metodológica para avaliar esse programa nacional por meio da combinação de aspectos qualitativos e quantitativos. A fase inicial envolveu uma análise da informação quantitativa disponível em um banco de dados da internet, e um sistema de informação específico, conhecido como SISPRENATAL, elaborado e implementado a fim de monitorar o programa. A investigação dessa informação

começou com a estratificação dos municípios brasileiros em termos populacionais e regiões geográficas. Ao examinar as variáveis do contexto, especialmente a prestação de serviços de saúde, foi possível identificar algumas questões avaliativas-chave, as quais precisariam de uma investigação mais aprofundada para se compreender suas respectivas interrelações. Para isso, propôs-se uma abordagem qualitativa. A fim de selecionar as situações reais e os agentes sociais a serem envolvidos, começamos com um levantamento do universo dos municípios no país como um todo, os quais foram reagrupados com base em um determinado grau de similaridade quanto aos seguintes aspectos: ou a prestação de serviços de saúde apresentado não era compatível com os resultados esperados pelo programa, ou tiveram um desempenho muito melhor em comparação aos municípios com condições semelhantes em termos de prestação de serviços. Dessa forma, foi possível identificar os municípios que, com base em peculiaridades das variáveis do estudo, podem ser considerados “estudos de caso” valiosos para uma abordagem qualitativa que, por sua vez, permitiria identificar as outras variáveis em jogo, assim como o significado dos resultados. O grupo de municípios com essas variáveis foi usado na seleção dos municípios estudos de caso que se tornariam o objeto/sujeito do estudo qualitativo. Em cada um desses municípios, foi empregada uma metodologia de estudo de caso por meio de entrevistas semiestruturadas e grupos em foco. Essa combinação metodológica nos permitiu investigar as interrelações entre os vários agentes sociais no processo envolvendo a assistência médica, e identificar as ações e atividades cruciais no PHPN que permitiria que tomadas de decisão aperfeiçoassem o Programa, alcançando os resultados esperados.

Com base na utilização prática da combinação proposta pelo artigo, foi possível tornar os resultados da avaliação do Programa disponíveis, envolvendo aspectos das estratégias do programa e identificação de variáveis favoráveis, além de destacar as variáveis do contexto que influenciaram a análise dos resultados alcançados. A abordagem qualitativa fomentou uma análise crítica dos vários pontos de vista do Programa, por parte de gestores, profissionais da saúde, e usuários do SUS.

Referências Bibliográficas

- COULON, A. **L'ethnométhodologie**. Paris: PUF, 1996.
- CRESWELL, J. **Research design: qualitative and quantitative approaches**. Londres: Sage, 1994.
- DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. Entering the field of qualitative research. **Handbook of Qualitative Research**. Londres: Sage, 1994. p. 1-17.
- GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. **Fourth generation evaluation**. Londres: Sage, 1989.
- MERCADO, F.J. Qualitative research in Latin America: critical perspective on health. **International Journal of Qualitative methods**, vol. 1, n. 1, article 4. Disponível em: <http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissuaé/1_1final/htm/mercadoeng.htm>. Acesso em: 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência e Tecnologia. **Relatório Final de Avaliação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento**. Brasília: Unesco/MS, 2004.

SPINK, M.J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano. Aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 1999.

TANAKA, O.Y.; MELO, C.M.M. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. São Paulo: Edusp, 2001.

_____.; _____. **Inovação e gestão: a organização social no setor saúde**. São Paulo: Anna Blume-Fapesp, 2002.

_____.; _____. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M.L.L.; MERCADO, F.J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 121-136.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M.L.M. A polissemia da qualidade na avaliação de programas e serviços de saúde: resgatando a subjetividade. In: BOSI, M.L.L.; MERCADO, F.J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 75-98.

CONCEITOS E ABORDAGENS NA AVALIAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

FERNANDO P. CUPERTINO DE BARROS²

Nos últimos anos, tem-se buscado, intensamente, métodos de avaliação para mensurar a efetividade de políticas públicas em vários campos, especialmente no da saúde. Dentro do campo da Saúde, como um todo, a área de Promoção da Saúde tem recebido um foco especial, uma vez que, com o passar dos anos, emergiu como um ponto de convergência entre ideias, reflexões e práticas que visam ultrapassar o modelo biomédico tradicional em favor de uma perspectiva mais ampla, contendo conhecimento interdisciplinar e práticas intersetoriais que ampliam o modelo de intervenção biomédica, além de envolver dimensões múltiplas da vida social como determinantes do estado de saúde de uma população.

Na minha opinião, o mérito deste artigo é se valer de conceitos bem definidos para destacar a importância da avaliação de programas de Promoção da Saúde conduzidas, particularmente, pelos gestores de sistemas de saúde.

Ao relembrar a importância de se compreender medidas de reforma da saúde utilizadas para promover mudanças, e o empenho para combater desigualdades sociais, os autores afirmam apropriadamente que o setor da saúde e a saúde da população precisam ser considerados como *um investimento econômico fundamental para o desenvolvimento social e humano*. Na verdade, os sucessivos governos latino-americanos (o Brasil em particular) têm cumprido fielmente com os requisitos econômicos impostos pelas agências financeiras internacionais (das quais os chamados países de Terceiro Mundo são tão dependentes). Entretanto, os gastos com saúde pública são vistos como uma despesa em vez de um investimento indispensável no desenvol-

2. Secretário de Estado da Saúde de Goiás, 1999-2006, Assessor Técnico do CONASS. fernando.cupertino@conass.org.br

vimento dessas populações. Com exceção dos discursos, os governos ignoram a complexidade técnica e social necessária para enfrentar o desafio que é proporcionar assistência médica e, assim, melhorar a qualidade de vida e promover felicidade em geral.

Visto deste prisma, a área da Saúde precisa ser resguardada, defendida e protegida para todos os cidadãos como um direito inerente de cidadania que depende da interação entre várias áreas de conhecimento e trabalho, dentro de uma perspectiva intersetorial quanto a sua construção, como enfatizado pelos autores.

O que nos chama a atenção é que a desmedicalização e redirecionamento dos serviços tornam-se premissas essenciais no que diz respeito à promoção de autonomia individual, assim como motivação para as comunidades compreenderem, de forma efetiva, o conhecimento necessário para a promoção de gestão participativa voltada ao desenvolvimento dessas mesmas comunidades, conduzindo, finalmente, à utilização de políticas públicas de desenvolvimento que gerem equidade.

Portanto, focar no desenvolvimento social e empoderamento dos cidadãos para reduzir as desigualdades e fomentar a inclusão social é um fator crucial. Do ponto de vista de processo de desenvolvimento comunitário, tal inclusão precisa ser avaliada, porém mantendo o rigor científico, apesar das dificuldades inerentes a uma avaliação dessa natureza em que diversos efeitos originam-se de fatores externos em relação ao campo da Saúde.

Como gestores de sistemas de saúde, é imprescindível que desenvolvamos uma colaboração contínua e intensa com a comunidade acadêmica e as organizações da sociedade civil capazes de contribuir para o desenvolvimento comunitário e o empoderamento de cidadãos, ajudando, dessa forma, a diminuir as desigualdades e promover equidade. Além disso, essa abordagem aponta para um objetivo maior que é a busca pela felicidade.

Gestores de sistemas de saúde são responsáveis pelas políticas públicas que implementam e, por isso, precisam adquirir o hábito e conhecimento necessário para promover uma avaliação sistemática, buscando produzir conhecimento e aperfeiçoar tais políticas. Além disso, precisam entender a natureza complexa e inovativa do trabalho interdisciplinar que funciona como o motor do desenvolvimento local, por meio do envolvimento e adesão das comunidades e várias partes interessadas.

Gestores de sistemas de saúde precisam se habituar a avaliar valendo-se de conhecimento teórico acumulado e aplicando-o às práticas diárias de gestão. Neste ponto, embora dentro de rituais acadêmicos perfeitamente aceitáveis, na minha opinião, os autores do artigo utilizaram muitas citações na língua inglesa, com as quais poucos gestores de sistemas de saúde (que não falam inglês) são familiarizados o suficiente para extrair os significados mais profundos e amplos das respectivas expressões. Não acredito que “a última flor de Lácio, inculca e bela”³ seja capaz de expressar claramente, em português, as mesmas ideias expressadas em “*Latium’s last flower, untilled yet fair*” (versão em inglês), no entanto, por vezes, o português não possui um termo único que signifique exatamente o que pode ser dito em outra língua com uma palavra. Afinal, para que servem as frases?

3. Nota do primeiro tradutor – uma citação muito conhecida do Olavo Bilac (1865-1918, poeta da escola parnasiana) exemplificando de forma perfeita a língua portuguesa, por ele enaltecida como “a última flor de Lácio”, ou seja, historicamente, a última língua a florescer do Latim, e “inculca” (empregada incorretamente, a palavra em inglês untilled significa “não cultivada”), porém bela.

CONCEPÇÕES E ABORDAGENS NA AVALIAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE.

DILEMAS DA AVALIAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE: COMO ORIENTAR A PRODUÇÃO CIENTÍFICA BRASILEIRA?

MARIA FARIA WESTPHAL⁴

Os autores do artigo “Concepções e Abordagens na Avaliação em Promoção da Saúde”, da Escola Nacional de Saúde Pública, contribuíram, significativamente, e de várias formas, para a avaliação do campo de Promoção da Saúde, como descrito abaixo.

O artigo analisa de forma crítica a tendência a sobrestimar a avaliação como instrumento metodológico que produz sinais – evidências científicas – da efetividade dos programas de Promoção da Saúde. Esse problema foi enfrentado por avaliadores que, em geral, eram acadêmicos, juntamente com gestores e agentes locais que são pressionados a provar aos agentes financiadores, e à sociedade em geral que essa nova abordagem em relação ao trabalho desenvolvido na área da saúde é eficiente.

Para contrastar essa tendência, os autores apresentam vários argumentos, incluindo paradigmáticos, epistemológicos e metodológicos relacionados ao campo conceitual de Promoção da Saúde. Chamam a atenção para analogias e, especificamente, divergências com o campo de práticas de assistência médica que vem sendo cada vez mais orientado por evidências científicas, e equiparado com o modelo biomédico. Os autores mostram que as práticas avaliativas e evidências comprobatórias de efetividade, construídas por meio desse modelo biomédico são simples, diretas e fáceis de serem demonstradas, por exemplo: um indivíduo com diabetes tipo-1 toma insulina o que, conseqüentemente, baixa seu nível de glicose, o que demonstra, por meio do exame de sangue, que a medicação é eficaz nesses casos.

No campo de Promoção da Saúde, práticas participativas e intersetoriais tentam lidar com a determinação socioeconômica, cultural, política e ambiental do processo saúde/doença, ao estabelecer políticas públicas saudáveis que transcendem o setor da saúde, e que são orientadas por outro modelo (sócio-histórico, cultural e humanista), envolvendo uma visão complexa dos problemas, suas causas e possíveis soluções, o que requer contribuições de várias ciências, assim como diferentes estratégias de intervenção. A mudança já em curso em relação ao ponto de vista e às estratégias, englobando várias dimensões da vida social, o que requer práticas multidisciplinares e intersetoriais, influencia de forma decisiva os modelos de avaliação necessários para a construção das evidências mencionadas acima. O fato de não ser possível estabelecer uma relação direta e imediata entre a causa (a intervenção) e seus efeitos para resolver problemas tão complexos (ex.: a influência da desigualdade social sobre as taxas de mortalidade infantil, mediada por outros fatores e condições) impede o agrupamento de evidências que

4. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Departamento de Prática de Saúde Pública, Área Temática de Promoção da Saúde, Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação sobre Cidades Saudáveis (Cepedoc) marciafw@usp.br.

comprovam a efetividade de intervenções multifatoriais, e mostra com certa clareza o mérito das avaliações conduzidas para provar a importância das ações de Promoção da Saúde, enquanto componente essencial de ações de desenvolvimento humano, em um modelo sustentável e integrado de desenvolvimento.

Uma questão menos significativa, porém que precisa ser esclarecida da mesma forma, é um argumento conclusivo relacionado à discussão paradigmática: *A questão é ver o setor de saúde e a saúde da população como um investimento econômico fundamental para o desenvolvimento humano e social.* Na verdade, essa afirmação contradiz uma outra que pretende colocar o campo de Promoção da Saúde na esfera *do modelo e políticas de desenvolvimento nacional, onde se pretende tornar o fator econômico subordinado ao fator social.* Não restam dúvidas de que os autores quiseram chamar a atenção para o modelo de desenvolvimento do Brasil que valoriza, basicamente, a esfera econômica, relegando o desenvolvimento social e humano a um segundo plano. A saúde da população não é promovida somente por meio de investimentos econômicos, porém o paradigma transforma o processo de tomada de decisão, no que diz respeito à esfera onde são conduzidos investimentos setoriais, e ao modo como isso acontece de tal forma a propiciar maiores ganhos para a saúde da população. Isso significa definir tanto a saúde quanto a qualidade de vida como uma questão fundamental em todos os setores do governo, ou seja, a saúde deve ser incluída como um dos critérios das tomadas de decisão em todos os setores específicos. Por exemplo, ao compreender a saúde como um investimento, a Secretaria Municipal de Educação de São Paulo deveria, antes de tomar qualquer decisão relacionada a investimentos, se perguntar se as instalações de ações intersetoriais, tais como um dos chamados Centros de Educação Unificados (CEUs), tem mais condição de proporcionar saúde e qualidade de vida para a população a que se destina do que dez escolas tradicionais que custam menos do que tais centros.

Voltando à questão anterior, e às conclusões referentes às evidências/provas, gostaria de finalizar dizendo que, embora os argumentos que demonstram que o empenho em estabelecer evidências no âmbito de Promoção da Saúde (em relação ao tempo e esforço necessários para obtê-las) não é proporcional aos avanços práticos e científicos alcançados, nessa área, por meio de avaliações. Os estudos conduzidos nesse sentido tiveram o mérito de permitir e encorajar vários agentes-chave envolvidos nos programas (e seus financiadores) a se aproximarem de consensos. Isso foi possível por meio de alguns critérios definidos com base nos resultados das avaliações referentes à importância de certas ações e abordagens metodológicas usadas em intervenções no campo de Promoção da Saúde. Os argumentos em favor desta conclusão, fundamentada na literatura especializada foram uma importante contribuição para este artigo. Os autores desmistificaram a questão das evidências comprobatórias, no entanto demonstraram, simultaneamente, e de forma contraditória, a importância das avaliações, e a busca por novas metodologias e procedimentos para tratar da questão da Promoção da Saúde, especialmente no que diz respeito à teoria e prática envolvendo a avaliação de programas nesta área.

A proposta dos autores quanto à teoria e prática na avaliação de programas de Promoção da Saúde, com base em “teorias de mudança” e voltada a uma discussão aprofundada sobre a relação entre as estruturas teóricas e os resultados, não corresponde às práticas habituais de pesquisadores

de outros países que ainda são altamente influenciados pelo paradigma racionalista. Potvin e Richard (2001) apresentam, em um artigo abordando a avaliação no âmbito da Promoção da Saúde em comunidades, os quatro tipos de estudos mencionados na literatura especializada, e a frequência com que são encontradas, são eles: projetos abrangentes de avaliação (os menos frequentes); artigos apresentando resultados de avaliação de processos em andamento, ou já concluídos (os mais frequentes); artigos apresentando os resultados finais de programas; e, finalmente, artigos discutindo questões metodológicas relacionadas aos três tipos anteriores (não muito frequentes). Geralmente, os artigos que apresentam os resultados finais de programas de Promoção da Saúde são desapontadores, uma vez que, normalmente, chegam à conclusão de que os programas não são efetivos. Isso acontece por duas razões: ou porque não são compatíveis com a complexidade das questões referentes à Promoção da Saúde, ou porque a avaliação desses programas não percebeu tal complexidade. Os autores comentam que os projetos de avaliação utilizados são, geralmente, experimentais ou quase experimentais, não compreendendo, portanto, a complexidade das intervenções de Promoção da Saúde o que, provavelmente, explica o motivo dos resultados obtidos não demonstrarem o sucesso do programa.

Segundo o conceito defendido por este artigo, os pesquisadores dedicados à avaliação de ações de Promoção da Saúde, e que propõem analisar intervenções complexas por meio de abordagens avaliativas, tais como avaliação orientada por teoria e análise realista, como proposto pelo artigo, defendem o uso de modelos e critérios lógicos em vez dos critérios tradicionais e cientificamente rigorosos, ou seja, da vertente positivista. Segundo Potvin e Richard (2001), há dois critérios lógicos com base em modelos conceituais e complexos elaborados anteriormente: ou transparência no processo de tomada de decisão ou implementação crítica dos múltiplos procedimentos metodológicos, os quais tendem a ser criticados pelos metodologistas tradicionais, correndo, portanto, o risco de não obter aprovação para publicação dos respectivos artigos.

Apesar dos riscos envolvendo a publicação, e uma possível depreciação do trabalho de pesquisa resultante da avaliação de Promoção da Saúde, devido à lacuna em relação à hegemonia do positivismo e do racionalismo presente no mundo capitalista, como conceitualizado neste artigo, tal avaliação já se tornou uma prática comum em algumas instituições acadêmicas no Brasil. A intersetorialidade ligada à qualidade de vida é uma das vertentes de investigação em Faculdades de Saúde Pública de várias universidades brasileiras, e de instituições relacionadas. Entre outras instituições focadas neste tipo de investigação, encontram-se: a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP-Fiocruz), a que pertencem os autores deste artigo em debate; o Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação sobre Cidades Saudáveis (Cepedoc – Cidades Saudáveis), afiliado com a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, ambos focados no monitoramento e implementação de experiências em gestão pública participativa e integrada nas cidades brasileiras; além da Universidade de Campinas (Unicamp). Várias teses e documentos foram produzidos dentro dessa linha de pesquisa, por meio de processos semelhantes aqueles propostos neste artigo, combinando metodologias e associando parceiros e comunidades envolvidos na produção de evidências que comprovem a efetividade de programas de Promoção da Saúde, os quais são muito mais relacionados ao processo do que aos resultados em termos de alterações de coeficientes e indicadores.

Em uma perspectiva ampla e crítica, investimento em programas de Promoção da Saúde, e a utilização de modelos lógicos de avaliação (DWYER e MAKIN, 1997), combinando diferentes metodologias, reflete um alinhamento entre muitos profissionais trabalhando nessa área em diferentes partes do mundo, embora não seja uma posição de hegemonia. Significa comprometimento com uma verdade, uma visão do mundo e da sociedade, podendo envolver problemas e conflitos com indivíduos e instituições onde as ideias associadas com o behaviorismo, positivismo, e/ou epidemiologia clássica prevalecem.

Referências Bibliográficas

DWYER, J.J.M.; MAKIN, M. 1997. Using a program logic model that focuses on performance measurement to develop a program. **Canadian Journal of Public Health**, vol. 88, n. 6, p. 421-425.

POLTVIN, L.; HADDAD, S.; FROLICH. Beyond process and outcome evaluation: a comprehensive approach for evaluating health promotion programs In: ROOTMAN, I.G. *et al.* (Org.). **Evaluation in Health Promotion: principles and practices**. [s.n.d.]: 2001.

POTVIN, L.; RICHARD, L. Evaluating community health promotion programs, pp. 213-240. In: ROOTMAN, I.G. *et al.* (Org.). **Evaluation in Health Promotion: principles and practices**. [s.n.d.]: 2001.

AVALIAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE, SÍNTESE REALISTA E PARTICIPAÇÃO

MARCIA HILLS E SIMON CARROLL

Há várias formas de entrar em um debate razoavelmente polêmico, crítico ou solidário. Trataremos de algumas questões muito importantes levantadas pelo artigo inicial desse debate (CARVALHO, BODSTEIN, HARTZ e MATIDA, 2004), porém gostaríamos, primeiramente, de agradecer os autores pela abertura clara e direta, inovativa e importante. Eles conseguiram apresentar muitas questões-chave no debate, referentes à avaliação da efetividade no âmbito da promoção da saúde, sem impedir quaisquer abordagens e caminhos alternativos.

Somos muito gratos pela oportunidade, uma vez que um dos pontos principais do artigo que estamos abordando requer que a “síntese realista” seja considerada como uma abordagem alternativa promissora para a modalidade dominante de revisões sistemáticas no âmbito de promoção da saúde. Juntamente com outros colegas do Consórcio Canadense de Pesquisa em Promoção da Saúde, finalizamos, recentemente, a fase inicial de um projeto, de vários anos, em parceria com o sistema de saúde do Canadá (*Health Canada*) que tenta desenvolver um modelo para avaliar a efetividade de iniciativas comunitárias para promover a saúde, com base, em grande parte, em percepções teóricas e metodológicas da “síntese realista” (HILLS *et al.*, 2004; PAWSON e TILLEY, 1997; PAWSON, 2001, 2003, 2004).

Descorreremos sobre essa questão em três partes: 1) uma razão para concordarmos com a posição fundamental descrita por Carvalho *et al.* que dizem que a abordagem “realista” é “a perspectiva mais radical e inovativa em termos de avaliação”, e que pesquisa voltada à avaliação da efetividade deveria focar em “mecanismos” compartilhados por todas as iniciativas, fazendo deles as unidades teóricas que formam a base para uma comparação e revisão sistemática da informação utilizada na avaliação; 2) uma breve descrição do nosso empenho inicial para utilizar essa abordagem na avaliação da efetividade de iniciativas comunitárias financiadas pelo governo federal do Canadá, e uma discussão sobre algumas oportunidades e alguns desafios apresentados, a qual abordará algumas das dificuldades e questões internas da síntese realista em relação à promoção da saúde; 3) uma discussão muito breve sobre uma possível tensão externa entre a abordagem realista e a ênfase, no âmbito de promoção da saúde, fundamentada na importância de todos os aspectos da participação e do empoderamento, incluindo o da avaliação.

Para começar, fica claro que a demanda para uma “política com base em evidências” permanecerá porque, mesmo que se transforme em algo com outro rótulo, retrata, na sua essência, a necessidade de responsabilizar os responsáveis por políticas públicas pelas suas despesas justificando-as. Isso é parte de uma tendência, em longo prazo, para mudar as relações entre estado e sociedade, em que “gestão com base em resultados” e “indicadores de desempenho” estão se tornando ferramentas imprescindíveis para gestores que estão sob crescente pressão para racionarem um pote cada vez menor de fundos de investimento social. A diminuição de gastos fiscais e o “esvaziamento” neoliberal do estado (JESSOP, 1994, 2002) significam que a saúde pública em geral e, especificamente, a área de promoção da saúde estão nadando contra a corrente para evitar seu próprio naufrágio, tendo em vista o enorme processo de corte de custos envolvendo o projeto estatal neoliberal e o sistema de saúde em constante processo inflacionário e totalmente obcecado com a assistência. Supondo que essa questão não se resolva de forma rápida, a questão que fica é: que tipo de evidência será necessário para convencer agências financiadoras externas quanto à efetividade das intervenções de promoção da saúde, especialmente as complexas com base na comunidade?

O segundo aspecto em que concordamos com os autores, e com o coro de pesquisadores da área de promoção da saúde, é quanto ao questionamento sobre a lógica de depender exclusivamente de evidências resultantes de experimentos controlados aleatoriamente como a única arma para comprovar efetividade (POTVIN, 1994; McQUEEN, 2001; POTVIN *et al.*, 2001; POTVIN e RICHARD, 2001). No entanto, faríamos uma distinção ao fato de que o que torna a abordagem “realista” radical e inovativa é, em parte, sua crítica incomparável das abordagens ortodoxa meta-analítica e narrativa alternativa em relação à revisão sistemática (PAWSON e TILLEY, 1997; PAWSON, 2002a). Uma vez que não há espaço aqui para detalhes, o ponto central desta crítica é uma percepção radicalmente diferente do modo de conceituar *causalidade e explicação* em trabalho científico. Isso é essencial na compreensão da abordagem realista que se aprofunda e representa uma crítica completamente alternativa sobre a percepção positivista de ciência em comparação às críticas fenomenológicas e construtivistas mais conhecidas (BHASKAR, 1975; 1979; KEAT, 1982; HARRÉ, 1983; OUTHWAITE, 1987; SAYER, 1992;

ARCHER, 1995). Essas reflexões mais profundas e filosóficas deveriam ser uma preocupação direta para os pesquisadores na área de promoção da saúde que tentam avaliar efetividade, uma vez que têm grandes implicações no modo de teorizar, de forma apropriada, interações e mudanças sociais complexas: o solo sobre o qual a área de promoção da saúde vive e respira, tornando-se bem ou mal sucedida. Há uma série de teorias sociais que a área de promoção da saúde poderia usar como bases metateóricas, porém, é provável que nenhuma delas seja inteiramente compatível entre elas. Por exemplo, Habermas, Bourdieu, Latour e Bhaskar compartilham o rótulo de antipositivistas, no entanto, respectivamente, cada uma de suas perspectivas teóricas e filosóficas tem implicações profundas quanto ao desenvolvimento, até mesmo, de teoria intermediária.

Concordamos que a abordagem realista tem um grande potencial para, finalmente, propiciar uma base teórica rigorosa e sistemática para avaliar a efetividade no âmbito da promoção da saúde. Como insinuado pelos autores, permite, de forma mais aprofundada, que haja uma integração de iniciativas complexas e reais de promoção da saúde, incluindo os elementos básicos do contexto socioeconômico discutidos no artigo.

O estudo sobre o modelo do sistema de saúde canadense se originou de um período de frustração tanto em relação ao chamado padrão ouro, baseado em experimentos controlados aleatoriamente (sigla em inglês – *RCT-based*), quanto à incapacidade de alternativas mais construtivistas, fenomenológicas e qualitativas de compreender a questão envolvendo a comprovação da efetividade. Restaram-nos muitas ideias que, aparentemente, são compartilhadas pela grande maioria de pesquisadores da área de promoção da saúde, em relação aos “fatores” considerados importantes para o sucesso de iniciativas (ex.: participação; ação intersetorial; empoderamento; diálogo crítico; liderança compartilhada); porém, nenhuma dessas ideias tinha uma metodologia que pudesse gerar um nível suficiente de abstração para comparar esses “fatores” ou “processos” em diferentes iniciativas. A ideia de Pawson de que “mecanismos” possam ser a base de comparação foi o catalizador na tentativa de fazer algo completamente diferente. O ganho mais importante com o emprego dessa abordagem parece ter sido o fato de ter proporcionado meios para estabelecer o que levou um processo como o planejamento colaborativo a funcionar. Quais foram os mecanismos-chave que influenciaram, de forma positiva, as iniciativas de promoção da saúde com base na comunidade? Além disso, uma vez que a abordagem epidemiológica ortodoxa em relação à causalidade já não era o padrão adotado, foi possível cogitar sobre o modo como esses mecanismos estavam relacionados a contextos possibilitadores e restritivos. Isso significa que mesmo se os resultados não apresentassem mudanças positivas, era possível investigar a efetividade dos próprios mecanismos. Dessa forma, era possível cogitar sobre os contextos que permitiram que o fator “participação” possibilitasse, por exemplo, que um planejamento colaborativo bem-sucedido fosse traduzido em resultados positivos, como também sobre os que impediam seus efeitos positivos.

No entanto, esse projeto estimulante também produziu desafios igualmente constantes. O primeiro é o fato de o processo de conceituação de mecanismos exigir reflexões teóricas muito profundas, além de colaboração com outros especialistas da área para garantir que os conceitos abstratos reflitam, de forma precisa, a complexidade das iniciativas de promoção da saúde. O

segundo desafio é entender o modo como esses mecanismos interagem entre eles, e estabelecer a importância de cada mecanismo em determinados contextos, agregando outro nível de complexidade para o processo de teorização. O terceiro desafio envolve a teorização do próprio “contexto”, o que implica em ter que mergulhar no mundo da teoria social até um ponto considerado irrelevante para muitos envolvidos no campo de promoção da saúde, embora alguns dos principais pensadores argumentem que o desenvolvimento de uma base teórica para a área da promoção da saúde se faz cada vez mais necessário (POTVIN, 2001; NUTBEAM, 2000; BEST, 2003; GREEN, 2000; BRICKMAYER e WEISS, 2000; JUDGE, 2001). O quarto desafio é passar de um processo de conceituação rigoroso para um envolvendo indicadores de medição apropriados, porém que podem ser tão complicados quanto, e podendo, em alguns casos, não oferecer nenhuma solução. Finalmente, independentemente das intenções teóricas serem boas ou não, no que diz respeito ao embasamento empírico necessário para o desenvolvimento teórico, descobrimos que a ausência de dados relevantes (focados nas áreas que são o assunto de todos os profissionais no âmbito de promoção da saúde quando não estão avaliando), referentes à avaliação sistemática será um obstáculo para o desenvolvimento da base de evidências que comprovam efetividade. Mesmo que as avaliações se tornem mais sistemáticas, é difícil desenvolver hipóteses teóricas intermediárias necessárias que sejam indispensáveis às sínteses realistas, a menos que as avaliações das iniciativas comunitárias sejam encorajadas a coletar dados detalhados sobre, por exemplo, “nível de participação”. Em resumo, o projeto do sistema de saúde do Canadá é uma oportunidade muito estimulante e promissora, embora sejam inúmeras as dificuldades envolvidas.

O último ponto levanta uma questão séria para qualquer pessoa entusiasmada com a alternativa realista, como é o nosso caso. É possível que a abordagem realista apresente um paradoxo, pois embora permita a teorização e integração da participação e do empoderamento dentro de um modelo de efetividade, não pré-julga a disponibilidade imediata desses fatores para serem analisados. Existe um perigo inerente dentro do realismo de que a perspectiva epistemológica de “cientistas” seja sistematicamente mais valorizada em relação à perspectiva do “leigo”. Ao criticar de forma contundente e necessária o solipsismo e a autocontradição do construtivismo extremo, há um equívoco frequente em considerar que membros “leigos” da comunidade estejam inevitavelmente errados, e em subentender que ao compartilhar essa falibilidade, uma metodologia “científica”, por si só, torna-se superior a outras formas de conhecimento. Em outras palavras, quando o realismo derruba incisiva e contundentemente o relativismo, usa frequentemente, porém despropositalmente, uma armadura defensiva composta de atitudes e práticas “científicas” que seria melhor esquecermos. Não deveria haver posições epistemológicas especiais obtidas por meio de falsos privilégios resultantes de metodologia. Não defendemos que isso seja, necessariamente, o resultado da utilização de uma abordagem realista. Porém, apontamos que seria uma ironia cruel se, para compreender um recurso teórico que o campo de promoção da saúde carece imensamente, fosse necessário rejeitar uma das noções teóricas cruciais obtidas ao longo do processo: a de que o conhecimento necessário para proporcionar mudanças deve ser criado e empregado por meio de um modelo participativo que valorize, a princípio, todos os tipos de conhecimento da mesma forma, embora qualquer um esteja sujeito a questionamento crítico.

Referências Bibliográficas

ARCHER, M. **Social theory: the morphogenetic approach**. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.

BEST, A.T. *et al.* An integrative framework for community partnering to translate theory into effective health promotion strategy. **American Journal of Health Promotion**, vol. 18, n. 2, p. 168-176, 2003.

BHASKAR, R. **A realist theory of science**. Leeds: Leeds Books, 1975.

_____. On the ontological *status* of ideias. **Journal of the Theory of Social Behavior**, vol. 27, n. 2/3, p. 139-147, 1977.

_____. **The possibility of naturalism: a philosophical critique of the contemporary human sciences**. Sussex: Harvester, 1979.

BRICKMAYER, J.; WEISS, C.H. Theory-based evaluation: Investigating the how and why of wellness promotion. In: JAMMER, M.S.; STOKOLS, D. **Promoting human wellness: new frontiers for research, practice and policy**. Berkeley: University of California Press, 2000. p. 132-137.

CARVALHO, A.; BODSTEIN, R.C.; HARTZ, Z.; MATIDA, A. Concepts and approaches in the evaluation of health promotion. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 9, n. 3, p. 521-529, 2004.

GREEN, J. The role of theory in evidence-based health promotion practice. **Health Education Research**, vol. 15, n. 2, p. 125-129, 2000.

HARRÉ, R. **Social being**. Oxford: Blackwell, 1893.

HILLS, M. *et al.* Effectiveness of community initiatives to promote health: an assessment tool. **Canadian Consortium for Health Promotion Research**, p. 1-223, 2004. (Mimeo.).

JESSOP, B. **Post-Fordism and the State: post-fordism: a reader**. A. Amin. Oxford Cambridge: Blackwell Publishers, 1994. p. 251-279.

_____. **The future of the capitalistic state**. Cambridge: Polity, 2002.

JUDGE, K.; BAULD, L. Strong theory, flexible methods: evaluation complex community-based initiatives. **Critical Public Health**, vol. 11, n. 1, p. 19-38, 2001.

KEAT, R.U.J. **Social theory as science**. Londres: Routledge, 1982.

McQUEEN, D.V. Strengthening the evidence base for health promotion. **Health Promotion International**, vol. 16, n.3, p. 261-268, 2001.

NUTBEAM, D. Inter-sectorial action for health: making it work. **Health Promotion International** vol. 9, n. 3, p. 143-144, 1994.

NUTBEAM, D. Evaluating health promotion: progress, problems and solutions. **Health Promotion International**, vol. 13, n. 1, p. 27-44, 1998.

_____. The challenge to provide ‘evidence’ in health promotion. **Health Promotion International**, vol. 14, n. 2, p. 99-101, 1999.

_____. Health promotion effectiveness: the questions to be answered (part two, evidence book). In: **The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a new Europe**. Brussels: International Union for Health Promotion and Education, 2000. p. 1-11.

OUTHWAITE, W. **New philosophies of social science: realism, hermeneutics and critical theory**. Londres: MacMillan, 1987.

PAWSON, R. **Evidence and policy and naming and shaming**. Londres: ESRC UK Centre for Evidence Based Policy and Practice, 2001.

_____. Evidence-based policy: in search of a method. **Evaluation**, vol. 8, n. 2, p. 157-181, 2002a.

_____. Evidence-based policy: the promise of “realist synthesis”. **Evaluation**, vol. 8, n. 3, p. 340-358, 2002b.

_____. Nothing as practical as a good theory. **Evaluation**, vol. 9, n. 4, p. 471-490, 2002.

_____. **Social care knowledge: Seeing the wood for the trees**. Londres: ESRC UK Center for Evidence Based Policy and Practice, 2002. p. 1-23.

PAWSON, R.C. *et al.* **Types and quality of social care knowledge – stage one: a classification of types of social care knowledge**. Londres: ESRC UK Center for Evidence Based Policy and Practice, 2003. p. 1-16.

PAWSON, R.; TILLEY, N. Realistic evaluation bloodlines. **American Journal of Evaluation**, vol. 22, n. 3, p. 317-324, 2001.

POTVIN, L. *et al.* Implementing participatory intervention and research in communities: lessons from the Kahnaware Schools Diabetes Prevention Project in Canada. **Social Science e Medicine**, vol. 56, p. 1.295-1.305, 2003.

POTVIN, L. *et al.* Beyond process and outcome evaluation: a comprehensive approach for evaluating health promotion programs, pp. 45-62. In: ROOTMAN, I. *et al.* **Evaluation in health promotion: principles and perspectives**. Denmark: World Health Organization, 2001.

POTVIN, L.; RICHARD. Evaluating community health promotion programs, pp. 142-165. In ROOTMAN, I. *et al.* **Evaluation in health promotion: principles and perspective**. Copenhagen: WHO Europe, 2001.

SAYER, A. **Method in social science: a realist approach**. London-New York: Routledge, 1992.

PROMOÇÃO DA SAÚDE E O SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE NO BRASIL: UM ALINHAMENTO CONCEITUAL NECESSÁRIO

LUIZ ODORICO MONTEIRO DE ANDRADE⁵

IVANA CRISTINA DE H. C. BARRETO⁶

Antônio Ivo Carvalho e seus colaboradores produziram um artigo excelente no que diz respeito à importância da Promoção da Saúde no contexto de políticas públicas, e à necessidade de monitorar e avaliar as políticas e programas de Promoção da Saúde a fim de aprimorar as atividades desenvolvidas nesse campo.

O artigo surgiu num excelente momento no que diz respeito à contribuição para o alinhamento conceitual do termo Promoção da Saúde. Gostaríamos de destacar, aqui, que o conceito de Promoção da Saúde adotado pelos autores foi o de uma série de reflexões e práticas comprometidas a ultrapassar o modelo biomédico, iniciando com o conceito ampliado e positivo de saúde, e focando no processo social de sua produção.

O artigo surge num momento em que as partes interessadas do SUS necessitam de um alinhamento conceitual em relação à estratégia de Promoção da Saúde. Esse dilema está nas raízes do nosso campo. De acordo com o Artigo 196 da Constituição Brasileira de 1988, e da Lei 8.080/1990, artigos 2 e 3, o conceito de Promoção da Saúde aparece como um sinônimo de um tipo de ação destinada à saúde, o que levou a um certo choque conceitual. Um exemplo desse conflito está no trecho do Artigo 196 que estabelece que saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas econômicas e sociais que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Como observado na seção em itálico, o uso do termo Promoção da Saúde reduz seu significado à noção de um entre outros tipos de ações da saúde, tornando-se uma percepção comum entre agentes e instituições no campo da saúde. Tal construção menospreza o poder do conceito de Promoção da Saúde como visado pelos autores.

A fonte desse conflito conceitual em relação ao termo Promoção da Saúde está na década de 1960, quando Leavell e Clark (1976) definiram o termo como “um dos cinco níveis de prevenção”, reduzindo, desta forma, o escopo visado, originalmente, por Henry Sigerist (1996).

É importante destacar que o campo de Promoção da Saúde ainda não constitui um novo paradigma do ponto de vista Kuhniano, porém representa uma tensão paradigmática para o modelo biomédico hegemônico que imperou por todo o século XX.

Para ilustrar esse argumento, podemos usar uma figura geométrica tridimensional formada por três eixos que se movem pela linha do tempo e segundo a predominância de um dos seus vetores. Os três eixos são: político-operativo normativo, discursivo e paradigmático (ANDRADE e

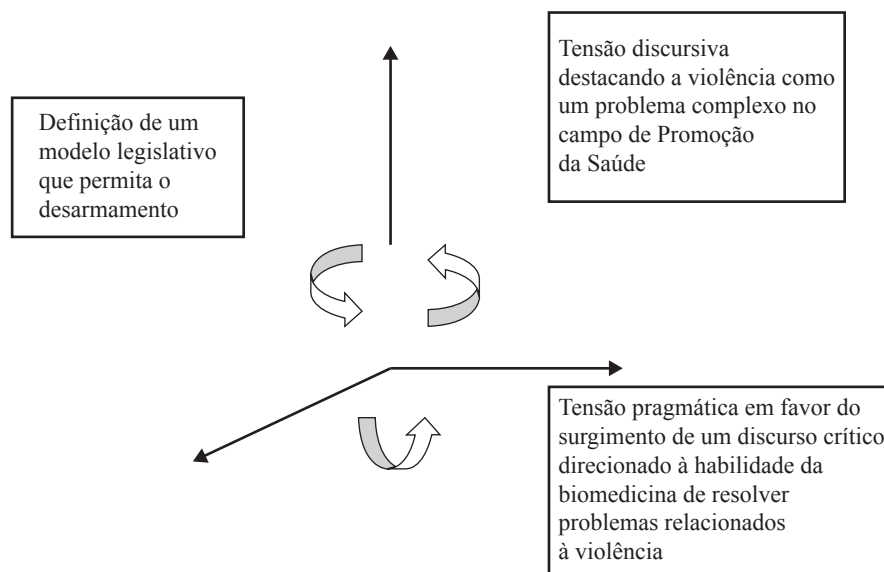
5. Secretário de Desenvolvimento Social e da Saúde, Sobral, Ceará, e Presidente do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

6. Diretora de Ensino e Pesquisa, Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, Sobral, Ceará.

BARRETO, 2002). Nesse sentido, na medida em que os discursos e alinhamentos conceituais são politicamente consolidados numa forma normativa e operacional no eixo discursivo, também exercem uma tensão no paradigma biomédico. Um exemplo brasileiro é a política de desarmamento recentemente implementada pelo governo federal. Neste caso, em particular, o impacto de ferimentos por armas de fogo poderia ter levado simplesmente à ampliação da assistência emergencial, e serviços destinados ao tratamento de traumas no país. Com base em evidências de que homicídios envolvendo armas de fogo era a principal causa de morte entre adolescentes e jovens no país, e que esse problema não poderia ser resolvido somente com a ampliação da assistência médica, mas pelo contrário, exigia medidas sociais mais amplas (como defendido por vários membros da comunidade de saúde pública do país, com referência em particular aos extensos resultados acadêmicos obtidos pela Professora Maria Cecília Minayo, chefe do Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência da Fundação Oswaldo Cruz), além do apoio de gestores, legisladores e de outros segmentos sociais, a discussão foi estabelecida devido à necessidade de desarmar a sociedade brasileira. Esse discurso, por sua vez, impactou os poderes Legislativo e Executivo, além da elaboração e o decreto do Estatuto do Desarmamento.

Esse processo proporcionou um ganho para o campo da Promoção da Saúde nos eixos político-normativo-operativo, legitimizando sua formulação e consolidando-o como um campo de pesquisa, o que produziu uma tensão paradigmática no eixo do modelo biomédico. (Figura 1)

Figura 1 – Mudanças necessárias nos eixos da saúde pública



Outra contribuição importante proporcionada pelo artigo foi a recuperação dos resultados da revisão, conduzida por Tounder em 1996, de estudos referentes à Educação em Saúde ou iniciativas de Promoção da Saúde catalogadas pela *UIPES* (*Union Internationale de Promotion et d'Education pour la Santé*), destacando várias contribuições para melhorar a qualidade de vida das populações, incluindo: a) avanço em relação ao conhecimento; b) mobilização de

tomadores de decisão para definir ou alterar o modelo legislativo; c) melhoria no estado de saúde de determinadas populações, incluindo a redução da prevalência de certas doenças; e d) contenção de gastos com a saúde.

Os métodos avaliativos apresentados no artigo parecem ser consistentes com o conceito de Promoção da Saúde, uma vez que não foram limitados a estudos quantitativos. Como destacado pelos autores, estudos quantitativos não são suficientes para uma análise complexa de experiências inovativas em sua interdisciplinaridade e diálogo entre vários gestores da administração pública, levando a ações intersetoriais com agendas locais de desenvolvimento integradas e participativas.

A utilização das chamadas “avaliações realistas” no estudo de políticas, programas e iniciativas, no âmbito de Promoção da Saúde, parece bem pertinente, uma vez que propõe as teorias como uma unidade principal de análise em vez dos próprios programas e políticas. Segundo os autores, o estudo dessas teorias é mais efetivo para analisar a possível generalização das lições aprendidas.

Ao fim, o artigo reafirma a necessidade de “percepção local em vez de verdades universais” para se adaptar a atual realidade do sistema de saúde brasileiro que opera em mais de 5 mil municípios, com populações variando entre menos de 5 mil e mais de 12 milhões de habitantes. Nesse sentido, torna-se imperativo a necessidade de se avaliar contextos locais a fim de melhorar e adaptar a estratégia de Promoção da Saúde, visando ao aperfeiçoamento de políticas públicas desenvolvidas em nível local no Brasil.

Referências Bibliográficas

ANDRADE, L.M.O.; BARRETO, I.C.H.C. Promoção da saúde e cidades/municípios saudáveis: propostas de articulação entre saúde e ambiente. In: MCS MCS; MIRANDA, A.C. **Saúde e ambiente sustentável: estreitando os nós**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 151-172.

KUHN, T.S. **A estrutura das revoluções científicas**. Trad. de Beatriz Vianna Boeira e Nelson Boeira. São Paulo: Perspectiva, 1995.

LEAVELL, H.R.; CLARK, E.G. **Medicina preventiva**. Trad. de Cecília F Donnangelo, Moises Goldbaum e Uraci S Ramos. MacGraw-Hill do Brasil, 1976. São Paulo.

SIGERIST, H.E. Health. In: SIGERIST, H.E. **Medicine and human welfare**. [s.l.]: Yale University Press, 1996. (reproduced in *Journal of Public Health* 17(2)).

OS AUTORES RESPONDEM

Gostaríamos de começar agradecendo aos colegas que comentaram esse artigo de forma tão generosa, apesar de o pedido ter vindo de última hora, agregando uma contribuição valiosa ao tema em debate e ao desenvolvimento do campo de Promoção da Saúde no Brasil. Gostaríamos, ainda, de explicar, publicamente, o que nos levou a publicar esse artigo/debate em inglês: longe de tentar abafar a “última flor do Lácio” [a língua portuguesa], como advertido por Fernando

Cupertino tão apropriadamente, o artigo visa fomentar um diálogo internacional mais próximo que pretendemos ampliar ao compartilhar essas reflexões com participantes da 2ª Conferência Internacional sobre Programas de Saúde Locais e Regionais: Fortalecendo a Integração da Promoção e Prevenção em Sistemas de Saúde, tema esse que destaca a relevância desse debate.

O campo de Promoção da Saúde, como colocado no artigo e reafirmado pelos debatedores, está, atualmente, se expandindo em termos conceituais e operacionais no que diz respeito à questão da saúde em geral, confiando na redefinição de práticas e políticas para reduzir as desigualdades sociais. É importante esclarecer a questão levantada por Márcia Westphal de que o desafio é entender a infraestrutura social, o saneamento e as políticas públicas de saúde, em geral, como “investimentos” em vez de simples “despesas” sociais; portanto, o setor da saúde e a saúde da população são vistos como um investimento econômico fundamental para o desenvolvimento humano e social. O campo de Promoção da Saúde constitui tanto um movimento quanto um espaço privilegiado para criticar o modelo biomédico hegemônico, e as práticas prevalentes de assistência médica dentro de um novo contexto de mudanças na saúde pública (KICKBUSCH, 2004), onde a influência e/ou impacto dos serviços nas condições de saúde é bem limitado. O debate referente às ações e aos programas fomenta uma agenda setorial para defender e preservar a saúde, e a qualidade de vida, da lógica do mercado e do lucro, (re)introduzindo questões relacionadas à medicalização excessiva das práticas e a necessidade de redirecionamento dos serviços e sistemas de saúde.

No contexto atual de globalização e da crescente complexidade das sociedades diante da necessidade de reduzir as desigualdades decorrentes da saúde, o campo de Promoção da Saúde se consolida por meio de uma abordagem interdisciplinar, da cooperação intersetorial e de um diálogo democrático e participativo. Com base em uma discussão abrangente e atualizada sobre os determinantes das condições de saúde, o campo de Promoção da Saúde extrapola os limites do setor da saúde para focar nas políticas públicas dessa área em um diálogo com uma série de agentes e sujeitos das diversas dimensões sociais. O campo de Promoção da Saúde vê a saúde como um direito incorporado à cidadania moderna, valorizando a capacidade inerente de agentes sociais de refletirem de forma crítica sobre as condições de saúde e de vida. Empoderamento, autonomia e participação efetiva por parte de agentes sociais são fatores cruciais para qualificar as práticas no âmbito da Promoção da Saúde, além de servir como uma dimensão fundamental para a efetividade das mudanças propostas em assistência médica, gestão e desenvolvimento local, assim como em políticas macro de desenvolvimento, como destacado pelo artigo. A premissa aqui é que comunidades, grupos e organizações são agentes ativos e reflexivos, definindo política e práticas. A efetividade e sustentabilidade das mudanças sociais resultam dessa participação e de envolvimento social.

No debate sobre o campo de Promoção da Saúde, o primeiro consenso é de que não é um mero estoque de ações visando à saúde em áreas pobres e para populações desassistidas, pelo contrário, é a implementação de estratégias mais abrangentes e ações intersetoriais, voltadas ao desenvolvimento sustentável que possam impactar as desigualdades sociais e promover melhorias na qualidade de vida e na saúde. A perspectiva de desenvolvimento social e o fortalecimento da cidadania, como enfatizado nos comentários de Fernando Cupertino, é uma precondição para iniciativas bem-sucedidas nesse campo.

Outro ponto consensual, e um dos desafios-chave para o campo de Promoção da Saúde, é quanto a transformar discursos, princípios e referências conceituais em políticas e programas, gerando mudanças sustentáveis e efetivas, incluindo a redução das desigualdades e problemas de saúde relevantes. Ao citar a política de desarmamento recentemente implementada pelo Governo Federal brasileiro, Odorico e Ivana demonstram o potencial de argumentos bem fundamentados para desenvolver ações intersetoriais efetivas, incorporando os principais determinantes do problema em questão. A capacidade de gerar políticas macro para questões de relevância social destaca, claramente, o potencial para uma reflexão crítica sobre abordagens e intervenções no âmbito da Promoção da Saúde.

Propostas e práticas conceitualmente inovativas, com várias estratégias de implementação, e comprometidas com a equidade não podem existir sem monitoramento e avaliação para sinalizar e favorecer as condições necessárias para resultados bem-sucedidos. Na verdade, a produção de “evidências” ocupa, agora, um lugar de destaque em discussões e fóruns internacionais sobre avaliação no campo de Promoção da Saúde. Mesmo assim, concordando com o comentário tecido por Márcia Westphal, não resta dúvida de que o artigo busca ver essa tendência com certa clareza e analisá-la de forma crítica, revelando a complexidade e os limites inerentes às abordagens avaliativas e à identificação de evidências em ações de Promoção da Saúde. No entanto, experiências com a avaliação de programas e iniciativas no âmbito da Promoção da Saúde tornam-se indispensáveis para analisar, formular e implementar os processos, além de estimar os resultados ou impacto das intervenções propostas, consolidando os princípios no campo de Promoção da Saúde.

Deixe-nos considerar o debate sobre avaliação como um tema estratégico para a consolidação do campo de Promoção da Saúde no Brasil e no mundo, trabalhando com a suposição de que a avaliação deve funcionar como um “um sistema de *feedback*” entre o programa e o contexto (POTVIN *et al.*, 2001), produzindo informação útil para os agentes-chave durante o processo. O conhecimento das variáveis do contexto local, destacado de forma apropriada por Tanaka, é um fator crucial uma vez que o programa só pode funcionar e proporcionar mudanças sustentáveis se estiver enraizado em (e estreitamente sintonizado com) anseios, necessidades e exigências locais. Programas inovativos de Promoção da Saúde utilizando estratégias variadas de mobilização e participação, envolvendo vários agentes e ações intersetoriais, focam em mudanças sociais abrangentes que englobam a comunidade, e não somente em situações epidemiológicas de risco como enfatizado por Márcia Westphal, permitindo a percepção das limitações das abordagens avaliativas mais tradicionais.

Ao considerar um pouco mais a natureza complexa das iniciativas voltadas à Promoção da Saúde e, conseqüentemente, dos desafios apresentados pelas abordagens avaliativas, reiteramos a importância dessas iniciativas, e projetos avaliativos correspondentes, de incorporarem os princípios de equidade ao analisar a efetividade e/ou eficiência dessas ações ou programas que utilizam recursos públicos. Evidências que comprovam a efetividade de ações voltadas para a Promoção da Saúde são particularmente importantes para determinar ou redirecionar abordagens, uma vez que esclarecem tomadores de decisão, prestadores de serviço, usuários, além de outras partes interessadas.

Outro ponto consensual no debate é a necessidade de incorporar metodologias participativas (no sentido ascendente). Na verdade, programas sociais, como no caso do de Promoção da Saúde, funcionam por meio da diversidade e cooperação, sendo, portanto, crucial para a avaliação que os agentes locais identifiquem o ponto onde devem concentrar seus esforços e onde, exatamente, podem-se perceber os impactos e as mudanças (SULLIVAN *et al.*, 2004). Também notamos um consenso no que diz respeito à necessidade de melhorar nossa pesquisa metodológica e teórica, além das nossas ferramentas de avaliação, tendo em vista a natureza complexa do campo de Promoção da Saúde e das intervenções de desenvolvimento local. Portanto, a primeira “evidência” a ser buscada refere-se às teorias de mudança subentendidas nessas ações, fundamentadas na percepção de que qualquer programa opera com base em uma dada teoria, testada por uma avaliação, e que produz conhecimento (PAWSON, 2003). Apesar da diversidade de contextos e variáveis locais, trabalhamos com a hipótese de que é possível identificar mecanismos comuns (lógicos e/ou causais) que justifiquem as ações e intervenções propostas.

No entanto, embora defendamos essa perspectiva pawsoniana, como expressado pela “avaliação realista”, é indispensável ter em mente os comentários da Márcia Hills e do Simon no que diz respeito ao risco implícito nessa abordagem, caso seja tratada como uma “metodologia científica, por si só, superior a outros tipos de conhecimento”. Apoiamos essa advertência contra a produção de um tipo de conhecimento embasado em privilégios decorrentes de metodologias que carecem do “modelo participativo” como princípio. Para concluir, e nos inspirar ainda mais na contribuição dos autores, gostaríamos de tratar dos limites e das dificuldades “de se comprovar efetividade” por meio da experiência de um projeto canadense para promover a saúde, de (re)abrir o debate internacional ao convidar colegas para compartilhar conosco na busca por respostas às questões por eles apresentadas, e que continuam a desafiar e propiciar a base para a avaliação no âmbito de Promoção da Saúde (objeto deste artigo), *i.e.*, que tipo de evidência convencerá agências financiadoras externas de que intervenções voltadas à Promoção da Saúde são efetivas, especialmente as complexas com base na comunidade?

Referências Bibliográficas

KICKBUSCH, I. The end of Public Health as we know it: constructing Global Health in the 21st Century. **10th International Congress on Public Health (WFPHA)**. Brighton, UK. 2004. (Mimeo.).

PAWSON, R. Nothing as practical as a good theory. **Evaluation**, vol. 9, n. 4, p. 471-490, 2003.

POTVIN, L.; HADDAD, S.; FROHLICH, L. Beyond process and outcomes evaluation: a comprehensive approach for evaluating health promotion programs, pp. 45-62. In: ROOTMAN, I.G. *et al.* (Eds.). **Evaluation in health promotion: principles and perspectives**. Copenhagen: World Health Organization, 2001.

SULLIVAN, J.S. In the eye of the beholder: perceptions of local impact in English Health Action Zones. **Social Science e Medicine**, vol. 59, p. 1.603-1.612, 2004.

A RÉPLICA DOS AUTORES (OS AUTORES RESPONDEM)

Inicialmente, gostaríamos de fazer um agradecimento muito especial aos colegas que, apesar do curto espaço de tempo disponível, tão generosamente comentaram nosso artigo, acrescentando contribuições valiosas sobre o tema em debate e para o desenvolvimento do campo da PS no Brasil. Igualmente devemos tornar pública nossa justificativa da publicação em inglês que, longe de ser uma tentativa de abafar a última flor do Lácio, como bem alertou Fernando Cupertino, visa favorecer o estreitamento do diálogo internacional o qual pretendemos ampliar compartilhando estas reflexões com os participantes do *2nd International Conference on Local and Regional Health Programmes-Strengthening the Integration of Promotion and Prevention in Health Systems*, cujo tema demonstra a relevância deste debate.

O campo da PS, como postulado no artigo e reafirmado pelos debatedores, apresenta hoje em dia uma ampliação conceitual e operativa da questão da saúde, apostando no redesenho de práticas e políticas de redução da desigualdade social. Um esclarecimento importante, diante da questão apontada no comentário da Márcia Westphal, é de que se trata de entender as políticas de infraestrutura social, de saneamento e de saúde pública em geral, como “investimento” e não como um simples “gasto” social, de tal forma que o setor saúde e a saúde da população passam a ser vistos como um investimento econômico fundamental para o desenvolvimento humano e social. O campo da Promoção da Saúde constitui um movimento e um espaço privilegiado de crítica ao modelo biomédico hegemônico e às práticas assistenciais vigentes dentro de um novo contexto de mudanças na saúde pública (KICKBUSCH, 2004), onde a influência e ou impacto dos serviços sobre as condições de saúde é bastante limitado. O debate em torno de ações e programas de PS impulsiona uma agenda setorial de defesa e preservação da saúde e da qualidade de vida da lógica do mercado e do lucro, (re)introduzindo questões em torno da excessiva medicalização das práticas e da necessária reorientação dos serviços e sistemas de saúde.

Em um contexto atual de globalização e complexidade crescente das sociedades vis-à-vis a necessidade de reduzir desigualdades em saúde, a PS se consolida por meio da visão interdisciplinar, da cooperação intersetorial e do diálogo democrático e participativo. Apoiada em uma discussão abrangente e atual sobre os determinantes da saúde, a PS ultrapassa os marcos do setor saúde, voltando-se para políticas públicas saudáveis, dialogando com a diversidade de atores e sujeitos envolvidos em múltiplas dimensões sociais. Compreende a saúde como um direito moderno da cidadania, valorizando a capacidade inerente aos agentes sociais de refletirem criticamente sobre suas condições de vida e de saúde. O empoderamento, autonomia e efetiva participação dos agentes sociais são centrais na qualificação das práticas de promoção da saúde e dimensão fundamental para a efetividade das mudanças propostas, quer no nível da atenção à saúde, da gestão e desenvolvimento local, quer no nível das macropolíticas de desenvolvimento, como apontado no artigo. O pressuposto aqui é de as comunidades, grupos e organizações são agentes ativos e reflexivos, moldando políticas e práticas. A efetividade e a sustentabilidade das mudanças sociais realizadas decorrem dessa participação e envolvimento social.

No debate relativo ao campo da Promoção da Saúde aparece, portanto, como um primeiro consenso, que não é apenas a oferta de ações de saúde em áreas carentes e para populações

desassistidas, mas a implementação de estratégias mais abrangentes e ações intersetoriais de desenvolvimento sustentável que podem impactar as desigualdades sociais e promover melhoria na qualidade vida e saúde. A perspectiva do desenvolvimento social e do fortalecimento da cidadania, lembrada por Fernando Cupertino em seu comentário, são precondições para o sucesso das iniciativas nesse campo. Proposições e práticas inovadoras em sua concepção e plurais nas estratégias de implementação, diante do compromisso com a equidade, não devem abrir mão da perspectiva de monitoramento e de avaliação que sinalizem e favoreçam as condições de sucesso de seus resultados. De fato, produzir “evidências” aparece atualmente com grande destaque na discussão e nos fóruns internacionais sobre a avaliação no campo da Promoção da Saúde. Mas sem dúvida, e concordando com o comentário de Márcia Westphal, o artigo procurou relativizar e analisar criticamente esta tendência, revelando a complexidade e os limites inerentes às abordagens avaliativas e a identificação de evidências nas ações de Promoção da Saúde. Porém, experiências em avaliação de programas e iniciativas em promoção da saúde tornam-se indispensáveis para a análise dos processos formulação, de implementação e para estimar resultados ou o impacto das intervenções propostas, consolidando princípios e valores que gravitam em torno do campo da Promoção da saúde.

Consideramos então o debate sobre a avaliação como temática estratégica para a consolidação do campo da Promoção da Saúde no Brasil e no mundo, trabalhando com o pressuposto de que a avaliação deve atuar como um “*feedback system*” entre o programa e o contexto (POTVIN *et al.*, 2001), produzindo informações úteis para os atores-chave do processo. O conhecimento de variáveis do contexto local, destacado apropriadamente por Tanaka, é crucial porque o programa só pode funcionar e provocar mudanças sustentáveis estando enraizado e em sintonia estreita com as aspirações, necessidades e demandas locais. Programas inovadores em promoção da saúde, com o uso de múltiplas estratégias de mobilização e participação, envolvendo diversos atores e ações intersetoriais, volta-se para mudanças sociais abrangentes e de alcance comunitário e não só para situações de risco epidemiológico e problemas específicos de saúde, como foi reforçado por Márcia Westphal, deixando entrever os limites das abordagens avaliativas mais tradicionais.

Ainda que assumindo a natureza complexa das iniciativas de promoção em saúde e, portanto, os desafios impostos às abordagens avaliativas, reiteramos a importância de que as iniciativas e os desenhos avaliativos correspondentes incorporem os princípios da equidade ao analisar a efetividade e/ou eficiência envolvendo estas ações ou programas com uso de recursos públicos. Evidências da efetividade das ações, em particular, importam no sentido de determinar ou redirecionar caminhos, informando os tomadores de decisão, prestadores, usuários e os demais *stakeholders* envolvidos.

Outro ponto de consenso no debate surge da necessidade de incorporar metodologias participativas (“*bottom-up*”). De fato, programas sociais, como é o caso de promoção da saúde, só funcionam por meio da diversidade e da cooperação de seus atores sendo crucial para a avaliação que os agentes locais identifiquem onde concentrar esforços e onde exatamente impactos e mudanças podem ser sentido (SULLIVAN *et al.*, 2004). Parece também consensual o necessário aprimoramento dos nossos instrumentos teórico-metodológicos de pesquisa e de

avaliação diante da natureza complexa das intervenções em Promoção da Saúde e desenvolvimento local. Assim uma primeira “evidência” a ser buscada são as teorias de mudança que fundamentam estas ações, entendendo que todo programa opera a partir de uma determinada teoria e a avaliação é uma atividade que testa esta teoria e produz conhecimento (PAWSON, 2003). A hipótese é que, apesar da diversidade de contextos e variáveis locais é possível identificar mecanismos comuns (lógicos e/ou causais), que justificam as ações e intervenções propostas.

Ao defendermos, no entanto, essa perspectiva Pawsoniana, explicitada pela “*realist evaluation*”, é indispensável ter em conta os comentários de Marcia Hills e Simon sobre o risco que comporta tal abordagem, se tratada como uma “*scientific methodology superior in it self to other forms of knowledge*”. Subscrevemos sua precaução contra a produção de um conhecimento com base em privilégios metodológicos que não tenham como princípio um “*participatory frame*”. Gostaríamos, assim, de, **à guisa de conclusão**, e aproveitando ainda a contribuição dos mesmos autores, que discutem os limites e as dificuldades “*of demonstrating effectiveness*”, por meio da experiência com um projeto canadense de promoção da saúde, de **(re)abrirmos o debate (inter)nacional** convidando outros colegas para compartilharem conosco, da busca de respostas para a questão por eles colocada e que continua desafiando e balizando a avaliação em promoção da saúde, objeto deste artigo: *what type of evidence will convince external funding agencies of the effectiveness of health promotion interventions, especially, complex community – based work?*

Referências Bibliográficas

KICKBUSCH, I. The end of Public Health as we know it: constructing Global Health in the 21st Century. **10th International Congress on Public Health** (WFPHA). Brighton, UK. 2004. (Mimeo.)

PAWSON, R. Nothing as practical as a good theory. **Evaluation**, vol. 9, n. 4, p. 471-490, 2003.

POTVIN, L.; HADDAD, S.; FROHLICH, L. Beyond process and outcomes evaluation: a comprehensive approach for evaluating health promotion programs, In: ROOTMAN, I.G. *et al.* (Eds.). **Evaluation in health promotion: principles and perspectives**. Copenhagen: World Health Organization, 2001. p 45-62.

SULLIVAN, J. S. In the eye of the beholder: perceptions of local impact in English Health Action Zones. **Social Science e Medicine**, vol. 59, p. 1.603-1.612, 2004.

CAPÍTULO 3 – DA NATUREZA DOS PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO AÇÕES

LOUISE POTVIN

Resumo

Partindo do pressuposto de que indicações metodológicas seguras com respeito à avaliação de programas de promoção da saúde devem se fundamentar numa reflexão crítica acerca da natureza dos referidos programas, o presente artigo faz uma revisão de duas perspectivas ontológicas tradicionais na base da maior parte da atividade científica. Enquanto para o realismo empírico os programas são objetos naturais, o idealismo e o relativismo os confinam rigorosamente ao domínio das representações e dos modelos. Ambas as perspectivas ontológicas, porém, deixam a desejar quanto aos programas de promoção da saúde. Sugere-se que o realismo crítico, que propõe uma ontologia em três camadas, oferece uma melhor estrutura para a compreensão dos programas de promoção da saúde. Nessa ontologia, a natureza dos programas reside em ações empreendidas para se criar as condições pelas quais os mecanismos causais sociais são acionados, situando, em última análise, os programas no domínio da prática.

Palavras-chave: Programa de promoção de saúde; Ontologia; Realismo crítico.

Parece-me que um dos primeiros passos para se tentar descrever um domínio de pesquisa é a adequada identificação da classe dos objetos que compõem o universo de interesse do domínio em questão. De forma geral, essas definições não apenas delimitam os contornos do fenômeno de interesse em um campo, mas também proporcionam discussões profundas sobre a natureza desses objetos (quão reais eles são) e sobre como podemos conhecê-los (a relação sujeito/objeto). Normalmente, esses dois aspectos são tratados, respectivamente, como questões ontológicas e questões epistemológicas. A discussão em torno dessas questões define os critérios implícitos para o julgamento da legitimidade de uma prática científica. De fato, é porque um grupo de cientistas está em acordo sobre a natureza dos objetos alvo de investigação e sobre o aparato necessário para produção de conhecimento que esse grupo pode, de forma legítima, alegar ser parte de uma comunidade de cientistas, de uma disciplina ou escola. Geralmente, os livros-texto mais utilizados de ciências dedicam os primeiros capítulos introdutórios a essas questões (McQUEEN e ANDERSON, 2001).

Embora ainda não seja constituída como uma disciplina, a promoção da saúde afirma ser um domínio legítimo científico de pesquisa. Portanto, uma vez que a maior parte das pesquisas no campo da promoção da saúde é sobre intervenções para promoção da saúde da população, seria esperado encontrar discussões e debates na literatura de promoção da saúde sobre o que constitui um objeto adequado de pesquisa e avaliação de promoção da saúde, e também algum debate sobre como identificar programas de promoção da saúde. Infelizmente, eu desconheço

qualquer discussão séria sobre a natureza dos programas de promoção da saúde. Isso, entretanto, não é algo singular ao campo da promoção da saúde. Mesmo na literatura mais geral sobre avaliação, a realidade dos programas parece ser aceita, sem questionamentos, e nunca submetida a um exame crítico. De fato, eu tive a desagradável surpresa algum tempo atrás (quando estava explorando a literatura sobre programas sociais e avaliação em busca de uma definição para o conceito de “programa”) de não conseguir encontrar uma discussão crítica do termo. O melhor que consegui achar foi uma definição antiga que descrevia um **programa de saúde pública como** “um conjunto de atividades e serviços coordenados, organizado ao longo de um cronograma específico e que visa modificar uma situação problemática que afeta um segmento particular da população” (POTVIN, HADDAD e FROHLICH, 2001).

Embora essa definição tenha o mérito de identificar alguns poucos parâmetros de um programa, tais como o “qual” (objetivos), “quando” (cronograma), “como” (serviços e atividades) e “para quem” (população-alvo), ela não ajuda muito a esclarecer a sua natureza, como, por exemplo, que tipo de “coisa” um programa é. Encontrar uma resposta satisfatória para essa questão ontológica é um pré-requisito para o desenvolvimento de uma epistemologia de avaliação de programas que trate do problema de como o avaliador (como um sujeito conhecedor) deve abordar os programas como objetos de conhecimento. Muito embora as questões ontológicas e epistemológicas sejam difíceis de tratar e possam levar a discussões sem fim, penso que elas são inevitáveis para os avaliadores que desejam realizar avaliações seguras. Isso é particularmente importante agora, quando a promoção da saúde é considerada a terceira revolução da saúde pública (BRESLOW, 1999). Assim sendo, é importante ser capaz de identificar claramente todas as dimensões nas quais a promoção da saúde está transformando a saúde pública. Isso inclui suas práticas e a forma pela qual as intervenções ocorrem na área da promoção da saúde. O avaliador precisa ter uma clara compreensão da natureza dos programas a fim de levar em consideração seu relacionamento com essa natureza e seu contexto, e produzir conhecimento válido relacionado ao programa. O objetivo deste trabalho é oferecer algumas pistas para o exame da natureza ontológica dos programas de promoção da saúde.

Antes de tratar da questão da natureza dos programas, vamos fazer um parêntese aqui para justificar essa discussão relacionando-a com a questão epistemológica das avaliações de programas. A epistemologia é o exame das condições que permitem a um sujeito adquirir conhecimento acerca de um objeto. Quando o Grupo de Trabalho sobre Avaliação da Promoção da Saúde da OMS definiu avaliação como “*o exame e a avaliação sistemática das características de um programa ou de outra intervenção com o fim de produzir conhecimento que os diferentes “stakeholders” possam usar para vários propósitos*” (ROOTMAN *et al.*, 2001), esse Grupo coloca, de forma explícita, que uma avaliação tem a ver com produção de conhecimento sobre uma classe específica de objetos, aquela dos “programas” ou “intervenções”. Há uma confusão generalizada na literatura de promoção da saúde a respeito dos conceitos de programas, intervenções, iniciativas, projetos e, provavelmente, algumas outras formas de intervenção planejada (LEVESQUE *et al.*, 2000). Muitas vezes, esses termos são usados de forma intercambiável. Discutir possíveis distinções entre esses termos é algo que está fora do escopo deste artigo. Para o restante da discussão, farei uso do termo genérico “programa” para incluir todas aquelas

“ações organizadas” que formam a prática principal da promoção da saúde e, conseqüentemente, o “objeto” da avaliação de programas na área da promoção da saúde. Assim, em seu sentido mais amplo, o trabalho do avaliador é administrar a produção desse conhecimento. Tenho a impressão de que muitos avaliadores realizam essa tarefa apenas como um exercício metodológico, e fazem uso dos métodos em voga (atualmente, uma abordagem de “múltiplos métodos”). A limitação dessa abordagem é que ela não é clara e também não é possível entender como esse *cocktail* metodológico final é apurado.

Essa receita é fruto de um animado debate epistemológico na literatura de avaliação a respeito de como se conhecer um programa. Tenho a satisfação de dizer que esse debate tem permeado a literatura de avaliação no campo da promoção da saúde, especialmente na disputa acerca da natureza das evidências (McQUEEN, 2001; 2002; RYTCHETNIK *et al.*, 2002). A meu ver, no entanto, para iluminar esses debates epistemológicos sobre o tipo de relacionamento que deveria-se estabelecer entre avaliador e programa, em primeiro lugar, a natureza dos programas deveria ser examinada como um objeto de conhecimento.

Realismo empírico, subjetivismo e natureza dos programas

A questão ontológica sobre a natureza da realidade é provavelmente o tema mais difícil com que se pode defrontar, em parte, porque, como explica o filósofo Roy Bhaskar, essa questão só pode ser respondida em termos filosóficos ou metafísicos. De fato, não se pode demonstrar empiricamente a confiabilidade das crenças com base em critérios que se situam totalmente fora da percepção humana, uma vez que todo conhecimento da realidade deriva essencialmente das percepções humanas (BHASKAR, 1978). Duas principais tradições filosóficas estão em oposição acerca da questão ontológica.

O realismo empírico, conforme definido por Hume, sustenta que existe uma realidade objetiva que reside totalmente fora da consciência humana a respeito da sua existência, e que a experiência cognitiva (como as percepções humanas) são representações verdadeiras do mundo real. Bhaskar caracteriza essa ontologia como plana, dado que o conhecimento a respeito desses objetos (que pode ser adquirido por meio de experiências diretas ou mediadas) mistura-se com a realidade do objeto em si. É a partir dessa junção que a ciência ganha poder para se tornar a autoridade máxima sobre os fatos empíricos, por meio da qual o conhecimento está no objeto e o papel do conhecedor é o de “descobrir” suas propriedades (LATOURET, 1991). Nessa perspectiva, fatos são fatos, eles falam por si; e os cientistas são apenas intermediários passivos e neutros que se encontram entre a natureza e o mundo dos humanos (LATOURET, 1999).

A ontologia do realismo empírico iguala os programas e seus “componentes objetivos” e as manipulações desses componentes, conforme definido pelos procedimentos do programa. Esses componentes existem em uma série de estruturas que podem ser manipuladas por um agente externo e que são ativadas de forma deliberada para produzir efeitos esperados. Nessa concepção, o modelo lógico e os relacionamentos que ele propõe entre vários elementos estruturais por meio das atividades programáticas são tidos como representações fiéis do que acontece em um programa. Isso permite aos planejadores e avaliadores de programas afirmar que os

elementos de um “modelo lógico” (estruturas e atividades) podem ser padronizados e avaliados de forma efetiva. Como tal, o que é “real” em um programa pode se limitar a: 1) o *problema*, definido objetivamente, e suas causas, que podem existir independentemente do conhecimento das pessoas sobre elas; 2) a *solução* racional, identificada pela aplicação do conhecimento científico; e 3) os *procedimentos* do programa, que manipulam os objetos naturais que causam o problema. Os programas são tratados como se tivessem “vida” em si, independente dos atores sociais que interagem com eles. Sob esse ponto de vista, os programas são como uma loja de reparos para uma natureza deficiente.

A concepção de programa do realismo empírico é ilustrada na Figura 1. Perceba a ausência de mediação entre a realidade objetiva e o sujeito conhecedor, a localização do problema e o programa como um fato “objetivo”. Não há espaço para a representação, a negociação, nem para processos políticos, já que o conhecimento científico define, de forma autoritária, a realidade do problema e do programa. O papel das pessoas envolvidas no programa é objetivado e determinado pelos relacionamentos com os elementos do programa. Por fim, uma vez que os programas são inteiramente circunscritos à realidade científica objetiva, eles não possuem uma dimensão normativa. Há uma forte tradição no campo da saúde pública e da epidemiologia de conceber os programas de maneira congruente com o realismo empírico.

A outra ontologia tradicional é o idealismo. De forma sucinta, essa perspectiva ontológica sustenta que a realidade é contingenciada pelas características dos sujeitos conhecedores, especialmente pelos modelos e teorias preexistentes acerca da realidade. Na perspectiva idealista, a atividade científica tem a ver com modelos e representações. Como objetos de conhecimento, esses modelos (e teorias) são totalmente dependentes dos seres humanos e de suas características. Os modelos são produto de um conhecedor criativo. Uma versão extrema dessa visão de mundo, o relativismo, também funde modelos e os objetos a que dizem respeito, sugerindo que a realidade não existe independente dos sujeitos conhecedores. Assim, o mundo assim como o conhecemos é totalmente construído, e uma vez que não há critérios fiéis e “externos” para validá-los, todos os modelos possuem essencialmente o mesmo valor. Mais frequentemente, no entanto, o idealismo propõe uma realidade estratificada composta de dois níveis. Um nível composto de objetos reais, que são independentes das percepções das pessoas a respeito deles; e um segundo nível, composto pelos modelos que os sujeitos conhecedores desenvolvem sobre aqueles objetos. Os critérios para atribuição de valor aos vários modelos são, na maioria das vezes, pragmáticos e fazem referência à utilidade e à capacidade de informar a ação humana.

Essa ontologia pode também ser traduzida em uma concepção de programas. Nessa visão, os programas são principalmente, se não inteiramente, construções ideais elaboradas por atores sociais, como reflexo de uma visão da realidade. Isso proporciona uma moldura para a construção da situação problemática. Como mostrado na Figura 2, sob essa visão, a realidade do *problema* e do *programa* reside dentro dos *modelos* que cada um dos atores interessados constrói sobre o mundo. As relações com os objetos naturais são putativas e não são necessárias para a operação de um programa. Qualquer impacto que um programa possa gerar é inteiramente mediado pelas representações dos atores. Portanto, os programas são vistos como um *consenso negociado* entre *atores relevantes*. Essa visão de programas é principalmente defendida por

avaliadores construtivistas, como Guba e Lincoln (1989), no que eles chamam de “4ª geração das avaliações”, e pela maioria dos defensores das avaliações participativas. Em todos os casos, entretanto, as situações problemáticas (e os programas concebidos para mitigá-las) pertencem inteiramente ao mundo das construções humanas.

Uma vez que os programas de promoção da saúde operam claramente no reino social, pode parecer, à primeira vista, que eles não conseguem acomodar uma ontologia realista empírica. Até recentemente, havia uma tendência forte na área da saúde pública de descartar os aspectos sociais de um programa de saúde pública a fim de concentrar os esforços unicamente nos mecanismos biológicos que os programas visavam modificar. Nos programas de promoção da saúde, entretanto, a natureza social dos programas sempre foi reconhecida. A sociedade e os fenômenos sociais não podem ser conceitualizados fora da ação humana. De fato, as diferenças fundamentais entre um realista empírico e uma ontologia idealista muitas vezes têm sido usadas como as distinções essenciais existentes entre as ciências naturais e as ciências sociais. A linha de ruptura é que no reino da “natureza” as coisas existem independentemente do conhecimento e das ações dos seres humanos, enquanto que o mundo social e tudo o que faz parte dele é produto da atividade humana. Uma solução encontrada para esse problema pelos sociólogos estruturais (como Durkheim e seus seguidores) é a de postular a existência de uma estrutura social antecedente e que determina a ação humana. Embora tal estrutura social resulte da atividade humana, na visão estruturalista original, a estrutura social assume o mesmo tipo de realidade que os objetos naturais. O conhecimento objetivo da realidade social é tornado possível porque o efeito da estrutura social sobre a ação humana é concebido como sendo independente do conhecimento dos atores a seu respeito.

A minha impressão é que, na maior parte dos casos, os programas de promoção da saúde são tidos como soluções objetivas para lidar com problemas reais, conforme definido pelos estudos epidemiológicos. Ademais, é muito raro que, como promotores da saúde, nós acalentemos uma perspectiva crítica sobre o papel relativo que nossos modelos e nosso conhecimento da realidade podem exercer (e, de fato, exercem) no planejamento, implementação e avaliação de um programa. Isso pode ser um motivo pelo qual enfrentamos tantos problemas em reconciliar o nosso ideal de participação pública no planejamento e implementação dos programas, o que envolve estimular papéis ativos por parte dos atores sociais, de um lado, e a “realidade” do programa e da gestão do programa, por outro. Se introduzir esse espaço crítico significa aceitar uma concepção totalmente relativista dos programas, então poderia-se questionar, de forma legítima, qualquer pretensão da promoção da saúde de orientar a mudança social. Teríamos que abandonar a ideia de programas sociais por completo. Isso, no entanto, é como jogar a água da banheira com o bebê dentro. Existem formas de introduzir um papel crítico dos modelos e valores em nossas concepções de programas sem perder de vista a “realidade”.

Esse desconforto com essas duas posições ontológicas tradicionais é ecoado na corrente principal da ciência. Problemas sérios foram encontrados tanto com a ontologia realista empírica quanto com a idealista. Quanto ao realismo empírico, 30 anos de pesquisas na área da sociologia e da antropologia mostraram que os cientistas não são observadores passivos da

natureza. O mundo real e o conhecimento que temos sobre ele formam dois níveis diferentes de realidade. É apenas por meio da experimentação deliberada e da observação mediada desses dois níveis, sempre com base no conhecimento, nos modelos e representações prévias que os cientistas podem extrair novos conhecimentos. É preciso conhecimento para produzir conhecimento, e a atividade científica consiste em elaborar e testar, de forma ativa, modelos de objetos reais. Campbell e os pós-positivistas que seguem sua tradição de avaliação têm plena consciência da contingência do conhecimento e da natureza social da atividade científica (CAMPBELL, 1984). Por seu turno, a principal crítica feita ao idealismo é que, como resultado da ausência de relações “verdadeiras” entre a realidade e os nossos modelos da realidade, todo o conhecimento é local e contingente, tornando impossíveis generalizações na totalidade das situações. O que se aprende com uma situação não se aplica a outra situação diferente, de modo que a ação não pode ser fundada no conhecimento geral, o que coloca em questão toda a ideia da capacidade dos programas de orientar a mudança social. Existe um impasse ontológico nos programas sociais que nem o realismo nem o subjetivismo podem resolver.

Realismo crítico e a ontologia dos programas

Com sua origem na obra do filósofo britânico, Roy Bhaskar, o realismo crítico propõe que a solução para esse dilema ontológico encontra-se em uma ontologia em níveis. Ao passo que o realismo empírico pressupõe uma ontologia plana e o subjetivismo, uma realidade de dois níveis, o realismo crítico propõe uma ontologia em três níveis.

O realismo crítico faz distinção não apenas entre o mundo e nossa experiência com ele, mas entre o real, o factual e o empírico [...] O real é qualquer coisa que exista, seja natural ou social, independente de ser um objeto empírico para nós e de que nós, por acaso, tenhamos uma compreensão adequada da natureza desse objeto. Em segundo lugar, o factual é o domínio dos objetos, suas estruturas e poderes, sejam eles físicos (como os minerais) ou sociais (como as burocracias); esses objetos possuem certas estruturas e poderes causais, ou seja, capacidades para se comportar de formas específicas e responsabilidades causais ou poderes passivos, ou seja, susceptibilidades específicas a certos tipos de mudança [...] (SAYER, 2000).

Assim, em uma ontologia realista crítica não existe uma ruptura ontológica entre os domínios físico e social. Ambos são fundamentalmente compostos de estruturas e mecanismos que têm a capacidade de induzir mudanças em outras estruturas, independente do conhecimento das pessoas. São essas estruturas e mecanismos que formam os objetos intransitivos da ciência, que é nível de realidade que a ciência busca explicar, mas cujos comportamentos e poder causal são independentes do conhecimento que os seres humanos possuem a respeito deles.

Enquanto que o real nessa definição se refere às estruturas e poderes dos objetos, o factual se refere ao que acontece quando esses poderes são ativados, o que eles fazem e o que deles resulta, como quando os poderes da burocracia são acionados e ela se envolve em atividades como classificar ou emitir faturas [...] O empírico é definido como o domínio da experiência e, na medida em que ele é bem sucedido, pode ser assim tanto em relação ao real quanto ao factual (SAYER, 2000).

Então, para os realistas críticos, o mundo e o conhecimento que possuímos dele são dois níveis diferentes da realidade, o primeiro, no entanto, somente pode ser conhecido por meio da ação humana que produz as condições para que as estruturas e os mecanismos “reais” possam

ser observáveis por meio dos “eventos” que resultam dos seus poderes causais. Esses eventos formam a camada ontológica a que os realistas críticos chamam de “factual”. De modo que os eventos que fazem parte do factual são o ponto-de-encontro entre os modelos criados pelos ativos sujeitos conhecedores e os mecanismos reais. Por fim, o nível empírico é formado pela experiência que os seres humanos têm no seu mundo, e é somente por meio dos modelos e representações que os eventos podem ser elaborados e a realidade apreendida por meio das teorias e modelos (BHASKAR, 1978).

Em termos de programas, a proposição do realista crítico de uma ontologia em três níveis pode ser ilustrada como na Figura 3. Tanto os problemas quanto os programas estão localizados no nível do factual e são eventos que pressupõe uma interação entre um sujeito conhecedor ativo e os mecanismos de fato que são independentes do sujeito. É somente por meio dos modelos e teorias que o sujeito pode atribuir significado aos problemas, que podem (ou deveriam poder) ser abordados pelos programas de promoção da saúde. A diabetes é um bom exemplo. Embora conhecida pela profissão médica desde a antiguidade como uma disfunção do metabolismo da gordura e do açúcar, foi somente por meio dos modelos desenvolvidos pela epidemiologia da doença crônica (sobre sua associação com doenças cardiovasculares e com uma queda na expectativa de vida) que ela ganhou o significado de um problema público no começo dos anos 1980 (ROCK, 2002). Como respostas para tais eventos problemáticos, os programas também estão presentes no nível factual. Para existir, eles também requerem ações por parte de um sujeito conhecedor, que, por meio de modelos e teorias sobre como a realidade funciona, manipulam as condições para os mecanismos exercerem seus poderes causais. Nesse aspecto, os programas não existem para consertar objetos naturais defeituosos. A ação deles pode ser conceitualizada como algo que proporciona as condições para que outros mecanismos interajam com aqueles outros que produzem os eventos tidos por problemáticos. Essa ontologia, essencialmente, leva a concepção dos programas como *ações* humanas sobre as *condições* para a atualização das estruturas e mecanismos reais e existentes, cujas existências e capacidades, no entanto, somente podem ser apreendidas por meio de modelos e de teorias.

Conclusão

Neste ensaio, defendo que a conceitualização implícita da maioria dos programas de saúde pública e de promoção da saúde é tal que apresenta o mesmo tipo de realidade objetiva que os objetos naturais que causam os problemas que os programas visam solucionar. Também argumento que essa é uma concepção enganosa. Ademais, também alego que a concepção idealista alternativa para os programas, que confina a realidade dos programas e problemas em modelos e representações, leva a um tipo de pessimismo pós-modernista segundo o qual as mudanças sociais não podem ser almeçadas.

Proponho que a ontologia do realismo crítico de Bhaskar oferece uma alternativa interessante para se pensar os programas. Uma das vantagens de uma concepção realista crítica dos programas é que ela situa os programas no domínio do factual, aquele que necessita da ação humana. Os programas são, dessa forma, uma prática pela qual os seres humanos transformam o mundo por meio do trabalho sobre as condições que possibilitam aos mecanismos sociais e

naturais atualizar seus poderes causais. Como qualquer praxis, os programas supõem o uso do conhecimento e o trabalho das pessoas sobre o ambiente em que vivem. Se for assim, então, como objetos de conhecimento, os programas são práticas, e o trabalho dos avaliadores é o de estudar as práticas.

Isso, de fato, abre um mundo todo novo para se pensar a epistemologia e a metodologia das avaliações de programa. Enquanto Pawson e Tilley (1997), em *Realistic evaluation*, discutiram metodologia de avaliação a partir de uma perspectiva realista crítica, a perspectiva epistemológica deles não é totalmente elaborada. É, portanto, imperativo desenvolver uma epistemologia realista crítica de avaliação de programas. Tal epistemologia deve detalhar a identidade e o papel social do sujeito conhecedor, bem como a natureza da relação que ele/ela tem com o programa. O mais importante é que essa discussão epistemológica deve abordar o tipo de relacionamento que pode ser estabelecido entre um programa e uma situação problemática.

Figura 1 – Programa como uma realidade objetiva

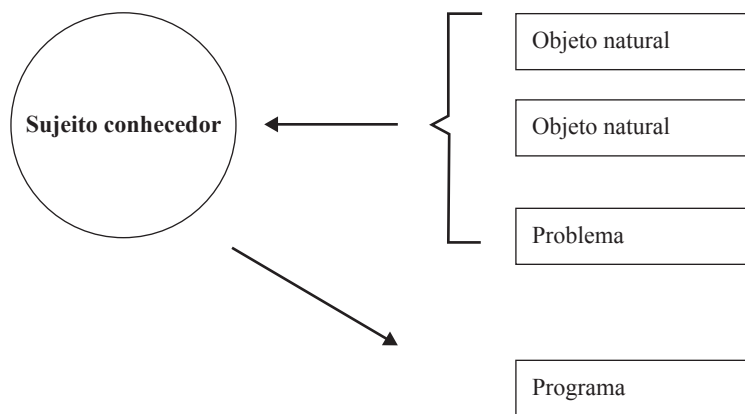


Figura 2 – Programa como representação

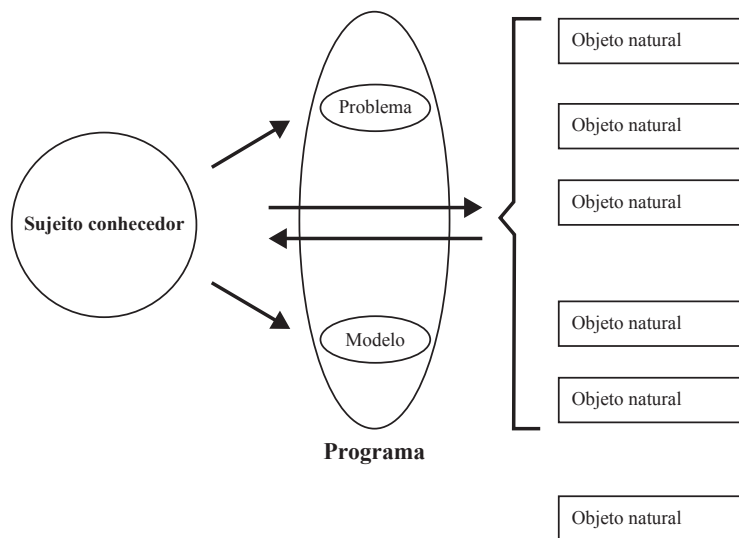
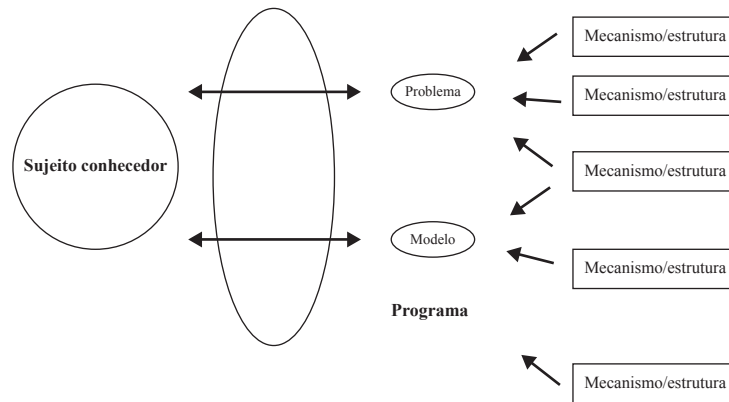


Figura 3 – Programa como ação



Agradecimentos

As bases deste ensaio têm origem no trabalho teórico contínuo sobre programas sociais e avaliação, realizado junto com Angèle Bilodeau e Sylvie Gendron, a quem esta reflexão deve tanto. O autor recebeu financiamento por meio da CHSRF/CIHR Chair Program. O trabalho final de revisão foi feito por Carmelle Goldberg.

Referências Bibliográficas

- BHASKAR, R. **A realist theory of science**. Londres: Harvester Wheatsheaf, 1978.
- BRESLOW, L. From disease prevention to health promotion. **JAMA**, vol. 281, p.1.030-1.033, 1999.
- CAMPBELL, D.T. Can we be scientific in applied social sciences?. In: CONNORS, R. F. *et al.* (eds.). **Evaluation studies annual review**. Thousand Oaks CA: Sage. 1984. p. 26-48.
- GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park CA: Sage, 1989.
- LATOUR, B. **Nous n'avons jamais été modernes**. Paris: La découverte, 1991.
- _____. **Politiques de la nature: comment faire entrer les sciences en démocratie**. Paris: La Découverte, 1999.
- LEVESQUE, L. *et al.* Vers une description et une évaluation du caractère écologique des interventions en promotion de la santé: le cas du Programme de la Carélie du nord. **Rupture, Revue Transdisciplinaire en Santé**, vol. 7, p. 114-129, 2000.
- McQUEEN, D.V.; ANDERSON, L. 2001. What counts as evidence: issues and debates, pp. 63-81. In: ROOTMAN, I. *et al.* (Eds.). **Evaluation in health promotion: principles and perspectives**. Copenhagen: WHO regional publications, 2001. p. 63-81. European series, n. 92.
- McQUEEN, D.V. Strengthening the evidence base for health promotion. **Health Promotion International**, vol. 11, p. 261-268, 2001.

_____. D.V. The evidence debate. **Journal of Epidemiology and Community Health**, vol. 56, p. 83-84, 2002.

PAWSON, R.; TILLEY, N. **Realistic evaluation**. Londres: Sage, 1997.

POTVIN, L.; HADDAD, S.; FROHLICH, K.L. Beyond process and outcome evaluation: a comprehensive approach for evaluating health promotion programmes. In: ROOTMAN, I. *et al.* (Eds.). **Evaluation in health promotion: principles and perspectives**. Copenhagen: WHO regional publications, 2001. p. 45-62. European series, n. 92.

ROCK, M. **Sweet blood and power: making diabetics count**. 2002. PhD thesis. Department of Anthropology, McGill University, Montreal, 2002.

ROOTMAN, I.; GOODSTADT, M.; POTVIN, L.; SPRINGETT, J. A framework for health promotion evaluation In: ROOTMAN, I. *et al.* (Eds.). **Evaluation in health promotion: principles and perspectives**. Copenhagen: WHO regional publications, 2001. p. 7-38. European series, n. 92.

RYCHETNIK, L.; FROMMER, M.; HAWE, P.; SHIELL, A. Criteria for evaluating evidence on public health interventions. **Journal of Epidemiology e Community Health**, vol. 56, p. 119-127, 2002.

SAYER, A. **Realism and Social Science**. Sage, Londres: Sage, 2000.

Artigo apresentado em 26/7/2004

Aprovado em 30/7/2004

Versão final apresentada em 24/8/2004

CAPÍTULO 4 – POR QUE DEVERÍAMOS NOS PREOCUPAR COM PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE BASEADA EM EVIDÊNCIAS?

LOUISE POTVIN¹

Muito tem sido feito no campo da promoção da saúde ao longo da última década, com esforços para se construir um corpo de práticas baseadas em evidências para uso no planejamento e implementação de iniciativas e programas voltados à promoção da saúde. Naturalmente, isso acontece na esteira do formidável ímpeto no sentido de se desenvolver uma prática baseada em evidências na área da medicina clínica, particularmente em áreas altamente especializadas. Infelizmente, muitos grupos que atuam na promoção da saúde aderiram ao movimento sem questionar suas raízes e pressupostos. Acreditava-se que, com a síntese dos estudos de avaliação das intervenções, estaríamos bem posicionados para oferecer orientações práticas, extraídas de forma racional, aos profissionais atuantes na área. Penso que nós, como comunidade atuante na avaliação da promoção da saúde, nos associamos a essa corrente de forma muito apressada e que devemos recuar um pouco a fim de examinar criticamente os pressupostos subjacentes às sínteses de pesquisa e também se esses pressupostos podem ser colocados quando se trata de informar as práticas de promoção da saúde.

Prática baseada em evidências: uma ferramenta simplificadora

O pressuposto mais importante na prática baseada em evidências é o de que as decisões práticas, exigidas em situações únicas para um dado problema, são mais bem informadas pela sistematização dos resultados de iniciativas ou programas avaliados e que foram conduzidos para lidar com aquele mesmo problema em outras situações. Muito embora esse pressuposto possa parecer razoável à primeira vista, ele também pressupõe uma série de outros corolários. **O primeiro deles é o de que a situação particular de interesse para a qual se busca uma decisão faça parte do mesmo universo de situações daquelas das quais nossas evidências foram retiradas.** Esse princípio foi amplamente discutido por Lee J. Cronbach *et al.*¹ em sua teoria da generalizabilidade. De fato, o que fica claro no trabalho de Cronbach é que não há uma realidade ontológica que defina qualquer universo de objetos. Os critérios para julgar se um objeto qualquer faz parte de um universo particular são todos derivados empiricamente, em sua maioria, por meio da aplicação do princípio da similaridade. Objetos com propriedades similares, acredita-se, pertencem ao mesmo universo. Essa asserção aparentemente simples apresenta três problemas para o propósito prático de decidir se um objeto pertence ou não a um universo específico. O primeiro deles diz respeito à seleção das propriedades com base nas quais as semelhanças devem ser avaliadas. Em seguida, emergem questões relacionadas à mensuração das diferenças naquelas propriedades entre os objetos que possivelmente serão classificados como pertencentes ao mesmo universo. Finalmente, é preciso que uma decisão seja tomada com relação a um ponto de corte na escala, além do qual as diferenças sejam clas-

1. Centre de Recherche Léa-Roback sur les Inégalités Sociales de Santé. Université de Montréal. Montréal, QC

sificadas como muito grandes para que aqueles objetos pertençam ao mesmo universo. Assim, definir o universo de situações problemáticas que sejam relevantes para se levantar evidências a fim de informar decisões em um caso específico não é uma questão puramente técnica. Ela envolve uma série de julgamentos normativos que raramente são documentados de forma adequada e levados em conta na interpretação da evidência.

Na essência, o que está em jogo na definição dos universos relevantes para se derivar evidências é a questão das variações entre os objetos e as operações relacionadas às decisões sobre as composições daqueles universos, o que acaba por se resumir a um problema de classificação. Uma das funções cognitivas mais importantes do cérebro humano é a de ser capaz de criar categorias; classes de objetos com as quais um indivíduo pode se relacionar da mesma maneira. Essa é uma função essencial porque ela nos permite selecionar comportamentos apropriados sem ter que, constantemente, produzir análises completas para cada objeto que compõe nosso ambiente. Encontros com objetos que não podem ser classificados dentro de uma categoria já existente colocam problemas que somente podem ser resolvidos por meio do processo de aprendizagem, que consiste em criar uma classe totalmente nova de objetos ou em modificar as regras de classificação que se mostraram inadequadas para lidar com esse novo objeto.

Uma experiência iluminadora relacionada a esse fato foi quando eu instalei um computador pela primeira vez na casa dos meus pais idosos. A maioria de nós interage com essa classe de objetos há tanto tempo que tendemos a esquecer os estranhos comportamentos exigidos das pessoas que desejam interagir com esses equipamentos. Sempre que vemos algo que se parece um *mouse* de computador, com dois ou três botões que podem ser pressionados e que estão associados a um mecanismo que mexe um cursor em uma tela, nós sabemos que um clique com o botão direito irá acionar um *menu* com opções de escolha que aparecerá na tela e que um clique duplo com o botão esquerdo produzirá uma operação definida pela posição do cursor na tela. Nós desenvolvemos essas respostas automáticas após milhares e milhares de sessões de trabalho com computador e podemos generalizar esses comportamentos seja qual for o formato do *mouse*. O que me impressionou quando eu estava ensinando meus pais de 70 anos a usar o computador novo deles foi que eles nem mesmo conseguiam compreender as funções que o *mouse* desempenharia para eles e como poderiam realizar essas funções. Ainda mais perturbador foi o fato de que até mesmo um *mouse* de computador é um objeto tão complexo que descrever o que ele faz para alguém que nunca viu um é algo quase impossível. Então decidi que eles deveriam aprender o que era um *mouse* usando-o. Foi quando percebi que não há um gene para o clique duplo. Esse comportamento simples que hoje em dia nós temos como natural e que mesmo crianças de dois anos de idade faz sem pensar precisa ser aprendido por meio da prática e da repetição. Especialmente nos dias de hoje, em que um *mouse* pode ter várias formas e formatos, reconhecer que um objeto específico pode, de fato, realizar as funções de um *mouse* de computador requer uma grande imaginação e experimentação com o objeto real.

Assim, uma classe de objetos funciona como uma grande caixa dentro da qual nós armazenamos os objetos conforme nos deparamos com eles. Cada caixa é associada a um conjunto particular de ações e comportamentos. Colocar um objeto específico em uma caixa específica oferece algum nível de segurança de que os comportamentos associados àquela caixa, provavelmente, são

os mais apropriados para qualquer objeto que saia dela. Essa é uma ferramenta simplificadora, que oculta as variações entre os vários objetos que são reagrupados em uma classe. Consequentemente, quanto mais homogêneos forem os objetos que compõe uma classe, mais provável será a adequação e a relevância das ações e comportamentos associados àquela classe para qualquer um dos objetos que compõe a classe. Essa é exatamente a ideia do intervalo de confiança. Quanto maior as variações entre os objetos que formam uma classe, maior o intervalo de confiança em torno de qualquer estimativa de propriedade ou ação associada com qualquer objeto individualmente daquela classe. Dessa forma, para que essa ferramenta simplificadora da prática baseada em evidências seja relevante para oferecer orientação para ações específicas em uma dada situação problemática, duas condições precisam ser satisfeitas: é preciso primeiro ser capaz de avaliar a que universo de situações problemáticas a situação em questão pertence; e, em segundo lugar, deve existir um claro curso de ação associada àquele universo de situações problemáticas. Duas ferramentas metodológicas desenvolvidas no fim dos anos 1970 são úteis para oferecer *insights* acerca dessas duas condições.

Duas ferramentas metodológicas necessárias à prática baseada em evidências

O movimento da **prática baseada em evidências no campo da clínica médica** tornou-se possível por conta dos grandes avanços **metodológicos que ocorreram no fim da década de 1970**, relacionados às sínteses de resultados de pesquisas. Até então, não havia um procedimento consensual para resumir os resultados de uma série de estudos. O número de estudos empíricos, então, começou a crescer exponencialmente, em particular sobre questões aplicadas que não eram necessariamente ligadas a uma escola de pensamento teórico forte. De fato, quando um estudo se relaciona com teorias sofisticadas e bem desenvolvidas, essa teoria em si oferece um arcabouço para a síntese dos dados de pesquisa. No entanto, quando essas teorias não existem, outras ferramentas precisam ser criadas. No caso das perguntas aplicadas, nas quais as observações empíricas exercem um papel, no mínimo, igual às explicações teóricas ao derivar conhecimento, havia uma necessidade de oferecer uma ferramenta metodológica que cumprisse a função de formatar a integração de vários e dispersos resultados de pesquisa em um número de estimativas mais administráveis para um tamanho-efeito. As ferramentas metodológicas da meta-avaliação e da meta-análise foram desenvolvidas para fazer justamente isso. Apesar de semelhantes, esses dois campos lidam com a questão da síntese de resultados de pesquisa a partir de ângulos um pouco diferentes.

A meta-análise é normalmente compreendida como o verdadeiro procedimento técnico de resumo de resultados a partir de uma variedade de estudos diferentes que testa a mesma hipótese para uma estimativa única.² Idealmente, estudos adequados para uma meta-avaliação usariam as mesmas medidas, tanto para variáveis dependentes quanto independentes. Eles deveriam controlar as variáveis de confusão. Finalmente, esses estudos deveriam usar critérios de inclusão e de exclusão similares para definição das amostras do estudo. No caso muito raro em que todas essas condições são satisfeitas, e quando os dados originais dos estudos estão disponíveis para uma análise secundária, seria possível agrupar esses dados em uma amostra

estratificada maior e computar uma estimativa tamanho-efeito com duas propriedades principais: a) a estimativa sintética seria uma média ponderada dos tamanhos efeitos calculados na meta-análise; e b) o intervalo de confiança da estimativa sintética seria menor do que o do tamanho efeito em cada estudo. Devido ao fato de existir grandes variações entre as pesquisas realizadas para estudar um mesmo fenômeno, o principal avanço da meta-análise foi criar procedimentos de estimativa estatística que acomodassem desvios do caso ideal. Embora os avanços na meta-análise tendam, geralmente, a ter o foco voltado para os procedimentos mais técnicos de estimativa estatística, muitas questões normativas que dizem respeito às variações nas técnicas de mensuração também foram discutidas e os seus efeitos avaliados em estudos simulados ou reais de meta-análise.

Diferente da meta-análise, o campo da meta-avaliação é caracterizado, logo de início, como um esforço normativo que, basicamente, busca definir padrões e normas com relação as quais a qualidade de qualquer avaliação individual possa ser comparada e testada em termos de qualidade.³ Outra diferença entre meta-análise e meta-avaliação é o fato de que na última a variável dependente é a exposição a um programa ou a uma intervenção concebida para lidar com uma situação problemática identificável. Portanto, no caso da meta-avaliação, três dimensões ou tipos diferentes de propriedades devem ser avaliados subsequentemente a fim de se poder encontrar o universo adequado para qualquer estudo de avaliação em questão. A primeira é a situação problemática em si. Para deixar as coisas ainda mais complicadas, pode-se argumentar que há muitas formas diferentes de identificar uma situação problemática e que o meio pelo qual a situação foi identificada como problemática deve ser, pelo menos, documentado e, talvez, levado em consideração. A segunda dimensão é a intervenção e/ou programa concebido para lidar com a situação problemática. De fato, idealmente, para uma situação problemática dada, as séries de estudos de meta-avaliação conduzidos em diferentes intervenções deveriam constituir o requisito mínimo da prática baseada em evidências. O terceiro tipo de propriedade é o resultado de interesse. É bem sabido que as intervenções e programas possuem uma gama de efeitos esperados que podem ser avaliados, e que isso nem leva em consideração aqueles efeitos não esperados que raramente são examinados.

Devido a maior complexidade das situações aplicadas com que os estudos incluídos nas meta-avaliações lidam, comparadas àquelas incluídas nas meta-análises, as dimensões normativas das meta-avaliações são muito mais desenvolvidas. De fato, muitas vezes, o trabalho do meta-avaliador é ponderar as múltiplas opções de intervenção para uma situação problemática específica. Ademais, devido à natureza aplicada das situações, existe uma grande variação nos formatos de estudo em estudos de avaliação, e essas variações, muitas vezes, são restringidas e relacionadas às várias opções de intervenção. Uma das ferramentas normativas mais usadas desenvolvidas pela meta-avaliação é a classificação dos formatos de avaliação em termos da confiabilidade dos resultados no que tange a relações causais que ligam programas e resultados. As normas e padrões definidos pelos órgãos de acreditação de avaliação são, de fato, bastante úteis na preparação do projeto de avaliação e do relatório de avaliação, no sentido de que eles oferecem orientações aos avaliadores

para ajudá-los a produzir avaliações aceitáveis pela comunidade de avaliadores. Assim, a meta-avaliação nos ensinou que fazer síntese de estudos de avaliação, envolve um grande quantidade de decisões arbitrárias acerca do que constitui resultados comparáveis a serem sintetizados e também sobre como ponderar aquelas decisões em termos da validade ou confiabilidade das conclusões alcançadas nas meta-avaliações.

Reunindo tudo: por que deveríamos nos preocupar com promoção da saúde baseada em evidências?

As discussões acerca da meta-avaliação são úteis para se examinar as dificuldades enfrentadas no campo da promoção da saúde para satisfazer à primeira condição da prática baseada em evidências, qual seja, a capacidade de encontrar um universo de situações adequado para categorizar uma situação em análise. Para as práticas de promoção da saúde baseadas em evidências, o universo de referência é composto de estudos de avaliação que relacionam uma situação problemática a uma intervenção documentada e, assim, a resultados específicos. Essa é a cadeia de eventos que queremos ser capaz de antecipar antes de escolher um curso de ação em uma dada situação. Eu já me referi aqui ao fato de que ao reduzir-se a variância entre os objetos que compõe o universo de referência, naquele caso os estudos de avaliação específicos, aumenta-se o grau de adequação da prática baseada em evidências. Há pelo menos duas maneiras de reduzir essa variância. A primeira opção é dividir o grupo original de objetos em categorias mais homogêneas, baseadas em dimensões relevantes. A fim de que isso seja feito, no entanto, é preciso, de início, acessar um conjunto muito grande de objetos. A segunda opção é reduzir a complexidade dos objetos que perfazem o universo de interesse, porque a complexidade é um dos maiores geradores de variação. No caso da avaliação da promoção da saúde, nenhuma dessas opções existe.

Em primeiro lugar, o conjunto total de estudos de avaliação é muito pequeno comparado aos mais de cem anos de pesquisa que abastece a prática baseada em evidências extraída da medicina experimental. Como uma prática nova na saúde pública, a promoção da saúde ainda não teve tempo para construir uma base de pesquisa que permitisse dividir os estudos de avaliação em categorias, dentro das quais o número de estudos seja suficiente para oferecer estimativas precisas quando submetidos a uma meta-avaliação. Nós temos a tendência de agregar estudos que são muito diversos e de extrair estimativas de efeito a partir de um número muito pequeno de estudos. Em segundo lugar, e para piorar ainda mais as coisas, a complexidade das intervenções no campo da promoção da saúde é bem maior do que a da maioria dos outros tipos de intervenções na área da saúde. Normalmente, as intervenções de promoção da saúde envolvem uma grande diversidade de atores, que abordam a ação com base nas suas próprias histórias e interesses. Além disso, essas intervenções acontecem em sistemas abertos, o que significa que elas são transformadas por meio das interações com as condições e o contexto da implantação. Finalmente, somando-se a essa complexidade, essa evolução normalmente acontece ao longo de um extenso período de tempo durante o qual o contexto muda e novos atores se envolvem. A diminuição da complexidade das avaliações

das intervenções no campo da promoção da saúde, a fim de criar categorias mais homogêneas, não pode ser feita sem se alterar a natureza da intervenção.

Isso não quer dizer que pesquisas de avaliação são inúteis para promoção da saúde. Bem ao contrário, para que, em um momento, seja possível ter uma massa crítica de estudos de avaliação que permita extrair estimativas válidas, é preciso intensificar nossos esforços no sentido de avaliar as práticas de promoção da saúde. É preciso estar alerta, no entanto, para o fato de que usar o conjunto de estudos existentes para extrair estimativas de efeitos e, em seguida, extrapolar essa estimativa para decisões em situações específicas é algo, no mínimo, perigoso e pode, muitas vezes, levar a erros. De fato, uma das maiores contribuições de Cronbach ao campo da pesquisa aplicada é o alerta feito por ele no sentido de que ignorar as várias interações de ordem mais alta que acontecem na produção de qualquer fato científico extraído a partir da observação (ou mesmo da experimentação controlada), muitas vezes, resulta em conclusões enganadoras.⁴ Dessa forma, como é possível informar as decisões e ações em uma dada situação por meio do uso do conhecimento derivado de outra experiência similar?

A minha impressão é que, em nossa pressa para oferecer orientações aos profissionais que atuam na intervenção no campo da promoção de saúde, estamos fazendo pouquíssimo uso de outra ferramenta usada para formatar e extrair sentido dos dados de pesquisa: a teoria. Nós temos a tendência a subestimar e invalidar o conhecimento extraído de um processo dedutivo aplicado ao conhecimento teórico e a superestimar o conhecimento que advem da acumulação das observações empíricas, mesmo que a base empírica não seja suficiente. Ao fazermos isso, temos a impressão enganosa de sermos mais “científicos” e racionais, dado que o espaço para interpretação parece ser menor quando se extrapolar a partir de evidências derivadas empiricamente do que quando se deduzem cursos de ação para uma situação específica a partir de uma teoria mais geral sobre o funcionamento dos mecanismos em ação. É nesse ponto, em minha opinião, que deveríamos concentrar nossos esforços na avaliação.

Em qualquer situação específica, particularmente nos sistemas abertos das intervenções comunitárias, há uma multitudine de mecanismos sociais, biológicos e psicológicos, ativados ou não pela intervenção, que interagem de maneira específica para produzir os resultados observados. Somente nos sistemas fechados dos laboratórios é que se pode, efetivamente, controlar outros mecanismos potenciais a fim de isolar um mecanismo de interesse. Em um sistema aberto, pode-se tão-somente estimar esses efeitos da interação. Isso pode ser feito de forma indutiva, agregando-se observações empíricas e calculando estimativas sintéticas sempre que o número de observações for suficiente, ou fazendo uso do conhecimento teórico sobre os mecanismos em ação e, dedutivamente, desbaratando suas interações⁵ de acordo com as características da situação à qual o conhecimento precisa ser aplicado. Para fazer isso, no entanto, é preciso ter confiança na praticidade do conhecimento teórico, algo que foi perdido na saúde pública e na promoção da saúde.

Referências Bibliográficas

1. Cronbach LJ, Gleser GC, Nanda H, Rajaratnam N. The dependability of behavioural measurements: theory of generalizability of score and profiles. Nova Iorque: Wiley; 1972.
2. Glass GV, McGraw B, Smith ML. Meta-analysis in social research. Beverly Hills, CA: Sage; 1981.
3. Stufflebeam D. Meta evaluation: an overview. *Eval Health Prof* 1997;1:17-43.
4. Cronbach LJ. Beyond the two disciplines of scientific psychology. *Am Psychol* 1975;30:671-84.
5. Pawson R, Tilley N. Realistic evaluation. Londres: Sage; 1997.

CAPÍTULO 5 – COMO A EVIDÊNCIA É USADA PARA PLANEJAMENTO, IMPLANTAÇÃO E AVALIAÇÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE? UMA COLETÂNEA GLOBAL DE ESTUDOS DE CASO

LOUISE POTVIN^{1,2,3}, CARL-ÉTIENNE JUNEAU^{1,2,3},
CATHERINE M. JONES⁴ E DAVID V. MCQUEEN^{4,5}

Como muitas outras áreas no campo da saúde e da saúde pública, a promoção da saúde tem sido influenciada pelo movimento baseado em evidências. Como em outros campos, competindo por recursos alocados de fundos públicos, a promoção da saúde abraçou o ideal da racionalidade científica para legitimar a sua aspiração de contribuir para a melhoria da sociedade¹. Embora a Carta de Ottawa e as estratégias de saúde pública que foram projetadas e implantadas sob sua égide, constituem uma base sólida para o duplo objetivo de ampliar a saúde da população e melhoria da equidade na saúde², isto já não é suficiente para tomar essas abordagens estratégicas ao pé da letra. Isto, combinado com as exigências dos programas de treinamento que impulsionam o campo em direção ao aumento da profissionalização, torna a sustentação em evidências científicas da promoção da saúde ainda mais atraente. Há, no entanto, enorme ressalva que impede a adesão entusiasmada da promoção da saúde ao movimento baseado em evidências, e se relaciona com a própria essência da Carta de Ottawa que identifica o contexto como um princípio definidor para o campo. A relevância local é fundamental para a promoção da saúde, e ao que parece, à primeira vista, que pode haver conflito entre este princípio de ação e a pretensão de universalismo que muitas vezes é feita em nome da evidência científica³.

Não há uma resposta fácil para essa questão epistemológica difícil, e ainda estamos à espera de uma que seja satisfatória. Alguns têm defendido um aprofundamento teórico sobre o que constitui evidência⁴, enquanto outros têm tentado desenvolver métodos de avaliação que levem em conta a complexa teia de interações do contexto de intervenção que caracteriza a implantação da promoção da saúde⁵. Consideramos que uma peça ainda estava faltando, a fim de obter uma imagem mais completa do problema das evidências para a promoção da saúde: a prática dos profissionais de promoção da saúde. Profissionais e praticantes da área estão cotidianamente tomando decisões sobre como intervir localmente e como usar evidências científicas. Além disso, a bibliografia de promoção da saúde cada vez mais relata projetos de pesquisa participativa e avaliações de processos que associam intimamente profissionais e pesquisadores em suas buscas para melhorar as intervenções localmente⁶. Consideramos que estas práticas que configuram o campo podem ajudar a esclarecer o papel das evidências e das pesquisas para a promoção da saúde.

Em nossa opinião, trata-se de um componente essencial para um debate produtivo sobre como a promoção da saúde deve situar-se no movimento baseado em evidências.

A presente edição especial de *Global Health Promotion* foi concebida e montada como uma primeira contribuição empírica para este debate. Em vez de se aproximar de um grupo de supostos especialistas, fomos a uma fonte alternativa e recorreremos diretamente aos profissionais

e pesquisadores do campo da promoção da saúde que trabalham para integrar evidências científicas em intervenções de promoção da saúde localmente relevantes e para informar sobre como fazê-lo. Os 26 estudos de caso apresentados nas páginas seguintes testemunham os esforços que realizados ao redor do mundo para integrar os resultados da pesquisa em intervenções de promoção da saúde.

Estes exemplos foram selecionados seguindo uma solicitação mundial de resumos que lançada no verão de 2009. Em novembro de 2009, 27 propostas foram escolhidas entre 45 resumos recebidos. Esta primeira seleção foi feita com o objetivo de garantir a maior diversidade possível da coletânea de estudos de caso, em termos de: tipo de projetos, tipo de evidência, uso de evidências, regiões do mundo e idioma. Os 27 autores foram convidados a desenvolver um artigo de 1.500 palavras com diretrizes específicas para aperfeiçoar a clareza e enfatizar a especificidade de cada caso. Enquanto isso, recrutamos revisores com um histórico de pesquisa de intervenção em promoção da saúde, revisores estes que poderiam reconhecer e apreciar as transformações que os profissionais manejam a fim de adaptar os resultados de pesquisa às condições locais de implantação. A lista dos revisores, com os nossos agradecimentos, aparece no início desta edição. Recebemos 26 estudos de caso finalizados de acordo com as diretrizes, que foram então analisados por dois revisores independentes. A fim de aumentar a coerência da publicação no geral, cada revisor foi encarregado de revisar dois ou três casos. As revisões foram conferidas pelos editores e sugestões específicas para a modificação e melhoria foram elaboradas para cada caso e devolvidas ao autor no idioma da proposição. Os intercâmbios bidirecionais entre a equipe editorial e os autores foram conduzidos até que cada caso de estudo satisfizesse os nossos critérios qualitativos de relevância e clareza sobre a intervenção, a evidência, o seu uso e as lições aprendidas.

Paralelamente a este processo editorial, desenvolvemos e apresentamos um resumo para um simpósio realizado na XX Conferência Mundial IUHPE em Genebra, em julho de 2010. Durante o simpósio, foram apresentados cinco estudos de caso para exemplificar a diversidade do campo. O simpósio foi tão concorrido que tivemos de barrar pessoas na porta, comprovando que a evidência e seu uso é um tema de interesse para os profissionais de promoção da saúde e pesquisadores.

Finalmente, como uma equipe editorial, concluímos esta edição especial com uma análise transversal dos estudos de caso que compõem nossa coletânea⁷. Esta análise propõe algumas sugestões sobre o papel da coletânea desses estudos de caso no fortalecimento da base de conhecimentos sobre o uso de evidência e da sua eficácia. Claro, isso é baseado em uma amostra manifestamente tendenciosa, e as conclusões da nossa análise são provisórias. Na melhor das hipóteses. Esperamos, no entanto, que nossa tentativa inicie um diálogo entre as comunidades de profissionais de promoção de saúde e pesquisadores, e que este diálogo conduza a uma compreensão comum do papel e uso da pesquisa para o avanço da agenda de promoção de saúde e do papel da prática na transposição e adaptação da pesquisa para a melhoria de intervenções de promoção da saúde, programas e políticas.

Referências Bibliográficas

1. McQueen DV; Jones GC, editores. Global perspectives on health promotion effectiveness. Nova York: Springer; 2007.
2. OMS. The Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa, 1986. [acesso em 2010 Ago]. Disponível em: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf.
3. Poland B, Frohlich K; Cargo M. Context as a fundamental dimension of health promotion program evaluation. In: Potvin L; McQueen DV, editores. Health promotion evaluation practices in the Americas: values and research. Nova York: Springer; 2008. p.299-317.
4. McQueen DV. Evidence and theory: continuing debates on evidence and effectiveness. In: McQueen DV; Jones CM, editores. Global perspective on health promotion effectiveness. Nova York: Springer; 2007. p. 282-303.
5. Potvin L; Goldberg C. Two roles of evaluation in transforming health promotion practice. In: O'Neill M, Pederson A, Dupéré S, Rootman I, editores. Health promotion in Canada: critical perspective. 2nd ed. Toronto: Canadian Scholar Press; 2007. p. 347-360.
6. Cargo M; Mercer S. The values and challenges of participatory research: strengthening its practice. *Annu Rev Public Health* 2008;29:325-350.
7. Juneau CE, Jones CM, McQueen DV, Potvin L. Evidence-based health promotion: an emerging field. *Global Health Promot.* 2011;18(1):79-89.

CAPÍTULO 6 – O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA EM MANGUINHOS: DESAFIOS E LIÇÕES APRENDIDAS NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO, DESENVOLVIMENTO DE ESTRATÉGIAS E EVIDÊNCIAS

ROSANA MAGALHÃES¹, REGINA BODSTEIN¹, ANGELA VIRGINIA COELHO², MILENA FERREIRA NOGUEIRA³ E CLÁUDIA BOCCA^{1,4}

Resumo

Este artigo apresenta e discute os resultados de uma pesquisa avaliativa sobre o processo de implementação do programa de transferência condicionada de renda Bolsa Família realizada durante 2008 e 2009 em Manguinhos, zona norte do Rio de Janeiro. O programa tem dois objetivos principais: reduzir a pobreza e promover o capital humano por meio da ampliação do acesso aos serviços de saúde e educação. A articulação entre diferentes agências e instituições e a capacitação dos profissionais envolvidos são estratégias associadas à maior efetividade do programa. No entanto, foi possível identificar importantes lacunas ligadas à adequação da intervenção ao contexto, compartilhamento de informações e colaboração intersetorial. No âmbito deste estudo, tais evidências foram cruciais para o desenvolvimento de propostas de mudança e novos aprendizados sobre a dinâmica local. (Global Health Promotion 2011;18(1):13-15)

Palavras-chave: pobreza; promoção da saúde; avaliação; evidência; intersectorialidade.

Descrição do programa

Programas de transferência condicionada de renda têm sido implementados em vários países da América Latina com o objetivo de reduzir a pobreza. No Brasil, durante a década de 1990 várias iniciativas foram desenvolvidas em diferentes estados e municípios. A criação do programa federal Bolsa Família em 2003 reflete esta trajetória e busca avançar no mapeamento dos grupos sociais mais vulneráveis e na articulação entre diferentes políticas públicas. Com base no dado de renda familiar mensal per capita, as famílias consideradas pobres e extremamente pobres recebem um benefício financeiro por meio da Caixa Econômica Federal. A transferência de renda é condicionada ao cumprimento de contrapartidas sociais envolvendo a frequência escolar, o acompanhamento pré-natal, a manutenção do calendário vacinal atualizado e outras ações de promoção da saúde. Com isso, o programa busca superar o chamado “ciclo de transmissão intergeracional da pobreza” e favorecer ganhos em capital

1. Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, Brasil.

2. Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, Brasil.

3. Secretaria Municipal de Saúde de Mangaratiba, Rio de Janeiro, Brasil. Correspondências devem ser enviadas para: Rosana Magalhães, Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), rua Leopoldo Bulhões 1480 -915, Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: rosana@ensp.fiocruz.br

4. (Este manuscrito foi apresentado no dia 30 de novembro de 2009. Depois de passar por uma revisão por pares, foi aceito para publicação no dia 5 de outubro de 2010.)

humano¹. No entanto, estudos realizados em diferentes regiões do país² apontam a existência de processos distintos de cadastramento, monitoramento dos beneficiários e avaliação de resultados. Além disso, diferentes níveis de capacitação técnica, mobilização político-institucional e incentivos para o acompanhamento das famílias em cada contexto comprometem o alcance das ações do programa. A ausência de mecanismos permanentes de monitoramento e avaliação dos resultados em muitas regiões também prejudica a sistematização e análise das evidências de efetividade.

Evidências em Manguinhos

Com o objetivo de compreender o processo de implementação do programa Bolsa Família em Manguinhos, uma área localizada na região norte do Rio de Janeiro, marcada pela violência, desemprego e acesso precário aos serviços públicos², foram realizadas entrevistas com gestores municipais das secretarias de educação, saúde e assistência social e profissionais de saúde do Centro de Saúde Germano Sinval Faria (CSGSF/Fiocruz). O Centro de Saúde Escola era a principal referência local para a atenção básica e acompanhamento das condicionalidades de saúde vinculadas ao programa Bolsa Família, como, por exemplo, o acompanhamento do pré-natal, do crescimento infantil e do calendário vacinal. O estudo de caso envolveu entrevistas semiestruturadas com agentes implementadores locais, levantamento documental, participação em eventos institucionais e observação local. A partir da perspectiva da avaliação como “prática reflexiva e social”, o objetivo da pesquisa foi contribuir para a compreensão dos pontos de contato e de afastamento entre as normas e as diretrizes que dão estrutura ao programa Bolsa Família e a dinâmica do contexto local. A falta de integração entre as ações previstas no programa e o modelo de atenção básica local revelou a fragilidade dos canais de cooperação intersetorial e os níveis desiguais de informação entre gestores, profissionais e técnicos.

Em 2008, Manguinhos desafiava a lógica tradicional das intervenções públicas na medida em que existia uma multiplicidade de referências técnicas, sociais, simbólicas e culturais no território. Estratégias singulares eram criadas no dia a dia pelos moradores com o objetivo de lidar com a ausência de arruamento e infraestrutura urbana básica. O descompasso entre a experiência dos moradores e a lógica institucional contribuía para a manutenção de barreiras de acesso não só ao programa Bolsa Família como ao conjunto das políticas públicas. A superposição dos bancos de dados e as dificuldades de comunicação entre os diferentes níveis e agências governamentais colaboravam para a falta de clareza em relação à população alvo dos programas sociais. Sem conhecer o número de famílias inscritas no Bolsa Família não era possível obter a informação estratégica sobre quem eram as crianças fora da escola ou as gestantes que não faziam o acompanhamento do pré-natal. Além disso, o acompanhamento das condicionalidades da saúde era realizado em um dia específico da semana e não de maneira integrada à rotina do Centro de Saúde. No nível local, burocracia e paralelismo espelhavam a frágil integração intersetorial. Apesar da existência de espaços institucionais para a gestão integrada no âmbito do programa, a ausência de reuniões periódicas e a falta de divulgação e informação sobre o processo de alocação e compartilhamento de recursos entre

as secretarias de assistência social, educação e saúde dificultavam a integração vertical e horizontal. Pode se dizer que, em Manguinhos, as equipes de Estratégia de Saúde da Família não participavam das ações de saúde do programa Bolsa Família. Somente após “rodadas de avaliação”³, reunindo pesquisadores, técnicos e agentes implementadores locais foi possível a aproximação entre os profissionais e a reflexão em torno do desenho de alternativas. Esse diálogo permitiu avanços no mapeamento das famílias e o desenvolvimento de estratégias voltadas à convergência de ações de promoção da saúde e desenvolvimento local. Os dados do programa Bolsa Família foram integrados ao conjunto de informações utilizadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família permitindo, desta forma, a análise conjunta das condições sociais e de saúde locais. Ao mesmo tempo, estratégias de georreferenciamento e a aproximação com o universo simbólico e cultural dos moradores contribuíram para a maior compreensão do território.

Análise

Embora não seja tarefa fácil associar mudanças positivas nas condições de saúde e educação aos programas de transferência condicionada de renda, podemos dizer que o monitoramento longitudinal de famílias cadastradas, a participação comunitária e a negociação de uma agenda intersetorial são fundamentais para o alcance de impactos substantivos e maior capilaridade das ações de promoção da saúde e desenvolvimento social. No contexto de Manguinhos, a qualidade e o fluxo de informações entre os diferentes agentes implementadores locais foram aspectos-chave. As dificuldades ligadas ao monitoramento e consolidação de dados relevantes sobre o processo de implementação do programa Bolsa Família prejudicavam a percepção dos efeitos, repercussões e limites da intervenção. Sem dúvida, o acompanhamento permanente e integrado das famílias é essencial para o amadurecimento do processo decisório e avaliação dos múltiplos efeitos das estratégias adotadas no contexto local.

Conclusão

Como analisam Fonseca e Viana⁴ o processo de interação entre o Bolsa Família e a estratégia de Saúde da Família potencializa o efeito sinérgico entre ações de combate a pobreza, expansão da atenção básica e promoção da saúde. O apoio das equipes de saúde no processo de espacialização das famílias e identificação das situações de vulnerabilidade social fortalece as chamadas *policy networks* e o desenho de ações multiestratégicas em cada contexto. Intervenções segmentadas e alheias à realidade complexa da população que, em geral, enfrenta profundas barreiras sociais para o acesso a equipamentos públicos devem ser revistas. A discussão coletiva em torno das informações sobre a implementação de programas intersetoriais permite a negociação de responsabilidades, a recomposição da rede sociotécnica e mudanças efetivas. Muitas vezes existem ambiguidades e expectativas pouco realistas em torno dos alvos de mudança. Ao mesmo tempo como sugerem Pawson e Tilley⁵ alguns contextos alimentam os problemas que os diferentes programas buscam resolver. Nesta perspectiva, é importante explorar o desenho normativo, analisar as sinergias entre os diversos componentes de programas e iniciativas de promoção da saúde e identificar quais são os objetivos os

quais tendem a revelar maior dependência do contexto de implementação. Neste percurso, é importante compreender e tornar explícitas as motivações e interesses dos *stakeholders*, assim como os aspectos ligados à cultura institucional local. Evidências sobre programas complexos e intersetoriais devem estar disponíveis não só para técnicos, mas também para as comunidades e usuários tornando-se, desta forma, aprendizados e informações úteis para o seu aprimoramento.

Referências Bibliográficas

1. Brasil, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2005. Disponível em: http://www.mds.gov.br/mds/_htm/ministerio.shtm.
2. Magalhães R, Bodstein R. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais da área da saúde: desafios e aprendizagem. *Ciência Saúde Coletiva* 2009;14(3):861-8.
3. Weiss C. *Evaluation*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 1998.
4. Viana A, Fonseca LA. Direito a saúde, atenção básica e transferências condicionadas de renda na América Latina. *Revista Ciência e Saúde Coletiva* 2007;12(6):1.505-12.
5. Pawson R, Tilley N. *Realistic evaluation*. London: Sage Publications; 1997.

CAPÍTULO 7 – A UTILIZAÇÃO DE EVIDÊNCIAS NA CONSTRUÇÃO E NA EXPANSÃO DA REDE PERNAMBUCANA DE MUNICÍPIOS SAUDÁVEIS

RONICE FRANCO DE SÁ¹, VALDILENE SCHMALLER, ROSANE SALLES, SOCORRO FREIRE

Resumo

A intervenção inicial objetivava melhorar a qualidade de vida da população de cinco municípios do estado de Pernambuco. O projeto teve êxito em obter evidências e utilizá-las como fonte para uma formação específica continuada e para a reflexão sobre a prática nas comunidades participantes. O reconhecimento de parceiros externos de outros estados do Brasil, do Japão e do Canadá, bem como o estímulo do Governo Estadual – que queria obter evidências antes de se envolver na difusão da experiência – possibilitou a expansão da Rede para 21 Municípios Saudáveis².

Palavras-chave: Formação; Intersetorialidade; Expansão; Pernambuco; Rede; Municípios Saudáveis.

A intervenção

De dezembro de 2003 a novembro de 2008, a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), o Governo do Estado de Pernambuco (governo) e a Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA) conduziram um projeto em cinco municípios pernambucanos. O projeto objetivava melhorar a qualidade de vida da população local mediante a sua participação no poder e a construção de um mecanismo que articulasse sociedade civil e gestores locais com a implantação de dispositivos de concertação intersetorial. O projeto iniciou-se com um estudo de avaliação do capital social local (MELO FILHO, FRANCO DE SÁ e CHUMA, 2007). Durante a execução do projeto foram desenvolvidos dois eixos considerados estruturadores da ação: a) uma formação continuada; e b) um dispositivo de atuação por níveis (mecanismo Bambu), ambos apresentados na figura 1. O mecanismo tem atuação em três níveis (YUASA, FRANCO DE SÁ, PINCOVSKY e SHIMANOCHI, 2007): no nível micro, trabalha-se com oficinas animadas por voluntários e/ou representantes da gestão local que identificam potencialidades, desejos e necessidades que tentam mudar as condições cotidianas de vida. O nível meso tem relação com as ações que necessitam de articulação entre os gestores e a população, de compromisso político, de participação social e de intersetorialidade. Nesse nível, as articulações são planejadas e desenhadas nos Espaços de Articulação e Promoção de Políticas Públicas Saudáveis (EAPPPS). No nível macro – realtivo ao intercâmbio de experiências entre os municípios –, necessitou-se apresentar evidências capazes de envolver o governo do estado e os municípios para difundir a experiência. Para isso, a equipe da UFPE foi buscar parceiros externos de outros estados do Brasil e do Canadá para dar sustentação às avaliações dos mecanismos e das ações dos voluntários em cada um dos municípios.

1. NUSP/UFPE ronicefranco@hotmail.com

2. Em 2011.

As evidências

Desde o início do projeto, o governo estadual queria obter provas das realizações advindas do mecanismo Bambu, construído de maneira participativa pela equipe técnica do projeto e pelos representantes dos municípios antes de se engajar efetivamente na expansão para outras localidades. Esse processo foi muito difícil uma vez que o governo estadual precisava de resultados concretos diante de um enfoque considerado a princípio muito abstrato. No início, analisaram-se os contextos locais e identificaram-se líderes autênticos com o apoio de estagiários de diversos cursos da UFPE. Identificaram-se perfis locais enfatizando elementos como confiança, entreatura, autoestima, necessidades e, mais especificamente, potencialidades locais (cognitivas, políticas, institucionais, coletivas e individuais).

A utilização das evidências

Os resultados desses estudos evidenciaram a presença de líderes que necessitavam de apoio externo para agir e refletir sobre a sua ação, bem como para aprender a participar e a interagir. A dependência do apoio de atores externos é uma característica do contexto do interior nordestino. A equipe técnica da UFPE aprendeu que era necessário facilitar a comunicação e a coordenação entre os líderes, os voluntários e os gestores locais. Os líderes e os voluntários precisavam de diretrizes para orientá-los sobre a ação cidadã, bem como de modelos nos quais se apoiar, se mobilizar, se organizar e se espelhar para uma ação autônoma. Assim, construiu-se o método Bambu – nível micro (FRANCO DE SÁ *et al.*, 2008) –, um método flexível que permite adaptações de acordo com os contextos e que prioriza ações afirmativas e indica como planejar e monitorar ações, principalmente aquelas com maior grau de governabilidade pelo coletivo participante de cada oficina. As ações que exigem articulação com a gestão local são estudadas e discutidas em concertação intersetorial nos EAPPS (FRANCO DE SÁ, NISHIDA e COUTINHO, 2009).

A população apresentou necessidade de pessoas-chave que pudessem monitorar localmente as ações. Dessa forma, uma formação específica para “promotores de municípios saudáveis” foi preparada e executada. A formação foi preparada mediante os achados provenientes das oficinas Bambu e levando em consideração os contextos social, cultural, econômico e político local. A formação foi oferecida a representantes da gestão local e a voluntários da sociedade civil. Várias adaptações foram necessárias. Houve, por exemplo, aumento da quantidade de cursos e de locais para a formação desses agentes da intersetorialidade. Também aumentou-se a participação em encontros e a participação nos comitês gestores do projeto (e da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis nascida desse projeto). A princípio, a formação foi promovida pela JICA e logo em seguida teve apoio do Ministério da Saúde.

Os promotores de municípios saudáveis, em sua maioria, trabalham como voluntários, o que se constitui em um desafio para a população local que possui necessidades essenciais a serem satisfeitas. A presença da equipe de monitoramento estimula a perseverança dos voluntários. O monitoramento foi realizado a princípio para motivar os participantes dos municípios. Em seguida o monitoramento foi desenhado a partir de ferramentas alicerçadas na análise de con-

trovérias (POTVIN e AUMAÎTRE, 2010) inspirada na sociologia da tradução (CALLON, 1986). Tentou-se apoiar os municípios para refletir sobre as controvérsias e os diferentes saberes em jogo na sua ação. Esse momento ajuda a avaliar e a reorientar suas práticas, em tempo real.

Os resultados do monitoramento começaram a ser apresentados em seminários e congressos nacionais e internacionais. Essas atividades propiciaram convites para fazer parte de pesquisas nacionais (sobre determinantes sociais) e para colaborar com projetos internacionais. A visibilidade trazida e o reconhecimento exterior facilitaram o envolvimento do governo estadual, uma vez que a UFPE havia trabalhado com parceiros renomados vulgarizando resultados de pesquisa, monitoramentos e práticas. A aproximação do Ministério da Saúde também facilitou o reconhecimento por parte do governo estadual.

Dessa forma, remarcou-se que a universidade exerceu um potente papel de agente de mobilização, de difusão e de divulgação construindo novos conhecimentos, fortalecendo assim a participação dos municípios e trazendo apoio da equipe japonesa e de parceiros externos ao estado. Essa ação foi fundamental para promover a expansão (*scaling up*) do projeto inicial. Isso se explica pela confiança que as pessoas dos municípios atribuem à participação da universidade considerada como “não filiada” a partidos políticos ou a projetos de governos específicos. Essa experiência destaca um papel mediador da universidade no estabelecimento e reforço de linhas entre governo e sociedade civil.

Representantes de outros municípios se interessaram a participar desse processo coletivo de mudança. Essa possibilidade não estava prevista na escala que aconteceu. Dessa maneira, mesmo com o fim do financiamento inicial, uma rede estadual de municípios saudáveis. Hoje, 21 municípios do estado de Pernambuco participam da Rede.

Conclusão

A experiência destacou a dificuldade em demonstrar os fundamentos da Promoção da Saúde e da estratégia de Municípios Saudáveis para os governos, sem que se apresentem evidências mínimas de efetividade. O fato de a ação alicerçar-se em mudança de atitudes, de condições de vida e de processos participativos nas tomadas de decisão implica processos longos que são também considerados muito abstratos para governos (quer sejam estaduais, regionais ou locais). Toda a atuação deve repousar sobre um conhecimento refinado dos contextos e das controvérsias locais a fim de facilitar a coordenação entre as pessoas que pretendem se engajar num processo de empoderamento. Para os governos, esse processo é considerado muito abstrato e muito longo. As evidências para que o governo pudesse assumir de maneira confortável a difusão da Rede apontam para o plano de trabalho estruturado, alicerçado tanto em estudos, pesquisas e monitoramento, quanto na existência de um mecanismo construído participativamente e de uma formação bem avaliada pelos pares. Também o trabalho com parceiros renomados ajudou na adesão e na expansão dos municípios integrantes da Rede.

O fato de se apoiar em pesquisas, de trabalhar de maneira participativa e intersetorial em todas as etapas, de ter pares sensíveis aos mesmos valores e de vulgarizar os resultados facilitou o processo da construção da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis.

Referências Bibliográficas

CALLON, Michel. Éléments pour une sociologie de la traduction: la domestication des coquilles de Saint-Jacques dans la Baie de saint-Brieuc. **Année Sociol.**, vol. 36, p. 196-223, 1986.

FRANCO DE SÁ, Ronice; ARAÚJO, Janete; FREIRE, Maria do Socorro; SALLES, Rosane *et al.* **Manual do método bambu**. Recife: Editora UFPE, 2008.

FRANCO DE SÁ, Ronice; NISHIDA, Misa; COUTINHO, Luiz (Orgs.). **Histórico, avaliação e repercussões do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil**. Recife: Editora UFPE, 2009.

MELO FILHO, Djalma; FRANCO DE SÁ, Ronice; CHUMA, Junko (Orgs.). **Avaliação do capital social da área de abrangência do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil**. Recife: Bagaço, 2007.

POTVIN, Louise; AUMAÎTRE, F. Les partenaires: espaces négociés de controverses et d'innovations, In: POTVIN, L.; MOQUET M-J.; JONES, C.M. (Eds.). **Réduire les inégalités en santé**. Saint-Denis: INPES, 2010. p. 318-325. Collection santé en action.

YUASA, Motoyuki; FRANCO DE SÁ, Ronice; PINCOVSKY, Sheila; SHIMANOUCI, Norio. Emergence model of social and human capital and its application to the Health Municipalities project in Northeast Brazil. **Health Promot Int.**, vol. 22, n. 4, p. 292-298, 2007.

PARTE II

FORMAÇÃO AVANÇADA E
INVESTIGAÇÃO DE AÇÕES
INTERSETORIAIS

CAPÍTULO 8 – AVALIAÇÃO DE UM PROJETO DE DESENVOLVIMENTO LOCAL INTEGRADO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO RIO DE JANEIRO, BRASIL

REGINA BODSTEIN¹

Este capítulo discute as estratégias utilizadas para avaliar a implantação de um programa de promoção da saúde em Manguinhos uma comunidade no Rio de Janeiro, Brasil e demais estratégias de promoção da saúde na ENSP/Fiocruz. Princípios da promoção da saúde a partir do conceito de desenvolvimento intersectorial e a ênfase no envolvimento e na participação comunitária embasaram o programa. Incorporando os determinantes sociais da saúde (meio ambiente, cultura e dimensões políticas da qualidade de vida local), foi implementado o chamado Projeto de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável (DLIS), cujo sucesso inicial deveu-se a sua capacidade de gerar um ambiente de articulação e mobilização da comunidade e de diversos setores governamentais (FERREIRA, E BUSS, 2002; BUSS E RAMOS, 2000).

São discutidos os desafios da sistematização/avaliação da implantação de um programa que envolveu um processo decisório complexo e incerto e que mesmo assim trouxe mudanças importantes em vários planos. Especificamente, o projeto influenciou o ensino e a pesquisa na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP); permitiu um debate em torno da reorientação do modelo assistencial no Centro de Saúde Escola da ENSP/Fiocruz; catalisou uma intensa mobilização comunitária e, propiciou um inédito diálogo intersectorial com foco na melhoria da qualidade de vida em Manguinhos (BODSTEIN, ZANCAN E ESTRADA, 2001); BODSTEIN E ZANCAN, 2003; HARTZ, RAMOS E MARCONDES, 2002; ZANCAN *et al.*, 2002).

Introdução

Em 1999, a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) vinculada a Fundação Oswaldo Cruz e com o apoio da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) desenvolveram uma cooperação técnica para apoiar a integração da promoção da saúde nas políticas e programas de saúde o que permitiu a criação do Projeto de Desenvolvimento Local Integrado. O projeto tinha como objetivo permitir a discussão e consolidação de um novo paradigma em atenção primária em saúde a partir dos princípios teóricos da promoção da saúde, vinculando pesquisa, capacitação/treinamento em práticas de saúde (Canadá-Brasil/HPIA, 2003).

A ENSP, instituição com liderança nacional no ensino e na pesquisa em Saúde Pública já havia acumulado experiência em projetos de saúde comunitária com foco nos determinantes locais da saúde. Merece registro o projeto da Universidade Aberta, projeto para melhoria das condições ambientais e de saúde nas comunidades do entorno da ENSP/Fiocruz; as chamadas *Escolas promotoras de Saúde*, Atividade Física para os moradores e usuários do Centro de Saúde Escola, Acupuntura e Homeopatia, Alimentação Viva, Programa de Assistência ao Idoso, e de Prevenção a AIDS (BUSS E RAMOS, 2000; FERREIRA, E BUSS, 2002; ZANCAN *et al.*, 2002), entre outros.

1. PhD em Saúde Pública, Pesquisadora titular do DCS/ENSP, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

Com um longo histórico de trabalho comunitário em Manguinhos – um conjunto de favelas na vizinhança do seu campus – pesquisadores e lideranças da ENSP contribuíam para divulgar uma concepção abrangente e estratégias de melhoria da qualidade de vida e de desenvolvimento local nesta região, bem como para revitalizar uma reflexão sobre os princípios de promoção da saúde no conjunto das políticas públicas, nos serviços, no ensino e na pesquisa em saúde (CARVALHO, BODSTEIN, HARTZ E MATIDA, 2004; FERREIRA, E BUSS, 2002).

O projeto de Desenvolvimento Local Integrado visava compartilhar e disseminar práticas exemplares no Brasil por meio de três estratégias: 1. Aumentar a capacidade e o alcance do Centro de Saúde Escola junto às comunidades do seu entorno por meio de iniciativas em promoção da saúde; 2. Reforçar a promoção da saúde nos programas de ensino em saúde pública na ENSP; e, 3. Disseminar conceitos e projetos de promoção da saúde por meio de redes colaborativas brasileiras e canadenses.

A colaboração e o intercâmbio canadense incentivaram o desenvolvimento do projeto focando os determinantes sociais e os aspectos-chaves do debate em torno do diálogo intersetorial em um espaço extremamente violento e unindo um conjunto de favelas em um território como Manguinhos. Desde o início, o projeto recebeu apoio da Abrasco visando reforçar sua posição de liderança no debate sobre saúde pública no Brasil bem como o suporte da Agencia Brasileira de Apoio Financeiro à Pesquisa (FINEP) (Abrasco, 2002).

Assim, neste capítulo são descritas as estratégias avaliativas do projeto de Manguinhos (Quadro I), em que a colaboração com a CACIS foi fundamental. A sistematização das informações sobre o DLIS privilegiou os processos de diálogo e os impasses na negociação das ações intersetoriais vis-à-vis a participação comunitária, buscando pactuar uma agenda de desenvolvimento local.

Quadro I – Dimensões e Estratégias Metodológicas de Avaliação – DLIS

Dimensões	Estratégias Metodológicas
Grau de incorporação dos princípios da promoção da saúde pelos profissionais e pesquisadores	Questionário semiestruturado e autoaplicado
Participação dos profissionais da Saúde da Família na reorientação e ampliação das práticas no Centro de Saúde Escola	Entrevistas com profissionais do Programa Saúde da Família
Processo de parceria e formação de agenda intersetorial voltada para os Determinantes Sociais da Saúde	Observação direta e sistematização dos temas e debates presentes nos encontros do grupo de coordenação
Identificação dos interlocutores e atores estratégicos e as clivagens existentes	Diagnóstico Participativo Local
Impasses na construção do Fórum de Desenvolvimento Local	Observação direta e sistematização dos encontros, oficinas e das Reuniões do Fórum
Mapeamento das iniciativas e projetos sociais e equipamentos públicos locais	Observação direta e entrevista com os atores-chave de organizações da sociedade civil presentes nas comunidades
Análise do circuito de sociabilidade e colaboração entre as novas lideranças responsáveis por atividades e projetos socioculturais	Mapeamento das atividades e organizações sociais – Análise de Conteúdo
Conflito de Interesse e Impasses no processo de implementação da agenda do DLIS	Análise de Conteúdo do Processo Decisório

Fonte: BODSTEIN e ZANCAN, 2002; BODSTEIN e ZANCAN, 2003; Canada-Brazil/HPIA, 2003.

Desenvolvimento local e promoção da saúde em Manguinhos

No Brasil, um modelo de desenvolvimento local integrado e sustentável teve origem na metade da década de 90, face ao modelo da Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (Cepal) que postulava que desenvolvimento pressupõe um processo de participação, equidade e sustentabilidade. O processo envolve o conceito de “desenvolvimento local como um processo social que combina crescimento econômico com redistribuição e melhoria da qualidade de vida comunitária” (BUSS E RAMOS, 2000:15) e políticas intersetoriais com apoio das organizações sociais de um dado espaço social e territorial. A proposta inclui geração de emprego e renda (com microcréditos e cooperativas), habitação, saneamento, saúde e educação entre outros componentes, tendo por base um diagnóstico participativo dos problemas e necessidades de um dado território ou comunidade (AGENDA 21, 1992; CEPAL, 1991; OFICINA SOCIAL, 1998). Projetos de desenvolvi-

mento local ocorreram em pequenas comunidades e municipalidades no Brasil, priorizando mecanismos de geração de emprego e renda por meio de parcerias público-privadas (BUSS E RAMOS, 2000; KRUTMAN, 2004). Até o final da década de 1990, poucos projetos locais foram propostos em grandes áreas metropolitanas e em espaços de favelas, o que colocava um grande desafio para a aplicação desses princípios em Manguinhos.

Uma proposta inicial de DLIS em Manguinhos surgiu em 1999 instituído por um grupo liderado pela ENSP e constituído de representantes de outras instituições acadêmicas, secretarias estaduais e municipais, e grandes empresas públicas e privadas com o objetivo de, por meio de ações integradas, promover melhoria da qualidade de vida em Manguinhos. À medida que a proposta avançava, o grupo de coordenação sentiu necessidade de constituir um grupo específico para avaliar e monitorar o projeto. Assim, pesquisadores da ENSP envolvidos na temática da promoção e educação em saúde e interessados nos debates do grupo de coordenação do DLIS, assumiram a tarefa de desenhar uma proposta avaliativa de acompanhamento do processo de interlocução intersetorial e de seus possíveis desdobramentos.

Vital para a proposta avaliativa foi à participação e observação direta das reuniões e encontros da coordenação do DLIS, o que gerou consenso sobre a necessidade de monitorar o planejamento das ações e suas controvérsias, bem como o próprio processo de interlocução com as lideranças comunitárias, vital para a implementação do programa. Assim, o grupo avaliador esteve sempre presente como observador das reuniões da coordenação do DLIS e do processo de tomada de decisão.

Perspectivas avaliativas

O monitoramento e avaliação proposto, além de acompanhar o processo decisório, visava compreender como os princípios da promoção da saúde foram traduzidos e implementados na prática de ensino e pesquisa na Escola Nacional de Saúde Pública, bem como analisar a maneira particular desta integração/tradução (HARTZ *et al.*, 2002). Um questionário semiestruturado e autoaplicado foi utilizado para coletar informação e opiniões dos profissionais envolvidos no termo de cooperação em relação ao ensino, a pesquisa e a reorientação do Centro de Saúde Escola da ENSP. Também foram analisados o currículo e produtos acadêmicos da ENSP (HARTZ *et al.*, 2002). A análise mostrou que a introdução dos conceitos de promoção da saúde na verdade reforçava princípios e práticas já existentes na ENSP e no Centro de Saúde Escola. Os entrevistados, no entanto, perceberam um grande desafio na proposta de diálogo relacionando ensino, pesquisa e intervenção por meio do diagnóstico e da ação sobre os determinantes do processo saúde e doença. Diversas controvérsias e tensões entre práticas assistenciais e práticas com o enfoque da promoção da saúde também foram destacadas. A ausência de ações intersetoriais e o precário diálogo entre iniciativas e projetos da ENSP e do Centro de Saúde também foram identificados como problemáticos.

O foco deste capítulo trata da proposta avaliativa desenhada em torno dos desdobramentos do projeto DLIS para o território de Manguinhos, tendo como princípios o diálogo intersetorial e a mobilização comunitária. A análise acompanhou o processo decisório que na época envolvia um conjunto amplo de atores institucionais e não institucionais com um amplo desenho intersetorial e uma perspectiva inovadora de participação comunitária (BODSTEIN *et al.*, 2001). O grupo avaliador estava diante de uma complexa intervenção que repercutia em vários níveis decisórios, com diferentes

atores diretamente envolvidos. Dessa forma, buscou-se privilegiar duas dimensões: intersetorial e de formação de um espaço participativo na interlocução as principais lideranças comunitárias.

Complexidade da intervenção e do contexto local

Manguinhos representava um território socialmente marcado por extrema pobreza, violência e precariedade da infraestrutura urbana, de tal forma que qualquer proposta de intervenção e de projeto colaborativo gerava um cenário de acirrado debate e de inúmeras controvérsias. Assim, foi importante a estratégia foi focar na avaliação da dinâmica inicial de implementação do programa (DENIS E CHAMPAGNE, 1997; HARTZ, 1999; POTVIN, HADDAD E FROLICH, 2001; POTVIN E RICHARD, 2001; ROOTMAN, 2001). Diante de uma intervenção abrangente e multifocal voltada para os determinantes sociais da saúde e tendo por base uma colaboração ativa dos atores envolvidos – uma avaliação voltada exclusivamente para buscar efeitos e impactos era obviamente inadequada (CHEN, 1990; CONNELL E KUBISH, 1988; PAWSON E TILLEY, 1997; THURSTON E POTVIN, 2003). Ao contrário, a compreensão era de que a avaliação deveria capturar a complexidade de uma proposta de colaboração intersetorial e de participação comunitária, examinando os obstáculos e impasses para as ações colaborativas que colocavam em risco a implementação da proposta e seus resultados.

A literatura sobre avaliação da chamada Health Actions Zones (HAZ) em áreas carentes de Londres (Inglaterra) ocorrida em meados da década de 1990, foi extremamente útil na medida em que traçada um modelo cujos princípios, objetivos e contextos eram similares a experiência de Manguinhos – apesar das evidentes diferenças nos níveis de desigualdade, de pobreza e de violência. No caso da Inglaterra, diferente do projeto de Manguinhos – a iniciativa teve início em uma ação planejada pelo Serviço Nacional de Saúde (National Health Service) voltado para uma abordagem mais sistêmica das desigualdades. O programa HAZ se desenvolveu durante sete anos e com orçamento específico. Em resumo, tanto a execução, como a subsequente avaliação do programa, ocorreram via incentivo do nível central (BARNES, MATKA E SULLIVAN, 2003; SULLIVAN, BARNES E MATKA, 2002; SULLIVAN, JUDGE E SEWELL, 2004; SPRINGETT, 2005).

No programa em Manguinhos, tanto a violência crescente e seu impacto quer na qualidade de vida quer nos padrões locais de sociabilidade e ação coletiva – se tornaram questões centrais a serem enfrentadas por qualquer intervenção ou proposta de desenvolvimento local (BODSTEIN E ZANCAN, 2002; JACKSON *et al.* 2003; PERES *et al.* 2005; WACQUANT, 2001; ZALUAR, 1997). A abordagem avaliativa procurou analisar o contexto e sua influência nas práticas dos atores estratégicos que poderiam potencialmente impedir ou dificultar o diálogo e as ações intersetoriais, incluindo a participação comunitária.

No caso de Manguinhos, o objetivo da avaliação centrou na identificação de processos que historicamente impediam ações colaborativas em um local com uma forte luta por espaço político e por recursos. A questão era compreender um conjunto de processos desencadeados por uma intervenção/projeto em um espaço social altamente conturbado com indicadores crescentes de violência. Assim, a avaliação precisou reconhecer que programas e intervenções são inegavelmente sistemas de ação, e que os programas e as intervenções funcionam pela introdução de novas ideias e/ou recursos em um conjunto estabelecido de relações sociais (PAWSON, 2003; PAWSON, 2002; PAWSON E TILLEY, 1997; SULLIVAN *et al.*, 2002).

As perguntas avaliativas giraram em torno do que parecia determinante para compreender conceitualmente a proposta de DLIS-Manguinhos: sua dinâmica de implementação por meio de mecanismos e estratégias de participação comunitária e negociação de uma agenda multisetorial e integrada.

Avaliadores como participantes e observadores diretos

A equipe de avaliação, participando das reuniões e do processo decisório pode observar diretamente os impasses na coordenação intersetorial do programa. Dessa forma, foi possível a observação do processo de tomada de decisão e dos debates em torno de uma agenda intersetorial e participativa, que envolvia um número diversificado de representantes dos diversos setores e agências governamentais e não governamentais em cada reunião. Como observadores diretos, o grupo de avaliação pode analisar as inúmeras dificuldades e controvérsias na tomada de decisão intersetorial, na integração de agendas e acordos sobre as ações tanto no nível governamental como comunitário.

Lições aprendidas a partir da abordagem intersetorial

O DLIS ganha consistência como proposta a partir da formação de parcerias e a constituição de um grupo intersetorial que congregava setores importantes da administração pública e de outras instituições altamente motivadas e envolvidas no projeto. Parte do sucesso inicial da proposta veio da existência da chamada “macrofunção” das políticas municipais, integrada por vários departamentos da prefeitura que já compartilhavam algumas ações – e da participação da Secretaria de Saúde da cidade do Rio de Janeiro por meio do Programa Saúde da Família em Manguinhos. A ENSP e a FINEP foram as principais lideranças no processo de implantação das principais diretrizes do programa, formando o comitê de coordenação das ações, dando credibilidade acadêmica e uma perspectiva de sustentabilidade para a proposta.

Junto com o grupo coordenador surgiram vários grupos temáticos e/ou setoriais voltados para a melhoria da qualidade de vida no local: saúde, meio ambiente, habitação e saneamento. A gravidade do problema habitacional em uma região favelizada, tornava esta a principal reivindicação e questão para a agenda local. A negociação em torno de um plano habitacional para a região ganhou enorme visibilidade política, dominando quase totalmente a agenda intersetorial. Conflitos de interesse surgiram entre as representações dos moradores, levando a uma séria denúncia de manipulação do cadastro das famílias que receberiam os benefícios. Além disso, para iniciar um processo de mudança habitacional e de saneamento básico grandes recursos e investimentos eram necessários, bem como suporte técnico específico, envolvendo complicadas rodadas de negociação com as agências financiadoras e outros setores administrativos do município. Ficou claro que eram questões estruturais, exigindo investimentos vultosos e que o poder público não conseguia equacionar ou dar uma resposta satisfatória. A questão serviu para fomentar disputas e conflitos, gerando uma série de acirradas discussões na comunidade que legitimamente queria soluções e encaminhamentos imediatos ou de curto e médio prazo. Enfim, o processo evidenciou que demandas em torno de problemas estruturais monopolizavam e emperravam as negociações, travando o debate com a comunidade e com os demais setores.

Uma das dificuldades analisadas foi que cada representante setorial, inclusive os representantes comunitários, trazia uma agenda pré-definida para o grupo gestor, o que acabava por impedir a in-

terlocação e negociação de uma agenda integrada com objetivos compartilhados intersetorialmente. O processo resultava de uma justaposição de objetivos e metas pre-determinadas e específicas de cada setor. A negociação de prioridades em torno de uma agenda comum, na verdade, não ocorreu, expressando tanto uma falta de experiência em negociações intersetoriais de base territorial, como falta de uma efetiva colaboração em torno de objetivos que não travassem o diálogo.

Todo o processo confirma o que foi apontado na literatura preocupada com a avaliação de processos políticos: coalizões são, a princípio, fáceis de serem construídas sobre princípios gerais meritórios, mas difíceis de serem mantidas e de funcionarem a partir do detalhamento de metas e objetivos comuns (WEISS, 1998). O diálogo em torno do DLIS foi bem-sucedido enquanto estavam em jogo o planejamento e a negociação das iniciativas intersetoriais, mas no momento de desenhar ações específicas no território, perde sustentabilidade e a agenda não se efetiva (BODSTEIN E ZANCAN, 2002).

Reorientação do Centro de Saúde Escola (CSGSF) da ENSP

Presente em 95% das municipalidades brasileiras o Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia prioritária do governo federal no Brasil voltado para o fortalecimento e reestruturação da atenção primária em saúde desde meados da década de 1990. O PSF enfatiza não somente a assistência e o cuidado individual, mas também a promoção da saúde a partir da participação comunitária e das ações intersetoriais. Duas equipes de saúde da família estavam presentes em Manguinhos, gerando um conjunto de estratégias de aproximação direta com moradores e comunidades, justamente baseadas nos princípios de um modelo ampliado de atenção à saúde incluindo princípios da promoção da saúde.

O envolvimento do CSGSF nesse esforço de participação e mobilização da comunidade local foi muito importante. Por um lado, por garantir um espaço concreto de articulação de interesses dos profissionais, pesquisadores e dos representantes comunitários. Por outro, pelo fato da unidade de saúde ser responsável na região pela prestação de serviços de atenção primária por mais de trinta anos, acabava por conferir a ENSP e ao DLIS credibilidade e reconhecimento por parte da comunidade. Dessa forma, profissionais voltados para a atenção primária e pesquisadores poderiam interagir para o desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde e reorientação do serviço de atenção à saúde.

A presença do Programa Saúde da Família em Manguinhos foi crucial para o debate acerca da reorientação do Centro de Saúde Escola junto com o DLIS, contribuindo decisivamente para a mobilização da comunidade. Além disso, essa mobilização ganha novo sentido e intensidade a partir da utilização de uma metodologia de Diagnóstico Participativo (FCDDH, 2000) a partir das entrevistas com lideranças comunitárias acerca dos principais problemas e demandas locais. As duas intervenções no território intensificaram e revitalizaram os espaços de representação dos moradores, constituindo certamente um divisor de águas no processo. Jovens moradores foram envolvidos na seleção e capacitação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) integrando a composição das equipes multidisciplinares do PSF. Agindo como mediadores entre profissionais da saúde e população local, os agentes comunitários apareciam como elos estratégicos para a reorientação dos serviços de saúde dentro da lógica da promoção de ações de mobilização a partir dos problemas

diagnosticados no local. Ao cadastrar e visitar as famílias, os agentes comunitários contribuíram para estreitar o diálogo entre as equipes do PSF e as condições de vida e saúde percebida pelos moradores e lideranças locais.

Entrevistas com os profissionais das equipes do PSF pela equipe de avaliação durante o processo de implantação ressaltaram as dificuldades dos ACS e do PSF com o desenvolvimento de atividades educativas e de promoção da saúde. A principal dificuldade vinha da lógica da clínica e do modelo assistencial frente a uma perspectiva que compreende ações mais abrangentes de promoção da saúde (SENNA, MELLO E BODSTEIN, 2002). Profissionais entrevistados deixaram claro que a demanda da população por atenção médica – justificada pela carência e o déficit assistencial – e uma persistente concepção de saúde focada nas enfermidades e no adoecimento – acabavam por dificultar a reorientação do modelo assistencial.

Por outro lado, devido à proximidade dos agentes comunitários diante dos problemas sociais e de saúde locais – já que eles mesmos eram residentes nas comunidades – possibilitou que fosse capacitados para identificar um amplo quadro de problemas locais que demandavam soluções intersetoriais. Assim, as equipes do PSF, seguindo à lógica da promoção da saúde, acabam por reforçar a necessidade de que ações intersetoriais fossem inseridas na rotina do cuidado à saúde prestado pelo Centro de Saúde da ENSP. Como resultado, a gestão dessa unidade de saúde – parceira da coordenação do DLIS e de todo o processo de mobilização comunitária – acaba por propor um novo modelo de gestão intersetorial com o objetivo de compartilhar responsabilidades pelas decisões relacionadas às questões locais de saúde de Manguinhos (REIS E VIANNA, 2002).

A equipe de avaliação traz à tona os desafios das ações intersetoriais no nível dos serviços de atenção primária em saúde na medida em que requer um grande dispêndio de energia e de tempo por parte de gestores e profissionais. Como a literatura tem ressaltado, frequentemente, profissionais dos diversos serviços sociais desenvolvem práticas desarticuladas umas das outras, voltadas para prioridades e metas específicas do seu próprio serviço, e com baixa prioridade aquelas práticas mais colaborativas com outros setores (CHEN, 1990). A implementação de ações intersetoriais no Centro de Saúde revelaram a dificuldade de manter parcerias e trabalho colaborativo em relação à demanda de soluções integradas no território, tanto em referência aquelas de curto prazo como em relação à demanda mais estruturais.

Envolvimento do governo municipal

Apesar do seu envolvimento e motivação, o papel do governo municipal ficou aquém do esperado. O município não conseguia dar uma resposta satisfatória para a questão da infraestrutura básica e a segurança pública em Manguinhos, e as terríveis condições de vida permaneciam sem perspectiva de investimentos para sua melhoria. Ocorre uma baixa adesão de alguns setores da administração pública e a retirada de outros setores importantes que haviam aderido ao DLIS no seu início. Essa etapa coincide com a campanha para as eleições municipais, o que implicou num enfraquecimento do diálogo entre diversos setores e do próprio DLIS com a prefeitura. Assim, a proposta da macrofunção das ações do governo municipal, em parceria com grandes setores das empresas públicas, ficou ameaçada e foi interrompida menos de um ano depois.

A avaliação do processo em Manguinhos exemplificou com clareza a afirmação de que

[...] coalizões são fáceis de serem constituídas a partir de objetivos nobres, mas genéricos, quando todos os membros parecem ter um motivo para participar. Porém, diante de metas operacionais específicas, envolvendo alocação de recursos e trocas efetivas, as diferenças no e os conflitos no interior das coalizões ficam evidentes. (WEISS, 1998)

Além disso, evidenciou que ações intersetoriais por mais bem intencionadas que sejam são constantemente ameaçadas pela fragmentação institucional e descontinuidade administrativa.

A avaliação do processo demonstrou claramente que foi importante para a mobilização da comunidade que o DLIS acolhesse as grandes questões e problemas estruturais que marcam a precariedade do contexto local e tem grande impacto social e político. Ao mesmo tempo, pode analisar que o encaminhamento e alguma resposta do setor público para essas questões – que envolviam vultosos investimentos e compromissos intersetoriais entre as esferas estaduais e municipais – não se concretizou, ficando sem a devida contrapartida e solução, fragilizando a implementação do DLIS. Enfim, a centralidade dessas questões para as principais lideranças comunitárias e a ausência de resposta ou encaminhamento por parte do poder público contribuíram para uma desmobilização em torno do programa.

Participação comunitária e mediação sociocultural

A concepção original do DLIS valorizava explicitamente a perspectiva de empoderamento comunitário e de participação ativa e genuína, em oposição a uma participação simplesmente legitimadora da intervenção proposta (Ferreira e Buss, 2002). Estava claro para os tomadores de decisão que o sucesso da implementação do programa em um contexto socioeconômico tão adverso, precisava do apoio, de uma ampla mobilização comunitária e da adesão de seus representantes locais. A estratégia de mobilização teve por base o “Diagnóstico Participativo Rápido” (DPR), que sensibilizaria a comunidade em torno do DLIS e culminaria na construção do chamado “Fórum de Desenvolvimento Local”.

O diagnóstico foi conduzido pela Fundação Bento Rubião (FCDDH, 2000) e consistiu de uma intensa pesquisa de campo e uma série de entrevistas e contatos e para identificar as lideranças e organizações comunitárias mais relevantes com conhecimento da história do território, da identidade das diversas comunidades locais e das características socioculturais de Manguinhos. O DPR foi uma estratégia fundamental para impulsionar a mobilização da comunidade, o reconhecimento das principais lideranças, o levantamento das demandas locais vis-à-vis a uma grande mobilização em torno do “Fórum de Desenvolvimento Local”.

Os efeitos e resultados da mobilização e do debate com as lideranças locais podem ser vistos por meio da multiplicação de encontros, assembleias, e outros fóruns comunitários específicos e que ganham visibilidade por meio da formação de grupos temáticos, vídeos, panfletos e *posters* espalhados por toda a região, explicando o significado e as propostas do DLIS. O mais significativo foi a inauguração do Fórum, rebatizado de “Acorda Manguinhos”, congregando mais de 50 lideranças locais (SANTOS E MARTINS, 2002). Desde o início, o Fórum mostrou ser um espaço altamente politizado, deixando claro tanto o sucesso da estratégia de mobilização, como os conflitos profundamente enraizados e interesses divergentes entre as representações comunitárias. Isto é, por um lado, o fórum mostrou

a enorme receptividade e o alto grau de adesão dos participantes – e de novas lideranças locais emergentes – a proposta do DLIS. Ao mesmo tempo, revelava os impasses e dificuldades de diálogo com as associações de moradores há muito tempo presentes e atuantes em Manguinhos e que monopolizavam o diálogo e a interação política com o poder público. Um mosaico de associações comunitárias e organizações não governamentais com alcance e visão divergente sobre o mérito o potencial de um novo arranjo cooperativo, refletia as tensões e conflitos históricos da vida associativa local.

Conflitos e discordâncias ocorreram em todos os circuitos de negociações setoriais e da formação de uma agenda local integrada. Porém, um momento de intenso conflito em torno do programa emerge a partir do enfraquecimento da coalizão e das parcerias responsáveis pelos esforços iniciais em torno da concepção do DLIS. O grupo de avaliação, observando e registrando as mudanças em torno do processo decisório, tratou de monitorar os impasses que culminaram nas negociações em torno do Fórum e da agenda de desenvolvimento local. O grupo de avaliação desenhou um estudo junto com as lideranças comunitárias, as associações de mulheres e as novas lideranças que se fortaleciam na organização do Fórum Comunitário – para identificar e dar visibilidade as iniciativas sociais e recursos existentes em Manguinhos. Isto é, tratou de entender mais profundamente a clivagem existente entre as organizações presentes nas comunidades e também analisar o capital social e cultural presente. (COLEMAN, 1990; PUTNAM, 1996). A pesquisa resultou em uma publicação chamada *Guia de Equipamentos e Iniciativas Sociais de Manguinhos* (BODSTEIN *et al.*, 2001) voltada para identificar atores e iniciativas de inclusão social, espaços de convivência e presença do poder público. Voltada para o reconhecimento do espaço de convivência e sociabilidade local, a estratégia metodológica acabou por ser uma ferramenta útil para impulsionar o reconhecimento do território pelos próprios moradores, bem como o diálogo e a articulação intersetorial. O estudo evidenciou a forte presença e a importância dos grupos religiosos que respondiam por um conjunto considerável de iniciativas sociais na área diante da fragmentação e desarticulação entre os escassos e precários equipamentos públicos existentes.

As comunidades de Manguinhos revelam uma história prévia de mobilização comunitária que envolvia uma renovação de lideranças, e a emergência de uma série de iniciativas em torno dos direitos civis e sociais. Questões socioculturais e de habitação saúde e saneamento, bem como a mobilização dos jovens, mulheres e portadores de HIV e doenças crônicas não transmissíveis – faziam interface com o CSESGF. Esse conjunto de iniciativas estava, portanto, em interface com práticas de prevenção e promoção da saúde, exigindo respostas inovadoras do Centro de Saúde Escola e das equipes de Saúde da Família.

Por outro lado, a análise realizada pela equipe de avaliação em torno das informações geradas pelo Diagnóstico Rápido Participativo (FCDDH, 2000) permitiu compreender e refletir sobre as necessidades percebidas pelos moradores e lideranças locais. Ficou clara a presença de demandas tradicionais da comunidade, tais como, moradia, saneamento básico, e ao mesmo tempo, um conjunto de demandas e reivindicações em torno da educação e da preocupação com a ociosidade dos jovens, sem escola e sem trabalho, e, por isso mesmo, demandas por atividades e espaços recreativos e iniciativas especialmente voltadas para crianças e jovens. A análise do contexto permitiu avaliar o capital social como um mecanismo para a colaboração local e mediação cultural, fundamental para a vida associativa em uma região de intensa violência, e de presença de grupos ligados ao tráfico de drogas (BODSTEIN *et al.* 2001; PERES *et al* 2005; ZANCAN, *et al* 2002).

Vida associativa em Manguinhos

Um novo estudo foi conduzido visando aprofundar a compreensão da vida associativa da região e identificação das relações de solidariedade, cooperação e confiança. O objetivo principal era buscar os fatores explicativos dos impasses que emergiram no Fórum e no diálogo com o DLIS. Foi aplicado um questionário com as principais lideranças locais sobre as percepções em torno da mobilização, da participação e dos determinantes históricos da vida associativa. O resultado do questionário evidenciou os conflitos entre as associações de moradores que há muito tempo tinham conquistado o monopólio da representação política oficial, e as novas lideranças e ONGs que surgiram mais recentemente questionando este domínio político local, e reivindicando formas mais plurais e dinâmicas de organização e de representação. Isto é, expôs com clareza a clivagem existente entre representantes comunitários, a emergência de novos grupos e lideranças que direta ou indiretamente ameaçavam o modo usual de fazer política em Manguinhos, que ocorria por via das tradicionais associações de moradores (Bodstein, 2001). Também foi possível perceber o papel fundamental desempenhado pelas novas lideranças e organizações na mediação/tradução entre as demandas comunitárias e o setor público – bem como o significado que demandas em torno dos direitos civis, esporte, cultura e lazer vinham adquirindo para a vida associativa local.

Em Manguinhos, os mediadores culturais, junto com os profissionais responsáveis pelos serviços sociais e ações educativas, respondiam em grande parte pelos vínculos entre comunidades, por um lado, e grandes organizações e instituições, por outro – sendo a principal fonte de capital social na comunidade. A avaliação, e o conjunto de estratégias metodológicas adotadas, permitiu aumentar a compreensão de como é possível promover capacitação e empoderamento coletivo em comunidades excluídas e empobrecidas, dando visibilidade a processos que resultaram em maior habilidade para o trabalho de cooperação e de vocalização das demandas por melhorias locais (e.g. Jackson *et al.*, 2003). Nas comunidades de Manguinhos demandas em torno da educação, esporte e lazer eram postas em segundo plano, diante de reivindicações em torno de serviços de infraestrutura, como habitação e saneamento. Era necessário identificar as forças e os mecanismos que limitavam tanto as oportunidades em propor novas intervenções e estratégias, como para responder a estas forças e apostar em formas de associação mais autônomas e independentes (BAUMAN, 2003; GIDDENS, 2002). Preocupações como o desemprego, emprego informal, falta de oportunidades de qualificação e capacitação, bem como a enorme ociosidade entre os jovens de Manguinhos era uma demanda crescente e vocalizada pelas lideranças locais. Nesse contexto, espaços e atividades de recreação e de cultura passam a ser valorizados diante do seu potencial para reforçar uma sociabilidade positiva, afirmar identidades e melhorar a autoestima dos moradores. Por meio dessas atividades, as lideranças comunitárias e os mediadores culturais ganham visibilidade e reconhecimento na comunidade (ALVITO, 2001). Essas atividades, enfim, são cruciais para os jovens, para o empoderamento da comunidade, gerando estratégias diversificadas que reforçam e revitalizam o capital social na comunidade.

A pesquisa da vida associativa local mostrou a presença de fortes constrangimentos para a ação coletiva e para a colaboração horizontal. O trabalho colaborativo para reforçar as demandas por melhorias locais era ameaçado por conflitos de interesses entre grupos importantes, representativos das diversas organizações comunitárias. Práticas paternalistas anacrônicas estavam presentes e atuantes, criando relações verticais de dependência e subordinação da população para com suas lideranças locais, e, destes em relação aos partidos políticos, instituições e o setor público em geral.

Violência como ameaça à vida associativa

A crescente violência que atinge tanto países desenvolvidos como os de médio desenvolvimento enfraquece a vida associativa e a solidariedade (JACKSON *et al.*, 2003; WACQUANT, 2001), como foi possível evidenciar no caso de Manguinhos. A concentração em um mesmo território de um número considerável de adultos e jovens marginalizados, sem direitos básicos de cidadania, discriminados e estigmatizados, acaba por justificar o rótulo de gueto dados a estes territórios (SANTOS E MARTINS, 2002). Na medida em que são rotuladas de áreas perigosas, o estigma da violência marca seus moradores, e particularmente, os jovens do local – que ou são vistos como marginais ou vistos como prestes a ingressarem na carreira do crime (RINALDI, 1998). Como outros preconceitos, esse estigma tem o potencial de ser autoassimilado, reforçando a aderência dos jovens à violência e à marginalidade. Assim, o tráfico de drogas e a violência tornam a representação central da autoridade e do poder nessas áreas, impactando diretamente a socialização de jovens e crianças, as redes de reciprocidade e solidariedade, bem como os valores compartilhados pelos moradores (ZALUAR, 1997).

Iniciativas que reforcem valores positivos e autoestima são crescentemente pré-requisitos para melhorar a qualidade de vida em áreas estigmatizadas. A avaliação da vida associativa permitiu entender que mediadores sociais presentes em Manguinhos são perfeitamente conscientes do papel e da responsabilidade do seu trabalho. Como a maioria é morador (ou extremamente próximos a eles) desempenham papel estratégico nas iniciativas de empoderamento e construção do capital social local. O estudo também evidenciou que mecanismos de democratização, participação e inovação presentes nas comunidades são de mão-dupla: o governo precisa abrir canais de participação e de expansão do espaço público nas comunidades, enquanto as lideranças comunitárias precisam compartilhar responsabilidade pelas ações locais que tenham potencial para reforçar a solidariedade (JACOBI, 2002). No caso do DLIS-Manguinhos, o governo municipal estava em um primeiro momento aberto como parceiro e interlocutor, mas logo em depois se retira, tornando insustentáveis as principais demandas e soluções encaminhadas pelas comunidades, e ameaçando a própria iniciativa do DLIS.

Reflexão sobre a prática avaliativa

A abordagem avaliativa descrita aqui foi aplicada a uma iniciativa abrangente de promoção da saúde, a partir de uma perspectiva de desenvolvimento local, em uma área extremamente pobre e violenta da cidade do Rio de Janeiro. A natureza inovadora do programa e os impasses na sua implementação exigiram uma abordagem avaliativa que documentasse a inédita interlocução intersetorial, com intensa mobilização comunitária. A característica mais desafiadora do programa foi exatamente a participação das lideranças comunitárias junto ao grupo coordenador no processo de tomada de decisão que incluía organizações de pesquisa, serviços de saúde, setores do governo municipal e estadual, companhias privadas e demais organizações e serviços públicos presentes na área.

O fato de que a equipe de avaliação teve presença nos encontros periódicos promovidos pela coordenação do DLIS permitiu a observação direta e o registro das numerosas dificuldades e impasses nas negociações, na integração das agendas e na implementação de ações intersetoriais, tanto no âmbito governamental como comunitário. A abordagem avaliativa se beneficiou de um processo reflexivo dado pela observação direta do processo decisório e do debate das propostas. O conhecimento do desenho do programa, dos seus objetivos, dos dilemas em torno da implemen-

tação, do contexto altamente problemático e dos impasses que emergiam no processo decisório orientaram as questões avaliativas.

Enfim, a avaliação esteve focada nos princípios e objetivos que orientaram o desenho do programa, isto é, em uma perspectiva abrangente dos determinantes sociais, ambientais, culturais, políticos da promoção da saúde e do desenvolvimento local. Diante de um contexto altamente problemático, onde a entrada em campo e circulação no território era difícil, por um lado, e sujeito a constantes mudanças e negociações entre os inúmeros atores mobilizados por outro – a dinâmica da implantação e implementação do programa ganha relevância. A avaliação envolvendo múltiplos processos, componentes e mecanismos não poderia deixar de lado a complexidade da relação do programa vis-à-vis seu contexto. Duas grandes questões avaliativas foram examinadas: (1) o processo de diálogo e negociação de estratégias intersetoriais em Manguinhos e, (2) a mobilização e necessária participação e empoderamento das lideranças comunitárias na construção de um consenso em torno de uma agenda local de desenvolvimento.

A avaliação revelou um contexto participativo e organizacional conflituoso e contrário a ações colaborativas. A reflexão analítica sobre os impasses e obstáculos ao processo colaborativo foi essencial para a credibilidade do processo avaliativo diante de um cenário de crescente diversidade e aprofundamento dos conflitos políticos. O contexto modelou e definiu os limites do programa e as próprias questões avaliativas, voltadas para iluminar fatores explicativos dos impasses na implementação de estratégias que buscavam lidar com um conjunto amplo de determinantes sociais da saúde DSS. Nesse caso, os chamados DSS foram analisados por meio da compreensão da vida associativa em Manguinhos, da complexidade das demandas locais (habitação e saneamento) e a timidez (ou completa incompetência) do setor público em propor e encaminhar soluções.

O contexto foi construído e analisado como um conjunto estruturado de relações que definem as práticas sociais, os interesses políticos presentes e as demandas da comunidade, identificando tanto o potencial para a participação e para o diálogo, como resistências ao programa e as propostas de mudança. O uso da metodologia qualitativa, e de técnicas da pesquisa etnográfica, para entender os interesses que modulam as práticas e estruturam as relações presentes historicamente nas comunidades foi fundamental. Nesse sentido, somente por meio da identificação e empoderamento de novos atores estratégicos interesses – os chamados mediadores culturais –, identificando sua trajetória, possibilitou entender os conflitos e o potencial da vida associativa local, o capital social presente e os impasses no diálogo intersetorial.

O processo de avaliação demonstrou que definir e analisar o contexto é fundamental para produzir conhecimento sobre a experiência local. No caso de Manguinhos, como vimos, foi analisado um conjunto de relações e interesses vinculados à esfera governamental e um espaço definido por interesses comunitários conflitantes de acordo com a maior ou menor aderência das lideranças ao jogo político tradicional. Essas relações, mantidas e alimentadas por um ambiente altamente politizado, marcavam os limites de um contexto não muito favorável a construção de consenso e de interlocução intersetorial. A falta de integração entre setores e agências governamentais, e o fato de que cada setor não abrir mão de seus interesses e objetivos próprios, foi um resultado importante. Por outro lado, o Centro de Saúde da ENSP favorecia a um debate em torno dos princípios e estratégias da promoção da saúde e da ação intersetorial com participação comunitária, na medida em que detinha reconhecimento de amplos atores comunitários.

Além de descrever ações e desafios a implementação de uma agenda integrada, a avaliação tratou de explicar estes fatores por meio de uma análise do contexto socioespacial que estruturava práticas e modelava relações e circuitos políticos locais vigentes. O processo avaliativo descreveu questões estruturais que impediam a implementação satisfatória de um programa de desenvolvimento local, que dependia em grande medida, da expansão e sustentabilidade do processo de mobilização intersetorial e principalmente da vitalidade dos mecanismos de participação das organizações comunitárias locais (BARNES *et al.*, 2003).

O processo avaliativo no projeto de Manguinhos foi conduzido em estreita proximidade com atores comunitários estratégicos para o processo de revitalização sociocultural. A colaboração com estes atores e organizações desde a fase do diagnóstico participativo, permitiu o mapeamento dos principais atores e dos espaços e redes de solidariedade que constituíam o capital social presente na comunidade, captando os movimentos de autonomia e revitalização cultural. O trabalho com os atores comunitários foi decisivo para a avaliação dos processos de renovação e de mapeamento dos novos circuitos sociopolíticos. Desse ponto de vista, foi desenhada uma avaliação participativa a partir da contribuição dos grupos responsáveis pela revitalização das atividades políticas e de construção de solidariedade e sociabilidade em um contexto tão adverso e tão carente. A identificação do papel e da contribuição dos chamados mediadores culturais para a criação de capital social foi um dos resultados revelados pela avaliação

Conclusão

Várias estratégias avaliativas foram discutidas aqui tendo em vista a diversidade de dimensões e níveis presentes no projeto DLIS. Procuramos sistematizar a opinião dos profissionais da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz) sobre o processo de fortalecimento das práticas na perspectiva da promoção da saúde. Também foi enfatizada a análise do processo de implantação e implementação do DLIS por meio do diálogo, formação de parcerias e mobilização de atores institucionais e não institucionais. Isso envolveu um processo sistemático de reflexão sobre duas das principais dimensões presentes em um programa de promoção da saúde e de desenvolvimento social: uma abordagem intersetorial e uma mobilização e participação comunitária.

A avaliação procurou focar nos elementos mais inovadores da proposta e por isso mesmo os mais desafiantes, – cujo principal objetivo foi construir e pactuar uma agenda de desenvolvimento social em um território estigmatizado como extremamente violento e com déficits históricos de infraestrutura e de serviços urbanos básicos. O projeto envolveu desde propostas em torno de projetos de habitação e de saneamento, geração de emprego e renda até a reorientação do Centro de Saúde Escola, o único serviço de atenção primária presente na região o que poderia ser visto como pré-requisitos para promover a inclusão social e diminuir os níveis de violência. Sem dúvida, um programa ambicioso envolvendo questões muito complexas e impossíveis de serem equacionadas sem um diálogo intersetorial e investimentos públicos vultosos.

As questões avaliativas tentaram capturar a complexidade do processo envolvendo a melhoria da qualidade de vida e a promoção da saúde em um contexto político e social extremamente adverso. Impasses na negociação de uma agenda comum para a área diante da diversidade de atores e de interesses – acadêmicos, governamentais (dos níveis estaduais e municipais), e não

governamentais, ficou evidente. A avaliação tratou de a interdependência entre o programa e seu contexto, já que reorientações e mudanças foram frequentes nos dois anos de implementação. Esse foi um longo processo de articulação de uma agenda comum, integrando ações intersetoriais em um programa circunscrito territorialmente, que refletiu as mudanças e as negociações difíceis entre os diversos atores cujos interesses político-partidários se subsumidos nas etapas iniciais, acabaram aflorando e comprometendo o diálogo e o envolvimento dos atores. Esses interesses estavam fortemente enraizados na comunidade o que permitiu analisar os impasses existentes na vida associativa em Manguinhos.

A condição de avaliadores como observadores diretos das reuniões do DLIS e de todo o desdobramento das ações desde seu início, permitiu o surgimento das questões e da própria abordagem avaliativa. Enfim, a participação e acompanhamento do complexo processo decisório vis-à-vis a autonomia em refletir sobre os impasses da cooperação e da ação coletiva junto aos atores estratégicos e as lideranças comunitárias, possibilitaram as práticas avaliativas aqui apresentadas.

Referências Bibliográficas

Abrasco. Oficina pesquisa avaliativa em promoção da saúde e desenvolvimento comunitário. **V Congresso Brasileiro de Epidemiologia**. Curitiba, Paraná, 2002.

ALVITO, M. **As cores de Acari**: uma favela carioca. Rio de Janeiro: Editora FVG, 2001.

BARNES, M.; MATKA E.; SULLIVAN, H. Evidence, understanding e complexity: evaluation in non-linear systems. **Evaluation**, vol. 9, n. 3, p. 265-284, 2003.

BAUMAN, Z. **Comunidade**: a busca por segurança no mundo atual. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

BODSTEIN, R.; ZANCA, L.; ESTRADA, D. **Guia de equipamentos e iniciativas sociais em Manguinhos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

BODSTEIN, R.; ZANCAN, L. Avaliação das ações de promoção da saúde em contextos de pobreza e vulnerabilidade social. In: ZANCAN, L.; BODSTEIN, R.; MARCONDES, W.B. (Eds.). **Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local**: a experiência em Manguinhos/RJ. Rio de Janeiro: Abrasco/Fiocruz, 2002. p. 39-59.

_____; _____. Monitoramento e avaliação do programa de desenvolvimento local integrado e sustentável. **The integrated local development project**. Relatório de Pesquisa, Manguinhos, 2003.

BUSS, P.M.; RAMOS, C.L. Desenvolvimento local e Agenda 21: desafios da cidadania. **Cadernos da Oficina Social**, Rio de Janeiro, vol. 3, p. 13-65, 2000.

Canadá: Brazil Technology Transfer Foundation. **The integrated local development project**. HIPIA. Closing Report, 2003.

CARVALHO, A.I.; BODSTEIN, R.; HARTZ, Z.; MATIDA, A.H. Concepções e abordagens na avaliação em promoção da Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 9, n. 3, 2004.

CHEN, H.T. **Theory**: driven evaluation. Newbury Park: Sage, 1990.

- COLEMAN, J.S. **Foundation of social theory**. Cambridge: Harvard University Press, 1990.
- CONNELL, J.P.; KUBISH, A.C. Applying a theory of change approach to the evaluation of comprehensive community initiatives: progress, prospect e problems. In: *New Approaches to Community Initiative. (II), Theory, measurements e analysis*. Washington: Apsen Institute, 1998.
- DENIS, J.; CHAMPAGNE, F. **Análise da implantação: avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas**. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 1997.
- FERREIRA, J.R.; BUSS, P.M. O que desenvolvimento local tem a ver com a promoção da saúde? In: ZANCAN, L.; BODSTEIN, R.; MARCONDES, W.B. (Eds.). **Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência em Manguinhos/RJ**. Rio de Janeiro: Abrasco/Fiocruz, 2002. p. 15-37.
- Fundação Centro de Defesa dos Direitos Humanos Bento Rubião (FCDDH). **Diagnóstico rápido participativo das comunidades de Manguinhos**. Rio de Janeiro: [s.n], 2000.
- GIDDENS, A. **Modernidade e identidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.
- HARTZ, Z. Pesquisa avaliativa em promoção da saúde. In: BUSS, P.M. (Ed.). **Promoção da saúde e saúde pública: contribuição para o debate entre as escolas de saúde pública da América Latina**. 1999. (manuscript.)
- HARTZ, Z.M.A.; RAMOS, C.L.; MARCONDES, W. Lições aprendidas do projeto promoção da saúde em ação. In: ZANCAN, L.; BODSTEIN, R.; MARCONDES, W.B. (Ed.). **Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência em Manguinhos/RJ**. Rio de Janeiro: Abrasco/Fiocruz, 2002. p. 61-78.
- Health Action Zones/Just do something. Disponível em: <<http://www.justdosomething.net>>.
- Health Action Zones/Merseyside. Disponível em: <<http://www.ohn.gov.uk>>.
- Health Action Zones/Our Healthier Nation. Disponível em: <www.ohn.gov.uk>.
- JACKSON, S.F.; CLEVERLY, S.; POLAND, B.; BURMAN, D.; EDWARDS, R.; ROBERTSON, A. Working with Toronto neighborhoods toward developing indicators of community capacity. **Health Promotion International**, vol. 18, n. 4, p. 339-350, 2003.
- JACOBI, P. Políticas sociais locais e os desafios da participação cidadina. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 7, n. 3, 2002.
- KRUTMAN, H.M. **Fatores críticos no êxito da gestão de projetos de desenvolvimento local integrado e sustentável**. 2004. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção). Universidade Federal do Rio de Janeiro, COPPE, 2004.
- PAWSON, R. Evidence-based policy: the promise of Realist Synthesis. **Evaluation**, vol. 8, n. 3, p. 340-358, 2002.
- PAWSON, R. Nothing as practical as a good theory. **Evaluation**, vol. 9, n. 4, p. 471-490, 2003.
- PAWSON, R.; TILLEY, N. **Realistic evaluation**. London: Sage, 1997.
- PERES, F.; BODSTEIN, R.; MARCONDES, W.; RAMOS, C.; LAZER. Esporte e Cultura na

Agenda Local: a experiência de Promoção da Saúde em Manguinhos. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 10, n. 3, 2005.

POTVIN, L.; RICHARD, L. Evaluating community health-promotion programs. In: ROOTMAN, I.G. *et al.* (Eds.). **Evaluating health-promotion programs**. In: ROOTMAN, I.G. *et al.* (Eds.). **Evaluation in Health Promotion: principles e perspective**. Copenhagen: WHO Regional Publications, 2001. European Series 92.

POTVIN, L.; HASSAD, S.; FROHLICH, K.L. Beyond process e outcome evaluation: a comprehensive approach for evaluating health-promotion programs. In: ROOTMAN, I.G. *et al.* (Eds.). **Evaluation in health promotion: principles e perspective**. Copenhagen: WHO Regional Publications, 2001. European Series 92.

PUTNAM, R. **Comunidade e democracia: a experiência da Itália Moderna**. Rio de Janeiro: FGV, 1996.

REIS, I.N.C.; VIANNA, M.B. Promoção da saúde e reorientação do serviço: a experiência do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria. In: ZANCA, L.; BODSTEIN, R.; MARCONDES, W.B. (Eds.). **Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência em Manguinhos/RJ**. Rio de Janeiro: Abrasco/Fiocruz, 2002. p. 111-157.

RINALDI, A. Marginais, delinquentes e vítimas: um estudo sobre a representação da categoria favelado no tribunal do júri da cidade do Rio de Janeiro. In: ZALUAR, A.; ALVITO, M. (Eds.). **Um século de favela**. Rio de Janeiro: FGV, 1998. p. 299-322.

ROOTMAN, I. **Evaluation in health promotion: principles and perspective**. WHO Regional Publications, European Series 92, 2001.

SANTOS, J.L.; MARTINS, I. O fórum Acorda Manguinhos: um olhar sobre a participação comunitária e o desenvolvimento local. In: ZANCAN, L.; BODSTEIN, R.; MARCONDES, W.B. (Eds.). **Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência em Manguinhos/RJ**. Rio de Janeiro: Abrasco/Fiocruz, 2002. p. 215-224.

SENNA, M.; MELLO, A.; BODSTEIN, R. A estratégia da saúde da Família no DLIS Manguinhos. In: ZANCAN, L.; BODSTEIN, R.; e MARCONDES, W.B. (Eds.). **Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência em Manguinhos/RJ**. Rio de Janeiro: Abrasco/Fiocruz, 2002. p. 189-214.

SHADISH, W.R.; COOK, T.D.; LEVITON, L.C. **Foundations of program evaluation: theories of practice**. Thousands Oaks, California: Sage, 1991.

SPRINGETT, J. Geographically-based approaches to the Integration of health promotion to health systems: a comparative study of two Health Action Zones in the UK Promotion e Education. **IUPHE/UIPES Supplement**, p. 39-44, 2005.

SULLIVAN, H.; BARNES, M.; MATKA, E. Building collaborative capacity through “Theories of Change”- early lessons from the evaluation of HAZ. **England. Evaluation**, vol. 8, n. 2, p. 205-226, 2002.

SULLIVAN, H.; JUDGE, K.; SEWELL, K. In the eye of the beholder: perceptions of local impact in English health action zones. **Social Science e Medicine**, vol. 59, p. 1.603-1.612, 2004.

THURSTON, W.; POTVIN, L. Evaluability assessment: a tool for incorporating evaluation in social change programs. **Evaluation**, vol. 9, n. 4, p. 453-469, 2003.

WACQUANT, L. **Os condenados da cidade**: estudo sobre marginalidade avançada. Tradução por João Roberto Martins Filho *et al.* Rio de Janeiro: Revan; FASE, 2001.

WEISS, C.H. Utilization of evaluation: toward comparative study. In: WEISS, C.H. (Ed.). **Evaluating action programs**: Reading in social action and education. Needham Heights. Mass, Allyn e Bacon, 1972.

WEISS, C.H. Understanding the program. In: WEISS, C.H. (Ed.). **Evaluation**: methods for studying programs and policies. New Jersey: Prentice Hall, 1998. p. 46-70.

ZALUAR, A. Exclusão e políticas públicas: dilemas teóricos e alternativas políticas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, vol. 12, n. 35, p. 29-47, 1997.

ZANCAN, L.; BODSTEIN, R.; MARCONDES, W.B. **Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência em Manguinhos/RJ**. Rio de Janeiro: Abrasco/Fiocruz, 2002.

CAPÍTULO 9 – MULTIESTRATÉGIAS NA AVALIAÇÃO DE INTERVENÇÕES COMUNITÁRIAS EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

ZULMIRA HARTZ, CARMELLE GOLDBERG, ANA CLAUDIA FIGUEIRO, LOUISE POTVIN

É consensual na literatura especializada a necessidade de se elaborar e conduzir uma avaliação da promoção à saúde e ciências sociais por meio de estratégias múltiplas.

Muitas intervenções de saúde baseadas em comunidades incluem uma combinação complexa de muitas disciplinas, com níveis variáveis de dificuldade de avaliação, mudando os cenários de forma dinâmica com o intuito de se compreender campos de ação multivariados, e talvez seja necessário combinar metodologias complexas com dedicação de tempo para estabelecer alguma relação causal. (McQUEEN e ANDERSON, 2001, p. 77)

No entanto, o significado do termo é bem diversificado. Para alguns, o termo refere-se ao uso de vários métodos e informações que possibilitam uma avaliação participativa de dimensões múltiplas, tais como resultado, processo, e contexto social e político (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2003; CARVALHO, BODSTEIN, HARTZ e MATIDA, 2004). Para outros, a utilização de métodos e estratégias múltiplas está fundamentada no desejo de se empregar modelos de paradigmas múltiplos (GOODSTADT, HYNDMAN, McQUEEN, POTVIN, ROOTMAN e SPRINGETT, 2001). De forma mais geral, porém, o termo refere-se a estudos que combinam métodos de investigação qualitativos e quantitativos (GREEN e CARACELLY, 1997; GENDRON, 2001). Entretanto, na literatura científica sobre avaliação, estratégias múltiplas referem-se à possibilidade de combinar todos os tipos de abordagens e modelos de avaliação de diversas categorias, tais como advocacia, avaliação motivada por reação e teoria (YIN, 1994; DATTA, 1997a; STUFFLEBEAM, 2001). Em todas essas referências, a utilização de uma avaliação de estratégias múltiplas é considerada a melhor abordagem para minimizar os problemas de legitimação referente à complexidade de intervenções de estratégias múltiplas e à pesquisa de avaliação em multicentros.

Apesar de a avaliação com múltiplas estratégias múltiplas ser muito recomendada para incrementar o conhecimento resultante de avaliações de intervenções para promover a saúde, infelizmente, é quase impossível prever sua real utilização e contribuição ao examinar sínteses de pesquisas. Tanto a meta-análise quanto outros métodos que utilizam sínteses de pesquisa são fundamentados num sistema de classificação de avaliação muito limitado do desenho de estudo, cujo objetivo é descobrir se foram conduzidos Experimentos Aleatoriamente Controlados (sigla em inglês – *RCT*) (HULSCHER, WENSING, GROL, WEIJDEN, e WEEL, 1999). Isso dificulta a capacidade de julgamento no que diz respeito à adequação das abordagens avaliativas, principalmente em relação às intervenções de estratégias múltiplas que caracterizam ações complexas com base na comunidade.

Considerando as demais dificuldades associadas às definições conceituais de promoção à saúde em comunidades (POTVIN e RICHARD, 2001; BOUTILIER, RAJKUMAR, POLAND, TOBIN e BADGLEY, 2001) e a ausência de uma tipologia padronizada para avaliações de estratégias múltiplas e suas implicações em relação à legitimação e utilidade prática de pesquisas, este capítulo ex-

plora as abordagens e modelos de estratégias múltiplas, implementados por avaliadores de promoção à saúde. Para isso, realizamos uma revisão sistemática de artigos científicos relatando avaliações de promoção à saúde em comunidades, conduzidas em países das Américas entre 2000 e 2005, e disponíveis em bancos de dados eletrônicos até maio de 2005. Concluída a revisão, nosso interesse era examinar a qualidade dessas avaliações por meio de indicadores de qualidade de padrão internacional de adequação para meta-avaliação, e de princípios e valores de promoção à saúde.

Nosso trabalho foi guiado por duas questões: (1) quais são as características do estudo de avaliação de intervenções de promoção à saúde?; e (2) até que ponto esses estudos seguem os padrões comuns e específicos de avaliação? A necessidade de padrões específicos origina-se do fato de que, para demonstrar tanto os efeitos esperados quanto os involuntários de forma convincente, uma avaliação deve empregar abordagens metodológicas coerentes com os princípios e valores de intervenções complexas de promoção à saúde em comunidades.

Métodos

Meta-avaliação

A meta-avaliação existe, informalmente, desde que avaliadores foram reconhecidos como profissionais, e como em todas as profissões, a qualidade do seu serviço deve ser avaliada. O objetivo geral da meta-avaliação é o desenvolvimento da capacidade em termos avaliativos. Cooksy e Caracelli (2005) destacaram que meta-avaliações conduzidas por meio de uma série de estudos são úteis na identificação dos pontos fortes e fracos de uma avaliação.

De forma sucinta, meta-avaliação é uma avaliação sistemática de um estudo avaliativo, com base, principalmente, em quatro categorias de padrão de avaliação consensualmente determinadas pela Associação Americana de Avaliação (sigla em inglês – *AEA*) para analisar programas sociais (STUFFLEBEAM, 2001, 2004; YARBROUGH, SHULHA e CARUTHERS, 2004), intervenções na saúde pública (CENTROS PARA CONTROLE DE DOENÇAS, 1999; HARTZ, 2003; MOREIRA e NATAL, 2006), além de programas comunitários (BAKER, DAVIS, GALLERANI, SANCHEZ e VIADRO, 2000). As quatro categorias mencionadas acima são definidas abaixo e a lista completa de padrões usados para cada categoria neste estudo encontra-se no Anexo 1.

A primeira categoria é chamada de padrão de utilidade e seus critérios referem-se à utilidade da avaliação. Juntos, os critérios elucidam questões diretamente relevantes aos seus usuários. Para este estudo, foram selecionados três critérios desta categoria. A segunda categoria é constituída de padrões de viabilidade que analisam se a avaliação é viável. O único critério selecionado desta categoria avalia se os interesses de vários grupos relevantes foram considerados no modelo da avaliação. A terceira categoria é composta de padrões de adequação e refere-se à ética envolvendo a avaliação. Os três critérios selecionados desta categoria analisam se a avaliação foi conduzida respeitando os direitos e interesses das partes envolvidas na intervenção. A quarta categoria é composta de padrões de precisão. Os 10 critérios selecionados desta categoria analisam se as características que determinam o mérito do programa de avaliação foram transmitidas de forma tecnicamente adequada durante o processo avaliativo.

Além destas quatro categorias de padrão, está sendo desenvolvida a noção de padrões abertos para enfrentar as dificuldades associadas com a exportação de categorias de padrão para diferentes culturas e contextos (LOVE e RUSSON, 2004), e para responder às questões referentes às práticas internacionais. Segundo Stufflebeam (2001), o principal desafio da meta-avaliação é equilibrar mérito e merecimento, elucidando como os estudos avaliativos analisados cumprem os requisitos de uma avaliação de qualidade (mérito) ao mesmo tempo em que atendem às necessidades do público, dando-lhe acesso à informação resultante da avaliação (merecimento). Apesar de associações de avaliadores profissionais reconhecerem estes padrões, também reconhecem que não funcionam como receitas. São pontos de partida úteis na realização de negociações e adaptações para determinadas situações enfrentadas pelos meta-avaliadores (WORTHEN, 1997).

Outra categoria de padrões abertos foi definida para este estudo de meta-avaliação. Esta categoria, chamada de padrões de especificidade, analisa se a avaliação foi teorizada de acordo com princípios de promoção à saúde com base em comunidades. De fato, a natureza complexa das intervenções para promover saúde nas comunidades requer abordagens avaliativas complexas e inovativas, por meio de uma série de métodos coerentes e consistentes com as iniciativas, cujo objetivo é introduzir mudanças em vários níveis. Além disso, estudos avaliativos devem ser legitimados, e permitir a identificação tanto de teorias quanto de mecanismos pelos quais ações e programas possam causar mudanças em contextos sociais específicos (FAWCETT, PAINE-ANDREWS, FRANCISCO, SCHULTZ, RICHTER, BERKLEY-PATTON, FISHER, LEWIS, LOPEZ, RUSSOS, WILLIAMS, HARRIS e EVENSEN, 2001; GOODSTADT *et al.*, 2001; GOLDBERG, 2005). Para essa meta-avaliação exploratória, adotamos padrões e critérios específicos de uma avaliação de qualidade que segue três princípios fundamentais de promoção à saúde com base em comunidades: capacitação e responsabilização da comunidade; divulgação de teorias ou mecanismos de mudanças; e avaliação de estratégias múltiplas. Este último princípio é definido pela combinação de análises quantitativas e qualitativas, além de fazer relações pertinentes entre teoria e métodos, e processo e resultados.

Com base nestes critérios, avaliamos e classificamos os artigos selecionados que relatam as intervenções com base em comunidades. Esta classificação foi realizada de forma anônima e nos moldes da meta-avaliação, seguindo a mesma atitude das sociedades dos avaliadores profissionais, *i.e.*, para reforçar a qualidade e a credibilidade da informação obtida por meio de estudos avaliativos (STUFFLEBEAM, 2001).

Coleta e análise de dados e análise

O primeiro passo foi selecionar os artigos a serem incluídos na meta-avaliação. Em seguida, foi realizada uma revisão sistemática da avaliação do programa de promoção à saúde com base em comunidades, disponível nos principais bancos de dados, tais como Índice Cumulativo sobre Enfermagem e Literatura Relacionada à Saúde (sigla em inglês – *CINHAL*) e a Biblioteca Virtual em Saúde do arquivo da Organização Pan-Americana da Saúde. Este arquivo foi escolhido por armazenar estudos realizados em inglês, francês, espanhol e português, conduzidos em todo o continente americano, ao acessar bancos de dados científicos proeminentes na área de promoção à saúde. Tais bancos de dados incluem *Lilacs* (Ciências da Saúde Latino-Americana e Caribenha), *SCIELO* (Biblioteca Científica Eletrônica Online), e *Medline* (Banco de Dados Internacional de Literatura Médica).

Três termos de busca foram cadastrados para identificar referências correspondentes, são eles: promoção à saúde, avaliação de programa e comunidade. Nossa busca inicial identificou 58 referências dos bancos *Lilacs-SCIELO (LeS)* e 120 referências do *Medline* e do *CINHAL (MeC)*, levando à segunda rodada de análises que revisaram resumos para verificar se a definição de intervenções de promoção à saúde em comunidades tinha sido adotada. Diferenças na configuração de busca padrão do *Medline* modificou ligeiramente nossa especificação de busca, enquanto que a possibilidade de restringir as buscas levou a resultados bem diferentes. A configuração de busca padrão do *Medline* exigiu, como um termo de busca, a especificação de características residenciais atribuídas à comunidade, e permitiu que tanto documentos com conteúdos completos quanto estudos avaliativos fossem usados como restrições de busca. A primeira restrição levou à *identificação de 53 estudos, excluindo revisões sistemáticas* da literatura relevante, comentários, livros e editoriais. Já a última identificou 23 estudos classificados pelos autores como estudos avaliativos.

O segundo passo envolveu a seleção de 29% (17/58) dos resumos referenciados no *LeS* e 23% (28/120) dos encontrados no *MeC* de acordo com uma ampla definição de “intervenções de promoção à saúde em comunidade”. A definição por nós usada foi fundamentada em Potvin e Richard (2001) e em Hills, Carol e O’Neill (2004) que limitaram o termo intervenções em comunidade a intervenções de estratégias múltiplas complexas, concentraram em várias metas envolvendo mudanças (individuais e ambientais), e fizeram que as comunidades se comprometessem a um nível mínimo de participação. Tais intervenções são geralmente caracterizadas como desenvolvimento comunitário, mobilização comunitária, intervenção com base na comunidade, e iniciativas estimuladas pela comunidade (BOUTILIER *et al.*, 2001). O terceiro e último passo na seleção de artigos baseou-se no consenso entre dois revisores que leram os textos por completo. Nos casos em que não houve consenso, requisitou-se um terceiro revisor. Nesse estágio final, selecionamos artigos elaborados para responder a pelo menos uma questão avaliativa referente ao programa estudado, com base na classificação de Potvin *et al.* (2001, p. 51) que estabelecem cinco categorias de questões avaliativas. São elas: 1) Questões de relevância: Qual é a verdadeira relevância dos objetivos do programa em relação às metas referentes a mudanças?; 2) Questões de coerência: Qual é o nível de coerência entre a teoria de problemas e a teoria de tratamentos que conecta as atividades do programa?; 3) Questões no que diz respeito à capacidade de resposta: Qual é a capacidade de resposta do programa em relação às mudanças referentes às condições ambientais e de implementação?; 4) Questões de realização: O que as atividades e os serviços do programa alcançaram?; 5) Resultados: As atividades e os serviços do programa são relacionados a quais mudanças?

Os 27 artigos selecionados e listados no Anexo 2 (entre os quais 19 são da América do Norte) foram lidos separadamente por dois codificadores independentes. Foram usadas quatro dimensões adaptadas de Goodstadt *et al.* (2001, p. 530) para descrever o programa analisado. São elas: 1) os objetivos da intervenção (melhorar a saúde e o bem-estar, reduzir a mortalidade e a morbidade, ou ambos); 2) o nível das mudanças almejadas como descrito nos objetivos da intervenção (aperfeiçoar a capacidade individual, reforçar a capacidade comunitária, ou desenvolver ambientes de apoio sociais e institucionais); 3) as estratégias de promoção à saúde utilizadas (educação e comunicação referente à saúde, desenvolvimento organizacional, desenvolvimento

de políticas de saúde, colaboração intersetorial, ou pesquisa); e 4) os principais resultados relatados. Segundo modelo de Goodstadt *et al.* (2001), as metas envolvendo as ações de promoção à saúde não devem se limitar à redução e prevenção de problemas de saúde. Tais metas devem incluir a melhoria da saúde e do bem-estar, com foco em diferentes níveis e determinantes de saúde, e a adoção de atividades estratégicas e operacionais para atingir objetivos nas áreas priorizadas pela Carta de Ottawa.

Três dimensões foram codificadas para caracterizar as abordagens de avaliação usadas nos estudos avaliativos. A primeira dimensão é relacionada à questão responsável por conduzir o estudo avaliativo (relevância, coerência, capacidade de resposta, realizações, ou resultados). A segunda analisa o foco principal da avaliação (processo, resultado, ou ambos). A terceira dimensão refere-se aos métodos utilizados (qualitativos, quantitativos, ou uma combinação de ambos).

Por último, cada estudo avaliativo foi classificado levando-se em consideração os quatro padrões da Associação Americana de Avaliação listadas no Anexo 1, e os cinco critérios referentes aos padrões de especificidade elaborados para este estudo. Devido ao fato de grande parte da informação necessária para avaliar os critérios dos padrões da Associação Americana de Avaliação, estarem disponíveis somente em relatórios originais, ou em estudos de avaliabilidade, cada categoria padrão foi avaliada de forma global. Os cinco critérios de especificidade e cada categoria padrão foram classificados de 0 a 10 por dois revisores independentes, segundo a classificação de Stufflebeam (1999): Fraco 0-2; Regular 3-4; Bom 5-6; Muito Bom 7-8; e Excelente 9-10. O coeficiente de correlação de 0,86 resultante da classificação dos revisores foi estimado por meio de três artigos selecionados aleatoriamente. Todas as análises estatísticas foram realizadas por meio do Epi Info 3.3.2.

Resultados

A Tabela 1 apresenta as características dos programas avaliados no artigo selecionado. Duas características seguem os princípios de promoção à saúde. Como apresentado na Tabela 1, somente uma minoria dos programas tinha como único objetivo a redução da mortalidade e da morbidade. Outro resultado positivo é o fato de que, além das metas referentes à mudança a nível individual, a grande maioria dos programas também tinha como objetivo mudanças a nível meso e macro, em 70% e 48% dos casos, respectivamente. Em relação a estratégias adotadas para promover a saúde, ou atividades realizadas para garantir que os objetivos possam ser atingidos, as relacionadas à educação e comunicação são implementadas com mais frequência, e aparentemente, são sempre associadas em clínicas locais. Curiosamente, todos os programas eram compostos de pelo menos dois tipos de ações que atendiam o requisito mínimo para serem classificadas como intervenção multiestratégica. Ainda mais curioso é que 20 dos 70 programas eram constituídos de três ou mais componentes. A presença de atividades de pesquisa, como parte de 13 das 27 intervenções, também parece indicar uma integração de desenvolvimento de conhecimento como uma estratégia interventiva. No entanto, é menos animador o fato de que somente a minoria dos programas aborda questões de políticas públicas. Quanto aos resultados da avaliação, não é surpreendente que a maioria deles relatou uma melhoria em termos de percepção, habilidades e comportamento. Por outro lado, poucos relataram efeitos positivos nas políticas públicas e maior equidade.

Tabela 1 – Principais características das intervenções avaliadas (n=27)

CARACTERÍSTICAS	N	%
Objetivos da Promoção à Saúde		
Melhoria da saúde e do bem-estar	9	33.3
Redução da mortalidade e da morbidade	5	18.5
Ambos	13	48.1
Objetivos/Níveis*		
Aumento da capacidade individual/Micro	20	74.1
Aumento da capacidade comunitária/Meso	19	70.4
Ambientes de apoio social e institucional/Macro	13	48.1
Estratégias Genéricas*		
Educação quanto à saúde	20	74.1
Educação quanto à comunicação	20	74.1
Desenvolvimento Organizacional	16	59.3
Desenvolvimento da Comunidade	12	44.4
Desenvolvimento de políticas de saúde	8	29.6
Colaboração Intersetorial	11	40.7
Pesquisa	13	48.1
Resultados Principais*		
Melhoria da percepção, do conhecimento, das habilidades, da tomada de decisão e do comportamento	19	76.0
Aumento da capacidade organizacional	13	52.0
Aumento da capacidade e participação da comunidade	11	44.0
Maior equidade no acesso à saúde	7	28.0
Maior foco na prevenção e promoção à saúde nos sistemas de saúde	13	52.0
Melhoria na coordenação dos esforços e recursos das políticas de saúde	6	25.0
Melhoria das políticas públicas para promover a saúde	7	28.0
Desenvolvimento e disseminação de conhecimento	12	48.0

* As categorias dessas dimensões não são mutuamente exclusivas.

A Tabela 2 descreve as principais características das abordagens avaliativas implementadas nos artigos selecionados. É interessante notar que estudos avaliativos parecem cobrir um vasto número de questões, superando as tradicionais dicotomias entre processo avaliativo e seus resultados, ou entre avaliação formativa e somativa. De fato, nossos resultados ilustram claramente a vantagem de se usar uma tipologia de questões para caracterizar o foco avaliativo em vez de categorizações fundamentadas na dicotomia tradicional. Nossos resultados mostram, também, que a utilização de abordagens multiestratégicas para avaliar é, ainda, um tanto quanto limitada. Somente 40% dos estudos relatados focam numa combinação de processo e resultado, e 36% combinam análises quantitativas e qualitativas. Voltaremos à questão da relevância dessa dimensão como um indicador de qualidade de pesquisa avaliativa de promoção à saúde na argumentação.

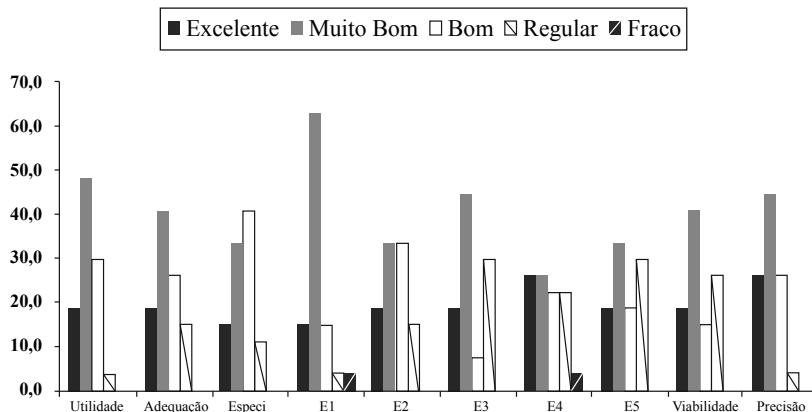
Tabela 2 – Principais características dos modelos de avaliação (n=27)

CARACTERÍSTICAS	N	%
Tipos/Questões*		
Coerência	6	22.2
Realizações	13	48.1
Relevância	3	11.1
Capacidade de Resposta	11	40.7
Resultados	18	66.7
Foco		
Processo	8	29.6
Resultados	8	29.6
Ambos	11	40.7
Análise de Informação		
Combinada	9	36.0
Quantitativa	8	32.0
Qualitativa	8	32.0

* As categorias dessa dimensão não são mutuamente exclusivas.

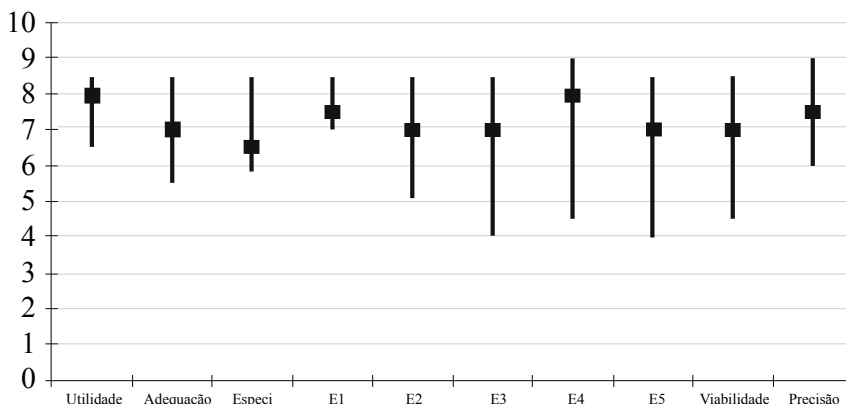
O segundo assunto abordado neste capítulo questiona até que ponto as avaliações seguem os padrões avaliativos comuns e específicos. A Figura 1 apresenta classificações de 27 estudos avaliativos selecionados nas cinco categorias padrão de meta-avaliação e nos cinco critérios que formam a categoria padrão de especificidade. Em geral, os estudos avaliativos publicados são de altíssima qualidade. Não surpreende o fato dos padrões de precisão serem os mais seguidos, com quase 80% dos estudos (21/27) classificados como muito bons ou excelentes. Em contrapartida, os padrões de especificidade são os menos seguidos em nossa análise. Tais padrões verificam se uma determinada avaliação foi teorizada segundo os princípios de promoção à saúde com base na comunidade. Somente 52% (14/27) obtiveram uma classificação muito boa ou excelente. Uma análise das várias dimensões dos padrões de especificidade mostra que 30% (8/27) das avaliações relatadas tiveram nota abaixo de 5,0 (regular) em relação ao uso adequado da teoria (E1) e da avaliação multiestratégica (E3).

Figura 1 – Histograma de classificação dos padrões de qualidade (n=27)



Além disso, é importante perceber que quando as avaliações são analisadas considerando-se padrões específicos de promoção à saúde, em vez de padrões comuns, a qualidade varia bastante. A Figura 2 mostra que embora as medianas das distribuições da classificação sejam semelhantes em todos os padrões, a gama de classificação dos padrões específicos de avaliação de promoção à saúde é mais ampla.

Figura 2 – Mediana, percentis 25 e 75 da classificação dos padrões de qualidade (n=27)



Argumentação e conclusão

No geral, esses resultados mostram que, infelizmente, ainda não há uma relação adequada entre o nível de complexidade das intervenções e as abordagens avaliativas. Concordamos com McKinlay (1996) no que diz respeito às deficiências do processo avaliativo: “A maioria das intervenções comunitárias em larga escala, e de custo alto, que causaram insatisfação, relatadas nos últimos anos, não tinham um processo avaliativo, portanto é impossível saber a causa do seu insucesso ou se foram bem-sucedidas em algum outro nível” (p. 240). No entanto, há exemplos de estudos em que se compararam, de alguma forma, o processo avaliativo e o seu resultado, com base numa teoria de mudança adequada às iniciativas comunitárias complexas. O estudo de Hughes e Traynor (2000), por exemplo, ilustra como tal abordagem pode relatar, de forma precisa, resultados de programas implementados em contextos diferentes.

Em geral, práticas avaliativas precisam ser mais bem alinhadas com os princípios de promoção à saúde ao analisar intervenções comunitárias nessa área. O alto nível de complexidade da intervenção e as abordagens avaliativas de métodos múltiplos são raramente compatíveis. Apesar de todas as restrições envolvendo uma meta-avaliação ilustrando um número limitado de relatórios de pesquisa avaliativa, acreditamos poder extrair três mensagens principais deste estudo.

A primeira mensagem é que analisar a qualidade da avaliação de promoção à saúde, por meio dos padrões específicos e comuns de meta-avaliação é uma forma razoavelmente simples de tornar a pesquisa avaliativa de promoção à saúde mais útil e relevante. Por utilizar vários critérios comuns e específicos para analisar as ações de promoção à saúde, a meta-avaliação sistemática permite uma análise muito mais eficiente do que a tradicional categoria dicotômica (processo avaliativo vs resultado, ou experimental vs não experimental). Nossa estratégia ampla e inclusiva pode ter sido tendenciosa uma vez que 19 dos 25 estudos realizados apresentaram resultados positivos, o que, aparentemente, contradiz com os comentários de Merzel e D’Afflitti (2003) que relatam um impacto modesto, nos úl-

timos 20 anos, de programas com base na comunidade. Porém, é possível que os resultados de Merzel e D’Afflitti (2003) tenham sido afetados devido à inclusão de critérios que limitaram suas análises a um desenho de estudo controle-experimental, restringindo, portanto, a representatividade da eficiência da intervenção “justamente porque [...] os fenômenos que estão sendo estudados não se sujeitam ao emprego daquela metodologia” (DE LEEUW e SKOVGAARD, 2005, p. 1.338).

A segunda mensagem demanda um melhor alinhamento entre o ato de promover a saúde e sua avaliação. Se, de fato, partirmos do princípio de que as intervenções para promover a saúde são multiestratégicas, devemos exigir avaliações no mesmo formato. Esta é a condição necessária para podermos indicar os efeitos benéficos e maléficos. Deve-se encorajar o desenvolvimento e a utilização de critérios de qualidade específicos de promoção à saúde necessários para sua meta-avaliação. Nossa meta-avaliação exploratória indica deficiências quanto à qualidade dos critérios específicos, e um nível de consistência do desempenho dos estudos de promoção à saúde muito mais baixo no que diz respeito a tais critérios se comparado aos critérios comuns.

A terceira mensagem reitera a hipótese das intervenções demonstrarem que a eficiência de uma avaliação depende dos modelos implementados para analisá-las. Considerando que cinco dos seis estudos avaliativos que apresentaram resultados negativos eram intervenções de estratégias múltiplas avaliadas por meio da análise de uma única informação, seria interessante conduzir uma meta-avaliação mais extensa para verificar a relação entre a utilização de avaliação multiestratégica e a sua conclusão. Em contrapartida, seria essencial analisar o real significado dos resultados positivos de avaliação referentes aos estudos que apresentaram uma baixa classificação em relação aos critérios de especificidade de promoção à saúde. Uma meta-avaliação fundamentada em uma revisão “realista de sínteses” (PAWSON, 2003) que combina programas e contextos diferentes com um modelo teórico e mecanismos comuns, poderia reforçar a importância do papel da avaliação multiestratégica na elaboração de uma intervenção eficiente. Como observado, “tende-se a menosprezar e invalidar o conhecimento oriundo de um processo dedutivo utilizado em conhecimento teórico e sobrevalorizar o acúmulo de conhecimento empírico, mesmo quando a base empírica é insuficiente” (POTVIN, 2005, p. S97).

No entanto, devem-se considerar os problemas inerentes do nosso estudo sobre meta-avaliação que limitam a generalização das nossas observações ao analisar essas mensagens. A primeira refere-se à legitimação do conteúdo das classificações segundo as quatro categorias padrão convencionais (utilidade, viabilidade, adequação, e precisão), a partir de uma visão geral em vez de uma série de critérios detalhados. Neste caso, a única fonte de informação sobre os programas avaliados são os resultados de avaliação publicados, o que limitou, de forma substancial, a nossa capacidade de determinar níveis de avaliação de qualidade. Outro problema, especialmente importante para as avaliações realizadas na América Latina foi o fato de não termos conseguido incluir a literatura cinza (material não convencional) devido às restrições quanto ao tempo e aos recursos, embora a metade dos estudos selecionados fosse parte de estudos de graduação. O número reduzido de artigos disponíveis também limitou a possibilidade de contrastarmos os padrões de avaliação empregados na América do Norte e na América do Sul.

Gostaríamos de concluir este capítulo com algumas observações empíricas. Ainda não temos critérios meta-avaliativos para avaliar intervenções complexas e multiestratégicas de promoção à saúde. Portanto, é bem difícil precisar se os resultados gerados por meio das avaliações multiesstratégicas realizadas durante as intervenções são mais legítimos.

Agradecimento

Gostaríamos de agradecer ao Prof. Luis Claudio S. Thuler por sua valiosa colaboração na administração do nosso banco de dados.

Referências Bibliográficas

BAKER, Q.E.; DAVIS, D.A.; GALLERANI, R.; SANCHEZ, V.; VIADRO, C. **An evaluation framework of community health programs**. Durham NC: The Center for Advancement of Community Based Public Health. 2000. Disponível em: <www.cdc.gov/eval/evalcbph.pdf>. Acesso em: nov. 2007.

BOUTILIER, M.A.; RAJKUMAR, E.; POLAND, B.D.; TOBIN, S.; BADGLEY, R.F. Community action success in public health: are we using a ruler to measure a sphere?. **Canadian Journal of Public Health**, vol. 92, p. 90-94, 2001.

BOUTILIER, M.; CLEVERLY, S.; LABONTE, R. Communities as a setting for health promotion. In: POLAND, B.; GREEN, L.W.; ROOTMAN, I. (Eds.). **Settings for health promotion: linking theory and practice**. Thousand Oaks: Sage, 2000. p. 250-301.

CARVALHO, A.I.; BODSTEIN, R.C.; HARTZ, Z.M.A.; MATIDA, A.H. Concepts and approaches in the evaluation of health promotion. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 9, p. 521-544, 2004.

COOKSY, L.J.; CARACELLI, V.J. Quality, context and use. Issues in achieving the goals of metaevaluation. **American Journal of Evaluation**, vol. 26, p. 31-42, 2005.

Center for the Advancement of Community Based Public Health. 2000. **An evaluation framework for community health programs**. Disponível em: <www.cbph.org>. Acesso em: maio 2005.

Centros para Controle de Doenças. Framework for program evaluation in public health. **MMWR**, 48 (RR-11), 1999.

DE LEEUW, E.; SKOVGAARD, T. Utility-driven evidence for health cities: problems with evidence generation and application. **Social Science e Medicine**, vol. 61, p. 1.331-1.341, 2005.

DATTA, L.E. A pragmatic basis for mixed-method designs. **New Directions for Program Evaluations**, vol. 74, p. 33-46, 1997a.

DATTA, L. Multimethod evaluations: using case studies together with other methods. In: CHELIMSKY, E.; SHADISH, W. (Eds.). **Evaluation for the 21st century**. Thousand Oaks: Sage, 1997b. p. 344-359.

FAWCETT, S.B.; PAINE-ANDREWS, A.; FRANCISCO, V.T.; SCHULTZ, J.; RICHTER, K.P.; BERKLEY-PATTON, J.; FISHER, K.P.; LEWIS, R.K.; LOPEZ, C.M.; RUSSOS, S.; WILLIAMS, E.L.; HARRIS, K.J.; EVENSEN, P. Evaluating community initiatives for health and development. In: ROOTMAN, I.; GOODSTADT, M.; HYNDMAN, B.; McQUEEN, D.V.; POTVIN, L.; SPRINGETT, J.; ZIGLIO, E. (Eds.). **Evaluation in health promotion: principles and perspectives**. Copenhagen: WHO Regional Publications, 2001. p. 241-270. European Series n. 92.

GENDRON, S. Transformative alliance between qualitative and quantitative approaches in health promotion research. In: ROOTMAN, I.; GOODSTADT, M.; HYNDMAN, B.; McQUEEN, D.V.; POTVIN, L.; SPRINGETT, J.; ZIGLIO, E. (Eds.). **Evaluation in health promotion: principles and perspectives**. Copenhagen: WHO Regional Publications, 2001. p. 107-122. European Series n. 92.

GOLDBERG, C. **The effectiveness conundrum in health promotion**. 2005. (work in progress)

GOLDSTADT, M.; HYNDMAN, B.; McQUEEN, D.V.; POTVIN, L.; ROOTMAN, I.; SPRINGETT, J. Evaluation in health promotion: synthesis and recommendations. In: ROOTMAN, I.; GOODSTADT, M.; HYNDMAN, B.; McQUEEN, D.V.; POTVIN, L.; SPRINGETT, J.; ZIGLIO, E. (Eds.). **Evaluation in health promotion: principles and perspectives**. Copenhagen: WHO Regional Publications, 2001. p. 517-533. European Series n. 92.

GREEN, J.C.; CARACELLE, V.J. (Eds.). **Advances in mixed-method evaluation: the challenges and benefits for integrating diverse paradigms. New Directions for Program Evaluations**, vol. 74. 1997.

HARTZ, Z. Significado, validade e limites do estudo de avaliação da descentralização da saúde na Bahia: uma meta-avaliação. **Anais Congresso da Abrasco**. 2003.

HILLS, M.D.; CARROL, S.; O'NEILL, M. Vers un modèle d'évaluation de l'efficacité des interventions communautaires en promotion de la santé: compte-rendu de quelques développements Nord-américains récents. **Promotion e Education**, suppl. 1, p. 17-21, 2004.

HUGHES, M.; TRAYNOR, T. Reconciling process and outcome in evaluating community initiatives. **Evaluation**, vol. 6, p. 37-49, 2000.

HULSCHER, M.E.J.L; WENSING, M.; GROL, R.P.T.M.; WEIJDEN, T. van der; WEEL, C. van. Interventions to improve the delivery of preventive services in primary care. **American Journal of Public Health**, vol. 89, p. 737-746, 1999.

HURTEAU, M. Strategic choices in program evaluation. In: LOVE, A.J. (Ed.). **Evaluation methods sourcebook**. Ottawa: Canadian Evaluation Society, 1991. p. 106-125.

International Union for Health Promotion and Education. **The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a new Europe**. Bruxelles: ECSC-EC-EAEC, 1999.

LOVE, A.; RUSSON, C. Evaluation standards in an international context. **New Directions for Evaluation**, vol. 104(winter), p. 5-14, 2004.

McQUEEN, D.V.; ANDERSON, L.M. What counts as evidence: issues and debates. In: ROOTMAN, I.; GOODSTADT, M.; HYNDMAN, B.; McQUEEN, D.V.; POTVIN, L.; SPRINGETT, J.; ZIGLIO, E. (Eds.). **Evaluation in health promotion: principles and perspectives**. Copenhagen: WHO Regional Publications, 2001. p. 63-81. European Series n. 92.

McKINLAY, J. B. More appropriate methods for community-level health interventions. **Evaluation Review**, vol. 20, p. 237-243, 1996.

MERZEL, C.; D'AFFLITTI, J. Reconsidering community-based health promotion: promise, performance and potential. **American Journal of Public Health**, vol. 93, p. 557-574, 2003.

- MOREIRA, E.; NATAL, S. (Eds.). **Ensinando avaliação**. Brasil: Ministério da Saúde, CDC, ENSP/FIOTEC, 2006. vol.4.
- Organização Pan-Americana de Saúde (Opas). **Recomendações para formuladores de políticas nas Américas** (GT municípios e Comunidades Saudáveis). 2003Mimeo.
- PAWSON, R. **Nothing as practical as a good theory**. *Evaluation*, 9, 471-490, 2003.
- POTVIN, L.; RICHARD, L. The evaluation of community health promotion programmes. In: ROOTMAN, I.; GOODSTADT, M.; HYNDMAN, B.; McQUEEN, D.V.; POTVIN, L.; SPRINGETT, J.; ZIGLIO, E. (Eds.). **Evaluation in health promotion: principles and perspectives**. Copenhagen: WHO Regional Publications, 2001. p. 213-240. European Series n. 92.
- POTVIN, L.; HADDAD, S.; FROLICH, K.L. Beyond process and outcome evaluation: a comprehensive approach for evaluating health promotion programmes. In: ROOTMAN, I.; GOODSTADT, M.; HYNDMAN, B.; McQUEEN, D.V.; POTVIN, L.; SPRINGETT, J.; ZIGLIO, E. (Eds.). **Evaluation in health promotion: principles and perspectives**. Copenhagen: WHO Regional Publications, 2001. p. 45-62. European Series n. 92.
- POTVIN, L. Why we should be worried about evidence-based practice in health promotion. **Revista Brasileira de Saúde Maternal Infantil**, suppl.1, p. 2-8, 2005.
- STACHTENKO, S.; JENICEK, M. Conceptual differences between prevention and health promotion: research implications for community health programs. **Canadian Journal of Public Health**, vol. 81, p. 53-59, 1990.
- STAME, N. Theory-based evaluation and types of complexity. **Evaluation**, vol. 10, p. 58-76, 2005.
- STUFFLEBEAM, D.L. **Program evaluations metavaluation checklist**. 1999. Disponível em: <www.wmich.edu/evalctr/checklists/program_metaeval.htm>. Acesso em: nov. 2007.
- _____. The metaevaluation imperative. **American Journal of Evaluation**, vol. 2, p. 183-209, 2001.
- _____. (Ed.). Evaluation models. **New Directions for Program Evaluation**, vol. 89, spring, 2001.
- _____. A note on purposes, development and applicability of the Joint Committee Evaluation Standards. **The American Journal of Evaluation**, vol. 25, p. 99-102, 2004.
- WHORTHEN, B.R.Jr.; SANDERS, J.R.; FITZPATRICK, J.L. **Evaluation: alternative approaches and practical guidelines**. New York: Longman, 1997.
- WORLD BANK. **Community-driven development: a study methodology**. 2003. Disponível em: <www.worldbank.org/oed/cbdodd/documents/discussion_paper.pdf>. Acesso em: nov. 2007.
- YARBROUGH, D.B.; SHULHA, L.M.; CARUTHERS, F. Background and history of the Joint Committee's Program Evaluation Standards. **New Direction for Evaluation**, vol. 104(winter), p. 15-30, 2004.
- YIN, R.K. Discovering the future of the case study method in evaluation research. **Evaluation Practice**, vol. 15, p. 283-290, 1994.

Anexo 1 – Lista de Controle da Meta-Avaliação para Programas de Promoção à Saúde, adaptada para Centros de Controle de Doenças (1999), Stufflebeam (2001), Goodstadt *et al.* (2001) e Goldberg (2005).

Padrões de Utilidade: a avaliação atenderá as necessidades de informação do seu público-alvo.

U1-Identificação da parte interessada. Devem-se identificar os indivíduos envolvidos ou afetados pela avaliação para que suas necessidades sejam atendidas.

U4-Identificação de princípios. As perspectivas, os procedimentos e a base racional usados para interpretar as descobertas devem ser cuidadosamente descritos para que os pilares necessários para determinar os princípios sejam claros.

U7-Impacto da avaliação. As avaliações devem ser planejadas, conduzidas e relatadas para encorajar as partes interessadas a concretizá-las a fim de aumentar a possibilidade de elas serem usadas.

Padrões de viabilidade: a avaliação será realista, prudente, diplomática e cautelosa.

V2-Viabilidade política. Com o intuito de obter a cooperação dos grupos interessados, e de impedir ou neutralizar qualquer grupo que possivelmente tente restringir as ações referentes à avaliação, ou utilizar os resultados de forma equivocada ou tendenciosa, as diferentes posições desses grupos devem ser levadas em consideração durante o planejamento e realização da avaliação.

Padrões de adequação: a avaliação deve ser conduzida respeitando-se a lei, a ética e o bem-estar dos envolvidos no processo, como também aqueles afetados pelos seus resultados.

A1-Direcionamento do serviço. A avaliação deve ser elaborada para assistir organizações, direcionando e atendendo as necessidades do público-alvo de forma eficiente.

A5-Avaliação justa e completa. A avaliação deve ser completa e imparcial ao examinar e registrar os pontos fortes e fracos do programa para que sejam reforçados e enfrentados, respectivamente.

A6-Divulgação das descobertas. As principais partes envolvidas no processo avaliativo devem se certificar de que, com exceção de restrições pertinentes, todas as descobertas tornem-se acessíveis às pessoas afetadas pela avaliação, e que aquelas que tiverem direitos legais expressos recebam seus resultados.

Padrões de precisão: a avaliação deve transmitir informação tecnicamente adequada em relação às características que determinam o mérito do programa.

P1-Documentação do programa. O programa avaliado deve ser documentado de forma clara e precisa.

P2-Análise do contexto. O contexto do programa deverá ser examinado o suficiente para identificar prováveis influências no programa.

P3-Objetivos e procedimentos descritos. Os objetivos e procedimentos da avaliação devem ser monitorados e descritos de forma detalhada o suficiente para identificá-los e avaliá-los.

P4-Fontes de informação defensáveis. As fontes de informação usadas na avaliação de um programa devem ser descritas em detalhes suficientes, permitindo que a adequação da informação seja analisada.

P5-Informação legitimada. Os procedimentos envolvidos na coleta de informação devem ser desenvolvidos e implementados para assegurar uma interpretação legitimada considerando sua finalidade.

P6-Informação confiável. Os procedimentos envolvendo a coleta de informação devem ser desenvolvidos e implementados para certificar que a informação seja confiável o suficiente para sua finalidade.

P7-Informação sistemática. A informação coletada, processada e relatada em uma avaliação deve ser sistematicamente revisada, e possíveis erros corrigidos.

P8+P9-Análise de Informação. A informação deve ser analisada de forma apropriada e sistemática para que questões referentes à avaliação sejam elucidadas de forma eficiente.

P10-Conclusões justificadas. As conclusões devem ser claramente justificadas para que possam ser analisadas pelas partes interessadas.

Padrões de especificidade: a avaliação deve ser teorizada de acordo com princípios de promoção à saúde com base na comunidade.

E1-Teoria e mecanismos de mudança. A avaliação expõe a teoria ou mecanismos de mudança de forma clara (modelo lógico da avaliação).

E2-Capacitação da comunidade. A avaliação adere aos princípios de empoderamento e capacitação da comunidade (“usuários participativos”).

E3-Avaliação multiestratégica. A avaliação combina análises quantitativas e qualitativas, relacionando, de forma adequada, teoria e métodos e processo e resultados.

E4-Responsabilização. A avaliação fornece informação referente à responsabilização da comunidade (partes interessadas).

E5-Práticas eficientes. A avaliação ajuda a disseminar práticas eficientes.

Anexo 2 – Lista de Referências para o Estudo sobre Meta-Avaliação

BECKER, D.; EDMUNDO, K.; NUNES, N.R.; BONATTO, D.; SOUZA, R. Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 9, 655-667, 2004.

BODSTEIN, R.; ZANCAN, L.; RAMOS, C.L.; MARCONDES, W.B. Avaliação da implantação do programa de desenvolvimento integrado em Manguinhos: impasses na formulação de uma agenda local. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 9, p. 593-604, 2004.

CABRERA-PIVARAL, C.E.; MAYARI, C.L.N.; TRUEBA, J.M.A.; PEREZ, G.J.G.; LOPEZ, M.G.V.; FIGUEROA, I.V.; RODRIGUEZ, M.G.A. Evaluación de dos estrategias de educación nutricional vía radio en Guadalajara, México. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 18, p. 1.289-1.294, 2002.

CARRASQUILLA, G. An ecosystem approach to malaria control in an urban setting. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 17(Suppl), p. 171-179, 2001.

CHEADLE, A.; BEERY, W.L.; GREENWALD, H.P.; NELSON, G.D.; PEARSON, D., SENTER, S. Evaluating the California wellness foundation's health improvement initiative: a logic model approach. **Health Promotion Practice**, vol. 4, p. 146-156, 2003.

CHIARAVALLOTI, V.B.; MORAIS, M.S.; CHIARAVALLOTI NETO, F.; CONVERSANI, D.T.; FIORIN, A.M.; BARBOSA, A.A.C.; FERRAZ, A.A. Avaliação sobre a adesão às práticas preventivas do dengue: o caso de Catanduva, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 18, p. 1.321-1.329, 2002.

CHRISMAN, N.J.; SENTURIA, K.; TANG, G.; GHEISAR, B. Qualitative process evaluation of urban community work: A preliminary view. **Health Education e Behavior**, vol. 29, p. 232-248, 2002.

CONREY, E.J.; FRONGILLO, E.A.; DOLLAHITE, J.S.; GRIFFIN, M.R. Integrated program enhancements increased utilization of farmers' market nutrition program. **Journal of Nutrition**, vol. 133, p. 1.841-1.844, 2003.

D'ONOFRIO, C.N.; MOSKOWITZ, J.M.; BRAVERMAN, M.T. Curtailing tobacco use among youth: Evaluation of Project 4-Health. **Health Education e Behavior**, vol. 29, p. 656-682, 2002.

FIGUEIREDO, R.; AYRES, J.R.C.M. Intervenção comunitária e redução da vulnerabilidade de mulheres às DST/Aids em São Paulo, SP. **Revista de Saúde Pública**, vol. 36, n. 4 Supl, p. 96-107, 2002.

FIGUEROA, I.V.; ALFARO, N.A.; GUERRA, J.F.; RODRIGUEZ, G.A.; ROAF, P.M. Una experiencia de educación popular en salud nutricional en dos comunidades del Estado de Jalisco, México. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 16, p. 823-829, 2000.

HAWES, P.; SHIELL, A.; RILEY, T.; GOLD, L. Methods for exploring implementation variation and local context within a cluster randomized community intervention trial. **Journal of Epidemiology and Community Health**, vol. 58, p. 788-793, 2004.

KELLY, C.M.; BAKER, E.A.; WILLIAMS, D.; NANNEY, M.S.; HAIRE-JOSHU, D. Organizational capacity's effects on the delivery and outcomes of health education programs. **Journal of Public Health Management Practice**, vol. 10, p. 164-170, 2004.

KIM, S.; KONIAK-GRIFFIN, D.; FLASKERUD, J.H.; GUARNERO, P.A. The impact of lay health advisors on cardiovascular health promotion using a community-based participatory approach. **Journal of Cardiovascular Nursing**, vol. 19, p. 192-199, 2004.

LANTZ, P.M.; VIRUELL-FUENTES, E.; ISRAEL, B.A.; SOFTLEY, D.; GUZMAN, R. Can communities and academia work together on public health research? Evaluation results from a community-based participatory research partnership in Detroit. **Journal of Urban Health**, vol. 78, p. 495-507, 2001.

LIMA-COSTA, M.F.; GUERRA, H.L.; FIRMO, J.O.A.; PIMENTA, F.Jr.; UCHOA, E. Um estudo epidemiológico da efetividade de um programa educativo para o controle da esquistossomose em Minas Gerais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, vol. 5, p. 116-128, 2002.

MacLEAN, D.; FARQUHARSON, J.; HEATH, S.; BARKHOUSE, K.; LATTER, C.; JOFFRES, C. Building capacity for heart health promotion: results of a 5-year experience in Nova Scotia, Canada. **American Journal of Health Promotion**, vol. 17, p. 202-212, 2003.

MARKENS, S.; FOX, S.A.; TAUB, B.; GILBERT, M.L. Role of black churches in health promotion programs: Lessons from the Los Angeles mammography promotion in churches program. **American Journal of Public Health**, vol. 92, p. 805-810, 2002.

McELMURRY, B.J.; PARK, C.G.; BUSCH, A.G. The nurse-community health advocate team for urban immigrant primary health care. **Journal of Nursing Scholarship**, vol. 35, p. 275-281, 2003.

MOODY, K.A.; JANIS, C.C.; SEPPLES, S.B. Intervening with at-risk youth: evaluation of the youth empowerment and support program. **Pediatric Nursing**, vol. 29, p. 263-270, 2003.

NAYLOR, P-J.; WHARF-HIGGIN, J.; BLAIR, L.; GREEN, L.W.; O'CONNOR, B. Evaluating the participatory process in a community-based heart health project. **Social Science e Medicine**, vol. 55, p. 1.173-1.187, 2002.

NUÑEZ, D.E.; ARMBRUSTER, C.; PHILLIPS, W.T.; Gale, B.J. Community-based senior health promotion program using a collaborative practice model: the escalante health partnerships. **Public Health Nursing**, vol. 20, p. 25-32, 2003.

QUINN, M.T. ; McNABB, W.L. Training lay health educators to conduct a church-based weight loss program for African American women. **The Diabetes Educator**, vol. 27, p. 231-238, 2001.

REININGER, B.M.; VINCENT, M.; GRIFFIN, S.F.; VALOIS, R.F.; TAYLOR, D.; PARRA-MEDINA, D.; EVANS, A.; ROUSSEAU, M. Evaluation of statewide teen pregnancy prevention initiatives: challenges, methods, and lessons learned. **Health Promotion Practice**, vol. 4, p. 323-335, 2003.

SCHULZ, A.J.; ZENK, S.; ODOMS-YOUNG, A.; HOLLIS-NEELY, T.; NWANKWO, R.; LOCKETT, M.; RIDELLA, W.; KANNAN, S. Healthy eating and exercising to reduce diabe-

tes: exploring the potential of social determinants of health frameworks within the context of community-based participatory diabetes prevention. **American Journal of Public Health**, vol. 95, p. 645-651, 2005.

STEWART, A.L.; VERBONCOEUR, C.J.; McLELLAN, B.Y.; GILLIS, D.E.; RUSH, S.; MILLS, K.M.; KING, A.C.; RITTER, P.; BROWN, B.W.; BORTZ, W.M. Physical activity outcomes of CHAMPS II: A physical activity promotion program for older adults. **Journal of Gerontology: Medical Sciences**, vol. 56A, p. 465-470, 2001.

WILLIAMS, J.H.; BELLE, G.A.; HOUSTON, C.; HAIRE-JOSHU, D.; AUSLANDER, W.F. Process evaluation methods of a peer-delivered health promotion program for African American women. **Health Promotion Practice**, vol. 2, p. 135-142, 2001.

CAPÍTULO 10 – A CONTRIBUIÇÃO DA METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO “SISTEMATIZAÇÃO DE EXPERIÊNCIAS” NA IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROJETO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA SUBPREFEITURA DA CAPELA DO SOCORRO, SÃO PAULO, BRASIL¹

MARCIA FARIA WESTPHAL E JUAN CARLOS ANEIROS FERNANDEZ

A Capela do Socorro é uma das 31 Subprefeituras da cidade de São Paulo. É a maior em termos populacionais e tem um alto nível de urbanização e crescimento populacional. Entretanto, com seus 134 km² de área, esta Subprefeitura não é a de maior densidade populacional da cidade.

O desenvolvimento industrial da década de 1970 teve grande influência em Capela do Socorro. A região passou a acomodar parte do crescimento urbano da cidade, uma vez que sua área rural era imensa e relativamente próxima do centro industrial de Jurubatuba e dos dinâmicos centros de comércio e serviços localizados ao sul e sudoeste da região metropolitana. Para Capela afluíram significativos segmentos da população trabalhadora que buscavam áreas ainda não consolidadas e com disponibilidade de terra urbana a baixo custo, porém se instalaram em uma parte da cidade onde não havia ainda infraestrutura urbana como transporte coletivo, suprimento de água, iluminação pública e instalações sociais.

A lei dos mananciais, promulgada em 1976, à qual 82% do território da Capela do Socorro está submetida, estabeleceu baixos limites de densidade para a ocupação do solo e dificultou o licenciamento de empreendimentos na área, mesmo quando adequado às normas legais. Praticamente excluídos do mercado imobiliário formal, os preços dos terrenos se tornaram extremamente baixos. A depreciação do valor da terra, aliada a outros fatores como uma inadequada política habitacional, a baixa renda dos trabalhadores, a proximidade de grande concentração de emprego e as dificuldades de fiscalização, e certa conivência, por parte dos órgãos públicos, tiveram como efeito a expansão rápida dos loteamentos clandestinos e de favelas localizadas em grande parte ao longo dos córregos contribuintes das duas represas existentes na região. O resultado final foi uma concentração de população de baixa renda vivendo em condições precárias de habitação na Capela do Socorro, vizinhas de uma área pequena do território (18%) onde vive população de melhor condição de renda, com melhores condições de infraestrutura.

A estratégia de Cidades Saudáveis foi adotada em 2003, como projeto estruturante da Subprefeitura, mas o processo teve início em 2001 com a criação do Núcleo Intersecretarial da Capela do Socorro, que tinha como objetivo planejar ações intersetoriais na área de abrangência da então Administração Regional da Capela do Socorro, exercitando, assim, um modelo de gestão integrada, que se supunha, seria formalizado para o conjunto da administração municipal com a aprovação da Lei das Subprefeituras. Em março de 2002, e baseando-se na experiência deste Núcleo, a Prefeitura do Município de São Paulo decretou a criação dos Governos Locais, que preparariam o terreno para a implantação das Subprefeituras, cuja Lei de criação tramitava no Legislativo Municipal.

Entre março e junho de 2002, o então Governo Local da Capela do Socorro realizou um processo de planejamento estratégico intragovernamental, que definiu como missão: *Construir a Ca-*

1. Tradução e adaptação de capítulo dos mesmos autores originalmente publicado em: POTVIN, L.; McQUEEN (Ed.). *Health Promotion Evaluation Practices in the Americas: values and research*. New York: Springer, 2008.

pela do Socorro ambientalmente saudável por meio do desenvolvimento sustentável e solidário, estimulando e contribuindo para a participação da população e o exercício de sua cidadania. (GOVERNO LOCAL DA CAPELA DO SOCORRO, 2002a).

O projeto piloto Capela Saudável, que se transformou na referência para a busca das parcerias institucionais e para o engajamento das comunidades e população em geral foi também desenhado neste período. Entre os objetivos do projeto Capela Saudável, de interesse para este capítulo está o de realizar ações integradas e intersetoriais nas esferas pública e privada. Associado a este objetivo esta a seguinte estratégia: articular diferentes fóruns e canais de participação existentes na região, a saber; Conselhos Gestores de Saúde (das unidades e distritais), Conselhos de Escolas, Fórum de Delegados do Orçamento Participativo, Núcleos de Defesa Civil dos Bairros, entre outros, em torno da promoção da saúde.

Em maio de 2003, foi realizado o Seminário Capela do Socorro Saudável, o marco inicial do projeto Capela Saudável. Neste Seminário foi proposta a constituição dos quatro comitês locais da Capela Saudável. A partir de então – e por sugestão do escritório regional do Brasil da Organização Pan Americana de Saúde OPS –, houve uma aproximação entre o grupo gestor da subprefeitura da Capela do Socorro, o Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis – Cepedoc Cidades Saudáveis e a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Estabeleceu-se, assim, uma parceria, ampliada para outros atores representantes de segmentos empresariais, de movimentos sociais, de organizações não governamentais e universidades atuantes na região, a partir da qual foram desenvolvidas algumas atividades conjuntas, entre elas: quatro oficinas mensais de planejamento, das quais participavam outros atores sociais, entre eles os representantes dos quatro comitês criados pelo projeto; um seminário internacional; e um projeto de pesquisa para avaliar o modelo de gestão baseado nos princípios de Cidades Saudáveis.

Este capítulo vai examinar parte do projeto de avaliação do Programa Capela Saudável, focalizando a sistematização da experiência vivida no período de 2001 a 2004 (JARA, 1996, 2001).

Escolhendo um método para Sistematização da Experiência

O projeto de pesquisa avaliativo do Programa Capela Saudável foi desenhado para analisar o desenvolvimento da experiência e seus resultados, objetivando fortalecer o modelo de gestão. Este projeto foi submetido e aprovado por uma Fundação de Apoio a Pesquisa do Estado de São Paulo – Fapesp, por meio do seu Programa de Políticas Públicas, para ser realizado em duas fases. A primeira fase envolveu a preparação dos pesquisadores, para identificar as questões a serem investigadas – problemas e potencialidades do Programa Capela Saudável – e a criação de categorias possíveis e indicadores a serem utilizados no projeto de avaliação. A segunda fase objetivou a avaliação da efetividade de um modelo de gestão integrado e participativo para melhorar a qualidade de vida e diminuir as iniquidades da população que compartilhava o território da Subprefeitura.

Para atingir os objetivos da primeira fase, o método escolhido foi a Sistematização das Experiências. Esta metodologia possibilitou ao grupo de pesquisadores discutir e avaliar com os gestores locais, estratégias que poderiam ser adequadas para assegurar o envolvimento de todos os setores do governo e todos as lideranças no processo de reflexão sobre a gestão integrada e participativa e seus avanços e limitações. Os atores envolvidos no programa e na avaliação claramente valo-

rizavam estes aspectos e estavam acompanhando sua implementação apesar das idas e vindas do processo. A adoção deste método também foi focado para o conceito defendido pelo subprefeito, que tinha uma dificuldade em fazer a ligação e organizar o processo gestão em uma perspectiva integrada e participativa. Este método também se relaciona aos objetivos da primeira fase que eram, como já dissemos, desenvolver um processo de formação, e preparar as fases seguintes do projeto. Então, o contexto desta fase facilitou para a Universidade e os pesquisadores do CEPEDOC o envolvimento do grupo de gestores, coordenadores e vários outros profissionais na sistematização da experiência vivida como um meio de capacitar o grupo a desenvolver uma reflexão crítica sobre a Iniciativa Capela Saudável.

O método da *sistematização de experiências*, que pretende rever, analisar, interpretar e comunicar a experiência vivida poderia auxiliar no entendimento dos fatores que intervinham positiva e negativamente no processo de gestão proposto. Dessa forma, seria um método adequado para trabalhar com realidades dinâmicas e complexas que têm o ambiente social como sua fonte de dados e atender ao objetivo geral do projeto que era contribuir para o aprimoramento da gestão de políticas públicas em uma perspectiva integrada e participativa, com vistas à melhoria da qualidade de vida na região da subprefeitura da Capela do Socorro.

Assim, manteve-se, durante todo o processo vivido pelo grupo sistematizador, a preocupação com a superação da distância comumente existente entre o sujeito e o objeto de pesquisa e a apropriação dos resultados por todos os envolvidos no estudo, dando oportunidade para que esse grupo de pessoas pudesse conjuntamente produzir conhecimento referente à gestão das políticas públicas locais integradas. A participação do subprefeito, de profissionais das várias coordenadorias da subprefeitura e do grupo de pesquisadores de ambas as instituições assegurou esse processo coletivo ao longo desta primeira fase do estudo.

Adotamos o método de sistematização de experiências de Oscar Jara, com o qual se entendem “as experiências como processos históricos, processos complexos, nos quais intervêm diferentes atores, que se realizam em um contexto econômico-social determinado e em um momento institucional do qual tomamos parte” (JARA, 2001, p. 2). De acordo com o autor, sistematização “é a interpretação crítica de uma ou mais experiências que pelo seu ordenamento e reconstrução, descobre ou torna explícita a lógica do processo vivenciado, os fatores que intervêm no processo, como eles se relacionam uns com os outros, e porque isto acontece” (JARA, 1996, p. 29).

Originalmente desenvolvido em experiências de educação popular na América Latina, este método tem se mostrado adequado também à aplicação em experiências de gestão e de Promoção da Saúde, sobretudo naquelas de maior complexidade, decorrente da multiplicidade de instâncias e atores, da rotatividade destes e, ainda, pelos longos períodos de tempo que o seu desenvolvimento exige. A aplicação deste método pode ser melhor nos primeiros estágios do desenvolvimento do programa, quando importantes questões relacionadas à implementação de ações intersetoriais podem ser discutidas e analisadas. O exame e a reflexão em torno das condições necessárias ao estabelecimento de um processo de sistematização da experiência contribuem para a criação de uma ambiência onde se valoriza a produção conjunta do conhecimento. Além disso, a constituição do grupo sistematizador já é uma oportunidade para a afirmação de um sujeito plural e diverso que tem na experiência vivida seus pontos de partida e de chegada.

O processo de sistematização é iniciado com a discussão e definição do objeto – qual experiência querem sistematizar –, objetivo – para que querem sistematizar – e os eixos da sistematização – quais aspectos da experiência querem sistematizar. A isto se seguem as etapas de recuperação do vivido, que é obtido por meio da indicação dos elementos objetivos, subjetivos e contextuais relacionados à experiência: “situações particulares são enfrentadas; ações dirigidas para certo final; percepções, interpretações e intenções de diferentes sujeitos que tomaram parte no programa; e as relações e reações destes participantes” (JARA, 1996, p. 25). Em resumo, recuperar situações que foram vivenciadas significa “reconstruir história e ordenar e classificar informações” (JARA, 1996, p. 85). Em acréscimo a isto, há um esforço para compreender o significado da experiência por meio da interpretação crítica – fazendo a reflexão crítica exigindo que o grupo analise, sintetize e interprete fatos e situações que foram vividas, ou mais bem compreender as razões que fizeram a experiência acontecer como a experiência ocorreu. Finalmente, o grupo elabora as conclusões e comunica os resultados, para dar uma resposta para os participantes sobre a experiência. Todo este processo foi desenvolvido na avaliação do projeto Capela Saudável na sua primeira fase, e será relatado a seguir.

Desafios e questionamentos a respeito do Projeto Capela Saudável

O projeto Capela Saudável, referenciado na proposta de Cidades Saudáveis da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1997) foi assumidos como um esquema conceitual para a gestão de ações de desenvolvimento local. A ideia é que a localidade que se pretende saudável deveria ser administrada por uma equipe intersetorial para desenvolver planos de trabalho e promover a participação social. A primeira ação desenvolvida mostrou que mudar a lógica da gestão não era uma tarefa fácil. Foi escolhida uma área experimental para testar a metodologia, e ações locais planejadas de forma participativa foram bem sucedidas. Entretanto, desde o começo do projeto, coordenadores de diferentes setores da administração local consideraram difícil trabalhar a partir dos princípios de Cidades Saudáveis, uma vez que o planejamento de ações incluíam sempre a troca e análise dos resultados das ações a partir do princípio da participação da população local. Havia insatisfação entre os agentes responsáveis pelas ações em relação aos seus superiores e em relação ao programa em si. Concomitantemente, outras ações foram desenvolvidas, como o desenho do Plano Diretor e criação do Conselho de Planejamento e Desenvolvimento Sustentado, sem que nenhuma relação tivesse sido feita com o esquema conceitual selecionado – o projeto Capela Saudável.

O planejamento de oficinas de trabalho começou, adotando o referencial do modelo de gestão integrada e participativa fortalecendo o exercício de ações intersetoriais no território, como um todo. Desafortunadamente, o Comitê Diretivo da Subprefeitura interrompeu o processo de planejamento antes que um Seminário Internacional tivesse acontecido. O final do workshop aconteceu em um período de relaxamento das relações entre parceiros que só se fortaleceu novamente seis meses depois quando o projeto de pesquisa foi aprovado pela Fapesp. Parece que o modelo de gestão em construção foi modificado – em um período de seis meses – por um estilo de gestão autoconduzido e afastado do modelo de parcerias.

A aparente incerteza ou dúvida do subprefeito em relação à manutenção do modelo intersetorial e participativo, que em um momento era favorável a condução do processo de sistematização e no outro arremido a ele, foi a maior motivação para a sistematização, objeto deste capítulo. As questões

que guiaram o processo foram: “O que levou o grupo, que estava construindo um experimento bem sucedido do ponto de vista da ação intersetorial e participação social, a mudar abruptamente a direção do processo? Que informações e contextos causaram isto?”.

Responder a estas questões foi o objetivo principal do projeto de pesquisa desenhado para atender as diretrizes do Programa Especial de Políticas Públicas da Fapesp, na sua primeira fase. Em razão do apoio recebido pelo projeto, a discussão recomeçou entre os gestores locais e os pesquisadores a Universidade e do Centro de Estudos Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis, em função do projeto intitulado “Capela Saudável e a gestão integrada e participativa de políticas públicas”.

Acreditamos que isto ilustra o papel fundamental que agências financiadoras tais como a Fapesp podem desempenhar em estimular inovações no campo da Promoção da Saúde. A produção de conhecimento, a possibilidade de avaliar a introdução de uma prática inovadora no campo das políticas de saúde coletiva e o aumento do prestígio e visibilidade que eles podem gerar sensibilizando os gestores e oferecendo incentivos para os últimos receberem bem os projetos de pesquisa. No caso da Capela esta possibilidade parece ter tido um papel decisivo. É um fato que nenhum outro elemento ou evento foi citado ou conhecido com uma razão que resume as discussões sobre o projeto.

Avaliação do processo do projeto Capela Saudável por meio da sistematização

Tratou-se da sistematização da experiência do Projeto Capela Saudável no período de fevereiro de 2003 a julho de 2004, com o objetivo de construir novas estratégias de trabalho integradas e participativas para a melhoria da qualidade de vida. Escolhemos como eixo de análise a influência das demais agendas (Projetos, Programas, compromissos e outras atividades que estavam acontecendo na comunidade) no Projeto Capela Saudável.

Na recuperação do processo vivido, os participantes foram convidados a verbalizar os elementos que eles consideravam relevantes na experiência vivida. Quando apresentado ao grupo, o elemento é transformado pelo facilitador, com o apoio do grupo, em um termo ou expressão, gravado em um cartão de papel e é finalmente colocado em um lugar visível a todos os presentes. Os participantes podem indicar tantos elementos quantos acreditarem ser necessário. Nessa fase de desenvolvimento do método, é importante que as pessoas respeitem a diversidade e pluralidade de opiniões, avaliações e emoções em relação à experiência declarada. Uma vez que o grupo termina de indicar os elementos, é convidado a definir categorias que possam agrupar os elementos. Como o seguinte exemplo sugere, a definição de categorias e pontos de partida utilizados para interpretar a experiência é parte da resignificação da produção do grupo com ajuda do método. As escolhas, durante todo o processo de sistematização, evidenciam o que foi mais significativo na experiência vivida.

Durante a recuperação do processo vivido foram listados 75 elementos significativos da experiência, e agrupados em seis temas, a saber: descentralização; a relação Capela/Cidade; participação; gestão da cidade; gestão local; e, projetos locais. Esse agrupamento ordena, classifica a informação e reconstrói “diferentes aspectos da experiência, já vistos com um processo” (JARA, 1996, p. 104).

Todo o trabalho foi então orientado para revelar as razões para as coisas terem acontecido como aconteceram. O processo focalizou a identificação das tensões e contradições que marcaram a experiência e, com estes elementos, houve a devolução para o conjunto dos atores participantes do

processo, a partir de um sumário que possibilitou a reconstrução da prática a partir, portanto, do processo de sistematização (JARA, 1996).

Sobre o tema da *descentralização*, somente questões de orçamento e outra relacionadas à falta de recursos humanos não apareceram claramente durante o processo de reflexão. Por outro lado, nenhum dos elementos associados aos *projetos locais* apareceu por meio da experiência de sistematização. Sobre o tema – *a relação Capela/Cidade* – o grupo entendeu que a subprefeitura da Capela do Socorro tinha uma posição de prestígio, quando comparada a outras Subprefeituras, especialmente quando se analisa momentos em que a situação esteve mais difícil. Os resultados adquirem, portanto, uma natureza mais de autocrítica e os elementos para compreendê-la só foram apresentados por ocasião de outras discussões.

Em relação à *participação*, o grupo focalizou o exemplo do estabelecimento de espaços participativos como o Conselho de Planejamento Regional e Desenvolvimento Sustentado, a Comissão Executiva do Plano Diretor Integrado e Sustentado em todas as regiões da cidade, o estabelecimento dos Comitês Locais do projeto Capela Saudável e a formação de um Comitê Geral que incluía Distritos, Comitês Regionais e outros parceiros. O grupo, referindo outras ações nas quais a participação era um dos elementos presentes, também comentou que a participação popular nestes grupos ficou abaixo das expectativas e aqueles parceiros, inclusive dos Conselhos Regionais foram se distanciando do processo.

Sob o tema *Gestão da Cidade*, três dos sete elementos listados inicialmente foram discutidos pelo grupo por meio do processo de sistematização. Eles foram: (1) a existência de uma relação vertical entre as secretarias e a administração local, particularmente forte nos setores de educação e assistência social, que tenderam a manter um controle centralizado e uma prática setorial; (2) mudanças no comando da Secretaria Municipal das Administrações Regionais, que reduziu significativamente a influência da Capela no conjunto das decisões municipais; e (3) a forte influência da disputa eleitoral, que estava ocorrendo no momento em que houve o processo de sistematização, em ações e decisões importantes da administração da Cidade.

Sob o tema *Gestão local* apesar das referências positivas a ela predominaram argumentos relacionados às dificuldades percebidas, falhas e “curto circuito”, especialmente em relação à ação intersetorial, planejamento integrado e a relação entre objetivos e ações.

De acordo com as regras do método adotado, foi solicitado ao grupo de sistematização que definisse a forma como gostaria de abordar a fase de interpretação crítica da experiência, na qual os participantes deveriam se perguntar por que as coisas aconteceram como aconteceram? Agrupar os elementos significantes da experiência a partir de temas poderia ser ou não ser a forma escolhidas para iniciar a análise dos problemas.

Entre os 75 elementos listados, o grupo escolheu o tema **descentralização** e, especificamente o subtema “**nostalgia do NICS**” para dar início à fase de interpretação da experiência. NICS é a sigla de “Núcleo Intersecretarial da Capela do Socorro”, que no início da discussão do processo de descentralização na região, agregou um grupo multiprofissional, que discutia e planejava ações a partir de um modelo específico de desenvolvimento local para a região, caracterizado pela abor-

dagem intersetorial. O modelo foi desenvolvido com o pensamento de que poderia ser aplicado a outras regiões da cidade.

Um exame posterior dos relatórios das reuniões nos permitiu perceber que mais da metade dos elementos inicialmente listados se referiam a questões discutidas em função da proposta do NICS, assim pode-se supor que se qualquer outro elemento fosse escolhido, o grupo teria discutido as mesmas questões, uma vez que o que esteve em jogo no processo de sistematização foi a tentativa de agrupar questões e relacioná-las para compreender a essência da experiência vivida.

Assim, a escolha feita pelo grupo parece ter sido significativa, uma vez que alguns pontos revelados durante a reflexão referendaram essa escolha. A tensão criada pelo processo de descentralização político-administrativa na cidade de São Paulo foi particularmente mais intensa na região de Capela do Socorro, devido ao investimento significativo que foi feito no local, na construção de um novo quadro de referência em relação à forma de gestão local e devido ao alto grau de visibilidade e exposição que resultou deste esforço concentrado. Um exemplo deste investimento foi a criação e gestão do Núcleo Interdepartamento da Capela do Socorro – NICS. É importante destacar que o NICS tornou-se um modelo de gestão descentralizada, intersetorial e participativa e tornou-se um quadro de referência para a criação de governos locais em toda a cidade, um ano depois.

Quando se referiu a processos e princípios do NICS o grupo destacou, sobretudo, uma série de aspectos positivos: “protagonismo/identidade”, “contexto de euforia”, “regularidade”, “grupo”, “troca”, “participação”, “produção de sinergia”, “clareza”, “busca de integração”, “política pública”, “idealismo”, “liderança”, “motivação”.

Alguns relatos das Oficinas reforçam esses aspectos:

[...] quem participou sentiu que foi um processo rico, foi o período de maior riqueza do intersetor... era uma forma desorganizada com muita participação e com sentimento de participação [...].

[...] unimos todos os que trabalhavam no território da Capela, esse foi o grande passo.

Além disso, quando se inseriu o NICS em uma “linha do tempo” que viria a transformá-lo em Governo Local da Capela do Socorro e, este, em Subprefeitura, a reflexão mostrou a habilidade dos participantes de refletir e registrar momentos importantes do processo de descentralização da cidade de São Paulo, representado pelo conjunto do governo municipal e da cidade. Ou seja, a importância do elemento “nostalgia do NICS” também se deve à sua capacidade de refletir e registrar importantes momentos do processo de descentralização político-administrativa da cidade de São Paulo.

Outro fator que também parece ter influenciado a escolha desse elemento decorre de certo conflito interno do grupo em torno da valorização do tema, tendo em vista que parte do grupo não viveu essa experiência, mas deu prosseguimento a ela somente quando da criação da Subprefeitura e respectiva nomeação dos cargos para as coordenadorias setoriais. A própria redação do subtema – “nostalgia do NICS” – expressava certa ironia de parte do grupo sistematizador. Isto também conduziu o grupo, durante o processo de interpretação da experiência, a desmistificar o NICS, aceitando o que foi dito e acrescentando o que pareceu estar presente, mas que permaneceu encoberto nas reuniões.

Um texto escrito durante a fase de interpretação da experiência, estabeleceria, então, que:

o NICS é, para o conjunto da Subprefeitura, uma clivagem do tipo turn-on/turn-off. Ele é a chave que liga, ou desliga, as atenções e a “iluminação”. É ele que prescreve os eixos de atuação e metas que o grupo constituído com a implantação da Subprefeitura deve acolher e perseguir. É ele que, sob “irrefutável legitimidade”, proscreve possíveis alternativas. É ele que confere, a alguns, capacidades, saberes e “experiência”. Ele é, em suma – também e, portanto –, uma afirmação do que Marilena Chauí denomina de “discurso competente” (CHAUÍ, 1969), isto é, uma afirmação de “que não é qualquer um e de qualquer lugar que sabe e pode falar o que quiser. Portanto, só aquele que está investido e ocupa uma posição numa organização burocrática, estará legitimado e terá a competência definida para dizer-enunciar um discurso também definido ao qual é atribuída uma autoridade institucionalizada. (FERNANDEZ, 2004b)

O NICS seria, em suma, a mensagem da gestão integrada e participativa e sua própria “sombra”. Ainda é ao mesmo tempo uma promessa de mudança e a afirmação do *status quo*. Com tal expressividade, o trabalho do NICS e o significado que teve para o grupo precisavam ser investigados e debatidos para entender a experiência e rever a prática que desenvolviam os atores no período em que transcorreu a sistematização.

Foco na descentralização

Cabe destacar o quanto o *método da sistematização* facilitou o processo de aprendizagem conjunta. Embora a frase “só agora pusemos o dedo na ferida” pudesse indicar, como pensamos a princípio, que tudo até então discutido estaria sendo descartado e desvalorizado, na verdade, a partir da releitura de todo o material produzido durante a sistematização, o que constatamos é que estivemos o tempo todo perseguindo isto, ou seja, tentávamos “tocar a ferida”, no entanto, somente a vivência do método da sistematização permitiu que o fizéssemos.

É importante ressaltar que os processos de descentralização não podem ser compreendidos apenas sob o ponto de vista do aparato institucional ou legal, posto a serviço da descentralização por meio de legislações, normatizações e definições de fluxos de trabalho, mas, também, a partir das dinâmicas, contextos e contingências, de grupos ou de unidades da administração, que a lógica organizacional que orienta esses processos não pode, evidentemente, prever. Para análises sobre o primeiro ponto de vista pode-se recorrer a uma produção bibliográfica recente (ARRETCHE, 1999; SANTOS, 2004; CAPUCCI e GARIBE, 2004; FINATEC, 2004) e, para ampliar essas análises, a experiência da Capela do Socorro ofereceu mais alguns elementos.

Isso parece ficar evidenciado, sobretudo pelo que Capela do Socorro apresentava de peculiar em relação às outras subprefeituras da cidade de São Paulo – quase todas elas egressas das antigas Administrações Regionais –, no caso, ter se antecipado na formulação de um modelo de gestão integrada e participativa, que corresponderia ao modelo prometido de subprefeituras. Já em fevereiro de 2001, como vimos, a Capela do Socorro criou o NICS, preparando-se para uma atuação enquanto subprefeitura, que na realidade seria legalmente criada somente em agosto de 2002 (GOVERNO LOCAL DA CAPELA DO SOCORRO, 2002; GOVERNO LOCAL DA CAPELA DO SOCORRO, 2002a).

Qual é a razão, ou razões, desta particularidade?

Uma delas, importante de se destacar, é o perfil do gestor local que com forte liderança desencadeou um processo sinérgico em torno do território da Capela do Socorro, dotado de grande criatividade e inovação. Isso se tornou possível graças ao mesmo ter delegado parte conside-

rável das funções características de “zeladoria”² – função importante das então Administrações Regionais, que poderiam ocupar integralmente o gestor e que provavelmente ocuparam os demais administradores regionais da cidade –, para outros membros de sua equipe, ocupando-se ele mesmo de articular gestores locais de outras secretarias, associações, universidades e outros parceiros em torno de projetos para a região. Os participantes do processo de sistematização expressaram sentimentos de entusiasmo refletindo o idealismo do gestor e a confiança na possibilidade de mudança.

[O gestor] veio com uma ideia inovadora, como ele disse: – Não vim para ser administrador regional. Havia idealismo, meta na vida, foi muito legal, tinha a confiança na mudança. Deu uma injeção de estricnina e tivemos que nos preparar para isso. Ele trouxe um impulso para esta ideia e possibilidade.

O espaço privilegiado dessa forma de atuação foi o NICS que chegava a reunir até 40 pessoas em suas reuniões quinzenais, nas quais as informações eram trocadas e as ações comuns eram planejadas. Assim, se realizava o que preconiza Junqueira ao afirmar que descentralização e intersectorialidade são processos “que se completam e que juntos determinam uma nova forma de gestão das políticas públicas na cidade” (JUNQUEIRA, 1998, p. 15).

Também foi singular a situação vivida de mútua influência positiva entre a Capela do Socorro e a Secretaria das Subprefeituras, no período de 2001 a dezembro de 2002, o que permitiu que a Capela interferisse significativamente nas decisões da administração central no tocante à descentralização. Exemplos disso foram a elaboração das minutas de criação dos governos locais (Decreto n. 41.813 de 15/03/2002) – aos moldes do funcionamento do NICS – e de estruturação organizacional das subprefeituras (Portaria Intersecretarial n. 6/SMS/SGM/SGP/2002) – criada em grande parte no governo local da Capela do Socorro. Os membros do processo de sistematização relacionavam o decreto do prefeito de São Paulo que mudou totalmente o jeito de gerir a cidade, com sua experiência local com o NICS:

A partir da nossa experiência com o NICS fizemos a proposta da Portaria da criação dos Governos Locais. Muitos administradores não sabiam o que estava acontecendo, as Administrações Regionais ficaram apavoradas, sem saber o que fazer.

Ela [a portaria] saiu quase do jeito que propusemos, com exceção da CASD (Coordenadoria de Ação Social e Desenvolvimento). Sinto-me contemplada.

As falas dos participantes permitem concluir que o gestor local tinha um desejo de interferir no processo e gostava do espaço político de que desfrutava para poder por suas intenções em prática.

Há de se destacar, também, o perfil técnico e político dos profissionais que se reuniram em torno do projeto do NICS: pessoas com experiência em gestão pública, com atuação em projetos sociais e ações de descentralização e de participação em suas respectivas áreas. Todos esses aspectos que destacamos como exemplos que extrapolam o âmbito das decisões técnicas e administrativas centrais, interferiram, de fato, nos processos que foram relatados ao longo das Oficinas de sistematização.

Com a criação das subprefeituras e a definição da estrutura organizacional destas – importante marco do processo de descentralização na cidade – ocorreram mudanças que marcaram signifi-

2. Por “zeladoria” são entendidas as ações de conservação e manutenção do viário e áreas públicas, limpeza de córregos, bueiros etc.

cativamente a experiência da Capela do Socorro: deixaram de existir aquelas condições de proximidade com a instância central; a discussão sobre as políticas locais deixou de ser realizada pelo conjunto de pessoas que compunham o NICS e passou a ser atribuição apenas do grupo de coordenadores, recém-nomeados para constituir o grupo gestor local. O foco do projeto deixou de ser o território e a intersectorialidade e passou a ser a própria organização da recém-criada subprefeitura. A frase que se segue expressa sentimentos dos membros das oficinas de discussão do processo de sistematização, que demonstram que o fato de conseguir alcançar alguns objetivos não foi um incentivo para a continuidade do processo.

Colocamos nossas energias para construir as coordenadorias e para modelar o interno, perdendo isso pelo todo: construir uma coisa nova.

Antes era o processo de fazer. Hoje se faz menos juntos. Por que? Porque temos que montar a coordenação.

Essas mudanças tiveram uma repercussão forte sobre o grupo que reagiu a elas apartando-se da discussão sobre descentralização da cidade, inaugurando assim outro tipo de relacionamento com o poder municipal. Estas mudanças foram sentidas como uma derrota para o grupo que as entendeu como tímidas em relação ao projeto de descentralização que vinham construindo.

O grupo talvez tenha realizado uma avaliação parcial do sentido desse processo, e por isso o entendeu como uma indicação clara de que as mudanças ocorreriam muito mais lentamente do que o esperado, deixando de considerar outros aspectos desse complexo processo de descentralização em uma cidade de 10 milhões de habitantes. Isso quer dizer que, grosso modo, reduziu-se a questão à vontade política ou não do governo em concluir o processo, esquecendo-se de examinar as condições político, físicas e financeiras deste para realizar os investimentos que o processo de descentralização exigiria. Afinal, foi também certa precariedade de investimentos que tornou a tarefa de organização da Subprefeitura árdua o bastante para consumir e desviar as atenções do grupo gestor das ações intersectoriais de caráter inovador.

A mesma avaliação levou a concluir que o NICS, desconsiderou outro ponto ainda mais importante da vivência: o caráter educativo da experiência da descentralização. Ao retirar-se da discussão, o subprefeito abandonou o protagonismo que caracterizava sua posição no grupo – e disso se ressentiu o grupo naquele momento, como demonstrou o processo de sistematização – afastando os membros do NICS do processo que contribuía para o avanço da descentralização na cidade e também na própria subprefeitura.

Eu saí do debate da descentralização... Saí mesmo do debate na cidade.

Essa proposta (reforma administrativa das secretarias) é derrotada no governo... Perdemos, foi nesse contexto. Aqui é que tomamos nossa decisão (de nos afastarmos do debate).

Estávamos construindo, havia um sonho de construir uma coisa nova, quando veio de cima para baixo. Caiu na realidade. O que a gente tinha na subprefeitura como ferramenta para construir o sonho não era suficiente.

Outro elemento que interferiu no processo de descentralização na cidade foi a manutenção das subprefeituras como importantes peças para a negociação e acomodação de interesses, papel este que

já era desempenhado pelas administrações regionais. Isto fragilizou os Subprefeitos enquanto interlocutores do processo de descentralização. Isto traz à tona o que parece ser um dilema de processos de descentralização, isto é, o risco de pensá-la não em si mesma, mas para quem ela se destina. As frases que se seguem são expressões de membros do processo de sistematização que demonstram como os membros do NICS passaram a questionar o processo e divergir das propostas de descentralização como estavam sendo implementadas, nessa perspectiva da acomodação de interesses.

Descentralizar e dar poder para os 70% que não acreditam nisso? Vou descentralizar para isso daí?

O que eu vou dar para o fulano, disse [...]

(...) se o poder for para o inimigo, não descentralizamos? Se é para a sociedade, não importa para que partido é.

O que essa experiência deixa claro é o quanto esses processos de descentralização precisam estar atentos às potencialidades locais para fortalecer sua autonomia. É de se supor que eles serão mais bem-sucedido quanto mais estiverem dispostos ao diálogo com os múltiplos atores que vêm, ao longo da história recente de nosso país, investindo na construção de políticas públicas descentralizadas, mais permeáveis às práticas cidadãs. Esses mesmos processos, dependendo de como são conduzidos, podem, contudo, desmobilizar avanços conseguidos no âmbito local.

O estudo da experiência de descentralização ocorrida na Prefeitura do Município de São Paulo e, em especial do processo vivenciado na Subprefeitura da Capela do Socorro, mostra a tensão que existe entre o instituinte e o instituído (CASTORIADIS, 1982; LOURAU, 1975; MAFFESOLI, 1997), ou ainda entre o estabelecimento de um projeto de mudança e um projeto de manutenção do poder e do *status quo*; entre um projeto que é mediado por decisões participativas e guiada pela ação comunicativa (HABERMAS, 1989), ou a partir de uma visão excessivamente técnica de gestores isolados, incapazes de fazer ligações e negociar de modo a envolver vários atores sociais, presentes na arena política da construção de um processo de gestão (JUNQUEIRA, 1998). Em resumo, o estudo ilustra um processo que oscila entre inovação e burocratização na construção de um processo de gestão.

Conclusão

Como assinalado por Jara (1996, p. 108), “toda reflexão interpretativa conduzida em um processo de sistematização deverá resultar em uma formulação – tão clara quanto possível – tanto a conclusões teóricas como práticas”. As conclusões apresentadas aqui se originam diretamente do que foi refletido da experiência com o método da sistematização em relação à experiência Capela Saudável.

Quais resultados em termos de melhoria da qualidade de vida para a população da Capela do socorro podem-se identificar a partir do método da sistematização de experiência? Sem desejar evitar o desafio de conseguir evidências da efetividade das ações no campo da promoção da saúde, na qual as iniciativas de cidades saudáveis se enquadram, percebemos que resultados podem ser detectados somente a partir da análise continuada dos processos que, como dissemos, começaram com a formação do NICS, que foi criado pelo projeto Capela Saudável e que foi ameaçado algumas vezes pelas alternâncias do poder político municipal.

Várias lições podem ser tiradas desta experiência de sistematização. Primeiro, que a desmobilização dos gestores em torno da gestão integrada e participativa pode ser compreendida pelas mesmas razões que determinaram sua mobilização inicial em torno disso. Podemos observar que os melhores e os piores momentos experimentados pelo grupo envolvido com o Projeto Capela Saudável estão muito proximamente ligados aos percursos do processo de descentralização do município de São Paulo, no período de 2001 a 2004. Segundo, a experiência em questão permitiu compreender como a intersectorialidade, participação e os resultados obtidos por ações orientadas por esses princípios dependem da influência ou associação a outras questões igualmente importantes – neste caso, a descentralização política e administrativa. Terceiro, é só aparentemente paradoxal que os melhores e piores momentos da experiência da Capela do Socorro estejam relacionados a injunções do processo político vinculado à descentralização administrativa no âmbito da cidade como um todo. A experiência revela a dinâmica entre o instituído e o instituinte e se relaciona a processo no qual a ação intersectorial e participativa – motivada pela descentralização e movida pela autonomia – como um projeto de mudança, dá espaço para (ou é vencida pela) burocracia, no controle da descentralização. Quarto, as políticas que guiam os processos de inovações nos países do terceiro mundo como o Brasil, com um histórico de relações de subordinação e dominação, fundamentadas em relações de doação do tipo clientelistas ou paternalistas, podem ser, ao mesmo tempo, um elemento de resistência a mudança ou um fator de mobilização. Qualquer gestor comprometido com um tipo de gestão integrada e participativa pode desenvolver uma ação de mobilização para a cidadania, que pode acionar um movimento, um processo de mudança de relações na sociedade ou, inversamente pode apenas atualizar o clientelismo ou paternalismo. Nenhuma outra metodologia poderia facilitar a revelação desses elementos que dificultam a implementação de uma real gestão integrada e participativa.

Desafios aos coordenadores de processos de sistematização

Participantes relataram que em uma reunião do NICS, um representante da autoridade do nível central da administração da Prefeitura, expressando sua admiração em relação aos avanços conseguidos pelo grupo disse: “eu não sei se isto é bom ou ruim para vocês”. O episódio permaneceu na memória do grupo e foi expresso por uma metáfora, por um dos membros das oficinas de sistematização que entendemos ser importante reproduzir para os leitores:

Esse episódio representa o primeiro ou o mais significativo encontro das nossas personagens com o campo dialético das *relações conflitivas entre o instituinte e o instituído, entre a energia social amarrada e os grupos sujeitados e a energia social livre e os grupos sujeitos* [...]. Foi o momento daquela energia inovadora com liberdade para construir o veículo de seus sonhos se encontrar com o “sistema” de transportes, e suas agências reguladoras e normatizadoras, enfim, com a instituição, que é o já instituído e que luta acima de tudo por sua própria conservação. [...] Mais ainda, isso foi a oportunidade ou o infortúnio de nossas personagens se descobrirem em meio a uma ação contra-institucional, com o que isso pode representar quando se quer estar “com”, quando se quer estar “dentro” e não batendo à porta e exigindo que a instituição fale – e fale diferente. (FERNANDEZ, 2004a)

O que resulta do encontro entre a energia criativa e a força do já instituído na qual a autonomia cede o espaço para a heteronomia – uma vez que percebido como uma prioridade à organização da agência coordenadora em detrimento do fortalecimento dos espaços com maior possibilidade de interlocução com parceiros em âmbito local – é a dissolução da energia instituinte que mobilizava

o grupo. Se esse encontro é apenas um fragmento ou uma simples moldura de um quadro que descreve o processo de descentralização na cidade, é, ao mesmo tempo e também, uma oportunidade única para refletir sobre a participação, a ação intersetorial e sobre as condições nas quais elas podem ser mais bem desenvolvidas.

Referências Bibliográficas

ARRETCHE, M.T.S. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **Rev Bras Cien Soc.**, vol. 14, n. 40, p. 111-41, 1999.

CAPUCCI, P.F.; GARIBE FILHO, R.N. **Gestão local nos territórios da cidade**: ciclo de atividades com as subprefeituras. São Paulo: Mídia Alternativa/Secretaria Municipal das Subprefeituras, 2004.

CASTORIADES, C. **A instituição imaginária da sociedade**. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, [s.d.].

CHAUÍ, M.S. **O discurso competente e outras falas**. São Paulo: Moderna, 1969.

FERNANDEZ, J.C.A. **Senhores passageiros do “Capela para...”**, 2004a. Disponível em: <<http://www.cidadessaudaveis.org.br/noticias.asp>>. Acesso em 28 jan. 2008.

FERNANDEZ, J.C.A. **Sistematização de experiência**: Capela do Socorro, fase: interpretação. Disponível em: ,<http://www.cidadessaudaveis.org.br/noticias.asp>>. Acesso em 28 jan. 2008.

FINATEC (Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos) **Descentralização e poder local**: a experiência das subprefeituras no município de São Paulo. São Paulo: Hucitec/ Finatec, 2004.

Governo Local da Capela do Socorro. **Planejamento estratégico**. São Paulo: PMSP abril/junho de 2002.

Governo Local da Capela do Socorro. **Plano de ação local**. São Paulo: PMSP, 2002a.

HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

JARA, O. **Para sistematizar experiências**. Trad. por Maria V.V. Rezende. João Pessoa: UFPB, Editora Universitária EQUIP, 1996.

JARA, O. **Dilemas y desafios de la sistematización de experiencias**. Seminário ASOCAM, Cochabamba, 2001.

JUNQUEIRA, L.A.P. Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. **RAP** vol. 32, n. 2, p. 11-22, 1998.

LOURAU, R. **El análisis institucional**. Buenos Aires: Amorrortu, 1975.

MAFFESOLI, M. **A transfiguração do político**: a tribalização do mundo. Trad. Juremir Machado da Silva. Porto Alegre: Sulina, 1997.

OPS. **Municípios saludables**. Washington, DC: OPS., 1997.

CAPÍTULO 11 – MAIS METODOLOGIA DO QUE MÉTODOS

LOUISE POTVIN E SHERRI BISSET

Uma avaliação é muito mais do que coletar, analisar e interpretar dados científicos a fim de comparar os resultados de tratamentos. Nos últimos 40 anos, as discussões sobre métodos no campo da avaliação de programas evoluíram no sentido de incluir modelos e reflexões acerca dos múltiplos e complexos papéis associados à prática da avaliação. Na verdade, para Shadish, Cook e Leviton (1991), a base de conhecimento que diz respeito à prática da avaliação deve considerar questões relacionadas aos papéis do avaliador, assim como ao formato da avaliação. Dessa forma, a prática da avaliação requer competências metodológicas e técnicas para condução de investigações sistemáticas, além de todo um conjunto de habilidades interpessoais e de negociação, identificadas por Brown (1995) como algo que perpassa os aspectos pedagógicos e políticos. A concepção de uma avaliação como uma prática, como fazemos nesta coletânea de ensaios, se baseia na premissa de que os avaliadores são mais do que bons e rigorosos cientistas, que implementam ferramentas de investigação empíricas para estudar os programas e intervenções, enquanto está claro que a função do avaliador envolve mais do que as atividades de coleta de dados, como esses dois aspectos da prática, que são parte inerente da avaliação de programas, se juntam para construção do conhecimento da prática da avaliação? Para abordar essa questão, nós propomos revisitar as fundamentações teleológicas, epistemológicas e ontológicas com base nas quais o papel das avaliações é definido.

Consistente com a orientação deste livro, nós definimos o papel dos avaliadores *vis-à-vis* um programa como sendo algo que é modelado pela prática de avaliação. Sugerimos, no entanto, que a prática da avaliação não consiste simplesmente de um repertório de papéis a partir do qual o avaliador pode (mais ou menos) escolher arbitrariamente a fim de definir suas funções e suas atividades de avaliação (em outras palavras, o *kit* de ferramentas metodológicas do avaliador). Neste capítulo, nós argumentamos que o papel do avaliador *vis-à-vis* os *stakeholders* de um programa e a abordagem adotada para identificar, descrever e mensurar um programa e seus efeitos, formam a prática do avaliador, que é consistente e coerente no contexto do seu trabalho.

Também argumentaremos que uma prática, assim como um paradigma, representa uma racionalidade organizada (CROZIER e FRIEDBERG, 1977), comum a grupos de indivíduos, e que possibilita a esses grupos identificar, estruturar, interpretar e resolver problemas existentes e que são identificáveis por meio das lentes de uma prática ou paradigma (KUHN, 1962).

As quatro dimensões da prática

A metodologia é uma das quatro dimensões que caracterizam uma prática (LEVY, 1994).

As práticas, como os paradigmas, possuem uma organização coerente, de modo que, quando tomadas conjuntamente, essas quatro dimensões são altamente relacionadas entre si e constituem um conjunto coerente e racional de proposições que conectam um profissional ao mundo por meio de sua prática. Essas quatro dimensões são rotuladas de: teleológica, ontológica, epistemológica e metodológica.

A dimensão teleológica diz respeito ao objetivo central da prática: o que o profissional coloca como meta para alcançar por meio do seu trabalho e das atividades. É essa dimensão que define a intencionalidade e se refere ao projeto e a visão mais abrangente que sustentam a prática. Ela oferece significado à ação ao identificar os possíveis mundos para os quais a prática está contribuindo. Essa dimensão é muitas vezes tida por dada e, raramente, é discutida de forma aberta e revisada criticamente no campo da avaliação. Típico de um campo prático, no entanto, os resultados das avaliações são, muitas vezes, descritos como algo que precisam ser utilizáveis e contribuir para algum projeto de transformação (MARK e HENRY, 2004). A avaliação é, muitas vezes, definida como algo que fornece dados científicos para a tomada de decisões. Esse uso instrumental dos resultados das avaliações em decisões relativas ao programa representa o critério último pelo qual uma grande maioria dos avaliadores descreve a *raison d'être* do campo (PRESKILL e CARACELLI, 1997). Tal uso instrumental, no entanto, quase nunca é possível. Patton (1997) e muitos teóricos da avaliação propuseram outros tipos de uso para os resultados de uma avaliação (HARTZ, DENIS, MOREIRA e MATIDA, 2008), como o esclarecimento, ou seja, a contribuição dos resultados das avaliações para as explicações teóricas sobre o funcionamento do mundo (WEISS, 1998). Para Mark, Henry e Julnes (2000) todos esses usos específicos dos resultados das avaliações podem ser entendidos como contribuindo para a melhoria social à luz de que

[...] mesmo na ausência de um uso direto, os resultados das avaliações, muitas vezes, parecem ter ajudado a moldar os pressupostos das pessoas, suas crenças e expectativas, e, por sua vez, eles parecem ter influenciado decisões subsequentes sobre os programas e políticas, às vezes, distantes no tempo e em lugar da avaliação original (MARK *et al.*, 2000, p. 22).

Para esses autores, a fim de contribuir para a melhoria social, os avaliadores assumem as seguintes responsabilidades com relação aos resultados dos seus estudos. Primeiramente, os avaliadores determinam que resultados podem melhor contribuir para apoiar as deliberações, decisões e ações realizadas pelas instituições, uma vez que as instituições representam os agentes legítimos da regulação e da transformação social em sociedades democráticas. Em segundo lugar, eles assumem responsabilidade pela qualidade da informação extraída dos estudos de avaliação reais. Terceiro, eles garantem que os resultados sejam disseminados pelas redes mais relevantes de profissionais e de tomadores de decisão.

A segunda dimensão da prática tem relação com seu objeto. Considerando que a prática é o trabalho transformador que um profissional realiza no mundo que o envolve, esse trabalho coloca o foco sobre uma classe de objetos específica. Não há prática sem os objetos que uma prática busca regular reproduzir ou transformar. Essa é a dimensão ontológica da prática. Com a exceção de Weiss (1998), há pouca discussão sobre a realidade ontológica dos programas e políticas que, normalmente, são apresentados como objetos de avaliação (POTVIN, GENDRON e BILODEAU, 2006). Poucas vezes perguntou-se em que consistem os programas. Como discutido por POTVIN e MCQUEEN (2008), a maioria das discussões e representações dos programas não trazem a figura dos atores, tomados no sentido de agentes que exercitam um poder causal em uma dada situação; atores cujas ações induzem uma reação de outros atores. Nas raras ocasiões em que os atores são alvo de discussão juntamente com objetos materiais, como em Weiss (1998), a articulação e as conexões entre os elementos humanos e não humanos dos programas não são bem desenvolvidas. Representar programas como uma série de ações ou eventos na ausência de atores que operem es-

sas ações coloca o ônus da ação nas dimensões técnicas e materiais dos programas. Neste capítulo, nós argumentamos que as concepções dos avaliadores acerca da natureza dos programas e sobre o que constitui sua realidade exercem influência fundamentais sobre a prática das avaliações e, em última instância, definem as outras dimensões da prática.

Definir prática como o trabalho de um profissional sobre um objeto implica a presença de um *rap-port* entre o profissional e a classe dos objetos que caracteriza a prática. A dimensão epistemológica da prática tem a ver com esse relacionamento entre o profissional e o objeto de sua prática. Ela faz a pergunta sobre que tipo de *rapport* que deveria existir entre um profissional e o mundo a fim de que o primeiro influencie as transformações e a regulação do último. Para um avaliador, essa dimensão diz respeito ao relacionamento existente entre ele/ela e os programas ou políticas a seres avaliados. Muitas vezes reduzida a uma oposição entre avaliação externa e interna (por exemplo, pesquisa participativa *versus* não participativa, observação participante *versus* não participante), uma resposta adequada para essa pergunta requer que o avaliador, como sujeito, se posicione com relação ao programa. A prática da avaliação pode variar de um simples *rapport* sujeito-objeto, no qual o avaliador, como um sujeito, controla as circunstâncias do programa, idealmente concebido como destituído de poder no relacionamento (as decisões do avaliador não são influenciadas pelo programa), até um *rapport* muito mais complexo entre sujeito-objeto-projeto, no qual tanto o avaliador quanto o programa são agentes ativos na avaliação e no qual esse *rapport* também é percebido como sendo um ingrediente ativo na prática do avaliador. Nós mostramos que quando uma avaliação é pensada para ser responsiva às várias fases pelas quais um programa passa, tanto o programa quanto a avaliação influenciam um ao outro e se tornam cada vez mais parte do contexto no qual o programa inicialmente foi desenvolvido (POTVIN, CARGO, MCCOMBER, DELORMIER e MACAULAY, 2003).

Para a prática de avaliação baseada em pesquisa, essa dimensão epistemológica (que, em última instância, coloca a questão do *status* do avaliador em relação ao programa) se preocupa com como o conhecimento sobre os programas é possível dada sua natureza.

Por fim, a dimensão metodológica de uma prática se refere diretamente ao tipo de ação que os profissionais conduzem para alcançar seus objetivos. Para um avaliador, a dimensão metodológica da prática está primeiramente, mas não exclusivamente, relacionada a como o conhecimento sobre programas é produzido, mas ela não pode ser reduzida apenas a esse aspecto.

De fato, na medida em que a finalidade visada por uma avaliação se expande além da mera produção de conhecimento científico, a dimensão metodológica da prática de avaliação pode incluir uma ampla gama de ações que dizem respeito principalmente à análise da possibilidade de avaliação, que define a pergunta e o projeto de avaliação (THURSTON, GRAHAM e HATFIELD, 2003; THURSTON e POTVIN, 2003), e ao uso do conhecimento (MARK e HENRY, 2004; PATTON, 1997).

Três tipos ideais de práticas de avaliação

Uma prática é a operacionalização de um conjunto coerente de posições acerca das quatro dimensões descritas acima. Essa coerência é a fundamentação da prática e é vista como uma consistência e uma continuidade da prática ao longo do tempo e do espaço. Embora seja concebível que as várias combinações de respostas que os profissionais fornecem àquelas quatro perguntas

possam produzir uma infinidade de variedades de práticas, nós acreditamos que existem correlações inerentes entre essas dimensões e que elas, assim, limitam as variações nos tipos de prática de avaliação. A esse respeito, o conceito de Weber de tipo-ideal é útil (WEBER, 1952). Um tipo-ideal é uma construção mental de um fenômeno social que combina e simplifica características que, normalmente, não são encontradas em uma única instancia, mas que fornece um caso exemplar representativo de toda uma categoria de fenômeno social. Existem muitas taxonomias de tipos-ideais de avaliação, dependendo da característica que se queira destacar. Nesta seção, nós apresentamos três tipos-ideais de práticas de avaliação que enfatizam as consequências metodológicas de três paradigmas de avaliação coerentes, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Três tipos-ideal de prática de avaliação

	Teleológica	Ontológica	Epistemológica	Metodológica
Avaliação como Experimentação	Teste das hipóteses causais acerca dos efeitos que os programas exercem no contexto	Programas como entidades técnicas com uma realidade objetiva	Distanciamento objetivo entre avaliador e programas	Experimentação; excluir possíveis hipóteses rivais
Avaliação como Negociação	Melhora no programa por meio da conscientização dos atores a respeito de suas ações nos programas	programas como representações que descrevem e/ou orientam as ações dos atores	Co-construção construtivista sujeito-sujeito da representação do programa	Construir teoria do programa por meio das representações dos atores e de círculos hermenêuticos
Avaliação como Reflexividade Organizada	Compreender o papel mediador dos programas nas transformações sociais	Programas como sistemas de ações que conectam entidades	Transformação reflexiva do sujeito-objeto-projeto	Acompanhar ações dos programas e as conexões que elas operam

Note-se que algumas práticas bem conhecidas de tipos-ideais de avaliação, tal como a avaliação com foco na utilização (PATTON, 1997) ou a avaliação participativa (SPRINGETT, 2001), não são diretamente circunscritas pela nossa tipologia, principalmente porque essas práticas não são discutidas prioritariamente em termos de suas implicações metodológicas. A primeira é geralmente apresentada com relação à dimensão teleológica da avaliação, ou seja, seus usos por parte dos tomadores de decisão, enquanto a última (a avaliação participativa) é mais apresentada em relação à questão epistemológica do valor relativo de várias formas de conhecimento. Nessa perspectiva, a avaliação participativa também pode ser compreendida como uma forma de negociação.

A principal advertência com relação ao uso dos tipos-ideais para caracterizar a prática de avaliação no campo da promoção da saúde é que, pelo fato deles não existirem de fato na realidade, os tipos-ideais são representações simplistas. Como uma ferramenta heurística, um tipo-ideal não consegue reproduzir todas as sutilezas e nuances da realidade social que ele representa. Ele é requisitado principalmente para contrastar o fenômeno social por meio da exacerbação de suas diferenças em um número limitado de dimensões. A prática é algo muito mais rico do que qualquer tipo-ideal que possa ser construído para representá-la. É por isso que este capítulo precisa ser complementado pelos capítulos relatam e discutem questões práticas da condução de avaliações que também contribuem para promover a agenda da promoção da saúde.

Avaliação como experimentação

De acordo com Pawson e Tilley (1997), esse tipo-ideal de prática de avaliação tem sido a marca característica das avaliações desde o surgimento deste campo.

Na base de tudo no começo estava a lógica da experimentação [...] O profissional, o assessor de políticas e o cientista social estão em consenso quanto a apreciação da beleza do *design*. Em um aspecto, ela tem raízes profundas no discurso filosófico sobre a natureza da explicação, como em *A System of Logic*, de John Stuart Mill; por outro lado, essa é a marca característica do senso comum, entranhada nas campanhas publicitárias (PAWSON e TILLEY, 1997, p. 4).

A avaliação como uma prática de experimentação é caracterizada pela finalidade de conduzir testes sobre as hipóteses causais acerca dos efeitos de um programa no ambiente em que a iniciativa é realizada. Essa finalidade está profundamente enraizada no campo da avaliação. Já em 1967, em um dos primeiros livros publicados cujo título trazia a palavra “avaliação”, Suchman (1967) explicava que a avaliação é, em última instância, um mecanismo de teste de hipóteses por meio do qual demonstrar um efeito positivo alcançado por um programa voltado à solução de um problema é oferecer evidências acerca da validade da teoria que fundamenta o programa.

Na prática, como profissionais que testam hipóteses, os avaliadores, muitas vezes, são também pesquisadores acadêmicos, profundamente envolvidos na formatação e planejamento de programas. Os programas, como tratamentos, são vistos como ferramentas para testar proposições teóricas sobre a etiologia das doenças. Esse foi o caso com os primeiros *trials* de intervenção comunitária para doenças cardiovasculares, como o *Stanford Five City Project* (FARQUHAR *et al.*, 1985), o *Pawtucket Heart Health Program* (CARLETON, LASATER, ASSAF, LEFEBVRE e MCKINLAY, 1987) e o *Minnesota Heart Health Program* (BLACKBURN *et al.*, 1984). Nesses programas, como naqueles que foram formatados e avaliados em seus resultados de acordo com o mesmo paradigma de avaliação há uma forte participação de pesquisadores/avaliadores na definição e formatação do programa que, normalmente, termina antes de sua implementação, mantendo a avaliação longe de questões ligadas à implementação, mas não da implicação de demonstrar os efeitos do programa.

Conforme exemplificado por aqueles programas formatados por pesquisadores acadêmicos e que incluem o conhecimento científico mais atualizado sobre etiologia e prevenção de doenças, na avaliação como experimentação, os programas são concebidos como soluções passíveis de generalização para problemas definidos objetivamente. A origem do programa reside fora da situação

problemática, ou seja, assume-se que o programa vem depois do problema e após as possíveis soluções terem sido identificadas. É essa externalidade que comporta a possibilidade de generalização. Os programas são, dessa forma, essencialmente concebidos como soluções técnicas que incorporam conhecimento científico em resposta a uma situação problemática, sem fazer referência aos atores sociais envolvidos com o problema, sua definição ou solução. O paradigma de referência é aquele do desenvolvimento das drogas (FLAY, 1986). Nesse paradigma, os programas são constituídos por objetos materiais, organizados de acordo com um conjunto de procedimentos estável e previsível. As variações contextuais e na implementação são vistos como ruídos a serem eliminados e controlados da melhor forma possível. Aqui, os mecanismos causais que produzem mudanças não são entendidos como entre os atores que operam o programa, ou nos relacionamentos que eles desenvolvem elementos não humanos do contexto em que o programa é implementado. Pelo contrário, os atores são instrumentos cujos papéis são definidos na descrição e no marco lógico do programa (POLAND, FROHLICH e CARGO, 2008).

Quando os programas são concebidos primordialmente como arranjos técnicos, normalmente, a agência dos atores em questão é vista, da mesma forma, como bastante limitada, já que suas interações com as entidades técnicas dos programas geralmente são predeterminadas por um conjunto rígido de instruções e regras. Isso é feito para assegurar uma máxima fidelidade na implementação do programa, bem como o maior impacto. De fato, na linguagem experimentalista, as pessoas que se beneficiarão dos efeitos dos programas, muitas vezes, são descritas como o alvo do programa. Essa metáfora balística não é benigna por dois aspectos. Primeiro, os alvos situam-se exclusivamente na ponta final de uma transação. Eles estão lá para serem atingidos por algo (por exemplo, uma bala mágica). Em segundo lugar, e mais importante, embora o alvo possa ser móvel, o que o faz mover não é a informação relevante. O único fato importante dos movimentos realizados pelo alvo é sua posição relativa (distância e direção) em relação àquela da pessoa que mira naquele alvo.

Na avaliação como experimentação, o relacionamento entre o avaliador e o programa, incluindo a equipe e metas, é geralmente tido por de mão única. Quanto mais específica a hipótese a ser testada pelo programa e sua avaliação, menos flexibilidade existe para expressão da agência pelos atores envolvidos. Essa “objetificação” dos programas e de seus componentes, idealmente, maximiza o controle sobre o tratamento e os potenciais “fatores de confusão”. Como sujeito conhecedor, as ações dos avaliadores são minimamente influenciadas pelo objeto (programa) em estudo. Alternativamente, uma hipótese-chave para validade externa – a capacidade de generalizar os resultados para outros cenários e alvos – é que o programa não é responsivo às ações do avaliador. Em outras palavras, um programa avaliado não é diferente de outro que não foi avaliado. A dimensão epistemológica é, assim, caracterizada por distanciamento e objetividade maximizadas entre o avaliador e o programa sob avaliação.

Nessa prática de tipo-ideal, as escolhas metodológicas são fundamentalmente governadas pelo paradigma experimentalista. O conhecimento é aprimorado pela capacidade de um indivíduo de manipular as condições de produção de um fenômeno e de reproduzir esse fenômeno por meio da manipulação das condições que o criou, reduzindo essas condições ao essencial. A essência da ciência laboratorial é isolar, o mais perfeitamente possível, uma causa putativa e seus efeitos de todas as outras variáveis de confusão. Isso é feito por meio do fechamento e isolamento da situ-

ação experimental. Cook e Campbell (1979) discutiram amplamente o enigma associado com a emulação das condições laboratoriais em pesquisas conduzidas em cenários da vida real, nos quais esse isolamento é praticamente inviável. Na visão deles, o trabalho do avaliador nessas situações é o de tentar impor a delimitação da situação, ao mesmo tempo em que mantém a integridade do tratamento experimental. O teste de controle randômico é uma ferramenta que permite a delimitação de vários (mas não de todos) os aspectos da situação experimental em condições de vida real. Na verdade, de acordo com Campbell (1984), o trabalho pesado de um avaliador pode se resumir a tentar excluir hipóteses plausíveis rivais, a fim de permanecer apenas com o programa em estudo como uma explicação da diferença observada entre aqueles que foram expostos ao programa e aqueles que não o foram. Isso pode ser feito por meio da formatação de estudos que automaticamente excluem algumas ameaças conhecidas à validade interna (CAMPBELL e STANLEY, 1963), como usar um grupo de controle para excluir a possibilidade de que a diferença observada antes e depois no grupo exposto possa ser devido ao efeito de maturação. Isso também pode ser feito pela documentação *post hoc* da baixa plausibilidade de tal hipótese ou pelo controle estatístico (COOK e CAMPBELL, 1979).

A avaliação como uma prática de experimentação é caracterizada por uma forte preocupação com a concepção e implementação de ferramentas de pesquisa que garantam uma validade interna e externa ótima para os resultados da avaliação. Idealmente, isso inclui manter uma distância adequada do programa e assegurar que o trabalho e as atividades que servem à avaliação não interfiram na integridade do programa.

Avaliação como negociação

Em contraste com a avaliação como experimentação, que foi discutida anteriormente e na qual a ênfase recai sobre a identidade técnica do programa, a ênfase da avaliação como negociação é colocada sobre os atores sociais, que são reunidos para formar um espaço social programado. Ao reconhecer que os programas são, essencialmente, sistemas sociais, em que as ações e interações dos atores permanecem sendo a principal dimensão de interesse, os avaliadores como negociadores focam suas práticas nas pessoas que são os alvos diretos do programa. Preocupações metodológicas dizem respeito, principalmente, à compilação das representações do programa a partir das perspectivas dos vários grupos de atores. A primazia dos atores sociais e dos processos sociais inaugura um caminho real para o construtivismo social como um paradigma para avaliação de programas.

Esse tipo-ideal de prática de avaliação foi defendido principalmente (mas longe de ter sido de forma exclusiva) por Guba e Lincoln (1989) como sendo a “Avaliação de Quarta Geração”. De fato, apesar da perspectiva construtivista de Guba e Lincoln ser provavelmente a mais reconhecida e citada na literatura de avaliação no campo da promoção da saúde, alguns dos bem conhecidos pioneiros na área de avaliação também fundaram suas abordagens na epistemologia construtivista. O trabalho de avaliadores como Wholey e Newcomer (1989) e Stake (1975) é bem conhecido no campo da avaliação. Ambos são associados com a ideia fundamental de que os programas, quando implementados, normalmente diferem da intenção do programa original pensado pelos planejadores; os programas são construídos à medida que passam por vários estágios de interação entre grupos de atores associados.

Dessa forma, um dos papéis-chave de uma avaliação é destacar esse processo por meio do apoio a melhorias nos programas ou simplesmente pela definição de um programa em seus próprios termos. Ao enfatizar a necessidade dos avaliadores de se aproximar da ação onde quer que ela ocorra, os dois trabalhos (e outros) contribuíram, no início da década de 1970, para o declínio do monopólio do paradigma quasi-experimental no campo da avaliação. Tomando por base o conceito de programas como construções sociais, a contribuição mais importante feita por aqueles autores foi defender, com sucesso, o pluralismo de métodos e o relativismo dos valores quando se avalia um programa.

Muito embora existam múltiplas gradações de construtivismo social, a mais utilizada para embasar avaliações construtivistas é aquela que se sustenta no trabalho e na tradição acadêmica da Escola de Sociologia de Chicago, principalmente por meio do trabalho de Anselm Strauss e de suas proposições metodológicas, que estão embutidas nas investigações do tipo teoria fundamentada em dados (GLASER e STRAUSS, 1967). Embora a Escola de Sociologia de Chicago seja associada a um grande número de teóricos e especialistas em metodologia no campo da sociologia, uma de suas inovações mais críticas e relevantes é o chamado interacionismo simbólico. A primeira e mais fundamental proposição do interacionismo simbólico é a de que os seres humanos agem essencialmente como resultado de suas percepções e interpretações do significado que eles atribuem às ações de outros seres humanos. A segunda proposição (corolário) diz que é por meio das interações com outros que esses significados são desenvolvidos, transformados e são passíveis de manipulação (LE BRETON, 2004). Assim, o principal motor da ação é a representação de situações sociais e essas representações são moldadas pelos processos sociais de interação que ocorrem nessas situações.

Ao desenvolver a abordagem da “Avaliação de Quarta Geração”, Guba e Lincoln (1989) lançaram mão, de forma extensiva, do interacionismo simbólico, da metodologia da teoria fundamentada em dados, e do trabalho de Robert Stake (ABMA, 2005). Eles argumentam que os programas somente podem ser compreendidos por meio das representações que vários atores desenvolvem e sobre as quais atuam por meio das interações sociais com outros atores do programa.

Tanto na concepção de Guba e Lincoln quanto em Stake, a principal tarefa dos avaliadores é apoiar o desenvolvimento de uma representação compartilhada dos programas entre os atores e isso é, essencialmente, feito por meio da negociação. A dimensão teleológica na avaliação como prática da negociação é, dessa maneira, contribuir para melhorias nos programas à medida que ele é implementado, reconhecendo que as discrepâncias entre o programa (como ele foi planejado) e como, de fato, é praticado, são inevitáveis. Aqui, espera-se que os programas sejam aprimorados com a elaboração de uma representação comum do programa entre os *stakeholders* do programa, por meio da qual, presume-se que uma representação comum traga melhorias ao programa por meio de uma melhor coordenação e alinhamento das ações dos seus *stakeholders*. Desenvolver essa representação compartilhada é a principal tarefa dos avaliadores, que acontece, principalmente, pelo referimento das avaliações para atores do programa e, assim, permitindo que eles revisem suas representações em linha com aquelas de outros atores do programa.

Em linha com o interacionismo simbólico, a dimensão ontológica dessa prática de tipo-ideal é encontrada nas representações desenvolvidas pelos atores de um programa. Assim, os programas não possuem uma realidade objetiva, no sentido da primazia dos objetos materiais e técnicos. São

as representações que os atores do programa constroem desses objetos e o significado simbólico que eles atribuem a essas representações por meio de suas interações que orientam as ações dos indivíduos nos espaços sociais dos programas. Assim, em qualquer programa, teoricamente, existem tantas representações quanto o número de indivíduos envolvidos na iniciativa. O papel do avaliador é o de buscar revelar essas representações e ajudar na construção de um consenso entre os atores do programa.

Essa tarefa requer que o avaliador interaja estreitamente com os atores do programa. A epistemologia é construtivista, o que significa que tanto o avaliador quanto os atores do programa são sujeitos nessa construção. Não existe uma distância prescrita entre o programa e o avaliador. De fato, a representação compartilhada do programa que resulta da avaliação só pode ser construída coletivamente e o papel central do avaliador é formatar e implementar os mecanismos por meio dos quais as representações dos atores possam ser confrontadas direta ou indiretamente entre si. Por exemplo, mecanismos na forma de *feedback* extraído de diálogos, documentação ou análises observacionais, fornecem um meio para os atores do programa situarem seus próprios interesses e interpretações dos eventos de um programa em relação àqueles de outros atores.

Embora existam variações nas ferramentas técnicas específicas usadas para coletar e analisar dados, a dimensão metodológica na prática de tipo-ideal da avaliação como negociação preocupa-se, essencialmente, em produzir a representação ou teoria mais crível e confiável de um programa. Em muitos casos, os avaliadores fizeram referência à metodologia da teoria fundamentada em dados, desenvolvida por Glaser e Strauss (1967) e, mais tarde, por Strauss e Corbin (1998) a fim de criar, de forma indutiva, uma representação compartilhada a partir das representações específicas dos indivíduos acerca do programa. Técnicas específicas de coleta e análise de dados garantem um processo de confrontação contínuo entre a teoria que está emergindo na esteira dos dados levantados e o fenômeno empírico, que é iluminado pela teoria. A principal contribuição prática e metodológica de Guba e Lincoln (1989) reside na proposição de que os Círculos de Diálogo Hermenêutico devem ser implementados para que uma representação compartilhada seja construída. Como negociadores e indivíduos trabalham na construção de consensos, os avaliadores orquestram diálogos entre os atores do programa a fim de criar uma construção conjunta que inclua o máximo de elementos possíveis das representações de cada indivíduo.

No campo da promoção da saúde, muitas variações nessa prática de avaliação do tipo-ideal são descritas como de extrema relevância, dada a natureza da promoção da saúde. Apresentando a teoria de Stake de avaliação responsiva, ABMA (2005) argumenta que “A avaliação responsiva não é responsiva apenas às características únicas e às ideias emergentes no campo da promoção da saúde, mas também é sinérgica com a promoção da saúde” (p. 287).

Em particular, essa abordagem é vista como tendo o potencial de retificar os processos sociais que perpetuam as desigualdades na saúde por meio da criação de parcerias igualitárias com ampla participação de especialistas, pesquisadores, atores leigos e da comunidade. As avaliações, dessa forma, exibiriam as relações de trabalho e as parcerias existentes entre os vários atores como objeto do trabalho. As avaliações de programas comunitários, por exemplo, descrevem um conjunto de atores com uma gama de preocupações em relação às necessidades comunitárias, das organizações não governamentais, dos governos e em termos de pesquisa à medida que eles se juntam para definir uma situação problemática e construir estratégias corretivas. Aqui, o papel do avaliador é buscar rastrear esse processo, por meio

da coleta e interpretação de dados qualitativos, a fim de capturar as perspectivas, opiniões e experiências vivenciadas pelos vários atores. Na literatura disponível, os resultados analíticos desses estudos apresentam representações de forma agregada, nas quais os vários grupos de atores são identificados em algum nível de coletividade. Uma coletividade pode ser algo bastante geral, por meio da qual uma representação mais abrangente é atribuída a todos os atores do programa (LANTZ, VIRUELL FUENTES, ISRAEL, SOFTLEY e GUZMAN, 2001). De forma alternativa, as representações podem ser distintas ou específicas aos vários grupos de atores, de acordo com um critério de admissão predefinido (ex. membro da comunidade, profissional de saúde) (SCHULZ *et al.*, 2001). Além de ser organizado de acordo com a identidade dos atores de um programa, os dados podem ser interpretados em termos de sua correspondência com um estágio no planejamento ou avaliação de um programa (FARQUHAR, PARKER, SCHULZ, e ISRAEL, 2006) ou com um conjunto de conceitos associados aos princípios norteadores do programa (ex. pesquisa participativa) (SAVAGE *et al.*, 2006).

Mais especificamente, uma iniciativa como o *Detroit Community-Academic Urban Research Center* (URC) representa um exemplo em que a avaliação exerce um papel negociador ao construir uma representação coletiva do processo de construção de parcerias entre a gama de atores envolvidos. As avaliações realizadas nessa iniciativa foram descritas no âmbito regional, em que os atores comunitários e acadêmicos formaram um comitê (o URC), requereram (e alocaram) fundos para iniciativas locais, e também, no âmbito local, no qual as iniciativas e projetos abordaram um problema específico em um local específico. As avaliações, tanto no âmbito regional quanto no âmbito local, tiveram por base as representações dos atores acerca do processo de construção de parcerias, bem como a operação dos serviços e aquisição de recursos.

A *East Side Village Health Worker Partnership* (ESVHWP) foi um de 12 projetos financiados pelo *Detroit Community-Academic URC*, entre os anos de 1995 e 1999 (LANTZ *et al.*, 2001). A avaliação desse projeto se apoiou na derivação das representações do programa levantadas com base em entrevistas de informantes, observações e revisão documental em relação a quatro estágios do processo de planejamento do programa (FARQUHAR *et al.*, 2006). Enquanto os dados foram coletados ao longo do tempo, a análise de um conjunto de dados de um período de tempo foi interpretada de acordo com sua relação com quatro estágios do planejamento (ou seja, avaliação e análise do problema, metas e objetivos, desenho e implementação, avaliação final). A avaliação final expandiu seu papel como um processo de negociação ao fornecer *feedback* das representações construídas aos vários atores do programa, o que serviu tanto como aprendizado e quanto para o processo de tomada de decisão como uma fonte de legitimação para as experiências e representações vivenciadas pelos que conduziam as intervenções (ou seja, pelos profissionais da saúde) e pelos membros do comitê gestor.

Por exemplo, ao oferecer *feedback* às interpretações das reuniões dos profissionais de saúde, a avaliação valida a presença de quatro problemas distintos com base nos quais os profissionais da saúde se dividiram em quatro subgrupos, cada um com seu foco individual e conjunto de atividades. Essa abordagem é de algum modo distinta do círculo de diálogo hermenêutico, no sentido de que ela não impõe uma declaração de problema consensual.

Outras avaliações do *Detroit Community-Academic URC* (LANTZ *et al.*, 2001) e também do ESVHWP (SCHULZ *et al.*, 2001) identificaram uma gama diversa de atores que se uniram para formar um centro de pesquisa (*i.e.*, URC Board) ou um comitê gestor.

A avaliação do Conselho do URC teve por base uma representação coletiva das forças internas e externas da parceria, nomeadamente em que medida a parceria conseguiu caminhar como um grupo na direção dos objetivos, e como o grupo encontrou condições que facilitaram ou atuaram como barreiras aos objetivos da pesquisa em saúde pública. Os resultados da avaliação foram organizados em categorias que identificavam a satisfação geral, fatores facilitantes e barreiras ao alcance dos objetivos. Por exemplo, o grupo identificou algumas questões como preocupações, tais como gestão do tempo, distribuição de recursos e o equilíbrio entre necessidades da comunidade e da pesquisa. Como fatores facilitadores ao alcance do objetivo, a avaliação apontou a representação comunitária no Conselho do URC, a confiança, a existência de conhecimentos relevantes e apoio organizacional. Alternativamente, as avaliações extraíram informações das entrevistas de informantes concedidas pelo *Village Health Workers* e pelo comitê gestor como parte do ESVHWP, que visavam identificar como a parceria contribuiu para aprimoração da pesquisa, das atividades programáticas, das relações comunitárias e da participação comunitária, acadêmica e das organizações e instituições da prática. As entrevistas foram interpretadas de acordo com esses temas primordiais e subcategorias específicas a esses temas foram induzidas a partir das entrevistas e os resultados foram apresentados como uma representação geral coletiva do comitê gestor e do *Village Health Workers*. Por exemplo, o aprimoramento das relações comunitárias foi descrito como um fortalecimento das redes sociais no *Village Health Workers*, como relações mais fortes entre eles e os membros do comitê gestor e relações mais fortes entre as organizações acadêmicas, da prática e de base comunitária. Dentro dessas subcategorias, questões específicas, como a confiança, diferenças de poder e comunicação, além de algumas estratégias usadas para fazer frente aos desafios (ex., piqueniques anuais e retiros) foram apresentadas.

Duas críticas são normalmente associadas a esse paradigma construtivista de avaliação. O primeiro é o da natureza essencialmente descritiva dos resultados dessas práticas avaliativas. Ou seja, enquanto é possível que o consenso seja alcançado, já que as condições mudam ao longo do tempo e do espaço, também o é a capacidade de um programa alcançar o consenso entre os atores do programa. Conforme ilustrado acima, o consenso talvez não seja algo desejável. Essa descrição, portanto, não permite que o conhecimento seja construído a partir do processo pelo qual negociações e compromissos, entre os atores do programa, ocorrem com vistas ao alcance dos objetivos comuns e acordados. De fato, na versão renovada dos estudos de avaliabilidade, a construção de um entendimento ou representação comum do programa e de seus componentes é apenas o ponto inicial a partir do qual a formatação da avaliação do projeto tem início (THURSTON *et al.*, 2003; THURSTON e POTVIN, 2003). A outra crítica tem a ver com a subestimação da influência e do poder políticos de que gozam os avaliadores nesses processos. Como o negociador-mestre, se poderia ter a compreensão errônea de que o avaliador é neutro nesse processo de construção, o que, certamente, não é o caso. O uso de mecanismos formais que asseguram uma justa distribuição de papéis e de responsabilidades na condução de projetos de avaliação é cada vez mais visto como uma garantia necessária.

Avaliação como reflexividade organizada

Há mais outra prática de avaliação de tipo-ideal que está surgindo na literatura de avaliação e que está, aos poucos, adentrando o domínio da avaliação de programas nos campos da saúde pública e

da promoção da saúde. Pawson e Tilley (1997) desenvolveram as bases de uma abordagem realista crítica de avaliação, lançando mão da obra do filósofo Roy Bhaskar (1978). “A avaliação realista, em sua essência, tem seu foco no desenvolvimento de explicações sobre as consequências das ações sociais que contribuem para uma melhor compreensão do por que, onde, e para quem os programas funcionam ou não funcionam. Para esse fim, os avaliadores realistas colocam grande ênfase em (a) identificar os mecanismos que produzem efeitos programáticos que podem ser observados e (b) testar esses mecanismos e as outras variáveis contextuais... que possam gerar impactos sobre os efeitos que são observados” (PAWSON e TILLEY, 2004, p. 359). Trabalhar sob o pressuposto realista de que os programas são um de muitos sistemas de ações que operam simultaneamente em um dado momento em um contexto, a tarefa do avaliador realista é, idealmente, identificar os mecanismos operativos do programa e como eles interagem com as condições contextuais (incluindo com outros programas) para ser associado aos padrões de resultados pretendidos e não pretendidos (PAWSON e TILLEY, 2004). Em um mundo complexo de interações constantes, é por meio das conexões que os programas criam e mantém com as condições contextuais que seus impactos podem ser compreendidos e identificados. Assim, os avaliadores de programa são, fundamentalmente, projetistas e operadores de aparelhos de reflexividade organizada, por meio dos quais os atores dos programas podem compreender como os programas contribuem para transformar a vida e as condições das pessoas.

Nós propomos que a dimensão teleológica de uma avaliação como uma prática de reflexividade organizada diz respeito ao entendimento das mediações operadas por um programa na transformação do mundo. O reconhecimento da complexidade inerente dos programas e de seus mecanismos operativos em sistemas abertos leva à proposição realista crítica de que a causalidade não pode ser estabelecida somente pela observação empírica das constantes conjugações de eventos (BHASKAR, 1978). De fato, é um sistema aberto no qual uma multitude de mecanismos estão constantemente interagindo e transformando o sistema, em que padrões de recorrência exatos não podem ser observados. É apenas em condições controladas, nas quais algum fechamento ou quase-fechamento é exercido no sistema, que podem ocorrer observações semelhantes a leis. Em todas as outras situações, o principal papel do cientista é identificar e considerar o efeito dos mecanismos irrelevantes (COOK e CAMPBELL, 1979). Na falta de tal fechamento, as observações empíricas somente pode fazer sentido quando relacionadas à teoria sobre configurações-padrão de mecanismo-contexto-resultado que elas ajudam a fortalecer. Como mecanismos em operação dentro de um contexto, um programa que interage com outros mecanismos existentes se torna um mediador da constante transformação do contexto. Sua presença altera o curso normal dos eventos, seja reforçando ou temperando o impacto de outras forças operativas existentes.

Nessa prática de tipo-ideal, os programas são concebidos como sistemas de ações nos quais os atores humanos e não humanos operam os mecanismos putativos do programa por meio de suas ações (POTVIN, GENDRON e BILODEAU, 2006). A realidade ontológica é, assim, uma de ação e interações. É o que é feito pelas vários atores do programa, tanto os humanos quanto os não humanos, que contribui para transformar o contexto na direção esperada pelos que iniciaram o programa. Assim, a realidade mais relevante do programa reside nas ações realizadas no espaço do programa. Essas, como todas as ações, envolvem dois tipos de realidades interativas. Um tipo é tangível e objetivo, e consiste das pessoas, objetos, recursos e espaços físicos que situam a ação e a torna viável. Normalmente, é o que está agrupado sob o plano de trabalho

e marcos lógicos associados ao desenvolvimento do programa. O segundo tipo é simbólico e inclui os significados que os atores atribuem às ações e papéis designados, de forma implícita ou tácita, aos atores em relação às ações. Isso é o que é normalmente capturado pelas representações dos programas. Uma ontologia realista dos programas tem que abranger esses dois tipos de realidade e suas interações.

A fim de entender como um programa media as transformações que acontecem em um espaço e tempo específicos, o avaliador não tem escolha que não seguir as ações que estão sendo desenvolvidas e se desenrolando em nome do programa, bem como suas ramificações e impactos no contexto social do programa. Acompanhar a ação é a dimensão metodológica mais importante de uma ferramenta reflexiva. É por meio de suas ações e prática que os atores ativam suas intenções muito mais do que por meio do discurso que carregam sobre suas intenções (representações). Esse é um dos limites bastante reconhecido da fenomenologia; que a representação do indivíduo a respeito de sua ação é normalmente cega quanto às condições estruturais que restringem e tornam a ação possível (BOURDIEU, 1972). Idealmente, é por meio da descrição e da análise dessas ações que instanciam o programa que os atores podem refletir de forma crítica sobre o programa e, racionalmente, realizar as constantes correções que são necessárias para fortalecer a configuração padrão de mecanismo-contexto-resultados. Por exemplo, à medida que os profissionais ou os pesquisadores aumentam o grau de envolvimento com um grupo de atores em questão, a representação deles sobre o que é um problema e sobre como ele pode ser resolvido, provavelmente, muda. Às vezes, devido à natureza da pesquisa, comunidade ou indivíduos envolvidos, os planos de um programa são adaptados (BISSET, CARGO, DELORMIER, MACAULEY e POTVIN, 2004), outras vezes, no entanto, apesar de reconhecer a necessidade de mudança ou expansão dos planos, a latitude dos profissionais é restringida por conta de uma necessidade imposta para que se mantenha um curso (HAWE e RILEY, 2005). A avaliação como reflexividade organizada acompanha “o porquê” e “como” ocorrem transformações dessa sorte, de maneira a oferecer inteligibilidade às adaptações locais.

O princípio subjacente sobre o qual se baseia a metodologia de acompanhamento das ações defende que um programa é mais precisamente e mais amplamente compreendido por meio de um estudo aprofundado dos executores do programa em ação. Ao acompanhar a ação dos executores do programa, nós obtemos uma visão do programa a partir do seu funcionamento essencial. Essa abordagem coloca em contraste uma compreensão do programa baseada em relatos do que o programa pode visar alcançar e exemplos de atividades exemplares. Da mesma forma que a sociologia da associação rejeita definições ostensivas do que seja o social (LATOUR, 2006), pode-se, igualmente, argumentar que ao se definir um programa com base em relatos e exemplos, nós contornamos o verdadeiro trabalho de aprendizado sobre a manutenção de um programa, sobre o que mantém um programa coeso e operativo.

Duas características distintas podem ser identificadas em uma metodologia que se baseia no acompanhamento das ações. Em primeiro lugar, ela não se limita a investigar ações que creem fazer parte de uma cadeia causal de eventos que leva a um conjunto predefinido de resultados. Embora certamente sejam importantes, essas ações, no entanto, capturam uma porção limitada do que os profissionais fazem e assumem sua parte e são movidas por um modelo de realização único. Ademais, as ações só podem ser planejadas até certo ponto, após o qual se tornam desvirtuadas e se desenvolvem espontaneamente dadas as condições que emergem.

Esse último ponto traz à tona a segunda característica singular das avaliações que acompanham a ação. Acompanhar a ação requer que as experiências vivenciadas que ocorrem dentro e fora dos limites típicos de um programa sejam consideradas. Em primeiro lugar, ações que ocorrem fora do espaço físico e do tempo da realização do programa formam opiniões e impressões que impactam como os participantes do programa e os profissionais envolvidos interagem com o programa. Em segundo lugar, no curso do tempo e espaço de um programa, sua forma não é apenas determinada pelas instruções e materiais que são entregues, mas, pelo contrário, pelas formas com que os vários atores que estejam presentes interajam com as instruções e os materiais, e entre si.

Finalmente, a dimensão epistemológica dessa prática de tipo-ideal enfatiza a posição reflexiva dos atores envolvidos no programa, bem como daqueles envolvidos na avaliação. De fato, ao acompanhar a ação à medida que ela se desenvolve e se desdobra, o avaliador se torna, necessariamente, uma parte importante do contexto do programa. Como tal, não se pode excluir a possibilidade de que as conexões entre o programa e sua avaliação, que são necessárias a fim de que ela acompanhe as ações que acontecem no programa, estejam, elas mesmas, mediando as transformações no programa, no contexto e também na avaliação. Não só um programa avaliado difere do que ele poderia ser caso não tivesse sido submetido a uma avaliação, como também os projetos de avaliação também diferem de acordo com os programas e versões de programas aos quais se vinculam. Assim, uma avaliação precisa do papel mediador do programa nas transformações contextuais leva em consideração o papel transformador da avaliação no programa. Em última instância, uma avaliação é uma intervenção exercida sobre um programa (MARK *et al.*, 2000).

Conclusão

Neste capítulo, nós exploramos três práticas de tipo-ideal de avaliação. Fundamentamos nossa discussão desses tipos-ideais em uma concepção pragmática da prática que supõe quatro dimensões coerentes subjacentes: teleológica, ontológica, epistemológica e metodológica, conforme indicado na Figura 1, adaptada de Gendron (2001).

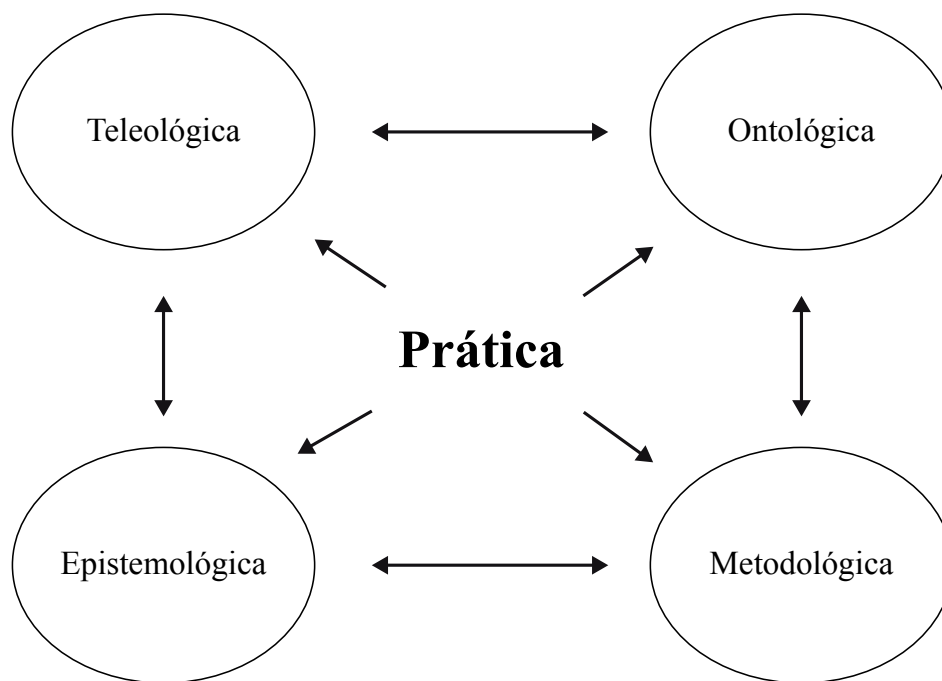
Nós, deliberadamente, escolhemos a dimensão metodológica como o ponto de entrada principal para nossa discussão. Certamente, entrar nessa exploração por meio de qualquer outra dimensão paradigmática teria levado a definição de tipos-ideais diferentes. Por exemplo, esforços para destacar a dimensão teleológica das práticas teria levado a distinção entre práticas focadas na utilização (PATTON, 1997) e de teste de hipótese/produção de conhecimento (COOK e CAMPBELL, 1979), e uma ênfase na dimensão epistemológica teria colocado em contraste a prática participativa daquela impulsionada por especialista. *Although there should be some correlations between the outcomes of the various points of entry for exploring evaluation practices (it is more difficult to couple an evaluation as experimentation practice with a participatory practice), we do not think that there is an exact correspondence.*

Ao caracterizarmos as práticas de avaliação por meio de suas implicações metodológicas, queremos enfatizar a riqueza e diversidade dos vários pontos de entrada que podem ser usados para esse tipo de exploração, propondo outras dimensões daquelas normalmente usadas a partir das quais definem-se questões práticas da avaliação. Também é importante notar que nós não discuti-

mos a dicotomia qualitativo/quantitativo. Para nós, isso não é uma questão metodológica, mas técnica, que diz respeito à natureza dos dados disponíveis, ao invés da maneira pela qual um sujeito pode extrair conhecimento sobre um dado objeto.

Mostramos que todos os três tipos ideais descritos em nosso artigo podem ser encontrados na literatura de avaliação no campo da promoção da saúde. Todos têm sido usados, com diferentes frequências e com variados níveis de sucesso, e achamos que existem situações nas quais a promoção da saúde é mais bem servida pelos três tipos ideais. Queremos, no entanto, apontar para o interesse em se considerar uma avaliação como uma prática de reflexividade organizada para a avaliação de promoção da saúde. Como uma área de atuação, a promoção da saúde ainda é muito recente e não pode contar com um corpo de configurações padrão de contexto-mecanismo-resultado importante solidamente estabelecido. Há, portanto, muito trabalho a ser feito a fim de criar um repertório de intervenções que possa ser operado eficientemente em vários contextos. Aprender conforme avançamos e organizar o conhecimento em teorias de intervenção coerentes é certamente uma estratégia que deve ser explorada e expandida no sentido de uma base de conhecimento adequada para a promoção da saúde. A reflexividade organizada, como prática metodológica, acomoda essa estratégia de desenvolvimento do conhecimento. Ademais, como mostrado nos vários capítulos deste livro, essa prática de tipo-ideal é compatível com muitas soluções práticas e teóricas, examinadas neste livro, para alinhar os valores da promoção da saúde ao rigor científico da avaliação.

Figura 1 – As quatro dimensões inter-relacionadas da prática (Adaptado de Gendron, 2001, p. 34)



Referências Bibliográficas

ABMA, T.A. Responsive evaluation: its meaning and special contribution to health promotion. *Evaluation and Program Planning*, vol. 28, p. 279-289, 2005.

BHASKAR, R. **A realist theory of science**. Hassocks, UK: Harvester Press, 1978.

BISSET, S.; CARGO, M.; DELORMIER, T.; MACAULEY, A.; POTVIN, L. Legitimizing diabetes as a community health issue: a case analysis of an Aboriginal community in Canada. **Health Promotion International**, vol. 19, p. 317-326, 2004.

BLACKBURN, H.; LUEPKER, R.V.; KLINE, F.G.; BRACHT, N.; CARLAW, R.; JACOBS, D. *et al.* The Minnesota heart health program: a research and demonstration project in cardiovascular disease prevention. In: MATARAZZO, J.D.; MILLER, N.E.; WEISS, S.M.; HERD, J.A.; WEISS, S.M. (Eds.). **Behavioral health: a handbook of health enhancement and disease prevention**. Silver Spring, MD: John Wiley e Sons, 1984. p. 1171-1178.

BOURDIEU, P. **Esquisse d'une theorie de la pratique**. Geneve: Drozee, 1972.

BROWN, P. The role of the evaluator in comprehensive community initiatives. In: CONNELL, J.P.; KUBISCH, A.C.; SCHORR, L.B.; WEISS, C.H. (Eds.). **New approaches to evaluating community initiatives: concepts, methods and contexts**. New York: Aspen Institute, 1995. p. 201-225.

CAMPBELL, D.T. Can we be scientific in applied social science?. In: CONNOR, R.F.; ALTMAN, D.G.; JACKSON, C. (Eds.). **Evaluation studies review annual**, vol. 9. Beverly Hills, CA: Sage, 1984. p. 26-48.

_____; STANLEY, J.C. **Experimental and quasi-experimental designs for research**. Chicago: Rand McNally, 1963.

CARLETON, R.A.; LASATER, T.M.; ASSAF, A.; LEFEBVRE, R.C.; MCKINLAY, S.M. The Pawtucket Heart Health Program: 1. An experiment in population-based disease prevention. **The Rhode Island Medical Journal**, vol. 70, p. 533-538. 1987.

COOK, T.D.; CAMPBELL, D.T. **Quasi-experimentation: design and analysis issues for field settings**. Boston: Houghton Mifflin, 1979.

CROZIER, M.; FRIEDBERG, E. **L'acteur et le systeme**. Paris: Seuil, 1977.

FARQUHAR, J.W.; FORTMANN, S.P.; MacCOBY, N.; HASKELL, W.L.; WILLIAMS, P.T.; FLORA, J.A. *et al.* The stanford five city project: design and methods. **American Journal of Epidemiology**, vol. 122, p. 323-334, 1985.

FARQUHAR, S.A.; PARKER, E.A.; SCHULZ, A.J.; ISRAEL, B.A. Application of qualitative methods in program planning for health promotion interventions. **Health Promotion Practice**, vol. 7, p. 234-242, 2006.

FLAY, B.R. Efficacy and effectiveness trials (and other phases of research) in the development of -promotion programs. **Preventive Medicine**, vol. 15, p. 451-474, 1986.

GENDRON, S. **La pratique participative en sante publique, l'emergence d'unee paradigme**. 2001. Tese (Doutorado). Universidade de Montreal. Montreal, 2001. Disponível em: <<http://proquest.umi.com/pqdlink?Ver=1eExp=01-15-2013eFMT=7eDID=726370931eRQT=309eattmpt=1>> Acesso em jan. 2008.

GLASER, B.; STRAUSS, A. **The discoveries of grounded theory: strategies for qualitative research**. Chicago: Aldine, 1967.

- GUBA, Y.; LINCOLN, E. **Fourth generation evaluation**. Thousand Oaks CA: Sage, 1989.
- HARTZ, Z.A.; DENIS, J-L.; MOREIRA, E.; MATIDA, A. From knowledge to action: challenges and opportunities for increasing the use of evaluation in health promotion policies and practices. In: POTVIN, L.; McQUEEN, D.V. (Eds.). **Health promotion evaluation practices in the Americas: values and research**. New York: Springer, 2008
- HAWE, P.; RILEY, T. Ecological theory in practice: Illustrations from a community-based intervention to promote the health of recent mothers. **Prevention Science**, vol. 6, p. 227-236, 2005.
- KUHN, T.S. **The structure of scientific revolutions**. Chicago: University of Chicago Press, 1962.
- LANTZ, P.M.; VIRUELL-FUENTES, E.; ISRAEL, B.A.; SOFTLEY, D.; GUZMAN, R. Can communities and academia work together on public health research? Evaluation results from a community-based participatory research partnership in Detroit. **Journal of Urban Health**, vol. 78, p. 495-507, 2001.
- LATOUR, B. **Changer de societe: refaire de la sociologie**. Paris: La decouverte, 2006.
- LE BRETON, D. **L'interactionisme symbolique**. Paris: Presses universitaires de France, 2004.
- LEVY, R. Croyance et doute: une vision paradigmaticque des methodes qualitatives: ruptures. **Revue transdisciplinaire en sante**, vol. 1, p. 92-100, 1994.
- MARK, M.M.; HENRY, G.T. The mechanisms and outcomes of evaluation influence. **Evaluation**, vol. 10, p. 35-57, 2004.
- ____; ____; JULNES, G. **Evaluation: an integrated framework for understanding, guiding, and improving policies and programs**. San Francisco CA: Jossey-Bass, 2000.
- MERCILLE, G.A realist approach to synthesizing evaluation results. In: POTVIN, L.; McQUEEN, D.V. (Eds.). **Health promotion evaluation practices in the Americas: values and research**. New York: Springer, 2008.
- PATTON, M.Q. **Utilization-focused evaluation: the new century text**. Thousand Oaks: Sage, 1997.
- PAWSON, R.; TILLEY, N. **Realistic evaluation**. London, UK: Sage, 1997.
- ____; ____; Realistic evaluation. In: MATHISON, S. (Ed.). **Encyclopedia of evaluation**. Newbury Park, CA: Sage, 2004. p. 362-367.
- POLAND, B.; FROHLICH, K.L.; CARGO, M. Context as a fundamental dimension of health-promotion program evaluation. In: POTVIN, L.; McQUEEN, D.V. (Eds.). **Health promotion evaluation practices in the Americas: values and research**. New York: Springer, 2008.
- POTVIN, L.; CARGO, M.; McCOMBER, A.; DELORMIER, T.; MACAULAY, A.C. Implementing participatory intervention and research in communities: lessons from the Kahnawake schools diabetes prevention project. **Social Science e Medicine**, vol. 56, p. 1295-1305, 2003.
- ____; GENDRON, S.; BILODEAU, A. Três posturas ontológicas concernentes a natureza e aos programas de saúde: implicações para a avaliação. In: BOSI, M.L.M.; MERCADOU, F.J. (Eds.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis: Vozes, 2006.
- ____; McQUEEN, D.V. Practical dilemmas for health-promotion evaluation. In: POTVIN, L.;

McQUEEN, D.V. (Eds.). **Health promotion evaluation practices in the Americas: values and research.** New York: Springer, 2008.

PRESKILL, H.; CARACELLI, V. J. Current and developing conceptions of use: evaluation use topical interest group survey results. **Evaluation Practice**, vol. 18, p. 209-225, 1997.

SAVAGE, C. L.; XU, Y.; LEE, R.; ROSE, B.L.; KAPPESSER, M.; Anthony, S.P. A case study in the use of community-based participatory research in public health nursing. **Public Health Nursing**, vol. 23, p. 472-487, 2006.

SCHULZ, A. J.; ISREAL, B.A.; PARKER, E.A.; LOCKETT, M.; HILL, Y.; WILLS, R. The east side village health worker partnership: Integrating research with action to reduce health disparities. **Public Health Reports**, vol. 116, p. 548-557, 2001.

SHADISH, W.R.; COOK, T.D.; LEVITON, L.C.L. **Foundations of program evaluation.** Thousand Oaks, CA: Sage, 1991.

SPRINGETT, J. Participatory approaches to evaluation in health promotion. In: ROOTMAN, I.; GOODSTADT, M.; HYNDMAN, B.; McQUEEN, D.V.; POTVIN, L.; SPRINGETT, J.; ZIGLIO, E. (Eds.). **Evaluation in health promotion: principles and perspectives.** Copenhagen: WHO Regional Publications, 2001. p. 83-105. European Series, n. 92.

STAKE, R.E. (Ed.). **Evaluating the arts in education: a responsive approach.** Columbus Ohio: Merrill. 1975.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory.** Thousand Oaks, CA: Sage, 1998.

SUCHMAN, E. **Evaluative research.** New York: Russel Sage Foundation, 1967.

THURSTON, W.E.; GRAHAM, J.; HATFIELD, J. Evaluability assessment a catalyst for program change and improvement. **Evaluation and the Health Profession**, vol. 26, p. 206-221, 2003.

_____; POTVIN, L. Evaluability assessment: a tool for incorporating evaluation in social change programs. **Evaluation**, vol. 9, p. 453-469, 2003.

WEBER, M. The essentials of bureaucratic organization: an ideal-type construction. In: MERTON, R.K.; GRAY, A.P.; HOCKEY, B.; SELVIN, H. (Eds.). **Reader in bureaucracy.** New York: Free Press, 1952. p. 18, 21-22.

WEISS, C.H. Evaluation. **Methods for studying programs and policy.** 2nd edition. Upper Saddle River NJ: Prentice Hall. 1998.

WHOLEY, J.S.; NEWCOMER, K.E. (Eds.). **Improving government performance: evaluation strategies for strengthening public agencies and programs.** San Francisco: Jossey-Bass. 1989.

CAPÍTULO 12 – FORMAÇÃO DE AVALIADORES E O ESTUDO DAS INTERVENÇÕES INOVADORAS EM SAÚDE: O CASO DO PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE

ANA CLAUDIA FIGUEIRÓ, ISABELLA SAMICO, ERONILDO FELISBERTO, ZULMIRA HARTZ

Introdução

Este capítulo discorre inicialmente sobre a especificidade requerida nas práticas da pesquisa avaliativa com enfoque no campo da promoção da saúde cujo questionamento está na origem da parceria entre a Universidade de Montreal por meio da *Chaire Approches Communautaires et Inégalités de Santé* (CACIS) e três instituições brasileiras de ensino e pesquisa. Este processo de colaboração acadêmica foi constituído por cursos avançados de avaliação, oficinas de trabalho e desenvolvimento de três estudos de caso que fizeram parte da pesquisa: “Estratégias de institucionalização de intervenções inovadoras no que concerne à equidade em saúde no Brasil: um projeto piloto de preparação para um estudo comparativo”. Neste capítulo são apresentadas as estratégias de formação e de pesquisa para a institucionalização de práticas avaliativas e de promoção da saúde, ilustrado por resultados do estudo de caso que tomou como objeto o Programa Academia da Cidade do município de Recife – PE/Brasil. Ele finaliza tecendo considerações acerca das contribuições da avaliação no contexto da institucionalização da própria intervenção.

Avaliação em Promoção da Saúde

A avaliação das intervenções desenvolvidas na área da saúde, tais como: ações, serviços, programas e políticas, vem em crescente implementação como campo de conhecimento e de prática cada vez mais requisitada. Na direção de sua institucionalização, a avaliação deve ser desenvolvida de forma integrada à dinâmica organizacional e ser conduzida para interferir no seu comportamento, trazendo em conjunto atividades analíticas e de gestão. Além de permitir um julgamento de valor, a avaliação incorpora em seus propósitos a melhoria da implementação facilitando assim a sustentabilidade dessas intervenções.^{1,2}

Considerando a prática da avaliação como fundamental para o desenvolvimento organizacional e aprendizado institucional, esta deve ser exercida com o rigor necessário desde sua elaboração até a aplicação de critérios explícitos de análise, com um exercício metodológico cuidadoso, passando necessariamente por um processo de negociação e participação com vistas a conhecer ou medir um determinado objeto ou, ainda, julgar o seu mérito. Pode-se, assim, estimular e facilitar processos de aprendizagem e de desenvolvimento de pessoas e organizações.^{3,4}

Os programas de saúde pública são considerados em todo o mundo importantes ferramentas que visam aprimorar as políticas de saúde e, por consequência, o bem-estar das pessoas. Embora haja bastante conhecimento acumulado e estudos realizados sobre o planejamento, a implantação e a avaliação desses programas, a utilização desse saber produzido na execução das práticas cotidianas muitas vezes não é uma ação comum.⁵ Além disso, intervenções de saúde caracteristicamente menos estruturadas e orientadas a problemas e necessidades complexas, tais como as de promoção

da saúde, têm requerido um arcabouço teórico e metodológico que demanda o desenvolvimento de uma capacidade avaliativa diferenciada.

O que se observa nos estudos avaliativos sobre programas de promoção da saúde é, ainda, a preponderância da perspectiva organizacional. Isto se deve à ainda hegemônica aceitação do amplo significado atribuído às organizações. Friedberg⁶ considera que grupos comunitários ou parcerias estabelecidas entre estes e/ou destes com organismos do poder público ou com instituições privadas, constituem “organizações” da mesma forma que os órgãos administrativos da saúde pública. De fato, se considerarmos uma organização como um sistema de ação coletiva organizado em que os interesses de seus membros não necessariamente coincidem, as ferramentas da análise organizacional podem ser aplicadas ao estudo de grupos comunitários e parcerias.^{7,8,6}

No Brasil, os estudos avaliativos em saúde focalizando o processo de descentralização ou de implantação de programas específicos têm sido desenvolvidos por vários grupos de pesquisa (ENSP/Fiocruz, GEAS/IMIP, ISC/UFBA, FM/UFPEL). Entretanto, há a necessidade de se produzir, com mais frequência, práticas avaliativas que considerem a centralidade dos comportamentos coletivo e individual e sua interação, para além da prestação de serviços.⁹

A disseminação de uma cultura avaliativa nos serviços, nas práticas dos profissionais e nas percepções/entendimento/envolvimento dos usuários, deve buscar qualificar as ações dos tomadores de decisão, contribuindo para que suas práticas se baseiem em evidências.⁴ Ressaltam-se aqui as reflexões de Trochim¹⁰ sobre os princípios que devem nortear o desenvolvimento dessa cultura de avaliação. O autor considera que a prática avaliativa deve ser diversa, inclusiva, participativa, responsiva e não hierárquica. Deve também ser interdisciplinar, humilde e autocrítica com a perspectiva de avaliações simples, de baixo custo considerando o tempo necessário e oportuno e, ainda, contribuir para que os avaliadores desenvolvam competências profissionais de aspectos teórico-metodológicos, atitudes éticas e democráticas.

Entende-se, portanto, as práticas avaliativas e o uso da avaliação como elementos para a melhoria do conhecimento com a possibilidade de espaços de reflexão sobre (e para) a prática nas ações de saúde. Nesse sentido, vários autores consideram a avaliação como um dispositivo promotor de oportunidades de aprendizado para as pessoas e organizações, um processo educativo e transformador.^{11,12,4,13,14} Para isso, os processos avaliativos devem ter sentido/significado para aqueles envolvidos; devem considerar a adoção de abordagens metodológicas adequadas, conduzidos de forma ética e que estejam constantemente permeados pela necessidade de construção da capacidade avaliativa. O desenvolvimento de uma cultura avaliativa requer capacidade técnica, articulação com o planejamento e a gestão e suporte para formulação de políticas, processo de decisão e formação dos envolvidos.^{15,16} Ademais, devem-se levar em conta os espaços de trabalho dos profissionais e a utilização de estratégias diversificadas de ensino-aprendizagem. E ao considerar-se a formação profissional, a prática avaliativa pode se constituir em um facilitador da aprendizagem no sentido de mudanças de pensamento, comportamentos e ações.^{4,17}

Partindo dessas premissas, considera-se como imagem-objetivo o estabelecimento de uma cultura de avaliação, como parte do processo de sustentabilidade ou institucionalização das intervenções avaliadas, orientando estratégias de formação de avaliadores a parceria entre o Brasil

e a Cátedra de Abordagens Comunitárias e Iniquidades em Saúde (CACIS) da Universidade de Montreal. As atividades de ensino contemplaram cursos avançados em avaliação da promoção da saúde. No caso da pesquisa, trata-se de um estudo avaliativo constituído por três experiências brasileiras de intervenções em promoção da saúde, cujo processo de trabalho e os resultados serão apresentados, especificando uma das experiências avaliadas, o estudo de caso sobre o Programa Academia da Cidade (PAC) do município de Recife/PE/Brasil.

Formação de avaliadores – o ensino

Os programas de saúde, como tradicionalmente concebidos e avaliados, caracterizam-se pela proposição de soluções técnicas e sistemas especializados como suficientes para um planejamento racional das ações necessárias para transformar as condições que determinam a saúde.¹⁸ Essa abordagem, no entanto, não tem sido capaz de responder aos problemas e necessidades sociais de saúde em um mundo caracterizado por estruturas e práticas econômicas geradoras de perda de poder e controle dos grupos populacionais sobre seus sistemas sociais,¹⁹ produzindo desigualdades para as quais as respostas programáticas dos sistemas ou organizações de saúde se mostram inadequados ou ultrapassados.²⁰

Para o desenvolvimento de estudos avaliativos capazes de revelar os mecanismos de implementação e evolução das intervenções orientadas à problemas pouco estruturado em contextos diversos, reconheceu-se a necessidade de desenvolver *expertise* teórico-metodológica junto às instituições de pesquisa interessadas no tema. A reflexão sistemática das práticas envolvidas nas intervenções comunitárias em promoção da saúde, apreendendo-se o modo como são implementadas, evoluem e institucionalizam-se, permite que sejam aperfeiçoadas e replicadas, desafio bem documentado na produção acadêmica da CACIS.^{18,21,22}

A abordagem da CACIS no processo de formação de avaliadores e intervenções comunitárias em promoção da saúde são descritas a partir da integração entre práticas de coordenação inter-setoriais, responsáveis pela concertação interinstitucional das ações programáticas; práticas de pesquisa, realizadas com objetivo de compreender e informar a dinâmica de implantação, evolução e institucionalização das intervenções em seus contextos; e de formação, tomadas como modalidade de disseminação dos saberes e práticas necessárias aos processos de mudança com base na aprendizagem. A referência teórico-metodológica assenta-se na pesquisa intervencional em saúde das populações, nos modelos e práticas de pesquisa em sistemas de ação complexo a partir da noção do espaço socio-sanitário, e na *Actor-Network Theory* (ANT).²³ Essa perspectiva tem provido instrumentos conceituais para a observação direta do cenário local onde as práticas se desenvolvem, permitindo expor a evolução das alianças envolvendo os diferentes atores que atuam em saúde pública.¹⁹

A articulação de uma rede de instituições e pesquisadores brasileiros foi engendrada com o apoio da cátedra da Universidade de Montreal. Sua *expertise* em implementação e institucionalização de intervenções inovadoras em promoção da saúde, orientada à melhoraria na qualidade e volume de pesquisa endereçadas à redução das iniquidades em saúde da população, permitiu estabelecer um processo de formação de avaliadores para atuar sobre intervenções inovadoras de natureza complexa.

Com a orientação da CACIS e a participação de quatro instituições parceiras nacionais (Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP); Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)/Fiocruz; Núcleo de Saúde Pública (NUSP)/UFPE; Instituto de Saúde Coletiva (ISC)/UFBA), desenvolveu-se o processo de formação de avaliadores em promoção da saúde, a partir das trocas e colaborações entre os parceiros das instituições de pesquisas, comunidade e rede de saúde, com foco em iniquidades de saúde.

As atividades de formação tiveram início em 2006 com a realização do curso “Programação e Avaliação em Promoção da Saúde”, no contexto dos Seminários Avançados de Avaliação em Saúde, ministrado pela Louise Potvin, coordenadora da CACIS/UdM, organizado pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) e com apoio financeiro da Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional (ACDI/CIDA). Como objetivo do curso, esperava-se contribuir no desenvolvimento de competências requeridas aos pesquisadores e profissionais envolvidos com a coordenação de programas/projetos de promoção da saúde dos parceiros brasileiros, para a elaboração, implementação e avaliação de projetos participativos de intervenções comunitárias. Na oficina foram apresentados o referencial teórico e metodológico que viria a conduzir os estudos avaliativos das intervenções comunitárias em saúde, trazendo as noções desenvolvidas no âmbito da sociologia da ação^{24,25} e da corrente do realismo crítico no âmbito da filosofia da ciência.

Em 2007 o Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA) realizou, com a coordenação dos docentes canadenses, o Seminário Avançado em Avaliação em Saúde com a participação das instituições de pesquisa envolvidas no processo de formação de avaliadores, visando aprofundar a abordagem de sistemas de ação complexos e práticas participativas, relevantes para avaliação de políticas e programas intersetoriais, como a Estratégia Saúde da Família. Nessa ocasião se tratou também da importância de incorporar, na perspectiva da ATN, os conceitos relacionados às inscrições e referências circulantes dos fatos científicos²⁶ que permitiriam mapear o uso e influência das avaliações nas intervenções.¹³ Figueiró *et al.*, 2012).

A partir de 2010, com o início do Mestrado Profissional de Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), a disciplina de Avaliação de Programas de Promoção da Saúde passa a ser oferecida em caráter regular. A disciplina concentra-se na discussão sobre a avaliação de intervenções de saúde pública que envolve ações planejadas e implementadas ao nível coletivo. Discute-se a crítica às abordagens biomédicas e construtivistas de avaliação aplicadas aos programas de saúde pública e apresentam-se as noções da Teoria da Tradução e do realismo crítico. Com base neste referencial teórico, são discutidas algumas aplicações concretas aos projetos apresentados pelos participantes.

O processo de formação de avaliadores implementado engendrou a realização de uma pesquisa avaliativa envolvendo três das instituições participantes do processo de formação de avaliadores: Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP); Núcleo de Saúde Pública (NUSP)/UFPE; Instituto de Saúde Coletiva (ISC)/UFBA. A pesquisa consistiu em examinar os processos e dispositivos de integração prática/pesquisa/formação no desenvolvimento e a institucionalização de práticas inovadoras de promoção da equidade em saúde a partir da experiência em três intervenções realizadas no Nordeste do Brasil.

Formação de avaliadores – a pesquisa

A articulação de uma rede de instituições e pesquisadores brasileiros foi assim formada com o apoio da CACIS, a partir de sua *expertise* na institucionalização de intervenções inovadoras, direcionadas à redução das iniquidades em saúde da população, permitiu estabelecer um processo de formação em pesquisa avaliativa para atuar sobre intervenções de natureza complexa. A pesquisa consistiu em examinar os processos e dispositivos dessa integração prática/pesquisa/formação a partir da experiência em três intervenções realizadas no Nordeste do Brasil.

A realização de um projeto de pesquisa orientado pelos princípios da ANT²⁷ possibilitou ao grupo de avaliadores envolvidos no processo de formação, um exercício teórico-metodológico de elaboração tanto de uma ferramenta de análise quanto da expressão da evolução de um programa de promoção da saúde.

Partindo da premissa de que a pesquisa avaliativa como ação reflexiva sobre as práticas programáticas alimentam os programas de formação e reciprocamente, que a educação permanente dos atores favorece a renovação contínua das práticas, sustentada pela integração dos resultados de pesquisa por meio da formação, o projeto assume um caráter de participação e capacitação dos envolvidos no programa e na avaliação.

A avaliação de três experiências brasileiras de promoção da saúde – que se apoiam sobre práticas comuns e recursivas no plano da coordenação intersetorial, da formação profissional permanente e da pesquisa avaliativa, que interagem para alcançar a institucionalização – teve como propósito compreender a evolução orientada para institucionalização das intervenções. Desenvolveu-se uma ferramenta de investigação utilizada na identificação e análise dos eventos críticos das experiências, considerando como críticos os acontecimentos do programa propulsores da mobilização de redes sociotécnica capazes de promover mudanças nos programas, contribuindo dessa forma para a institucionalização das intervenções. A descrição a seguir ilustra o desenvolvimento do projeto de pesquisa, tomando como exemplo ilustrativo o caso Programa Academia da Cidade, cuja avaliação foi realizada pelo IMIP.

O Programa Academia da Cidade – Recife, Pernambuco

O Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), implantou, desde 1983, um projeto de atenção à saúde nas áreas de maior vulnerabilidade social de Recife, no Nordeste brasileiro. A partir desta experiência pioneira, a instituição desenvolveu um núcleo de excelência clínica em serviços de atenção primária via um monitoramento conjunto e discussões de casos entre atores locais e gestores territoriais que desempenham um papel de multiplicadores. Com uma cogestão com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Recife, o programa se insere no âmbito da Estratégia de Saúde da Família e assegura cobertura de 54% da população em sua área de abrangência. As equipes de saúde da família, formadas por profissionais médicos, enfermeiros, auxiliar e técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde e em alguns casos profissionais de saúde bucal, acompanham as famílias adscritas na sua área de abrangência com ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação da saúde. Visando ampliar as ações de promoção da saúde, principalmente junto à população de hipertensos, diabéticos e idosos assistidos, as equipes de saúde da família aderiram à proposta de incentivo à atividade física implementada pela Secretaria Municipal de Saúde, a partir de 2002.

O Programa Academia da Cidade (PAC) foi concebido e implantado pela Secretaria de Saúde de Recife em 2002, com o intuito de melhorar a qualidade de vida da população de todas as faixas etárias, especialmente a população da terceira idade, focando na atividade física, lazer e alimentação sadia. As atividades do PAC são realizadas nos Polos instalados em espaços públicos de lazer requalificados (praças, parques e orla marítima), tornando-se espaços para a prática de atividades físicas, avaliação física e dietética, além de encontros, reuniões comunitárias, e reuniões participativas de planejamento e avaliação do programa.

O desenvolvimento do projeto de pesquisa

O procedimento do estudo aconteceu em três fases, considerando o período de observação das experiências da sua implantação até o agosto/2010. A primeira fase, exploratória, consistiu do levantamento de documentos e entrevistas abertas com coordenadores dos programas visando elaborar uma aproximação inicial da “linha do tempo” dos programas e da definição das categorias analíticas a serem utilizadas na descrição e análise dos eventos críticos, que constituíram o instrumento analítico do estudo, denominado Cartão de Evento (CE). Em um primeiro *workshop* envolvendo todos os grupos de pesquisa e responsáveis pelos programas, os diagramas da linha do tempo foram apresentados e discutidos.

A etapa seguinte constou do trabalho de campo, contemplando análise documental, entrevistas semiestruturadas e grupos focais com coordenadores e profissionais envolvidos com as práticas de coordenação intersetorial (quatro informantes), práticas de formação (dois informantes) e práticas de pesquisa (dois informantes), além de dois grupos focais, o primeiro com a equipe de coordenação e o segundo com profissionais responsáveis pelas atividades do programa, para a identificação dos eventos críticos das intervenções. A análise dos dados foi acompanhada pelo aprofundamento de aspectos teóricos e metodológicos quantos aos conceitos e modo de análise dos eventos críticos, produzindo as “notas metodológicas”, utilizadas ao longo da análise como material de consulta e na definição dos conceitos das categorias analíticas definidas para apreensão dos eventos críticos.

Para cada entrevista com informante ou grupo focal elaborou-se uma matriz por eixo de prática, extraindo-se do material os eventos críticos e os núcleos de sentido das categorias de análise. Foram considerados como eventos críticos os acontecimentos reiteradamente apontados pelos entrevistados como promotores de mudanças no sistema, que pode ser comprovado pelas consequências descritas ou deduzidas a partir das falas dos entrevistados. Os resultados foram apresentados e discutidos com envolvidos nas experiências, visando à validação dos achados numa perspectiva participativa, como postulado no projeto. Com o propósito de resguardar a identidade dos entrevistados, todos foram identificados por letras e números, conforme será observado na descrição da Carta de Evento (CE), no Quadro 2, com os seguintes caracteres: ENT1, ENT2, ENT...N para os informantes-chave e GF1, GF2 para os grupos focais.

Os produtos da pesquisa foram validados na terceira fase do projeto, constando de um segundo *workshop* com os coordenadores e pesquisadores de campo para discussão das notas metodológicas, os diagramas da linha do tempo e a análise dos eventos críticos. Esses produtos foram posteriormente apresentados, discutidos e revisados com a presença dos envolvidos com os programas. O primeiro produto foi denominado Linha do Tempo e busca expressar o momento de emergência de evento crítico no tempo e sua conexão entre os eixos considerados na pesquisa (Figura 1). Para

permitir a compreensão dos eventos que se sucederam na evolução do programa, apresenta-se uma breve narrativa de cada evento (Quadro 1) e a seguir um exemplo de como o evento foi analisado (Box 1), utilizando o instrumento desenvolvido pelo projeto de pesquisa, Cartão de Evento, que será apresentado (Quadro 2) para que se possa compreender as categorias de análise utilizadas na caracterização de um evento crítico.

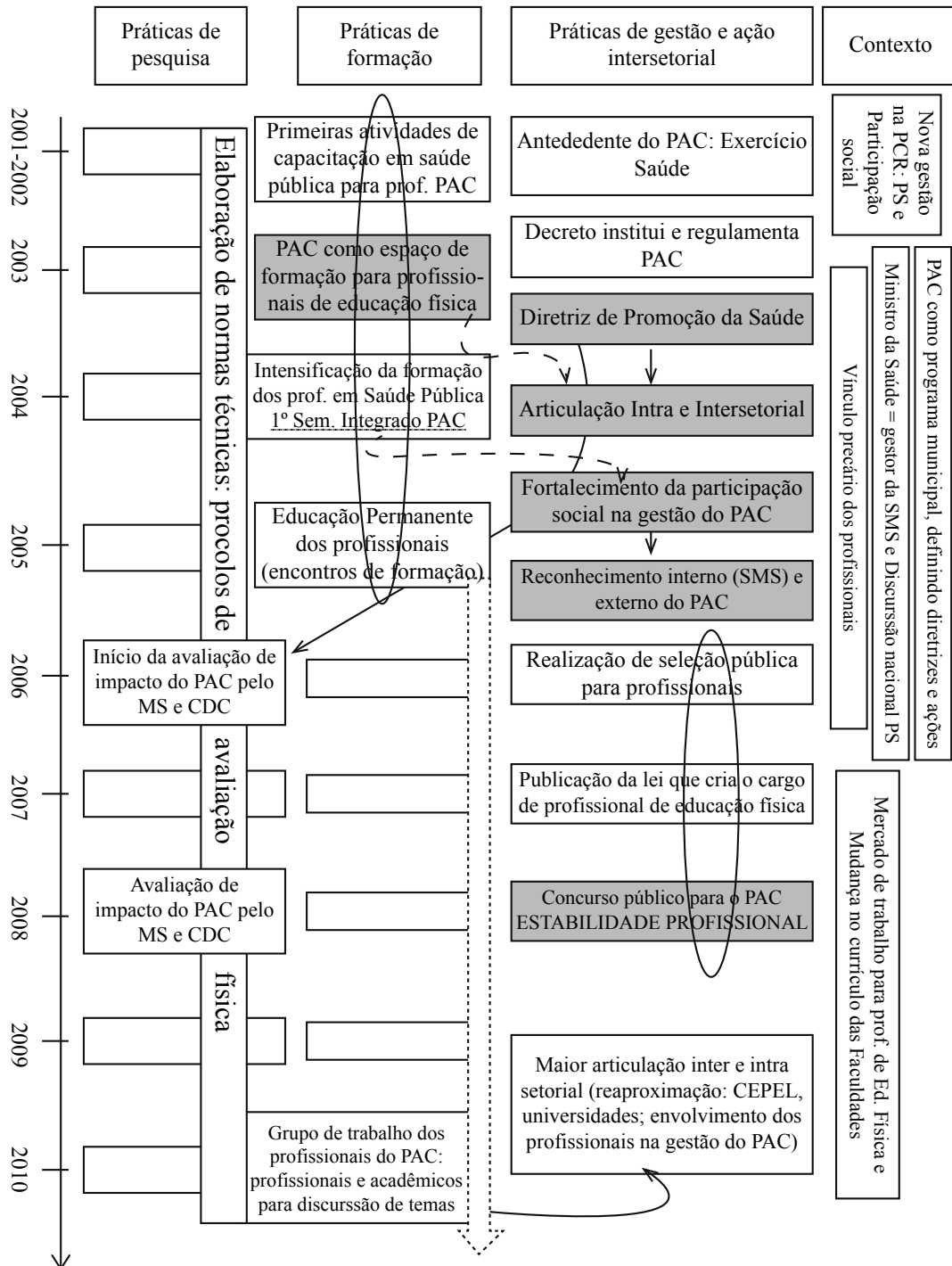


Figura 1 – Linha do tempo – Eventos críticos do Programa Academia da Cidade, 2001-2010

Quadro 1 – Narrativa dos eventos críticos

Temas e narrativas dos eventos críticos observados*Evento Crítico 1: Diretriz de Promoção da Saúde: reorientação conceitual e prática do PAC*

Em 2003, uma nova coordenadora assume o PAC e durante todo o ano de 2004 desenvolve um processo de discussão e formação dos profissionais de Educação Física, responsáveis pelas atividades práticas do programa. Esse processo busca implementar uma nova diretriz ao programa, inserindo conceitos de saúde pública e promoção da saúde: Acolhimento; Humanização; Território de Saúde, Participação Social. Esse acontecimento provoca a ruptura e reorganização da rede sociotécnica atuando na coordenação do programa, como consequência da mudança de ênfase nas práticas de atividade física para uma atuação mais abrangente dos profissionais, com a participação desses no planejamento das ações e o mapeamento das áreas onde se realizam as práticas do programa, com envolvimento dos grupos sociais e dos usuários como atores na organização das atividades locais.

Evento Crítico 2: Articulação intra e intersetorial do PAC

No início do programa o diálogo com outros setores da SMS era considerado frágil e o PAC era percebido como muito fechado em suas proposições. Ampliar o diálogo e a articulação com os demais programas e profissionais de saúde foi uma decisão da nova coordenação. Isto significou diferentes níveis de aproximações: entre a coordenação do PAC e outros programas e setores da Secretaria de Saúde; entre os profissionais dos Polos do programa e a coordenação; entre os profissionais do PAC e os serviços de saúde; entre profissionais e usuários do PAC e comunidades; entre a coordenação do PAC e outros setores sociais da administração pública e universidades. Estes diferentes níveis de articulação são tratados como relações intra e intersetoriais. Essa prática mais dialógica continuou a ser adotada pelo próximo coordenador e o tipo de coordenação foi reconhecido como favorável pelos agentes envolvidos. Isso trouxe como consequência, por um lado, o reforço ao reconhecer o PAC como um programa alinhado com a gestão da SMS e por outro lado, um reconhecimento da coordenação e da nova proposição do programa pelo conjunto dos profissionais que atuam no programa.

Evento Crítico 3: Fortalecimento da participação social na gestão do PAC

Isto pode ser visto como consequência, por um lado, da aproximação entre a nova proposta e práticas do programa e a política da gestão da prefeitura, dirigida à participação popular na administração pública por meio de alguns canais como Conferência Municipal de Saúde e Orçamento Participativo (OP). Mas, também, como resultado da estratégia de mapeamento territorial, realizada pelos profissionais do PAC que atuam nos Polos do programa. Essa atividade permitiu aos profissionais identificar as necessidades dos usuários e lideranças comunitárias, e iniciou uma aproximação definitiva do programa com grupos sociais e comunidades, que passam a trazer os seus interesses relacionados ao PAC discutindo ideias, atividades, propostas relacionadas ao dia a dia do programa. Como desdobramento, ocorre uma intensa presença dos usuários e profissionais programa nos espaços de participação política do município. Decorre dessa atuação política a solicitação para implementação de Polos do PAC como a principal proposição das comunidades no OP de 2004, tornando-se um interesse real para a administração pública uma vez que a opinião pública tenha aprovado o programa.

Evento crítico 4: Reconhecimento interno (SMS) e externo do PAC

Embora o PAC tenha sido implementado pela SMS em 2001, até dois anos depois ele era ainda identificado como à parte do projeto político da organização. O gradual reconhecimento pode ser observado por meio de alguns fatos e relacionado aos interesses de atores distintos. Um decreto do prefeito em 2003, definindo o PAC como programa de saúde ligado aos cuidados primários foi um primeiro passo. Neste mesmo ano, o programa ganha uma nova coordenação, que redefine suas diretrizes. A demanda popular, pedindo por mais Polos do PAC, como reconhecimento do modo de atuação e da qualidade do trabalho desenvolvido pelos profissionais nos Polos, produz um interesse eleitoral e partidário no programa. Além disso, a maior articulação entre a coordenação e os profissionais do programa, bem como com outros programas e sectores da SMS (ação intra e intersectorial), a exposição do programa em conferências de saúde, congressos e prêmios nacionais e internacionais de promoção de saúde, trouxe como resultado o reconhecimento do PAC como um programa de saúde bem-sucedido. Mas, ao mesmo tempo, os profissionais mantinham uma condição de trabalho frágil, uma vez que eram contratados sem quaisquer direitos do trabalhador. Esta regulação do trabalho para os profissionais do PAC pode ser visto como consequência do reconhecimento do programa pela Secretaria de Saúde.

Evento crítico 5: Concurso público para o PAC – Estabilidade profissional

O reconhecimento do PAC como um programa bem-sucedido de promoção de saúde ajudou a definir as condições de trabalho dos profissionais. Depois de terem passado seis anos trabalhando com contratos instáveis, em 2006, é dado o primeiro passo. A SMS promove uma seleção pública para professores de educação física interessados em trabalhar no programa. A próxima etapa foi a definição do educador físico como profissional de saúde, pois até o momento ele era um profissional reconhecido apenas pela Secretaria de Educação. A etapa final foi o concurso público, realizado em 2008. Depois disso, todos os profissionais aprovados para atuarem no PAC tornaram-se funcionários públicos. Esta mudança provocou um desafio para o programa, uma vez que profissionais antigos e comprometidos com os ideais do programa, não foram aprovados pelo concurso público; enquanto novos profissionais, menos comprometidos, chegaram para trabalhar no programa. Embora apontada como problemática, esta nova situação foi também entendida como um desafio; como um momento para reforçar a educação continuada para profissionais e redefinir suas ações. Os profissionais passaram a intensificar as suas atividades junto aos profissionais das Unidades de Saúde da Família, estendendo-o para os espaços territoriais requalificados, os Polos do programa. Como consequência dessa estabilidade profissional, PAC reforça seu reconhecimento pela Secretaria de Saúde e contribui para abrir um novo mercado de trabalho para professores de educação física.

Evento crítico 6: PAC como espaço de formação para profissionais de educação física

A reorientação das diretrizes do programa e o seu reconhecimento como importante programa da SMS definiu a necessidade de discutir o conhecimento do profissional de educação física, tanto no tema da saúde pública, como da promoção da saúde. Diversas atividades foram planejadas e executadas de modo a introduzir estas temáticas no programa. O planejamento foi desenvolvido sempre de forma participativa, entre equipe de coordenação e os profissionais. Essas atividades de formação tornaram-se parte do plano de trabalho do programa, exigindo a presença profissional. Na maioria das vezes havia um real interesse profissional em participar, uma vez que reconheceu seus limites relacionados à proposição do programa. Em alguns casos, essa participação foi motivada apenas por decisão administrativa. A decisão de tornar o programa como um espaço de educação foi percebido como um fator que contribuiu para o distanciamento universidades. Mas, como consequência desta decisão, as universidades começaram a organizar novos cursos e modificar seu currículo, inserindo a saúde pública como temática.

Box 1 – Resultado da análise do evento crítico

DESCRIÇÃO DO EVENTO CRÍTICO:

DIRETRIZ DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: REORIENTAÇÃO CONCEITUAL E PRÁTICA DO PAC

No fim de 2003, após um ano e meio de implantação do Programa Academia da Cidade (PAC), assume um novo coordenador do programa. Como sanitarista este coordenador inicia uma revisão das diretrizes programáticas estabelecidas com base na atividade física, contando com a colaboração de um novo assessor técnico. Após esse momento e durante todo o ano de 2004, o grupo de coordenação, juntamente com os profissionais, educadores físicos, redefinem a orientação do programa. Essa decisão provocou um desacordo entre os envolvidos na rede sociotécnica de coordenação do PAC, causando a ruptura da rede. Outros conflitos são referidos envolvendo profissionais atuando nos Polos do programa, neste caso relacionados ao sentimento de perda de poder, expressa na reserva de mercado do educador físico, categoria profissional responsável pelas práticas de atividade física.

A nova diretriz do programa, orientada pela Promoção da Saúde, começa a ser compreendida pelos profissionais a partir do início do processo de educação continuada visando discutir os conceitos e práticas do Sistema Único de Saúde, Saúde Pública e Promoção da Saúde. Com o objetivo de colocar os profissionais do programa em contato com essa prática, foi solicitado que elaborassem um mapeamento territorial das localidades onde desenvolviam as atividades, denominados Polos do PAC. O mapeamento das áreas buscou identificar lideranças comunitárias, equipamentos de saúde e sociais, necessidades dos usuários e lugares utilizados por eles para realização de atividades físicas e de lazer. Esta ação teve como consequência um primeiro movimento de aproximação entre o programa e os usuários, sendo esses reconhecidos como atores com participação mais ativa e política no programa. Após essa ação os profissionais começam a compreender mais claramente as diferenças entre a antiga e a nova proposição do programa e a apoiar as decisões da coordenação. Por outro lado, a equipe de coordenação passa a envolver cada vez mais os profissionais no planejamento e decisões do programa. Essa mudança na orientação do programa contribui, ainda, para que a Secretaria de Saúde reconhecesse a aproximação entre o PAC e o discurso da gestão da saúde.

O Cartão de Evento ficou configurado como descrito no Quadro 1, apresentando na exemplificação das categorias de análise, dados do material empírico referentes ao PAC.

Quadro 1 – Cartão de Evento

NOME DO EVENTO		
DIRETRIZES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: REORIENTAÇÃO CONCEITUAL E PRÁTICA DO PAC		
<p>Expressão do Evento:</p> <p>Pequena síntese do que caracteriza o evento, em um texto ou esquema</p>		<p>. Nova proposta do PAC inserindo conceitos de saúde pública e promoção da saúde: Acolhimento; Humanização; Território de Saúde, Participação Social.</p> <p>. Ruptura e reorganização da rede sociotécnica atuando na coordenação do programa.</p> <p>. Estabelecimento de um novo processo de trabalho na coordenação do programa, com participação dos profissionais na elaboração da nova proposta.</p> <p>. Mudança nas práticas dos profissionais nos polos.</p>
CATEGORIA	DEFINIÇÃO	EXPRESSÃO DA CATEGORIA NO MATERIAL EMPÍRICO
<p>ATORES / ATUANTES REDE SOCIOTÉCNICA</p>	<p>Entidades humanas e não humanas que partilham uma situação, um problema, definidas por suas identidades, seus interesses, seus projetos e em interação uns com os outros.</p> <p>O ator em rede pode ser uma entidade individual ou coletiva, sempre dispondo de autonomia e capacidade de construir as estratégias com relação à situação em que se encontra, de maneira a satisfazer os seus interesses.</p>	<p><i>“eu sou de 2003... antes de 2003 [...] foi um médico que trabalhou, M...S..., que é médico de esporte, foi ele o 1º coordenador [...] durante 2001–2002. Quando foi em meados de 2003 eu entrei, fiquei até 2005. Em 2005 eu saí, entrou uma assessora [...] porque a gente trabalhava juntos já em 2003”</i> (ENT1)</p> <p><i>“E na verdade eu trouxe mais a visão da saúde pública do que qualquer outra coisa, a saúde pública olhando a educação física.”</i> (ENT2)</p>

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">INTERESSES DOS ATORES</p> <p style="text-align: center;">– O QUE ESTÁ EM JOGO</p>	<p>Expressa as lógicas de comportamento dos atores, cujas estratégias dependem de seus próprios interesses e recursos, assim como das estratégias e táticas adotadas por outros atores e do contexto.</p> <p>A lógica de ação é uma lógica de interesse: o ator busca maximizar seus ganhos e minimizar suas perdas, ao preço do conflito, da negociação e da integração.</p>	<p><i>“tinha um projeto inicial, mas ele tinha um formato muito voltado pra questão clínica.”</i> (ENT1)</p> <p><i>“teoricamente eram duas formas de pensar muito diferentes, porque a gente vinha SUS e saúde pública, saúde coletiva, a ampliação do conceito de saúde, a discussão da promoção, a questão intersetorial, a transversalidade”</i> (ENT1)</p> <p><i>“G... participou de um grupo do Ministério [da Saúde] que discutia a Política Nacional de Promoção da Saúde e trouxe muitas discussões para o [PAC] ... que resultou também na reformulação do modelo proposto”</i> (ENT2)</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">INTERAÇÕES</p>	<p>A emergência de um evento crítico em um sistema requer que os atores em jogo façam alianças, conexões com outras redes, produzam fatos, inscrições visando o êxito do seu projeto.²¹</p> <p>A categoria Interações aponta as relações, conexões estabelecidas entre atores, instituições, atuantes estabelecidas na emergência e estabilização do evento, incluindo a expansão da rede na medida da exploração dos mundos possíveis.</p>	<p><i>“o grupo da ESEF e UPE, UFPE também... tinha, o pessoal da avaliação da UPE, da UFPE, da Federal, a parte de nutrição era da UFPE. Então, não tinha em outros projetos na Federal, as duas universidades, a Secretaria de Saúde. ...tinha essa coisa da Escola de Educação Física nos dois locais e no fim eu acho que a mistura disso tudo foi bastante interessante”</i> (ENT1)</p> <p><i>“não é uma coisa de momento, é mão dupla, tanto da coordenação quanto os profissionais têm essa preocupação, quando não acontece um tá sempre cobrando o outro... então é uma questão de mão dupla dos próprios profissionais, como a coordenação, também ela é cargo comissionado, o coordenador geral, mas os outros são profissionais como a gente que vem da ponta, então essa necessidade tá muito em todos.”</i> (GF2)</p>

<p>MEDIAÇÃO</p>	<p>Mediação é compreendida como noção, como processo, como uma ação implicando uma transformação de uma situação e não apenas uma circulação de um elemento de um polo para outro. Nesse sentido, ela não se confunde com um intermediário ou com um ator específico. O processo de mediação corresponde um momento de alinhamento de interesses entre diferentes pontos de vista que produz um acontecimento, uma passagem, uma modificação nas relações, nos processos de trabalho, no modo de circulação dos fatos.^{27,26}</p>	<p><i>“[...] uma das primeiras iniciativas resultantes disso foi pedir para os profissionais fazerem um mapeamento do espaço, espaços existentes, potencialmente já utilizados pela população para práticas de atividade física e do lazer. A gente começou a falar lazer, porque só falava em atividade física quase como um remédio; e outros que não eram ocupados, mas que poderiam ser ocupados”</i> <i>“o mapeamento do território feito pelos profissionais ... isso foi fundamental pra você propor, você quebrar barreiras com os profissionais e propor alguma coisa da saúde pública”</i> (ENT2)</p> <p><i>“a gente fez um processo amplo de mapeamento de território, isso foi fundamental pra que também tivesse conhecimento da realidade territorial de onde a gente convivia. Esse processo, acho que também foi um pontapé inicial inclusive ter essa aproximação com a comunidade”</i> (GF2)</p>
<p>AÇÕES</p>	<p>Identifica as práticas, atividades, processos de trabalho realizados pelos atores na emergência, implementação, estabilização de um evento.</p>	<p><i>“se agregou outro tipo de forma de trabalhar; a gente começou a discutir não só o que era feito nos polos [mas] qual era o processo de trabalho que se utilizava”</i> (GF1)</p> <p><i>“muito além da formação técnica, acaba trazendo elementos a partir da atividade física, trazendo elementos pro contexto da intervenção que discute formação humana mesmo, formação de ser, de quem eu sou, do que eu acho do mundo, isso em atividades muito simples, por exemplo, um café da manhã do dia das mães que a gente vai discutir solidariedade daquele usuário que não tem condição de trazer o pratinho pra compor a mesa coletiva, do passeio que a gente faz junto e que a gente se organiza financeiramente pra alugar ônibus, pra decidir o local, então isso discute convivência, praticando e não conversando só”</i> (GF1)</p>

CONSEQUÊNCIAS	<p>É a resultante da emergência de evento crítico. As consequências expressam as mudanças no programa/intervenção decorrentes da emergência e desenvolvimento do evento em questão.</p>	<p><i>“passamos um ano, 2004 inteiro fazendo essa quebra, mas teve um corte no programa, teve um corte, o programa ficou diferente, teve um avanço” (ENT2)</i></p> <p><i>“aí o referencial teórico mesmo da promoção da saúde, da forma como ela é pensada eu acho que ajuda a manter e dar essa vivacidade que J... estava falando que não tem fim, não tem fim porque é dinâmico mesmo, porque diz respeito às pessoas, às relações e aí se continuar com essa perspectiva ele vai continuar infinito” (GF1)</i></p>
---------------	---	--

INSCRIÇÕES	<p>São “todos os tipos de transformação que materializam uma entidade num signo, num arquivo, num documento, num pedaço de papel, num traço. Usualmente, mas nem sempre, as inscrições são bidimensionais, sujeitas à sobreposição e combinação. São sempre móveis, isto é, permitem novas translações e articulações ao mesmo tempo em que mantém intactas algumas formas de relação”.²⁶</p>	<p>– PROJETO ACADEMIA DA CIDADE – versão 2003 a 2004; – PAC Humanizado fim;</p> <p>Histórico: Reapresentação do projeto de implantação do PAC, orientado pelas diretrizes de Promoção da Saúde; Apresentação do programa e histórico da sua implementação</p> <p>– 3oficina relato 05_11: Relatório da oficina “CONSTRUINDO A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO À – SAÚDE”. Participando da Secretária de Saúde de Recife e da Coordenadora do PAC.</p> <p>– PROJETO ACADEMIA DA CIDADE (2009): Atualiza a apresentação do PAC, apontando a sintonia da política de saúde da PCR com a proposta de Municípios Saudáveis. Coloca o PAC em sintonia com os projetos prioritários da SMS: Comunidade saudável; Requalificação e reapropriação dos espaços públicos: Espaço público para todos; Combate à violência e Defesa da cidadania. Reelabora os objetivos gerais e específicos, enfatizando os aspectos da participação social, da atuação integrada junto aos programas da SMS e intersetorial e das ações de promoção de práticas saudáveis. Descreve brevemente o desenvolvimento das ações e apresenta resultados positivos alcançados.</p>
------------	--	---

<p>LUGAR</p>	<p>São os sítios onde as ações geradoras ou produzidas a partir um evento crítico acontecem. Podem ser espaços dentro de uma organização, onde a equipe de coordenação atua e as decisões são tomadas, lugares onde os profissionais desenvolvem suas atividades, ou ainda espaços de participação social, ocupados por organizações sociais ou comunitárias envolvidas no evento.</p>	<p>Secretaria Municipal de Saúde da PCR, ligada ao DE-GAB – Coordenação do PAC</p> <p>Distritos Sanitários; Rede de Saúde</p> <p>POLOS DO ACADEMIA DA CIDADE, distribuídos pelos seis distritos sanitários do município onde são desenvolvidas as atividades</p>
<p>TEMPO</p>	<p>Pode expressar desde o momento emergência do evento até o período de tempo em que se desenvolve e estabiliza. Não é necessariamente um ponto numa linha cronológica de evolução do programa, mas pode ser representado por um período nessa cronologia.</p>	<p><i>“foi em 2004. Aí a gente, a gente começou a escrever o programa, reescrever o programa, o PAC” [...] “passamos um ano, 2004 inteiro fazendo essa quebra” (ENT2)</i></p> <p><i>“Então a partir daí a gente foi começando, 2004, 2005, comecei a ver, que já tinha outra preocupação além do exercício pelo exercício pelo exercício, então tinham outras preocupações” (GF2)</i></p>
<p>FONTE DE EVIDÊNCIAS</p>	<p>Fontes consultadas na identificação dos eventos: documentos oficiais, informes, notícias, entrevistas com informantes-chave, grupos focais, relatos de casos etc.</p>	<p>Grupo Focal, Entrevistas Individuais e Análise Documental: documentos referidos nas inscrições</p>

Considerações finais

O processo de formação de avaliadores envolvendo as instituições nacionais e a parceria internacional com a CACIS tem permitido compreender, a partir de outros enfoques teóricos e abordagens metodológicas, características das intervenções comunitárias do campo da promoção da saúde até então pouco exploradas nos estudos avaliativos realizados no país. Nesse percurso tem-se buscado reconhecer e compreender a natureza complexa de intervenções de saúde e a demanda por uma ação comunicativa nos espaços socio sanitários. Este enfoque compreende a participação dos interessados como inerente à construção do conhecimento avaliativo cujo interesse seja desenvolver competências, aprendizado organizacional e favorecer a utilização da avaliação no cotidiano das organizações.

Compreender como evolui o programa avaliado, identificando os eventos geradores de novas configurações nas redes sociotécnicas, que constituem a intervenção e que são por ela reconfiguradas ao longo tempo, como consequência das mudanças promovidas pela ação, interação, mediação dos atuantes envolvidos, permitiu observar como práticas distintas e complementares, de coordenação intersetorial, de formação e de pesquisa emergem e potencializam-se no percurso do programa em direção a sua institucionalização. Mais ainda, empreender o estudo com a participação dos envolvidos na intervenção, contribuindo na identificação dos fatos relevantes, no desenho da linha do tempo de evolução do programa, na validação dos achados do estudo favoreceu a percepção de utilidade da pesquisa para a prática reflexiva sobre o programa ao longo do processo implementado.

Enquanto um processo de ensino-aprendizagem teórico-prático cabe ressaltar que as estratégias aqui descritas são capazes de potencializar a capacidade de incorporação de processos avaliativos e de contribuir para a institucionalização das práticas avaliativas e de promoção da saúde nos serviços. Considerando a avaliação como um “fazer sentido”, nas palavras de Denis²⁷ (p. S230, 2010), no caminho da cultura avaliativa, além da necessidade de que os processos avaliativos tenham sentido/significado para aqueles envolvidos, a avaliação também pode ser um elemento para a construção dos sentidos e significados dados aos problemas e às soluções desejadas, produzindo reflexão permanente sobre a prática.

Referências bibliográficas

1 Hartz ZMA. Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine internationale over fast food and sur mesure over ready-made. *Cadernos de Saúde Pública*. 1999;15(2):239-48.

2 Hartz ZMA. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2002;7(3):419-21.

3 Brandão D., Silva RR, Palos CMC. Construção da capacidade avaliativa em organizações da sociedade civil. São Paulo: Instituto Fonte, 2003.

4 Felisberto E. *et al.* Uso da avaliação e formação profissional: impulsionando a prática da integralidade em saúde. In: PINHEIRO R, SILVA JÚNIOR AG, MATTOS RA. Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; 2008. p.59-72.

- 5 Pluye P, Potvin L, Denis JL. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Evaluation and Program Planning*. 2004;27(2):121-33.
- 6 FRIEDBERG E. *Le pouvoir et la règle*. Paris: Seuil; 1997.
- 7 Lefebvre RC. Strategies to maintain and institutionalize successful programs. In: BRACHT, N. *Health promotion at the community level*. Newbury Park: Sage; 1990. p.209-28.
- 8 Boulte P. *Le diagnostic des organizations appliqué aux associations*. Paris: Presses Universitaires de France, 1991.
- 9 Viacava F *et al*. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2004;9(3):711-24.
- 10 Trochim WMK. *Evaluation Culture* [Internet]. 2002. Disponível em: <http://www.atomicdog.com/trochim>.
- 11 Palos CMC, Brandão DB, Silva RR. Da construção de capacidade avaliatória em iniciativas sociais: algumas reflexões. *Ensaio – Avaliação e Políticas Públicas em Educação*. 2005;13(48):361-74.
- 12 Arruda BKG. Educação para a cidadania informada. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2007;7(suppl. 1):S09-S10.
- 13 Hartz ZMA, Moreira E, Matida A. Promovendo e analisando o uso e a influência das pesquisas avaliativas: desafios e oportunidades ao se institucionalizar a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Vieira-Da-Silva LM, Felisberto E. *Meta-avaliação da atenção básica em saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p.325-40.
- 14 Pinheiro R, Silva Júnior AG. Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde: uma proposta para estudos de processos avaliativos na atenção básica. In: Pinheiro R, Silva Júnior AG, Mattos RA. *Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC; 2008. p.17-42.
- 15 Felisberto E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2006;11(3):553-63.
- 16 Felisberto E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2004;4(3):317-21.
- 17 Felisberto *et al*. Institucionalização da avaliação em saúde. In: Goes PSA, Moysés SJ. *Planejamento, gestão e avaliação em Saúde Bucal*. São Paulo: Artes Médicas; 2012. p. 149-56.
- 18 Potvin L *et al*. Integrating social theory into public health practice. *American Journal of Public Health*. 2005;95(4):591-5.
- 19 Harthorn BH. Towards a critical globalization studies: continued debates, new directions and neglected topics. Paper presented at the conference: *The Global and the Local: Global Ethnographies*. University of California at Santa Barbara, May 1-4, 2003.
- 20 Bilodeau A *et al*. La pérennisation des programmes de promotion de la santé en entreprise est-elle possible? Le cas de quatre entreprises privées québécoises de travailleurs cols bleus. *Revue Canadienne de Santé Publique*. 2005;96(2):114-20.

- 21 Mantoura P, Gendron S, Potvin L. Participatory research in public health: creating innovative alliances for health. *Health Place*. 2007;13(2):440-51.
- 22 Potvin L, Chabot P. Splendor and misery of epidemiology for the evaluation of health promotion. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2002;5(1):1-13.
- 23 Potvin L, Clavier C. La théorie de l'acteur-réseau. In: Aubry F, Potvin L. Construire l'espace socio-sanitaire: expériences de recherche dans la production locale de la santé. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 2012. p.73-96.
- 24 CALLON M *et al.* Réseau et coordination. Paris: Economica; 1999. p.14.
- 25 Pawson R, Tilley N. Realistic Evaluation. London: Sage Publications, 1997.
- 26 Latour B. A esperança de Pandora: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos. Bauru: EDUSC, 2001.
- 27 Latour B. Re-assembling the social: an introduction to actor-network theory. Oxford: Oxford University Press; 2005.
- 28 Davallon J. La médiation: la communication en procès? *Médiations e Médiateurs*, 19, 2003. Publicação original em língua francesa. Tradução: M^a Rosário Saraiva; revisão: M^a Rosário Saraiva e Helena Santos. *Revista de Ciências da Informação e da Comunicação do CETAC*. [2011 Abr 12]. Disponível em: http://prisma.cetac.up.pt/edicao_n4_junho_de_2007/a_mediacao_a_comunicacao_em_pr.html.
- 29 Denis J-L. Institucionalização da avaliação na administração pública. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2010;10(Suppl. 1):S229-S237.

CAPÍTULO 13 – CONSTRUINDO PARCERIAS EM PROJETOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

MARIA GUADALUPE MEDINA, CRISTIANE ABDON NUNES, ROSANA AQUINO,
SYDIA OLIVEIRA E ANA LUIZA VILASBÔAS

Formar profissionais técnica e eticamente qualificados para atuar em serviços e sistemas de saúde, a fim de atender às necessidades de saúde da população tem sido uma importante imagem-objetivo de instituições acadêmicas comprometidas com o processo de democratização da saúde. Especialmente no campo da Saúde Coletiva brasileira, este propósito tem orientado a reflexão, a produção de conhecimento e experimentação de projetos de intervenção em saúde, mobilizando um conjunto de atores sociais, voltados para a produção de inovações com potencial impacto no espaço social da Saúde, melhorando a qualidade da atenção e reduzindo as iniquidades em saúde.

Os desafios nacionais não estão isolados nesse mundo globalizado, em que problemas semelhantes são enfrentados por instituições de ensino e serviço de diferentes países e em que alternativas de soluções podem ser adaptadas e incorporadas, desde que analisadas as condições de favorecimento de sua emergência. Nesse caso, as fronteiras internacionais deixam de ser barreiras para funcionarem como possibilidades de aprendizagem, viabilizadas pela construção de parcerias entre instituições de diferentes países.

Neste capítulo apresentaremos a construção da parceria entre o Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica em Formação e Avaliação da Atenção Básica (GRAB) do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) com a Cátedra em Abordagens Comunitárias e Iniquidades em Saúde (CACIS), coordenado pela Profa. Louise Potvin da Universidade de Montreal (UM)/Canadá. Para contextualizar essa parceria, trataremos, também, da trajetória do GRAB, as concepções que orientaram a formação desse grupo desde o seu nascimento, sua experiência e produção no âmbito da avaliação da atenção primária em saúde. Em seguida, discorreremos sobre o processo de construção da parceria com a CACIS/UM, destacando alguns eventos relevantes e especificando, com um caso de pesquisa, a aplicação de ferramentas teórico-metodológicas aportadas pelo grupo canadense em uma investigação particular.

O Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica em Formação e Avaliação da Atenção Básica (GRAB)

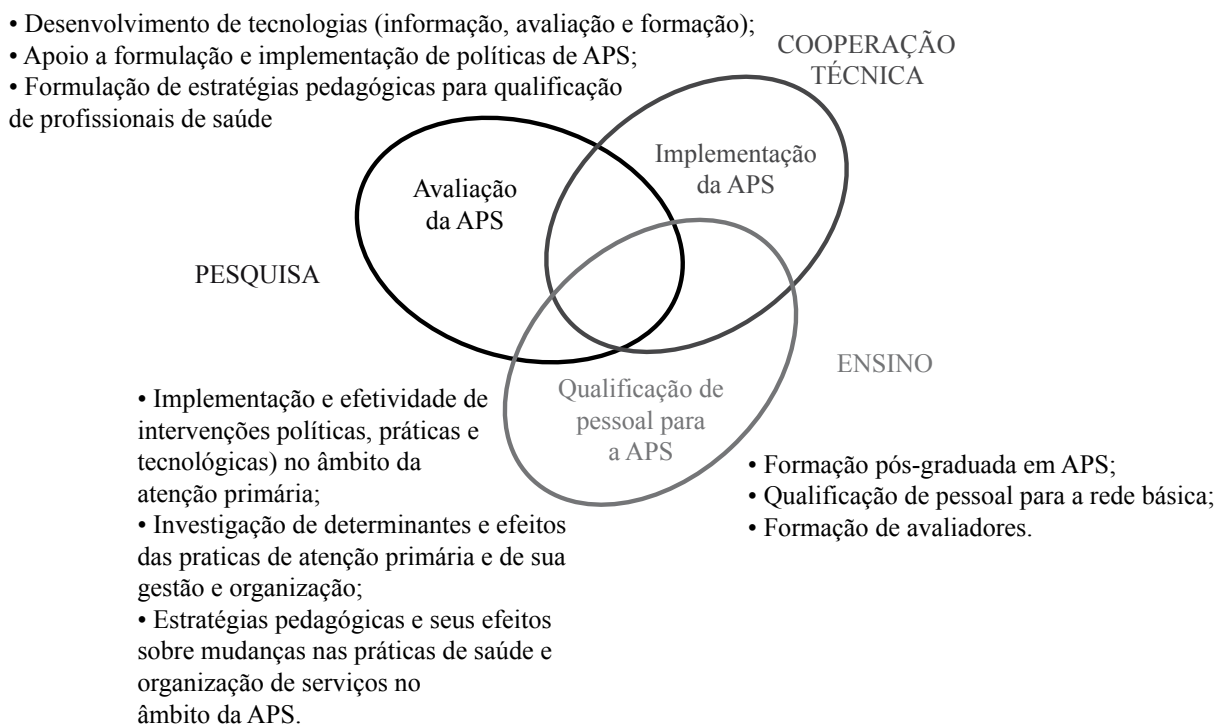
Este Programa é formado por docentes e pesquisadores vinculados ao Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) que atuam em atividades de ensino, pesquisa e cooperação técnica, considerados os pilares da universidade no cumprimento de sua missão social. Inserido em uma unidade inovadora – o ISC – que rompeu, desde seu nascimento, em 1995, com o modelo tradicional de organização departamental, o modelo de organização e funcionamento do Programa Integrado pauta-se na articulação permanente das atividades fins da Universidade em torno de uma linha temática: a atenção primária à saúde.

Na sua origem, podemos assinalar dois marcos fundamentais: em 1994, a participação dos seus membros em uma rede de instituições de ensino e serviço, apoiada pelo Ministério da Saúde,

responsável pelos primeiros estudos avaliativos sobre a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Brasil (BRASIL, 1995); e, em 1997, a reformulação do Curso de Residência de Medicina Social, cujo público-alvo era a categoria médica, sendo retomada a sua natureza multiprofissional e criada, posteriormente, a área de concentração de Saúde da Família.

Na Figura abaixo estão elencados os principais objetivos do GRAB nos eixos que o conformam.

Figura 1 – Eixos estruturantes e objetivos do Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica em Formação e Avaliação da Atenção Básica (GRAB)



Ancoradas nas reflexões e pressupostos que constituem o campo da Saúde Coletiva no Brasil (PAIM E ALMEIDA FILHO, 1998; PAIM, 2000), as práticas de docência, pesquisa e cooperação técnica do GRAB estão voltadas para a constituição de sujeitos capazes de transformar a realidade sanitária, protagonistas que atuam no espaço da Saúde (instituições e serviços de saúde) refletindo sobre os processos de adoecimento e de organização do sistema, buscando compreender sua determinação social e atuar sobre determinantes, riscos e danos, em uma perspectiva emancipatória e de engajamento nas lutas pela conquista da saúde como um direito (MEDINA *et al.*, 2000; PEREIRA, 2006; VILASBÔAS, 2006a; VILASBÔAS, 2006b; MEDINA e ABDON, 2006; TORRES, 2006; VILASBÔAS e PAIM, 2008; AQUINO *et al.*, 2009; MEDINA, 2009).

Nesse sentido, os modelos pedagógicos desenvolvidos pelo GRAB se afastaram da perspectiva tradicional da aprendizagem bancária e fragmentada, buscando implementar inovações, a exemplo do tutorial em Saúde Coletiva, modalidade de ensino assumida pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Nesse modelo, a articulação com a pesquisa (*senso lato*) assume uma proeminência importante na medida em que a investigação de experiências concretas é o lastro sobre o qual se cons-

trói o processo de conhecimento, matriz da base pedagógica dos processos de ensino-aprendizagem, com o apoio da literatura científica na conformação dos objetos de intervenção da atenção primária em saúde (MEDINA e ABDON, 2006). A consequência de uma prática pedagógica de tal natureza é, além do empoderamento dos sujeitos, a tradução de tais processos em tecnologias de saúde. De fato, ao longo dos anos, no curso de sua trajetória, o GRAB se destacou ao interior do ISC e, principalmente, nos espaços de construção do SUS, pela produção de ferramentas que foram incorporadas por Secretarias Municipais, Estaduais e Ministério da Saúde (MEDINA *et al.*, 1999; AQUINO *et al.*, 2003; MEDINA *et al.*, 2001) que apoiaram, concretamente, a resolução de problemas no âmbito da atenção primária em saúde e pela formação de sujeitos que vêm ocupando postos-chave de trabalho na gestão do SUS e como docentes nos cursos de saúde nas universidades públicas.

Abaixo se expressa a linha do tempo com as principais ações de pesquisa, ensino e cooperação desenvolvidas pelo grupo desde 1995.

De 1990 a 1998

Neste período, no Brasil, vivíamos os anos iniciais da construção da Estratégia de Saúde da Família e o auge dos debates sobre quais seriam os melhores arranjos e modelagens, tendo como inspiração as experiências internacionais, em que se destacavam, além do Canadá, Cuba e Inglaterra. Estes debates marcaram a constituição do nosso grupo, concebido por egressos do curso de Residência em Medicina Social (RMS), que aderiram a um projeto de organização da atenção primária à saúde para o Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS). A participação na pesquisa nacional sobre a avaliação da atuação dos agentes comunitários de saúde no Norte e Nordeste do país (BRASIL, 1995), experiência precursora do PSF no país, foi de fundamental importância na reflexão e formulação dessa política e na construção das parcerias que viriam a conformar-se nos anos seguintes.

Ao sermos designados como representantes do ISC para discutir uma proposta pessoal do Secretário Estadual de Saúde à época, de criação de uma Residência de Médicos de Família, baseado no modelo tradicional de residência médica e de medicina de família, construímos uma proposta totalmente inovadora, que foi aprovada e financiada pela Sesab. Primeiro, retomamos o modelo original de residência multiprofissional e, segundo, criamos a área de concentração em Saúde da Família na Residência em Medicina Social. Ou seja, este que foi um dos primeiros programas de residência em saúde da família do Brasil, foi implementado em um curso de saúde coletiva, e não da Escola Médica, e contava com uma equipe multiprofissional de docentes, não apenas de áreas tradicionais da APS, como médicos e enfermeiros, mas, também, de áreas em expansão, como odontólogos e nutricionistas, e outras que, em 1997, ainda não tinham um papel delimitado na organização da APS, como fisioterapia, psicologia e serviço social. Assim, a Residência foi um laboratório, em que se vivenciava cotidianamente os desafios da experimentação e reflexão de práticas a serem implementadas. Ou seja, formávamos sujeitos da e para a mudança.

Como descartamos a possibilidade de trabalhar em unidades de saúde de ensino, e os residentes estavam inseridos em unidades de saúde da rede de serviços de saúde, grande parte dos esforços da coordenação da Residência era identificar parceiros institucionais que aderissem à ideia de implantar a Saúde da Família como estratégia de organização dos serviços de atenção primária em seu território. Essa opção permitiu que os residentes lidassem com problemas concretos do cotidiano dos serviços de saúde relacionados à reorientação das práticas de atenção primária à saúde.

Tais iniciativas propiciaram o estabelecimento de uma parceria entre o ISC e a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, voltada, principalmente, para a capacitação e formação de profissionais da rede vinculados à atenção básica, por meio da oferta de cursos de especialização e de atualização e da realização de assessoria técnica para reorganização do sistema e reorientação das práticas de saúde.

De 1998 a 2006

As atividades de ensino proporcionaram a criação, em 1998, do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família, que consolidou, no Estado, a constituição de uma rede de instituições de ensino e serviço, apoiada pelo Ministério da Saúde, contando com a participação de mais de 10 órgãos e instituições do Estado, entre as quais as universidades estaduais e as representações da Secretaria Estadual e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde.

Esta rede foi responsável diretamente pela formação e capacitação de mais de 5 mil profissionais de saúde da rede básica articulando diferentes estratégias pedagógicas pautadas na concepção de educação permanente e em pedagogias problematizadoras, assumindo a categoria *processo de trabalho* como eixo estruturante do processo formador das equipes multiprofissionais de saúde. Na formação especializada, a atuação do Pólo resultou em mais de 300 especialistas, entre os quais, cerca de 200 egressos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Nesse período, o GRAB intensificou sua parceria com o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, o que resultou em produtos significativos para o processo de construção da Estratégia Saúde da Família, a exemplo do apoio à formulação de uma política de avaliação da atenção básica e de participação ativa no processo que culminou na ampliação dos Pólos de Saúde da Família em Pólos de Educação Permanente em Saúde.

Em 2005, o GRAB estabeleceu nova parceria com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, órgão do Ministério da Saúde, para o desenvolvimento de cursos avançados de formação de avaliadores em atenção primária à saúde no formato de educação à distância. Nesse momento, a implementação de curso avançado para avaliadores em saúde marcou o início da parceria com a CACIS, como será detalhado adiante.

Entre 2002 e 2006, houve um investimento importante de parte de seus membros na realização do Doutorado em Saúde Pública, o que resultou na produção de estudos sobre efeitos e práticas da atenção primária no Brasil e em municípios baianos.

De 2006 a 2013

Nesse período mais recente do GRAB, optamos pelo investimento prioritário na produção de conhecimento crítico e reflexivo sobre os desafios da implementação da atenção primária no contexto brasileiro, o que culminou na produção de estudos e artigos científicos a respeito de efeitos da APS sobre determinados indicadores de saúde (mortalidade infantil e ICSAP), da caracterização da organização e da gestão das práticas de atenção primária à saúde no nível local do sistema público de saúde brasileiro. Esses estudos têm sido conduzidos intrinsecamente vinculados à formação pós-graduada em Saúde coletiva, incluindo a orientação de mestrandos e doutorandos que participam ativamente de todas as etapas do processo de investigação. Também neste caso, a

parceria com a CACIS tem demonstrado potencial na articulação entre pesquisa, ensino e formação, com atividades de intercâmbio de pesquisadores e docentes e uma aluna que realizou estágio sanduíche em Montreal.

O Programa tem empreendido esforços na consolidação de parcerias com instituições de pesquisa nacionais e internacionais para a troca de experiências e produção compartilhada de conhecimento no âmbito da avaliação da atenção primária à saúde. O GRAB integra o Comitê Coordenador da Rede de Pesquisa em Atenção Primária, iniciativa da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) com apoio da Diretoria de Atenção Básica do Ministério da Saúde que reúne cerca de 4 mil pesquisadores e tem participação ativa no processo de formulação e implementação das políticas de avaliação em APS conduzidas pela gestão do SUS.

A construção da parceria

Pode-se dizer que a trajetória do GRAB foi marcada por processos permanentes de construção de parceria, uma vez que a natureza das atividades pedagógicas de formação profissional e em pesquisa exigia, a todo tempo, a imersão em campos de prática exteriores à Universidade, pois não é neste âmbito que se dá o exercício das práticas de saúde. Ademais, a criação de serviços universitários específicos para o desenvolvimento de práticas em saúde coletiva jamais foi adotada como opção pedagógica pelo Grupo, que sempre considerou que a experiência de laboratórios artificiais seria contraditória com o desenvolvimento de um conjunto de habilidades: políticas, comunicacionais e relacionais, apenas para citar algumas. Assim, desenvolvendo uma vocação fortemente vinculada à cooperação técnica interinstitucional, nos mais diversos âmbitos do sistema de saúde, o Programa Integrado GRAB legitimou-se internamente por esta inclinação de estreitamento com instituições de serviços de saúde de atenção primária, cujo propósito sempre foi a experimentação de práticas inovadoras de atenção primária, consubstanciadas na produção de conhecimento e geradoras de tecnologias que, uma vez apropriadas, dessem conta da resolução de problemas concretos.

Nesse sentido, a incursão do grupo no campo da avaliação de programas e sistemas de saúde alinhava-se a uma perspectiva da avaliação de quarta geração, que considera os interesses e as visões dos diferentes atores do processo avaliativos, que guiou teoricamente muitos dos projetos desenvolvidos pelo grupo.

O encontro do Grupo com a Cátedra em Abordagens Comunitárias e Iniquidades em Saúde (CACIS), coordenado pela Profa. Louise Potvin da Universidade de Montreal/Canadá, que inaugurou a parceria que se estabeleceu nos últimos nove anos, se fez no curso da evolução do Programa Integrado, ao interior de um projeto de formação de avaliadores em atenção primária à saúde.

Foi interessante observar a congruência entre as contribuições teóricas da Chaire – sobre a evolução do sistema programação-avaliação, enquanto sistema dinâmico e reflexivo de ação e sobre o papel da pesquisa na sustentabilidade de intervenções promotoras da redução de iniquidades em saúde – com a trajetória institucional do Grupo, que foi se consolidando na articulação da tríade ensino-pesquisa-cooperação.

O processo de construção da parceria entre o GRAB/ISC/UFBA e o grupo de pesquisadores da CACIS teve início na segunda metade dos anos 2000, caracterizando-se pelo desenvolvimento

progressivo de um conjunto de atividades voltadas para a produção de conhecimento no âmbito da avaliação em saúde. Tomando como ponto de partida uma reflexão sobre as experiências institucionais, essas iniciativas contribuíram para a troca de conhecimentos, o desenvolvimento de investigações compartilhadas, o fortalecimento da articulação interinstitucional e a consolidação desta parceria.

No ano de 2007, o GRAB promoveu dois seminários avançados de avaliação em saúde, ministrados por pesquisadores seniores de instituições de pesquisa do Canadá e da França, como parte de um Programa de Formação Avançada em Avaliação da Atenção Básica para pesquisadores e profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) financiado pelo Ministério da Saúde. Em agosto desse ano foi, então, realizado o “II Seminário Avançado do Programa Integrado de Formação de Avaliadores da Atenção Básica: aplicação da teoria da tradução em um projeto de saúde”, que teve como palestrantes convidadas as professoras doutoras Louise Potvin e Zulmira Hartz, ambas do Departamento de Medicina Social e Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de Montreal/Canadá.

Esse seminário teve como propósito criar um espaço de reflexão sobre programas de saúde, tendo como foco a avaliação de intervenções em saúde pública que envolvem ações planejadas e implementadas em nível coletivo, e como fundamentos teóricos a teoria da tradução (CALLON, 1986; LATOUR, 2000 e 2001) e modelização sistêmica (LE MOIGNE, 1999), a avaliação como um sistema de ação reflexiva e a instrumentalização dos processos e práticas de avaliação participativa (BISSET e POTVIN, 2007; POTVIN, 2007). Participaram do curso a equipe de pesquisadores do GRAB, docentes, mestrandos e doutorandos do ISC envolvidos em pesquisas avaliativas, e pesquisadores convidados do grupo de avaliação em saúde do Instituto Materno-Infantil Fernando Figueira/Pernambuco. Os diálogos e discussões críticas estabelecidas no contexto desse seminário marcaram o momento de aproximação entre pesquisadores do GRAB e a equipe da CACIS, que vislumbraram a possibilidade de contatos posteriores, constituindo-se num marco inicial importante para essa parceria.

Em março de 2008 foi realizado, em Recife, um encontro para discussão sobre o desenvolvimento de pesquisas conjuntas entre as equipes do CACIS, GRAB, IMIP e Universidade Federal de Pernambuco. Nesta ocasião, o GRAB contextualizou o surgimento do grupo e os objetivos relacionados aos três eixos estruturantes do Programa (Figura 1), apresentou resultados de pesquisas concluídas, pesquisas em andamento e também alguns produtos derivados de sua experiência no âmbito da pesquisa, ensino e cooperação técnica, a exemplo do desenvolvimento de tecnologias para monitoramento e avaliação da Atenção Primária em Saúde (APS), e inovações pedagógicas desenvolvidas nos espaços de aprendizado da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, curso coordenado e desenvolvido pela equipe de docentes deste grupo há mais de 10 anos.

Nesse evento foram discutidos os interesses de investigação e possíveis interfaces entre os grupos visando à constituição de uma rede de pesquisas no âmbito da avaliação de intervenções voltadas para a redução de iniquidades em saúde. Merece destaque, nesse momento, a delimitação dos possíveis benefícios do trabalho em rede. Nesse sentido, como contribuições da rede para os projetos locais foram citados o fortalecimento do pólo de pesquisa, a aprendizagem gerada a partir da troca de experiências, a perspectiva de abertura de novos horizontes de trabalho/ensino/cooperação e o aprofundamento do debate teórico sobre a APS. No sentido contrário, ou seja, con-

siderando o que o projeto local poderia aportar para a rede, foram mencionados: a *expertise* em atenção primária à saúde, a contextualização do(s) objeto(s) de investigação, dado que é no âmbito local que as pesquisas acontecem, e a possibilidade de reflexão crítica sob a ótica de diferentes pontos de vista na produção de novos conhecimentos.

Como parte do trabalho que já vinha se configurando como rede, foi realizada, em abril de 2009, uma oficina para discutir a construção da viabilidade de um projeto denominado “Estratégias de institucionalização de intervenções inovadoras no que concerne à equidade em saúde”, coordenado pela CACIS e implementado em parceria com as instituições brasileiras. O objetivo deste projeto seria examinar os processos e dispositivos de integração prática/pesquisa/formação no desenvolvimento e na perenização de práticas intersetoriais inovadoras de promoção da equidade em matéria de saúde, a partir da experiência de três projetos realizados no Nordeste do Brasil. Nessa oficina, foram estabelecidos os casos específicos a serem tomados como objeto de investigação local que, no caso do GRAB, seriam as intervenções inovadoras na atenção primária à saúde, cujo contexto local era o município de Camaçari/Bahia/Brasil. Um conjunto de reuniões de trabalho se sucedeu localmente para viabilizar o projeto e construir as bases da parceria interinstitucional para condução de projetos de pesquisa em Camaçari. Duas oficinas – agosto e outubro de 2010 – e duas videoconferências em 2011 ocorreram como estratégias de discussão dos aspectos teórico-metodológicos e de acompanhamento da implementação dos subprojetos, sendo balizados conceitos, dimensões de análise, variáveis e indicadores, e discutidas as propostas para os instrumentos de coleta de dados e organização das etapas para o trabalho de campo.

A experiência desse projeto é apresentada com maior detalhe a seguir.

Sustentabilidade de inovações na APS: o caso do PSF de Camaçari

A intervenção analisada neste estudo foi o Programa Saúde da Família (PSF) no município de Camaçari. Buscou-se construir a cartografia do Programa no período de 1997 a 2010, que consiste na identificação, análise e disposição em uma linha do tempo de todos os eventos críticos que tiveram importância fundamental na trajetória da intervenção.

Para realização da pesquisa, foram realizadas, inicialmente, oficinas de discussão com representantes da intervenção, entrevistas exploratórias com dois informantes-chave e análise documental, utilizando-se documentos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, para construção de uma linha de tempo inicial. Esta foi apreciada, por meio de entrevista semiestruturada por oito informantes-chave, os quais foram selecionados seguindo critérios que aumentassem as chances de identificar entrevistados com largo conhecimento sobre o Programa de Saúde da Família em Camaçari, além da vinculação do informante a um dos três eixos, a saber: pesquisa, ensino e coordenação intersetorial.

Além da linha de tempo inicial, utilizou-se um roteiro de entrevistas que serviu como guia para os informantes identificarem os eventos que influenciaram positivamente ou negativamente a continuação do programa. Cada evento informado foi analisado e identificado se o mesmo se configurava como um evento crítico, isto é, evento gerador de mudanças nas intervenções de saúde, que permite a solidez ou dissidência das mesmas (FIGUEIRÓ *et al.*, 2011). Caso o evento fosse caracterizado com evento crítico, permaneceria na linha do tempo definitiva. Esses eventos, que podem ser reco-

nectados olhando-se para trás, são fruto da negociação entre interesses distintos, que possibilitam mobilizações, e frequentemente, construção de novos atores e de novos interesses.

Os eventos críticos que permitem explicitar as transformações ocorridas em uma intervenção de saúde adquirem sentido como instrumento descritivo e analítico, sendo neste estudo modelados pela teoria do ator-rede (CALLON, 1986; LATOUR, 2000) que forneceu as ferramentas conceituais usadas para criar a genealogia da intervenção.

Os eventos críticos foram descritos utilizando-se uma ficha de descrição que sistematizou as informações coletadas relacionadas àquele evento específico (FIGUEIRÓ *et al.*, 2011). Após análise e construção das fichas de descrição, os resultados foram submetidos à validação pelos informantes-chave. Este processo foi desenvolvido em três etapas, utilizando-se uma adaptação da técnica da conferência de consenso (SOUZA *et al.*, 2005).

Na primeira etapa, os resultados preliminares da pesquisa foram consolidados e encaminhados, via *e-mail*, aos nove informantes-chave, por meio de matriz intitulada *Matriz de aferição do grau de concordância dos eventos críticos do PSF-Camaçari* e da ferramenta *Linha do tempo*. As informações dos informantes-chave foram consolidadas em uma matriz de validação de resultados preliminares e subsidiaram a discussão da segunda etapa da conferência de consenso, etapa presencial. A terceira etapa da validação foi realizada, via *e-mail*, encaminhando-se a *Matriz final para aferição do grau de concordância dos eventos críticos do PSF-Camaçari*, no intuito de observar a importância de cada evento crítico para a sustentabilidade do Programa e observar necessidade de alterações após a discussão presencial.

O resultado desta pesquisa foi consolidado na Genealogia do Programa de Saúde da Família em Camaçari, no qual se observa a cartografia da Intervenção, com os eventos críticos que o caracterizaram. No total, foram identificados sete eventos críticos. As ações relacionadas à coordenação intersetorial predominaram, porém em todos os eventos críticos chamou a atenção a existência de parcerias, as quais exigiram uma governança partilhada.

O projeto inicial de pesquisa teve vários desdobramentos e deu origem a um estudo mais aprofundado sobre os determinantes da sustentabilidade dessa intervenção em Camaçari como objeto de pesquisa de doutorado. Assim, pode-se afirmar que o processo de construção da metodologia do projeto original, vinculado a um doutorado sanduíche em Montreal, de uma aluna do programa de pós-graduação do ISC/UFBA, orientanda de uma pesquisadora do GRAB com coorientação de pesquisadora da CACIS, reitera, mais uma vez, que a interlocução entre as instituições extrapolam as reflexões da pesquisa e se consolidam, também, no intercâmbio de experiências e vivências de formação acadêmica.

Considerações finais

Os desafios da consolidação de grupos de avaliação de intervenções, dada a natureza multifacetada dos objetos de pesquisa, os múltiplos interesses dos sujeitos e os propósitos de contribuir com a construção e reconstrução das práticas investigadas, muitas vezes, desencadeiam processos de conformação, tanto do âmbito interno, como na sua relação com outros grupos e instituições. No âmbito interno, a necessidade cada vez maior de formação de grupos que incorporem diferentes saberes e habilidades, propicia a constituição de equipes de pesquisa transdisciplinares. No âmbito

externo, a relação com as equipes gestoras dos serviços de saúde, em que são desenvolvidas as pesquisas e o estabelecimento de redes de cooperação com outros grupos de investigação, amplia horizontes e possibilidades.

A experiência de cooperação e parceria do GRAB/ISC/UFBA com a CACIS/UM tem se revelado uma experiência exitosa pela riqueza de contribuições em suas variadas formas de interlocução. Em oposição à ideia de “cooperação norte-sul”, a concepção de parceria que orienta essa articulação baseia-se em um modelo em que prevalece a troca de conhecimentos e discussão crítica sobre estes, considerando os pontos de vista e expertise dos diversos parceiros. Nessas condições, o aprendizado institucional produzido ao se tomar como objeto de investigação as condições que favorecem o êxito de processos de produção de inovações, bem como a tradução e transposição de “tecnologias” promotoras da equidade em saúde em diferentes contextos, se associa, por um mecanismo de reflexividade sobre a própria rede de atores, a um processo de produção de conhecimento sobre o *modus operandi* dessa rede e de suas possibilidades de contribuição para processos inovadores no campo da avaliação e da pesquisa de intervenções em saúde.

A construção de cenários futuros depende de vários fatores que vão desde os elementos dinâmicos da própria rede em sua evolução e das características dos diversos sujeitos que circulam na rede ao longo do tempo, como também dos elementos contextuais que podem favorecer mais ou menos o seu fortalecimento. O contexto atual de crise internacional, com enxugamento dos gastos públicos e retração de investimentos sociais se coloca como obstáculo circunstancial para alguns projetos. Por outro lado, o caminho da internacionalização de problemas e soluções, o alcance das tecnologias informacionais e comunicacionais e a criatividade dos sujeitos fazem driblar muitos dos problemas aparentemente intransponíveis. Nessas condições, apostar na capacidade de inovação da rede e na sua sustentabilidade significa, também, disposição e empenho coletivos.

Referências bibliográficas

AQUINO, R.; MEDINA, M.G.; VILASBÔAS, A.L.; BAQUEIRO, C.; NUNES, C.A.; CAPUTO, M.C.; FONTOURA, M.S.; PEREIRA, M.S.L.; TORRES, T.C. **Manual para treinamento introdutório das equipes de saúde da família**. Salvador: Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família, 2003.183p.

_____; OLIVEIRA, N.F.; BARRETO, M.L. Impact of the Family Health Program in infant mortality in Brazilian municipalities. **American Journal of Public Health**, vol. 99, p. 87-93, 2009.

BISSET, S.; POTVIN, L. Expanding our conceptualization of program implementation: lessons from the genealogy of a school-based nutrition program. **Health Educ. Res.**, vol. 22, p. 737-746, 2007.

BRASIL. **Pesquisa qualitativa do PACS**. Brasília: Ministério da Saúde, 1995.

CALLON, M. Éléments pour une sociologie de la traduction. **L'année sociologique**, 1986.

FIGUEIRÓ, A.C. *et al.* Notas metodológicas. In: **Atelier 8 de junho de 2011**, Universidade de Montreal, Canadá, 2011.

LATOURE, B. **Ciência em ação**: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora. São Paulo: UNESP, 2000.

_____; **A esperança de Pandora**: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos. Bauru/SP: EDUSC, 2001.

LE MOIGNE, J.L. **La modélisation des systèmes complexes**. Paris: Dunod, 1999.

MEDINA, M.G.; AQUINO, R.; CARVALHO, A.L.B. Avaliação da atenção básica: construindo novas ferramentas para o SUS. **Divulgação em Saúde Para Debate**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 15-28, 2000.

_____; BAQUEIRO, C.M.D.; SANTANA, E.M.; SILVA, A.P.; COHEN, L.M.; SILVEIRA, L.; NERY, R.C.S.; MELLO, L.L.; NERY-FILHO, A.M.E.C. **Manual para abordagem do alcoolismo nas unidades de saúde da família**. Salvador, 2001. (Revisão técnica)

_____ *et al.* **Manual para vigilância de menores de um ano de risco em áreas cobertas pela estratégia de atenção à saúde da família (PACS/PSF)**. Salvador: Polo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família, 1999.

_____; ABDON, C. Rompendo a barreira das disciplinas: a experiência do tutorial em Saúde Coletiva 2006. In: ABDON, C.; VILASBÔAS, A.L.Q. (Orgs.). **10 anos de residência multiprofissional em saúde da família: contando uma história**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva/UFBA, Escola de Saúde Pública/SESAB, 2006. p. 42-57.

_____; HARTZ, Z.M.A. The role of the family health program in the organization of primary care in municipal health systems **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 25, n. 5, p. 1153-1167.

PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, vol. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

_____. Saúde Coletiva: âmbito científico e campo de práticas. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000. p. 59-71.

PEREIRA, R.A.G. Formação e capacitação de pessoal para a Estratégia de Saúde da Família. In: ABDON, C.; VILASBÔAS, A.L.Q. (Orgs.). **10 anos de residência multiprofissional em saúde da família: contando uma história**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva/UFBA, Escola de Saúde Pública/SESAB, 2006. p. 8-18.

POTVIN, L. Managing uncertainty through participation. In: McQUEEN, D.; KICKBUSH, I.; POTVIN, L.; PELIKAN, J.M.; BALBO, L.; ABEL, T. **Health Modernity: the role of theory in health promotion**. Atlanta: Springer, 2007.

_____; CLAVIER, C. **La théorie de l'acteur-réseau**: quatre propositions pour analyser l'intervention de réduction des inégalités sociales de santé. 2012.

SOUZA, L.E.P.F.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M.; HARTZ, Z.M.A. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z.M.A, VIEIRA-DA-SILVA, L.M. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; Salvador: EDUFBA, 2005. p. 65-102.

TORRES, T.C. Produção científica dos alunos da residência em medicina social: problemas e intervenções de saúde sob a visão dos profissionais em seu processo de formação. In: ABDON, C.; VILASBÔAS, A.L.Q. (Orgs.). **10 anos de residência multiprofissional em saúde da família: contando uma história**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva/UFBA, Escola de Saúde Pública/SESAB, 2006. p. 72-94.

VILASBÔAS, A.L.Q. Contando uma história: origem e evolução do curso de especialização em medicina social, sob a forma de residência, área de concentração em saúde da família. In: ABDON, C.; VILASBÔAS, A.L.Q. (Orgs.). **10 anos de residência multiprofissional em saúde da família: contando uma história**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva/UFBA, Escola de Saúde Pública/SESAB, 2006a. p. 19-33.

_____. Residência multiprofissional em saúde da família: a experiência da parceria entre o Instituto de Saúde Coletiva e a Escola Estadual de Saúde Pública na Bahia. In: Departamento de Gestão da Educação em Saúde do Ministério da Saúde (Org.). **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2006b. p. 47-60.

_____; PAIM, J.S. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro v. 24, p. 1239-1250, 2008.

CAPÍTULO 14 – A TEORIA ATOR-REDE E A COMPREENSÃO DO PROCESSO DE SUSTENTABILIDADE DAS INTERVENÇÕES EM PROMOÇÃO DA SAÚDE: CONTRIBUTOS E LIÇÕES APRENDIDAS

RONICE FRANCO DE SÁ, ROSANE SALLES, SOCORRO FREIRE, VALDILENE SCHMALLER

Introdução

Desde 2006, a equipe técnica do Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social da Universidade Federal de Pernambuco (Nusp/UFPE) aproximou-se da equipe de estudos e pesquisas da *Chaire Approches communautaires et inégalités de santé* da Universidade de Montreal (CACIS/UMontreal). A aproximação deu-se pela necessidade da equipe do Nusp de aprender, refletir e aplicar abordagens avaliativas que fossem condizentes com a sua prática intersetorial e com componentes que contemplavam simultaneamente pesquisa, formação e ação¹. O Nusp trabalhava desde 1995 com ações de promoção da saúde em municípios do Nordeste do Brasil em uma abordagem intersetorial que extrapolava as atividades tradicionalmente afeitas ao setor da saúde, ou seja, ações de redução e enfrentamento de determinantes sociais de iniquidades em saúde, sustentabilidade ambiental, geração de renda, participação social e empoderamento (como estratégia de fortalecimento das lutas coletivas de caráter sociopolítico), avaliação de capital social e fortalecimento de laços de pertencimento e cidadania. Com essa linha de atuação, o Nusp tinha poucos interlocutores para refletir e aprender com a sua ação, particularmente na área de monitoramento e de avaliação de suas atividades que configuravam ações complexas em um sistema aberto de intervenção.

Desde 2003, havia um apoio específico do governo japonês por meio de sua Agência de Cooperação Internacional (Jica) via cooperação técnica e financiamento para desenvolvimento de um projeto para “Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil”. No que concerne à avaliação de ações o apoio japonês foi específico para a avaliação diagnóstica que visava conhecer o capital social de cinco municípios do agreste pernambucano. Assim, nessa etapa, adaptou-se e validou-se a ferramenta de Anirudh Krishna e Elizabeth Shrader (1999) para avaliação de capital social (MELO FILHO, FRANCO DE SÁ e CHUMA, 2006).

Diversos apoios foram demandados seja à Organização Pan-americana da Saúde², seja ao Ministério da Saúde³ do Brasil, seja a peritos do governo japonês na área de saúde pública. No entanto, a proposta da CACIS fundamentada na Sociologia da Tradução (CALLON, 1986) e na Teoria do Ator-Rede (LATOUR, 2000) concretizadas por mapeamento dos atores e suas controvérsias, análise de redes sociotécnicas nos pareceu poder indicar possibilidades de percorrer caminhos reflexivos e de aprendizagem na ação tal qual precisávamos.

Assim, o Nusp tinha o campo adequado para a aplicação das teorias e das ferramentas desenvolvidas e construídas pela CACIS, que aparecia como interlocutora capaz de atender às expectativas da equipe pernambucana. Era agosto de 2006 quando a equipe do Nusp participou do primeiro entre vários cursos oferecidos pela equipe da Universidade de Montreal sobre Avaliação em Promoção da Saúde em uma perspectiva para além de reorientação de estratégias ou reorganização de serviços de saúde, com foco na intervenção intersetorial.

2. Contributos da parceria

2.1. Ações Intersetoriais em Promoção da Saúde (AIPS)

O projeto de cooperação internacional intitulado “Ações Intersetoriais em Promoção da Saúde/AIPS” desenvolvido pela Associação Canadense de Saúde Pública (CPHA/ACSP), a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) agregava seis intervenções localizadas em diferentes pontos do Brasil: Rede de Ambientes Saudáveis (Curitiba/PR), Americana Saudável (Americana/SP), Mulheres Artesãs de Barra de Guabiraba (Barra de Guabiraba/PE), Escola de Saúde da Família Visconde de Saboya (Sobral/CE), Manguinhos (Manguinhos/RJ) e Agentes Comunitários do Distrito Sanitário Leste de Goiânia (Goiânia/GO). Tal projeto fazia a ponte entre essas experiências, as equipes das universidades brasileiras às quais se vinculavam e equipes de universidades canadenses afins. Dessa forma, mais uma vez a equipe do Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social da Universidade Federal de Pernambuco (Nusp/UFPE) se vinculou à equipe da CACIS/Universidade de Montreal em duas ocasiões durante o mesmo projeto:

Seminário descentralizado em Recife – março de 2008. Entre os interlocutores canadenses, havia representação da CACIS tratando sobre Promoção da Ação e Efetividade das Ações Intersetoriais.

Missão ao Quebec envolvendo equipes das intervenções de Pernambuco e do Ceará com a CACIS. Dessa forma, houve participação do grupo nas Journées Annuelles de Santé Publique em novembro de 2008 (BERNIER, 2009) e de visitas aos CLSC⁴ Saint Michel - Vivre Saint Michel en Santé, Bordeaux Cartierville, Pointe Saint Charles além de reuniões com a Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montreal. A experiência de participar de *tables de concertation* nessas visitas serviu de inspiração para a tentativa de implantar mecanismos semelhantes nos locais de atuação em Pernambuco. Apesar das apresentações e palestras sobre o mecanismo encontrado nos CLSC, não houve muito entusiasmo da população envolvida para empenhar-se em algo semelhante. No entanto, as trocas propiciaram mudanças na abordagem de trabalho que passou a adotar parcialmente o modelo buscando concertação a partir do conhecimento e da declaração das controvérsias e do enfrentamento das mesmas em uma tentativa de combinar as diversas lógicas presentes nos grupos locais.

Na ocasião, compartilhou-se que a implantação exitosa de uma inovação baseia-se na solidez da rede sociotécnica que a sustenta e que a construção de uma rede sólida precisa de um trabalho incessante de ‘tradução’, ou seja, de intercâmbios contínuos e estruturados entre os atores envolvidos, tanto no nível individual quanto coletivo, das ações empreendidas⁵.

2.2. Estratégias de institucionalização de intervenções inovadoras no campo da Promoção da Saúde

As experiências descritas anteriormente fortaleceram a decisão de desenvolver um trabalho mais alinhado, do ponto de vista acadêmico, junto ao grupo da CACIS. Assim, pesquisadores do Canadá e do Brasil decidiram pôr em prática um modelo de avaliação de estratégias de institucionalização de

intervenções inovadoras no campo da Promoção da Saúde, por meio de um estudo de caso múltiplo envolvendo três experiências consideradas bem-sucedidas no Nordeste do Brasil.

O modelo proposto (POTVIN e GENDRON, 2006) foi debatido durante encontros e cursos entre Recife, Salvador e Montreal e engloba, principalmente, a Teoria Ator-Rede (CALLON, 1986; LATOUR, 1989; LATOUR, 2001), o conceito de Eventos Críticos (FLANAGAN, 1973; PLUYE, POTVIN e DENIS, 2004) e os de Sustentabilidade e Rotinização organizacional (PLUYE, 2005; FELISBERTO *et al.*, 2010).

Para fins da pesquisa as intervenções inovadoras selecionadas tinham por característica comum serem consideradas como intervenções institucionalizadas ou em vias de institucionalização, atuar em uma perspectiva de equidade social, ter atores específicos para cada intervenção promovendo mediação social (FIGUEIRÓ, 2012) e ter atuação concomitante em três dimensões ao longo de sua trajetória:

- prática expressa pela execução ou coordenação de ações intersetoriais;
- formação contínua própria – no caso em pauta, formação específica e exclusiva concebida pelos atores da intervenção;
- pesquisa avaliativa constante, além de monitoramento sistemático das ações;
- o estudo foi proposto com o intuito de registrar, descrever e analisar o processo de institucionalização das três intervenções brasileiras consideradas inovadoras no campo da Promoção da Saúde.

3. Lições aprendidas

3.1. Processo de trabalho

A construção de uma ferramenta foi sendo realizada mediante os resultados de estudos vindos da CACIS/Universidade de Montreal. O estudo de caso múltiplo objetivava também validar essa ferramenta. As lições aprendidas apresentadas referem-se ao processo de construção de sustentabilidade da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis (RPMS), uma das intervenções estudadas.

Após ter participado do projeto Estratégias de institucionalização de intervenções inovadoras no campo da Promoção da Saúde, apresentado no item anterior, entende-se que o processo de trabalho nesta parceria configurou-se, por si só, como um campo de aprendizado propulsor da reflexão na ação local e da inovação da atuação dos atores. Ressalta-se que não havia predileção por nenhum ponto de vista, havendo o direito de existir controvérsias e incentivava-se buscar uma simetria que considerava humanos, não humanos e os registros do processo de trabalho (inscrições), conforme preconizado pela Teoria Ator-Rede (CALLON, 1986; LATOUR, 1989) que forneceu as bases do estudo.

Assim, o estudo realizou-se na seguinte cronologia:

1. Construiu-se uma linha do tempo buscando contextualizar e destacar eventos críticos (VECCHIOLLI, 2000) promotores de “*turning points*” ou pontos de passagens obrigató-

rias (PPO) que foram geradores de negociações, articulações, estabilização e redefinição de papéis capazes de impulsionar a institucionalização da intervenção.

2. Análise documental de dados e das inscrições relativas à intervenção de 2003 a 2010. Coletaram-se e analisaram-se os dados constantes nas atas de reunião do Comitê Geral de Gerenciamento do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil, nas três versões do Project Design Matrix do referido Projeto gerador da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis, dos boletins mensais do Projeto, dos Relatórios de gestão e avaliações normativas parciais e final bilaterais (Brasil-Japão), dos cinco livros, um manual e um caderno de formação publicados, de duas dissertações de mestrado (MEDEIROS, 2008; MELO, 2008) realizadas sobre a intervenção e uma tese de doutorado (AGUIAR, 2011) em antropologia que trabalhou com um dos municípios da RPMS e estudou também a intervenção.
3. Realizaram-se nove entrevistas semiestruturadas com informantes-chave de cada eixo da intervenção (formação-2, pesquisa-2, e coordenação de ações intersetoriais -5). Nessa ocasião, o informante-chave validava e/ou enriquecia o mapa de eventos críticos na linha do tempo esboçado anteriormente pela equipe técnica e de pesquisadores participante do estudo multicêntrico. Análise do mapa de eventos críticos pós-validação do mesmo aliado à entrevista, propiciou a seleção dos eventos mais enfatizados para os quais se construiu uma ficha descritiva previamente pactuada (FIGUEIRÓ, 2012). Foi ainda realizado um Grupo Focal com atores dos cinco municípios do Projeto que deu origem à RPMS.
4. Procedeu-se uma análise de conteúdo (PAILLÈ e MUCCHIELLI, 2003) baseada nas fichas de eventos e nas categorias previamente estabelecidas e uma devolutiva da análise realizada com todos os informantes-chave, de modo a validar os resultados obtidos.

A intervenção RPMS foi sendo construída durante o Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil (Projeto) que atuava em cinco municípios e hoje atua em 23 (FRANCO DE SÁ *et al.*, 2011). O estudo realizado apontou quatro fases ou momentos principais relacionadas aos eventos críticos enfatizados e que foram relacionados, metaforicamente, com características dos quatro elementos da natureza desde o mais denso (terra) ao mais sutil (ar).

Adota-se essa analogia com o propósito de trazer melhor compreensão dos interessados ao processo de institucionalização de uma intervenção. O mais denso de todos, o elemento terra, traz solidez e enraizamento para a intervenção; o elemento água traz a capacidade de moldar-se e por isso, nessa etapa, observam-se ajustes e acertos; o elemento fogo traz energia para acelerar processos e, finalmente, o elemento ar propicia expansão da intervenção.

A) Momento Terra - Implantação: envolvimento e mobilização – 2003-2005.

Evento crítico: Pesquisa de Avaliação de Capital Social

Ainda no fim de 2003, a equipe responsável pelo Projeto planejava uma forma de conhecer mais profundamente os municípios onde se ia trabalhar. Devido aos ousados objetivos da proposta, era necessário se conhecer as relações de confiança, os capitais sociais de ligação (*bonding social capital*), de ponte (*bridging social capital*) e de conexão (*linking social capital*).

Essa pesquisa promoveu a interação necessária com os interessados no nível municipal e proporcionou o conhecimento das realidades social, econômica, demográfica, cultural, histórica, geográfica

e relacional das localidades, além do encontro de verdadeiros líderes para além daqueles apresentados pela classe política local. Serviu de base e fonte geradora para os eventos subsequentes.

O evento aconteceu em 2004 e a análise foi realizada em 2005, concomitante a outros momentos e eventos que foram sendo influenciados por esta análise (MELO FILHO, FRANCO DE SÁ e CHUMA, 2006). Logo após a pesquisa, os Prefeitos de todos os cinco municípios perderam os cargos para os seus opositores.

Os recém-chegados tiveram dificuldade em deixar o Projeto continuar, mas as redes construídas em cada município durante a pesquisa participativa impediram que houvesse quebra nas atividades e nos processos de formação.

B) Momento Água: Adaptando e ajustando diferentes correntes de pensamento e visões de mundo – 2004 a 2006

Ainda durante a avaliação de capital social (planejamento, execução da pesquisa de campo, análise dos dados, e discussão e publicização dos resultados), já se desenhava uma tecnologia para mobilizar a população, planejar ações e monitorá-las. O desenho pressupunha que a população também participasse dessa construção da maneira que pudesse.

Havia grupo de peritos japoneses, da UFPE, do Governo, dos governos municipais e membros da sociedade civil. Dentro de um mesmo grupo (p.ex. da UFPE) havia já muitas controvérsias e isso era muito potencializado quando se tratava do conjunto heterogêneo de trabalho.

Eventos críticos de destaque:

a) Criação de um nível MESO na concepção da metodologia de trabalho – O grupo japonês propunha a criação de uma tecnologia social apoiada nos moldes “estilo de vida saudável” com foco no nível micro da ação social enquanto que o governo do estado e parte do grupo da universidade (oriundo da Sudene⁶) propunha uma atuação totalmente apoiada em uma visão macropolítica da realidade social.

A controvérsia foi implantada e, nessa fase, houve risco real de acabar a cooperação internacional. A solução encontrada pela coordenação nacional do projeto foi a criação de um nível MESO que pudesse “traduzir” as duas posições diferentes (POTVIN *apud* McQueen *et al.*, 2007), mantendo ainda as outras duas propostas como nível MICRO e nível MACRO.

A tradução desse nível na criação de um Espaço de Articulação e Promoção de Políticas Públicas Saudáveis em cada município foi rapidamente aceita por todos e incorporada de imediato. Para além da discussão sobre o modo de trabalho, havia uma tensão real entre a UFPE e o Governo devido ao fato que a coordenação do Projeto era realizada pela universidade e que os japoneses tinham os seus locais de trabalho também na universidade.

Na tentativa de buscar contemplar as diversas visões sobre o projeto um capítulo de livro (FRANCO DE SÁ, 2006) foi escrito mostrando a importância institucional de cada parceiro e valorizando as diferenças como complementaridades necessárias. Foi necessário, nesse momento, se recorrer a um atuante/inscrição (livro) para reduzir as tensões e transformar a controvérsia.

b) Elaboração final da tecnologia social “Método Bambu” (FRANCO DE SÁ *et al.*, 2007). Resolvida a controvérsia relativa ao trabalho de campo descrita acima, fez-se necessário uma nova

mediação para sistematizar todas as oficinas e discussões subsequentes em uma tecnologia, que, apesar de simples, tinha a flexibilidade de servir para as dimensões estratégica, tática e operacional do processo de trabalho, vindo desde o seu planejamento até o processo de monitoramento. Promoveu “pertencimento” e “identidade” da população com o seu território. O termo Bambu foi adotado para a tecnologia social construída coletivamente pela academia, o governo e sociedade civil para caracterizar a flexibilidade, as várias possibilidades de uso e a necessidade do tempo certo para florescer.

c) Início da Formação para Promotores de Municípios Saudáveis – Uma avaliação normativa japonesa ressaltou a fragilidade dos até então chamados “supervisores de projeto” no que se relacionava à sustentabilidade da proposta.

Os supervisores eram poucos e tinham uma alta taxa de migração e abandono da atividade. Foi aí que o grupo brasileiro da UFPE propôs iniciar um processo de formação permanente para Promotores de Municípios Saudáveis em larga escala e o governo japonês aceitou financiar o primeiro curso desenvolvido com esse novo formato final eram os Planos de Municípios Saudáveis que deveriam ser aprovados pela Câmara de Vereadores de cada municipalidade.

Entende-se que este foi o primeiro passo concreto visando especificamente a sustentabilidade da proposta. O Ministério da Saúde financiou mais três anos de formação. Hoje, o Governo Estadual apresenta a intenção de financiar mais cursos para os novos municípios que aderem à RPMS.

C) Momento Fogo: Acelerando processos de trabalho, diversificando, enfrentando troca de equipes e mediando controvérsias institucionais importantes – 2005-2007.

Surgiram atividades diversificadas em cada município (Ações ambientais, de Escola Promotora de Saúde, Geração de Emprego e Renda, diversas formas de desenvolver capacidades locais, Fito-terapia, resgate de cultura local etc.), houve troca de equipe japonesa da cooperação internacional e também ocorreu troca da coordenação da equipe do governo estadual. Conflitos geradores de confrontos entre as equipes institucionais tornam-se incontornáveis e colocaram em risco a continuidade do projeto. Nesse período também surge a ideia da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis e é realizado o Primeiro Encontro dessa incipiente Rede.

a) Encontro da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis (RPMS) – Crítico por ter modificado a relação do governo estadual (área intersetorial de planejamento e gestão) com a promoção da saúde e por tê-lo feito aproximar-se e adotado a concepção de “Municípios Saudáveis” na gestão estadual.

b) Seminário da RPMS – Trouxe cidadãos comuns, alunos e egressos da Formação para Promotores de Municípios Saudáveis para apresentar de trabalhos, palestras, mesas redondas e debates. Importante momento de construção, difusão e divulgação dos saberes construídos e em construção.

c) Planos Diretores Participativos Saudáveis – Importante evento para a intervenção. A equipe governamental responsável pela coordenação e realização dos Planos Diretores junto aos municípios, incorporou os conceitos de Promoção da Saúde (Saúde e Desenvolvimento, Sustentabilidade, Ambiente, Arte e Cultura etc.) após ter participado do Projeto que iniciou a RPMS. A forma de realizar os Planos Diretores foi transformada e os municípios-membros da RPMS têm prioridade no apoio governamental para essa atividade. Grande interação de visões e ações.

d) Oficina para definição de papéis institucionais – Consultoria externa ajudou as instituições apoiadoras a definirem novos papéis. Coube à universidade, a partir daí, os papéis de formadora da RPMS e de monitoramento e avaliação, além da realização de pesquisas para conhecer, avaliar e apoiar a RPMS. Ao Governo Estadual coube realizar gestão da intersectorialidade e a difusão da RPMS, além da realização de cursos específicos afeitos às suas atividades mediante demandas.

D) Momento Ar: Expandindo e difundindo a Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis (RPMS) além-fronteiras – 2007-2010.

Após a definição dos papéis e reordenamento da RPMS iniciou-se uma fase mais marcada pela expansão e difusão para além da própria RPMS. Nessa fase, também foi realizada uma pesquisa⁷ sobre o papel do Promotor de Município Saudável e de sua prática inovadora. Os resultados indicaram esse ator como um ‘agente da intersectorialidade’ com competências específicas para atuar nas áreas dos Determinantes Sociais da Saúde, de Saúde e Ambiente, Práticas Corporais, Cultura e Desenvolvimento Local.

a) Participação na Feira Internacional de Artesanato (Fenearte) – Com base na temática de Desenvolvimento Local aliado à Promoção da Saúde sempre foram desenvolvidas ações e atividades que prestigiassem a cultura local e que respondessem a uma vocação legítima das localidades. Dessa forma, um grande movimento surgiu em torno dos artesanatos locais. Nesse item, tanto o governo estadual quanto a UFPE têm oferecido diversos cursos para melhorar a produção local. Dessa forma, com a melhoria do artesanato dos municípios da RPMS, o Governo passou a patrocinar a participação oficial da RPMS na Feira Internacional de Artesanato que acontece anualmente em Pernambuco.

b) Fórum Brasileiro das Redes de Cidades, Municípios, Comunidades e Territórios Saudáveis e Sustentáveis – Com base nos resultados do Projeto e da RPMS, o Ministério da Saúde convidou a UFPE a fazer parte de um grupo que estudou e criou um Fórum Brasileiro para reunir as diferentes redes e propostas afeitas à temática. Isso representou um importante reconhecimento nacional. O Fórum realizou três encontros nacionais.

c) Programa de Treinamento para Terceiros Países (Third Country Training Program) – Após avaliação bilateral, o curso de formação que era oferecido para os municípios da RPMS foi indicado para ser oferecido para países da América Latina e da África de língua portuguesa. Os cursos são oferecidos anualmente desde 2009. Foram dois para a África (Angola, Cabo Verde, Moçambique e São Tomé e Príncipe) e dois para a América Latina (Bolívia, Guatemala e Paraguai, Argentina, Colômbia, México, Uruguai, Honduras, República Dominicana).

3.2. Discussão

A avaliação das ações de promoção da saúde realizadas apontou claramente para a força do papel dos interesses/necessidades/apostas (*enjeux*) dos atores/atuantes (BISSET e POTVIN, 2006) e de suas interações na construção da sustentabilidade da intervenção. Foi esse engajamento dos atores sociais que permitiu as redefinições necessárias à continuidade da intervenção mesmo quando alguns prefeitos recém-empossados questionavam a permanência de seus municípios no Projeto.

O fato de ter um parceiro internacional que acreditava e investia na proposta na sua fase de implantação influenciou a credibilidade e o engajamento dos atores tanto das instituições apoiadoras (UFPE e Governo), quanto do nível local (comunitários e líderes municipais e gestores).

O surgimento do eixo Formação como eixo estruturador e estruturante para a manutenção da intervenção não foi surpresa para os atores da intervenção que declaram essa condição há algum tempo (FRANCO DE SÁ *et al.*, 2011), a qual é condizente com a literatura (LAASER, 2002; BOSSERT, 1990) que trata do tema. Dessa forma, voltamos à necessidade de colocar atenção no desenvolvimento das capacidades, uma vez que assim pode-se promover *empowerment* e autonomia dos atores. É preciso observar que não se pode investir no desenvolvimento de capacidades e na formação sem que as instituições, grupos de trabalhos ou redes responsáveis estejam também fortalecidas (WAISBORD, 2006). Verificou-se no percurso de nossa intervenção que foi preciso fortalecer a intervenção por meio de credibilidade internacional, investimento em intercâmbios e oficinas de definição de papéis.

A credibilidade vinda de uma entidade externa ajudou a se obter visibilidade nacional e apoios tanto internos quanto de outras instituições parceiras que ajudaram na construção do conhecimento necessário para a execução das atividades.

A reflexão sobre o processo vivifica a defesa em torno da importância do seguimento de controvérsias, interesses, desejos dos atores. Conforme Jean-Louis Denis e François Champagne (1997), ao vislumbrar a possibilidade de atualizar suas estratégias fundamentais (interesses), os atores se mobilizam para apoiar a implantação de atividades, programas e projetos, bem como a sua manutenção.

Esse impulso mobilizador atua como uma ‘linha de Ariadne’ capaz de promover as transformações necessárias para manter uma intervenção mediante apoios, influências, convencimentos, alianças, coalizões e decisão consciente de investir energia, tempo, dinheiro, emoção e movimento... em busca da rotinização das ações e da padronização institucional por parte dos responsáveis pela elaboração de políticas.

Entende-se, no entanto, como característica inerente a essa abordagem, que por mais que o estudo tenha tentado se aproximar da complexidade existente na intervenção envolvendo multiplicidade de instituições, de cenários, de grupos comunitários, de culturas, de ações-fins, de atuações, de interesses em jogo, de momentos políticos, de desejos e vontades, ficou longe de descrevê-la. Por mais que os pesquisadores sejam também atores (além de outros pesquisadores) da intervenção (e até por isso) a sensação maior é que muitas controvérsias e que muitos eventos críticos não foram aprendidos, apreendidos, narrados e analisados.

Os eventos críticos afeitos ao nível local não apareceram nos resultados da pesquisa e isso não significa que os mesmos sejam menos importantes para a sustentabilidade da ação. Até por isso, o acompanhamento das controvérsias focando sobre “uma multidão de atores/atuantes, nas mediações que subvertem, transformam, buscando acompanhá-los em seu percurso” (NOBRE e PEDRO, 2010), aparece como uma possibilidade concreta para traduzir as realidades e redefinir trajetórias que podem levar à institucionalização da ação.

A existência de uma tecnologia social construída coletivamente (Método Bambu), a manutenção de uma formação específica para a intervenção, a colaboração intersetorial, a constatação

da importância de ação reflexiva mediante monitoramento sistemático e avaliações, o suporte de parceiros/pesquisadores brasileiros, a confiança do parceiro governamental e a cooperação internacional levaram essa intervenção a se tornar institucionalizada ou pelo menos estável e portadora de atividades rotinizadas. A Teoria Ator-Rede mostrou-se uma possibilidade metodológica para a compreensão desse processo, mas isso não satisfaz a necessidade dos pesquisadores (OLDENBURG *et al.*, 1999) que estão em busca de objetivação e de um padrão que possa ser reproduzido para a obtenção e difusão da institucionalização almejada.

4. Reflexões finais

A cooperação internacional com a CACIS, para execução e avaliações das ações estratégicas, trouxe vários benefícios para a instituição executora como os já mencionados. Entretanto, o principal deles é o fortalecimento do grupo de pesquisa sobre Promoção da Saúde e Determinantes Sociais da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco certificado pelo CNPq e a consolidação das discussões e reflexões acerca da importância do papel da pesquisa na construção e consolidação de políticas públicas intersetoriais no campo da Promoção da Saúde.

Revisitar conceitos e temas transversais que fundamentam teórica e metodologicamente a Promoção da Saúde apresentou a necessidade de ampliar o diálogo sobre as principais correntes das ciências sociais, políticas e da saúde, resultando em novos conhecimentos e metodologias de intervenção e formação contínua de sujeitos e de redes sociais. A experiência de internacionalização fortaleceu o trabalho local dentro do Brasil, uma vez que agregou outras experiências nacionais e promoveu diálogo de pares dentro do próprio país motivadas pelo suporte internacional. O intercâmbio tanto nacional quanto internacional protagonizado pela CACIS incentivou a difusão das ações e aumentou a visibilidade dos trabalhos localregionais.

Cabe aqui ressaltar ainda que os eventos e as publicações, resultantes das pesquisas multicêntricas ou de produção individual, também indicam que estas parcerias vêm a cada ano consolidando-se seja entre centros de excelência seja entre membros da comunidade acadêmica ou mesmo entre gestores, técnicos e grupos comunitários dos países envolvidos.

Dessa forma, afirma-se que ao longo dessa trajetória de cooperação aprende-se, troca-se e cresce-se tanto no campo teórico interdisciplinar, acadêmico e institucional quanto no campo pessoal. Por fim, entende-se que os ganhos foram muitos, principalmente, para os sujeitos da intervenção pernambucana. A aproximação com a CACIS, os aprendizados daí advindos e a reflexão sobre a parceria fortaleceu a caminhada intersetorial atrelando questões consideradas intrínsecas ao setor saúde com o enfrentamento de determinantes sociais das iniquidades, trajetória escolhida pelo grupo desde 1995.

Referências bibliográficas

AGUIAR, R.C. **Estudo histórico antropológico do mito sebastianista**: a Pedra do Rodeador como expressão simbólica na interculturalidade iberoamericana. 2011. Tese (Doutorado) – Programa de Doutorado Interuniversitário Antropologia de Iberoamerica, Universidade de Salamanca, Salamanca, 2011.

BERNIER, J. *et al.* Atelier ‘Niveau local’. L’instrumentation du travail en partenariat entre institutions et collectivités locales. **Education Santé**, n. 245, maio 2009.

BISSET, S.; POTVIN, L. Expanding our conceptualization of program implementation: lessons from the genealogy of a school-based nutrition program. **Health Education Research**, 2006.

BOSSERT, T.J. Can they *get along* without us? Sustainability of donor-supported health projects in Central America and Africa. **Social Science and Medicine**, vol. 30, p. 1015-1023, 1990.

DENIS, J.L.; CHAMPAGNE, F. Análise de implantação. In: HARTZ, Z.M.A. (Org). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 49-88.

FELISBERTO, E.; FREESE, E.; BEZERRA, L.C.A.; ALVES, C.K.A.; SAMICO, I. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 26, n. 6, p. 1079-1095, jun. 2010.

FIGUEIRÓ, A.C. **Institucionalização de intervenções inovadoras em Promoção da Saúde: construção e validação de uma ferramenta de análise**. Impresso. 2012.

FRANCO DE SÁ, R. Coerência, colaboração, diálogo e integralidade de fora para dentro: o papel das instituições “exógenas”. In: FRANCO DE SÁ, R.; YUASA, M.; VIANA, V. **Municípios saudáveis no Nordeste do Brasil: conceitos, metodologia e relações institucionais**. Recife: Editora Universitária UFPE, 2006.

_____; ARAÚJO, J.A.; FREIRE, M.S.M.; SALLES, R.S.; CHUMA, J.; ROYAMA, M.; YAMAMOTO, S.; MENEZES FILHO, A.; NISHIDA, M.; TRINDADE, C.M.A.; OLIVEIRA, A.A. (Org.). **Manual do Método Bambu: construindo municípios saudáveis**. Recife: Editora Universitária UFPE, 2007.

_____; SCHMALLER, V.; SALLES, R.; FREIRE, S. La construction du réseau de villes en santé de Pernambuco au Brésil: un exemple de mise à l'échelle. **Global Health Promotion**, v. 18, n. 1, p. 98-101, March 2011.

LAASER, U. The institutionalization of public health training and the health sciences. **Public Health Rev.** vol. 30, n. 1-4, p. 71-95, 2002.

MEDEIROS, P.F.P. **Análise dos princípios da Promoção da Saúde no Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil: a experiência de Sairé**. 2008. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco, 2008.

MELO, A.P. **Promoção da saúde: o olhar dos gestores do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil**. 2008. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco, 2008.

MELO FILHO, D.; FRANCO DE SÁ, R.; CHUMA, J. (Org.). **Avaliação do capital social nas áreas de atuação do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil**. Recife: Edições Bagaço, 2006.

NOBRE, J.C.A.; PEDRO, R.M.L.R. Reflexões sobre possibilidades metodológicas da Teoria Ator-Rede. **Cadernos UniFOA**, Volta Redonda, dez. 2010.

OLDENBURG, B.F.; SALLIS, J.F.; FRENCH, M.L.; OWEN, N. Health promotion research and the diffusion and institutionalization of interventions. **Health Education Research**, vol. 14, n. 1, p. 121-130, 1999.

PAILLÈ, P.; MUCCHIELLI, A. **L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales**. Paris, Armand Collin. 2003.

PLUYE, P. *et al.* Program sustainability begins with the first events. **Eval Program Plann**, vol. 28, p. 123-37, 2005.

_____; POTVIN, L.; DENIS, J-L. (2004). Making public health programs last: conceptualizing sustainability. **Eval Program Plann**, vol. 27, p. 121-133.

POTVIN, L. Managing Uncertainty Through Participation. In: McQUEEN, D.; KICKBUSH, I.; POTVIN, L.; PELIKAN, J.M.; BALBO, L.; ABEL, T. **Health Modernity**: the role of theory in health promotion. Atlanta: Springer, 2007.

VECCHIOLI, V. Critical events: an anthropological perspective on contemporary India. *Resenha. Manas*, vol. 6, n. 2, p. 163-192, 2000.

WAISBORD, S. When training is insufficient: reflections on capacity development in health promotion in Peru. **Health Promotion International**, vol. 21, n. 3, 2006.

Notas do autor

1. Tríade enaltecida por um doutorado temático na Faculdade de Educação da Universidade de Sherbrooke intitulado “Interrelation recherche-formation-pratique”, que exigia que suas teses fossem orientadas pelo estudo dessa tríade.

2. Consultor Miguel Malo.

3. Participação em grupos de elaboração de estudos multicêntricos dos chamados “centros colaboradores em Promoção da Saúde”. Os estudos propostos foram suspensos e executados somente na versão epidemiológica.

4. CLSC – Centre Local de Santé Communautaire

5. Apresentação em Power Point de Jocelyne Bernier em 18 de março de 2008.

6. Extinta Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste.

7. Financiada pela Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (Facepe). Processo APQ 1372-4.00/08 – Edital 09/2008 – PPSUS/PE

CAPÍTULO 15 – UMA HISTÓRIA A SEGUIR

LOUISE POTVIN¹

A história deste livro é a história de um projeto que, de repente, ganha força. Antes de encerrar um primeiro ciclo de financiamento, as responsáveis da CACIS decidiram publicar uma antologia composta por artigos dos colaboradores da Cátedra (AUBRY e POTVIN, 2012). Zulmira Hartz e toda a equipe do Brasil, evidentemente, foram convidadas a participar. Mas Zulmira tinha outra ideia! Nossa colaboração, que data dos primórdios da Cátedra, deu demasiados frutos para que um só ou até dois artigos bastem para fazer sua análise. Em realidade, e tratava-se de um argumento muito mais convincente, redigir paralelamente uma antologia em português, para um leitorado brasileiro, permitia sustentar muito mais o desenvolvimento da capacidade local em matéria de avaliação das intervenções em promoção da saúde do que uma contribuição em uma obra publicada no Quebec. De fato, se esta obra destaca as contribuições desta colaboração neste sentido, parece-me igualmente importante examinar como esta colaboração sustentou também o trabalho de inovação da Cátedra.

“Inovação invertida” (“*innovation inversée*”), este último conceito está na moda para descrever uma via possível nas relações industriais e comerciais entre o Norte e o Sul, entre os países ricos, os países emergentes e os países mais pobres. Embora eu considere o termo uma escolha muito duvidosa, parece-me que a realidade que ele descreve se concretiza cada dia mais; muitas inovações não seguem mais a trajetória admitida de uma concepção nos países ricos seguida por uma adaptação-exportação-difusão nos países mais pobres. Esta trajetória “idealizada” é associada a resultados cada vez mais limitados, visto que as inovações desenvolvidas nos países ricos são geralmente acessíveis nos países mais pobres somente a uma pequeníssima parcela da população. Sua penetração restrita limita consideravelmente seu potencial comercial e sua capacidade em fornecer soluções apropriadas a problemas amplamente difundidos.

A inovação invertida descreve os fenômenos pelo qual uma solução inovadora é criada, em primeiro lugar, em um país mais pobre para resolver problemas que são colocados localmente, para em seguida ser difundida a contracorrente e alcançar os consumidores em toda parte no mundo, inclusive nos países ricos (GOVINDARAJAN e TRIMBLE, 2012). O conceito de inovação invertida revela também o potencial comercial limitado de uma estratégia que consiste em exportar para os países em desenvolvimento as soluções tecnológicas, adaptadas ou não, desenvolvidas para responder às necessidades dos mercados nos países do Norte. De acordo com Govindarajan e Trimble, é necessário criar novas soluções lá onde se apresentam os problemas mais do que adaptar e importar as tecnologias desenvolvidas no Norte, pois as inovações elaboradas para responder às necessidades nos países ricos são inadequadas para responder às necessidades nos países menos ricos. As diferenças entre os países ricos e os países mais pobres, mesmo emergentes, são demasiado grandes, em especial no que diz respeito: 1) às preferências dos consumidores do Sul que não são as mesmas dos consumidores do Norte; 2) às infraestruturas que, nos países menos ricos, muitas vezes, não podem sustentar as mesmas tecnologias que nos países ricos; e 3) ao fato que, em função dos recursos limitados nos países menos ricos, os consumidores satisfazem-se geralmente com um nível de desempenho menor tendo custos significativamente mais baixos. As

1. Universidade de Montreal.

soluções inovadoras devem, portanto, ser desenvolvidas lá onde os problemas existem, e parece que de maneira crescente várias destas inovações encontram oportunidades na escala global, inclusive nos países ricos.

Sempre de acordo com Govindarajan e Trimble, existem dois caminhos pelos quais as inovações desenvolvidas nos países menos ricos alcançam os mercados dos países mais ricos. O primeiro, cujo impacto é imediato, supõe que existem nos países mais ricos segmentos de população cujas características e necessidades são semelhantes àquelas das populações dos países menos ricos de onde vêm certas inovações. O acesso ao microcrédito como medida de luta contra a pobreza é um exemplo tipo de tal procedimento. Fundado no Bangladesh em 1976 por um professor de ciências econômicas da Universidade de Chittagong, Muhammad Yunus, o Grameen Bank conhece, no fim do século passado, um sucesso regional no subcontinente indiano que vale à organização e a seu fundador partilhar o prêmio Nobel da Paz em 2006 (www.grameen.com). Esta inovação local se difunde agora na escala do planeta quando, mesmo em países ricos como os Estados Unidos, o acesso ao microcrédito a grupos organizados de mulheres se torna uma estratégia de luta contra a pobreza (www.grameenamerica.org). O segundo caminho está ligado ao fato que, em vários países ricos, existem tendências que reduzem as diferenças que os distinguem dos países mais pobres. Por exemplo, as recessões cíclicas que as economias liberais do Norte enfrentam atingem mais seriamente os países mais ricos que, muitas vezes, não têm a escolha de mudar reduzindo suas infraestruturas. Assim, a invenção do futuro não é mais propriedade exclusiva dos países mais ricos. Como em relação a outras dimensões de nossa vida coletiva, a inovação e a capacidade de inovar se torna global, e passa pelo crescimento das trocas horizontais entre núcleos locais, cada um envolvido com a necessidade de inventar soluções locais.

Eu anunciei isto de início, considero o termo inovação invertida pouco apropriado e até pejorativo, pois ele supõe uma normalização do canal de difusão da inovação dos mais ricos para os mais pobres. Em realidade, é um erro grosseiro e uma insolência que frequentemente beirou o cinismo e que permitiu, durante muito tempo, aos países do Norte acreditarem que eles tivessem soluções prontas para usar a fim de solucionar os problemas do Sul. De qualquer maneira, a realidade problematizada por este conceito e como é descrita sumariamente acima, parece-me corresponder exatamente aos *a priori* epistemológicos e ideológicos que fundaram o trabalho de colaboração entre a CACIS e seus parceiros montrealenses e brasileiros e que permitem hoje formalizar um projeto mais global que incluirá parceiros de outros continentes. Da mesma forma que nunca pensamos que a universidade fosse um lugar particularmente privilegiado para desenvolver as soluções que permitem às populações desfavorecidas inventar e implementar condições mais favoráveis para sua saúde, nunca passou na nossa mente que nossas colaborações com os colegas brasileiros constituíssem uma transferência tecnológica de mão única.

A CACIS: um programa de pesquisa local

Foi no início dos anos 2000, quando a expectativa de vida das mulheres nos países mais industrializados supera a marca dos oitenta anos que começa a ser colocada com acuidade a questão das desigualdades sociais de saúde. Evidentemente, as diferenças consideráveis nos indicadores de saúde entre os países do Norte e os do Sul eram conhecidas e os programas de ajuda internacional dos países do Norte ou de organizações multilaterais encarregavam-se de implementar diversos

programas de desenvolvimento econômico e de alívio do sofrimento que permitiam às populações dos países mais ricos acreditarem-se em geral em melhor situação do que as populações do Sul. Os trabalhos que se seguiram à publicação do Rapport Black (DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY, 1980) e que confirmaram a robustez do gradiente de saúde (MCINTYRE, 1997) evidenciaram a falsidade da crença popular segundo a qual há os pobres de um lado que sofrem e estão doentes e os mais abastados do outro, que desfrutam em geral de uma melhor qualidade de vida e de uma boa saúde. Em realidade, o gradiente de saúde significa que, em uma população dada, e independentemente dos fatores que estruturam a hierarquia social, aqueles que ocupam o topo da escala social desfrutam de uma melhor saúde do que aqueles que se encontram na classe logo abaixo, e que eles próprios têm uma melhor saúde do que aqueles que estão abaixo deles e assim por diante até os estratos mais baixos da hierarquia. Não se é rico e com saúde ou pobre e doente; desfruta-se, em geral, simplesmente, de uma melhor saúde do que aqueles que são menos abastados que si próprio, mas de uma saúde mais precária do que aqueles que são mais ricos. Por consequência, uma comparação indiferenciada da situação sanitária global entre os países ricos e os países pobres esconde muitas vezes uma realidade mais complexa que varia conforme as desigualdades sociais de saúde. Por isso, se é verdade que em uma cidade como Montreal muitas pessoas podem esperar uma longevidade em boa saúde entre as mais elevadas do planeta, os habitantes de certos bairros, quanto a eles, devem se satisfazer com uma expectativa de vida inferior àquela que conhecem os Cubanos, por exemplo, ou os habitantes de certas regiões do Brasil. Pior ainda, em certos bairros de grandes cidades americanas como Detroit ou Nova Iorque, a expectativa de vida não é superior àquela que encontramos nos países mais pobres do planeta.

Na origem, o programa de pesquisa da CACIS previa colocar em estudo os programas supervisionados pela Direção da saúde pública de Montreal em sua luta contra as desigualdades sociais de saúde. Muito rapidamente, foi colocada a questão das parcerias entre as organizações de saúde pública e as organizações comunitárias que têm por missão desenvolver e fornecer serviços de proximidade às populações mais desfavorecidas. Em realidade, aparecia então, cada vez mais claramente, às autoridades de saúde pública que sua capacidade de alcançar o conjunto da população, e, mais particularmente, os habitantes dos bairros mais desfavorecidos, era relativamente limitada. As organizações comunitárias, porque elas dão uma voz àqueles que não a têm, aparecem, muitas vezes, como mediadores incontornáveis entre os programas institucionais que servem a redistribuir nos meios sociais os recursos necessários à produção local de saúde e os beneficiários destes programas (MANTOURA, GENDRON e POTVIN, 2007). Muito mais do que uma simples adaptação dos programas que descem de cima para baixo, a ação das organizações comunitárias em Montreal é muitas vezes sinônimo de invenção social para resolver problemas locais, invenções que podem mesmo se traduzir por mudanças de prática dos profissionais de saúde pública. A hipótese de trabalho que guiou a elaboração e a implementação do programa de pesquisa da CACIS foi que o acoplamento de tais invenções com um dispositivo de pesquisa, ao mesmo tempo respeitoso das dinâmicas comunitárias e não intervencionista na orientação da ação, aumenta a capacidade reflexiva dos sistemas de ação (POTVIN, 2012), o que tem duas consequências importantes.

Em primeiro lugar, este acoplamento aumenta a eficácia dos sistemas de ação supervisionados pelo meio comunitário. Ao definir um espaço de pesquisa paralelo ao sistema de ação o dispositivo de pesquisa fornece aos atores um novo espaço de interações no qual os desafios políticos vincu-

lados à ação não são prioritários e, portanto, podem ser reexaminados sem que as controvérsias ligadas à ação fiquem em primeiro plano. É um espaço de identificação e de solução das controvérsias (MANTOURA, GENDRON e POTVIN, 2007). Segundo, as alianças entre a pesquisa e a ação comunitária favorecem a perenização destas últimas. De fato, as exigências da pesquisa são tamanhas que esta exige que seu objeto seja bem definido e circunscrito. Ora, a urgência da ação, muitas vezes, faz que esta última se realiza nos meios comunitários seguindo estratégias que se elaboram ao fazer-se e em resposta às situações que evoluem, mais do que segundo um processo formal de planejamento que antecipa uma sequência de resultados de longo alcance. Uma das primeiras tarefas da pesquisa intervencional quando ela acompanha um sistema de ação comunitário é modelizar este último de uma maneira que ele seja ao mesmo tempo significativo para os atores presentes e suficientemente rigoroso para permitir a formulação das questões de pesquisa suscetíveis de fazer avançar os conhecimentos, o que os pesquisadores brasileiros conhecem de longa data e chamam sistematização (WESTPHAL e FERNANDEZ 2008) e que constitui muitas vezes um momento necessário da avaliação.

No decorrer dos projetos, nossa abordagem de pesquisa se desenvolveu e se tornou mais sofisticada. Nossos trabalhos contribuíram para reposicionar a pesquisa sobre as intervenções de saúde das populações como requerendo parcerias entre a pesquisa e a intervenção, portanto uma abordagem participativa (POTVIN, BISSET, WALZ, 2010). No entanto, ao contrário de certas correntes de pensamento sobre as abordagens participativas, nós trabalhamos muito para definir e manter uma distinção epistemológica e prática fundamental entre a direção da ação que pertence aos “intervencionistas” e o desdobramento e a orientação do dispositivo de pesquisa (MANTOURA e POTVIN, 2013; COUTURIER, 2012). Em realidade, no espaço interativo que quisemos construir para o desenvolvimento de conhecimentos a respeito da maneira de intervir nas comunidades para reduzir os efeitos das desigualdades sociais de saúde, parece-nos muito mais apropriado conceitualizar as relações entre as diversas formas de saber que se confrontam, se conjugam, se coordenam ou se completam como uma ecologia dos saberes (STINGERS, 2011). Como em todo ecossistema, é o equilíbrio dinâmico entre as diversas formas de saber que permite aos atores portadores destes saberes enriquecer seu ponto de vista único, ao tempo em que participam da construção de novos saberes, que só se tornam possíveis pela presença ativa dos outros saberes. Em realidade, numa ótica compatível com a Teoria do ator-rede, os saberes assim construídos se tornam ao mesmo tempo um outro componente de uma rede sócio-técnica que porta a ação mas também um resultado da interação desta mesma rede com um dispositivo de pesquisa distinto (POTVIN e CLAVIER, 2012). As hierarquias entre os atores e os saberes perdem assim algo de sua relevância e são substituídos como princípio determinante do valor dos saberes, pela capacidade dos atores a transformar e fazer circular estes saberes em outras redes (HARTZ, DENIS, MOREIRA e MATIDA, 2008).

No decorrer destes 10 últimos anos e por meio dos projetos de pesquisa que realizamos contribuímos para definir um novo campo de pesquisa: a pesquisa intervencional em saúde das populações. Mais especificamente, desenvolvemos e sistematizamos modelos e práticas de pesquisa que colocam em estudo sistemas de ação complexos, operados por uma diversidade de atores e que visam à transformação das condições locais de produção da saúde. Mediante o conceito de espaço socio-sanitário emprestado a Didier Fassin (1998) e à Teoria do ator-rede desenvolvida por Michel Callon (1986) e Bruno Latour (2005), os projetos realizados serviram para documentar como:

1. As intervenções que visam à redução das desigualdades de saúde exigem colaborações entre parceiros de diversos setores e esferas de atividade.
2. Estas colaborações são frequentemente conflituais já que os diferenciais de recursos e de poder que estão na base das desigualdades sociais atravessam também estes espaços de ação.
3. A busca de solução das controvérsias inerentes a estas parcerias leva a inovações cuja emergência é facilitada pela presença de um dispositivo de pesquisa intervencional que organiza espaços de reflexividade para o conjunto dos atores concernidos.
4. As condições que facilitam o dimensionamento e a institucionalização destas soluções inovadoras locais são ainda amplamente desconhecidas e o papel da pesquisa intervencional ainda deve ser definido nos processos decisórios.

De Montreal ao Rio e depois no Nordeste

Foi em 2002 que a CACIS foi contatada para participar de um projeto de transferência tecnológica supervisionado pela Associação canadense de saúde pública e financiado pelo Conselho de pesquisa e desenvolvimento internacional do Canadá e que visava apoiar os esforços brasileiros, mais especificamente em parceria com a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), para o desenvolvimento e a integração da promoção da saúde nas organizações de saúde pública brasileira. É da questão da avaliação que trataram os primeiros intercâmbios entre a CACIS e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), mais especificamente em torno dos projetos multisetoriais e de desenvolvimento comunitário supervisionados pela Escola nacional de saúde pública na favela de Manguinhos (ZANCAN, BODSTEIN, MARCONDES, 2002). Desde este primeiro contato, ficou bastante evidente que as intervenções realizadas no âmbito deste projeto compartilhavam várias dimensões comuns com as intervenções montrealenses com as quais a Cátedra desenvolvera parcerias de pesquisa. Além disso, os questionamentos dos colegas brasileiros no que diz respeito à avaliação destas intervenções e aos limites dos métodos epidemiológicos para conduzir tais avaliações eram muito parecidos com aqueles que mantínhamos na CACIS. Os contornos da colaboração entre a CACIS e os colegas brasileiros começavam a se desenhar: os projetos de intervenção com base comunitária para a redução das desigualdades sociais de saúde e as parcerias entre estes projetos e equipes universitárias para extrair conhecimentos não somente úteis para a ação, mas também transmissíveis em outros meios e outras problemáticas.

No decorrer dos intercâmbios e dos projetos, das estadas em Montreal de colegas brasileiros e de seminários no Rio e no Nordeste, a colaboração estabeleceu-se. Esta colaboração teve vários rostos. Em primeiro lugar, parece-me que a CACIS, muitas vezes, serviu de mediador para fazer conhecer e introduzir em redes internaconais os trabalhos e intervenções desenvolvidos no Brasil no âmbito da luta contra as desigualdades sociais de saúde. Bem antes que a palavra fique verdadeiramente na moda nos meios de saúde pública ocidentais, a ação intersetorial e a luta contra as desigualdades de saúde estiveram no cerne do desdobramento dos sistemas de saúde e da organização da saúde pública no Brasil no decorrer destes 25 últimos anos. Neste sentido, a série de colóquios internacionais sobre os programas locais-regionais de saúde nos quais a CACIS participou ativamente durante estes 10 últimos anos serviu de tribuna para vários projetos em que

colaboramos. Foi o caso também de um conjunto de obras, números especiais e antologias que deram um lugar importante à experiência brasileira.

Outra forma de colaboração ancorou-se na vontade de algumas instituições do Nordeste em desenvolver programas de formação em avaliação. No âmbito da Cátedra e com os estudantes e colegas montrealenses, desenvolvemos uma visão da avaliação e das práticas de pesquisa que se aparenta muito mais ao desdobramento de um dispositivo de reflexividade organizada do que a uma experimentação social (POTVIN e BISSET, 2008). Esta abordagem, amplamente fundada nas ciências sociais parece-me corresponder muito mais às necessidades e à postura epistemológica dos projetos brasileiros do que as abordagens mais tradicionais fundadas sobre a epidemiologia. Em vários momentos organizamos seminários e formações durante os quais nós apoiamos na experiência de projetos realizados no Brasil para afinar e aprofundar um modelo de avaliação que leve mais em conta a complexidade das intervenções de redução das desigualdades sociais de saúde.

Finalmente, a forma mais elaborada de nossa colaboração resultou em um projeto de pesquisa durante o qual nos apoiamos em projetos intersetoriais de promoção da saúde realizados no Nordeste, para desenvolver uma instrumentação de pesquisa que permita estudar as intervenções complexas e extrair conhecimentos para a ação aplicáveis em outros contextos. Esta instrumentação desenvolvida com os colegas brasileiros a partir destes projetos no Brasil forma uma parte importante da instrumentação que implantamos atualmente no âmbito de um laboratório social que se instala em quatro bairros desfavorecidos de Montreal e que coloca em estudo um certo número de projetos intersetoriais de ação sobre os determinantes sociais da saúde.

Assim, a colaboração com os colegas brasileiros possibilitou à CACIS introduzir um conjunto de atores distantes mas muito relevantes nas parcerias que ela mantém com vários atores montrealenses e internacionais. Participando dos estudos que permitem valorizar as intervenções brasileiras de redução das desigualdades de saúde, a CACIS também participa da penetração destes na literatura internacional em promoção da saúde e da ampliação de uma rede de pesquisadores e de lideranças em promoção da saúde que compartilham pontos de vista semelhantes sobre as parcerias entre as intervenções comunitárias e a pesquisa. De modo claro, as colaborações com os pesquisadores brasileiros, porque ancoradas em projetos similares àqueles desenvolvidos no âmbito da Cátedra, permitiram interligar soluções locais e desta forma enriquecê-las mutuamente desenvolvendo novas abordagens para estudá-las.

O futuro da CACIS: a globalização das redes locais

Desde 2013, a CACIS entrou em uma nova fase de sua existência. A obtenção de uma Cátedra de pesquisa no Canadá sobre as abordagens comunitárias e as desigualdades de saúde e o financiamento de um programa de pesquisa que assume a forma de um laboratório social no qual um dispositivo de pesquisa em parceria se implanta em relação com uma intervenção intersetorial de base comunitária de redução das desigualdades de saúde, assegura a continuidade e uma renovação das suas atividades. No âmbito deste novo projeto, queremos testar um pouco mais sobre como é possível combinar estes conceitos de ecologia dos saberes e de inovação invertida articulando projetos que têm a particularidade de implantar um dispositivo de pesquisa para estudar e produzir conhecimentos concernentes às intervenções comunitárias de redução das desigualdades

de saúde. Queremos, em realidade, revelar os ecossistemas locais pela constituição de uma rede global na qual pesquisadores e responsáveis da intervenção, compartilhem e construam conhecimentos a partir destes intercâmbios. Queremos testar em que medida é possível colocar numa escala global o que foi experimentado articulando projetos do Nordeste, do Rio de Janeiro e do Quebeque. Como a globalização de uma rede deste tipo favorece a inovação, ao mesmo tempo no campo da pesquisa sobre as intervenções e na condução destas intervenções?

Portanto, é outro capítulo em nossa colaboração entre a CACIS e os colegas do Brasil que começará em pouco tempo. Haverá ainda seminários e intercâmbios de estudantes, outros projetos de pesquisa e publicações conjuntas. No entanto, abriremos este espaço a outros colegas da Europa e da América e documentaremos como a dinâmica dos intercâmbios nesta rede virtual apoiará o desenvolvimento de práticas inovadoras, ao mesmo tempo no campo da intervenção e nos dispositivos de pesquisa. A forma de organização flexível e horizontal que a rede permite se adéqua, de fato, relativamente bem, à superação das fronteiras, sejam elas geográficas, disciplinares e profissionais, bem como ela constitui um veículo privilegiado para a difusão, o dimensionamento e as adaptações locais das práticas inovadoras desenvolvidas para solucionar problemas locais, mas que têm um alcance e causas mais globais como é o caso das desigualdades sociais de saúde.

Referências bibliográficas

AUBRY, F.; POTVIN, L. (Eds.). **Construire l'espace sociosanitaire**: expériences et pratiques de recherche dans la production locale de la santé. Montréal: Presses de l'Université de Montréal, 2012.

CALLON, M. Some elements of a sociology of translation: domestication of scallops and the fishermen of St-Brieux Bay. In: LAW, J. (Ed.). **Power, action and belief**: a new sociology of knowledge. London: Routledge, 1986. p. 196-229.

COUTURIER, Y. Une entente partenariale contractualisée et vécue. In: AUBRY, F.; POTVIN, L. (Eds.). **Construire l'espace sociosanitaire**: expériences et pratiques de recherche dans la production locale de la santé. Montréal: Presses de l'Université de Montréal, 2012. p. 247-258.

Department of Health and Social Security. **Inequalities in Health**: Report of a Working Group Chaired by Sir Douglas Black. DHSS, London, 1980.

FASSIN, D. Introduction: politique des corps et gouvernement des villes. La production locale de la santé publique. In: FASSIN, D. (Ed.). **Les figures urbaines de la santé publique**: enquête sur des expériences locales. Paris: La Découverte, 1998. p. 7-46.

GOVINDARAJAN, V.; TRIMBLE, C. **Reverse innovation**: create far from home, win everywhere. Boston MA: Harvard Business Review Press, 2012.

HARTZ, Z.M.A; DENIS, J-L.; MAREIRA, E.; MATIDA, A. From knowledge to action: Challenges and opportunities for increasing the use of evaluation in health promotion policies and practices. In POTVIN, L.; McQUEEN, D. V. (Eds.). **Health promotion evaluation practices in the Americas**: Values and research. New York: Springer, 2008. p. 101-120.

LATOURETTE, B. **Re-assembling the social**: an introduction to Actor-Network Theory. Oxford University Press, 2005.

MANTOURA, P.; GENDRON, S.; POTVIN, L. Participatory research in public health: Creating innovative alliances for health. **Health e Place**, vol. 13, p. 440-451, 2007.

_____; POTVIN, L. A realist-constructionist perspective on participation in health promotion research. **Health Promotion International**, vol. 28, n. 1, p. 61-72, 2013.

McINTYRE, S. The Black Report and beyond, what are the issues. **Social Science e Medicine**, vol. 44, p. 723-745, 1997.

POTVIN, L. Repères conceptuels pour réfléchir sur l'action dans l'espace sociosanitaire. In: AUBRY, F.; POTVIN, L. (Eds.). **Construire l'espace sociosanitaire: expériences et pratiques de recherche dans la production locale de la santé**. Montréal: Presses de l'Université de Montréal, 2012. p. 13-42.

_____; BISSET, S. L. There is more to methodology than methods. In: POTVIN, L.; McQUEEN, D.V. (Eds.). **Health promotion evaluation practices in the Americas: values and research**. New York: Springer, 2008. p. 63-80.

_____; BISSET, S. L.; WALZ, L. Participatory action research: theoretical perspectives on the challenges of research action. In: BOURGEAULT, I.; DINGWALL, L.; DE VRIES, R. (Eds.). **The Sage handbook of qualitative methods in health research**. London UK: Sage, 2010. p. 433-453.

_____; CLAVIER, C. La théorie de l'acteur-réseau. In: AUBRY, F.; POTVIN, L. (Eds.). **Construire l'espace sociosanitaire: expériences et pratiques de recherche dans la production locale de la santé**. Montréal: Presses de l'Université de Montréal, 2012. p. 75-98.

STINGERS, I. **L'invention des sciences modernes**. Paris: Flammarion, 2011.

WESTPHAL, M.F.; FERNANDEZ, J.C.A. The contribution of systematization evaluative approach to implement a health promotion project in Capela do Socorro, Sao Paulo, Brazil. In: POTVIN, L.; McQUEEN, D.V. (Eds.). **Health promotion evaluation practices in the Americas: Values and research**. New York: Springer, 2008. p. 269-284.

ZANCAN, L.; BODSTEIN, R.; MARCONDES, W. B. **Promoção da Saúde como Caminho para o Desenvolvimento Local: a experiencia em Manguinhos-RJ**. Rio de Janeiro: Abrasco/Fiocruz, 2002.

O projeto Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde – LEIASS é fruto de um esforço conjunto do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa – IHMT (Portugal) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS (Brasil). As duas instituições têm buscado ampliar seus intercâmbios e cooperação, com o intuito de difundir o conhecimento produzido nos dois países, em proveito de todos os demais, especialmente dos membros da Comunidade de Países de Língua Portuguesa – CPLP.

Assim, essa linha editorial visa especialmente à produção e à difusão de conhecimentos e evidências que interessam a todos os povos de língua portuguesa, além de contribuir para com o enriquecimento da produção científica internacional sobre temas sanitários que têm requerido a atenção de governos e instituições do mundo inteiro.

