

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.

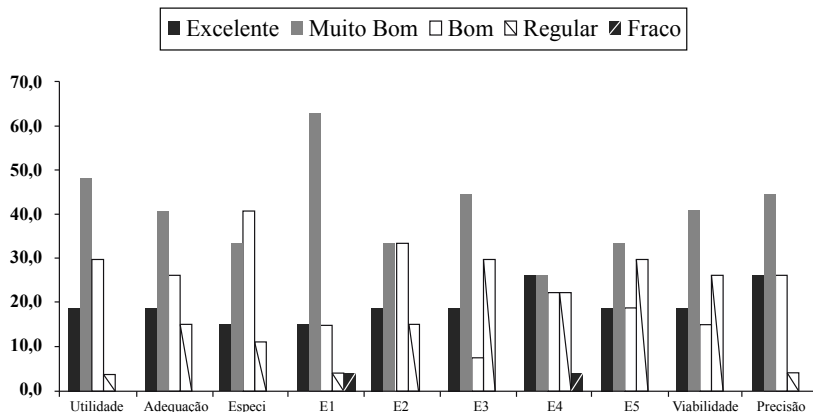
Tabela 2 – Principais características dos modelos de avaliação (n=27)

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.

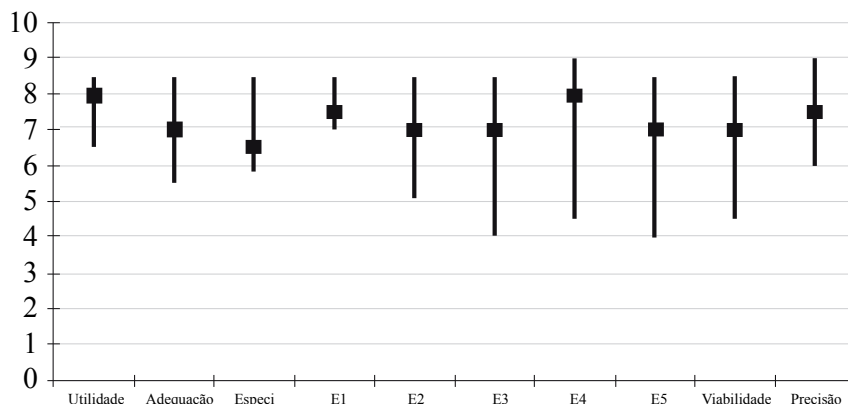
O segundo assunto abordado neste capítulo questiona até que ponto as avaliações seguem os padrões avaliativos comuns e específicos. A Figura 1 apresenta classificações de 27 estudos avaliativos selecionados nas cinco categorias padrão de meta-avaliação e nos cinco critérios que formam a categoria padrão 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 multies-
tratégicas 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.

HAWE, 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.