

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 intersectorial, 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 intersectoriais 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 incontrolláveis (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.