



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Magalhães, Rosana

Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas e desafios

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 21, núm. 6, junio, 2016, pp. 1767-1775

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63046187010>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas e desafios

Evaluation of the National Health Promotion Policy (PNPS): prospects and challenges

Rosana Magalhães ¹

Abstract This article analyzes prospects and challenges for the evaluation of the implementation of the National Health Promotion Policy in Brazil. Based on a critical review of the literature, it highlights the limits of the approaches that pay little heed to the theory of programs and reject evaluation as know-how entrenched in the historical, cultural and political dynamics of each society. The conclusion is that despite recent advances in this debate, the evaluation of complex, participatory and intersectoral programs imposes in-depth reflection on the nature of proof of effectiveness as well as methodological strategies capable of illuminating aspects of the concept and design of actions and the process of implementation in the local context, over and above the emphasis on risk factors and final results.

Key words Health promotion, Evaluation, Methodology, Theory, Context

Resumo O artigo analisa perspectivas e desafios para a avaliação da implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde no país. A partir de uma revisão crítica da literatura, destaca os limites das abordagens que dão pouca relevância à teoria dos programas e que desconsideram a avaliação como um conhecimento enraizado na dinâmica histórica, cultural e política de cada sociedade. Conclui-se que apesar dos recentes avanços no debate, a avaliação de intervenções complexas, participativas e intersetoriais impõe maior reflexão sobre a natureza das evidências de efetividade bem como das estratégias metodológicas capazes de iluminar a concepção, o desenho das ações e o processo de implementação no contexto local, para além da ênfase em fatores de risco e resultados finais.

Palavras-chave Promoção da saúde, Avaliação, Metodologia, Teoria, Contexto

¹ Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
R. Leopoldo Bulhões
1480/910, Manguinhos.
21041-210 Rio de Janeiro
RJ Brasil.
rosana@ensp.fiocruz.br

Introdução

As iniciativas de promoção da saúde, como definidas na Carta de Ottawa¹, representam um esforço interdisciplinar e intersetorial para superar abordagens tecnicistas e medicalizantes sobre os problemas de saúde. Portanto, o campo da promoção da saúde configura um espaço de problematização e de desenvolvimento de ferramentas analíticas e metodológicas a fim de ampliar o conhecimento sobre a natureza dos processos de saúde, adoecimento e vulnerabilização social. As referências teórico-conceituais que conformam as práticas de promoção da saúde são diversas, mas o fio condutor comum é a crítica à ênfase desmedida na tecnologia médica e na mudança de comportamentos individuais como soluções para os desafios enfrentados. Desta forma, podemos dizer que há um consenso na área sobre a necessidade de compreender as intervenções como práticas sociais enraizadas em contextos locais, os quais, em geral, são marcados por desequilíbrios de poder, diferentes dinâmicas institucionais e expectativas de mudança social. Ao mesmo tempo, como afirmam Macdonald et al.², para além do impacto nas condições de saúde da população, a promoção da saúde busca transformações no perfil de engajamento comunitário e no bem estar social. Dado o foco ampliado das ações de promoção da saúde, múltiplos recursos devem ser articulados e integrados levando em consideração diferentes interesses, necessidades e motivações dos atores sociais no cenário local. A participação de usuários e comunidades é, portanto, um componente crucial das intervenções na medida em que favorece este mapeamento de demandas e oportunidades, a colaboração entre múltiplos parceiros, a responsabilização coletiva em torno dos resultados e um maior aprendizado social.

No contexto internacional, vários países têm incorporado os princípios da promoção da saúde no processo de desenho e implementação de políticas e programas públicos de saúde. Desde o Informe Lalonde³, divulgado em 1974, Canadá, Estados Unidos, Suécia, Reino Unido e Austrália, por exemplo, têm desenvolvido ações de promoção da saúde de maneira sistemática. Na experiência canadense, o compromisso das lideranças do governo com a participação comunitária e o estreito diálogo com a academia e grupos de pesquisa favorecendo a criação de redes colaborativas entre tomadores de decisão e diferentes profissionais, foram aspectos decisivos para a integração dos conceitos da promoção da saúde ao desenho de novas institucionalidades e reorienta-

ção das práticas no âmbito dos serviços públicos. Também é possível perceber, nestas sociedades, a preocupação com a avaliação das ações enquanto estratégia crucial para o aprimoramento do processo decisório.

No Brasil, como analisam Carvalho et al.⁴, as ações de promoção da saúde emergiram como desdobramento do esforço de qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS) e do debate sobre as relações entre desigualdades sociais, democracia, desenvolvimento humano e saúde no campo da Saúde Coletiva. Nesta direção, várias iniciativas como o Programa Comunidade Saudável em Campinas, as experiências de formação e capacitação em Saúde da Família no Ceará e ainda a expansão da proposta de Cidades Saudáveis para vários municípios brasileiros no final da década de 1990 com apoio da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) contribuíram para a elaboração de propostas para a melhoria do quadro de saúde⁵. Como desdobramento, em 2006, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)⁶ após um processo de discussão e aprovação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em que participaram além da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), gestores e técnicos do SUS. Assim, para Campos et al.⁷, o compromisso da promoção da saúde no Brasil é *o compromisso ético do próprio Sistema Único de Saúde com a integralidade e a gestão participativa, uma vez que trata de estabelecer modos de atenção e gestão das políticas públicas em saúde que operem na indissociabilidade entre a clínica e a promoção e entre as necessidades sociais e ações do Estado*. De acordo com Malta et al.⁸, entre 2006 e 2014 foram ampliados os recursos financeiros para a implementação de projetos e programas de promoção da saúde em todo o país. Em 2009, cerca de 1500 entes federativos participavam da Rede Nacional de Promoção da Saúde. Além disso, o programa Vida no Trânsito, a Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, a Academia da Saúde, o Programa Saúde na Escola e também novos marcos legais para o monitoramento da propaganda de alimentos, redução do uso de álcool e do tabaco expressam, segundo os autores, a consolidação da PNPS ao longo do período.

No entanto, para Rocha et al.⁹, nesta trajetória também foi possível identificar controvérsias e reorientações, sobretudo no que se refere ao montante de recursos previstos e efetivamente alocados e à amplitude do diálogo com movi-

mentos sociais e entidades representativas. Com isso, a partir de 2011, um esforço robusto de mobilização envolvendo seminários, oficinas e encontros regionais e nacionais com a participação do Grupo de Trabalho (GT) Promoção da Saúde da Abrasco, OPAS, Conselhos de Saúde, Ministério da Saúde (MS), comitê gestor da PNPS, universidades e instituições de pesquisa viabilizou a revisão e o amadurecimento da PNPS. O novo texto, divulgado em novembro de 2014 através da portaria ministerial 2446, sinaliza avanços importantes no que se refere às competências dos entes federativos e ao reconhecimento do papel prioritário da Estratégia Saúde da Família. Além disso, é reafirmada a necessidade de maior integração entre os princípios e diretrizes da promoção da saúde e o conjunto de ações públicas de proteção social no país. Contudo, ainda persistem desafios para a elaboração de estratégias avaliativas capazes de favorecer a análise da implementação da PNPS em suas múltiplas dimensões nas diferentes regiões do país. Em grande parte, isto se deve à complexidade e plasticidade das ações em promoção da saúde e, portanto, às tensões conflitantes em torno da concepção de evidência de efetividade baseada no enfoque experimental onde, preponderantemente, as chamadas “variáveis contextuais” podem ser isoladas e controladas.

Os efeitos de programas de promoção da saúde levam tempo para serem observados e interpretados e a expectativa em torno de resultados imediatos pode ser frustrante. Dificilmente a análise de tendências de morbidade e mortalidade ou o monitoramento de fatores de risco equacionam todas as questões avaliativas relevantes no campo da promoção da saúde. Como destacam MacQueen e Anderson¹⁰, o campo envolve múltiplas disciplinas e, frequentemente, as práticas são orientadas por modelos explicativos e evidências sobre o que funciona ou não produzidas em outras áreas de saber como a ciência política e a antropologia. Modelos estatísticos são insuficientes para captar as diferentes influências sobre o processo de implementação e, em geral, grupos controle podem ser configurados com razoável precisão e consistência somente em laboratórios. Soma-se a estas dificuldades a ausência de uma sólida cultura avaliativa no Brasil. Sabemos que, apesar dos esforços para a reversão deste quadro, ainda é forte a tendência ao estabelecimento de processos decisórios verticalizados em grande parte descolados de avaliações robustas sobre o desenvolvimento dos programas em cada contexto. Além disso, a descontinuidade administrativa, a debilidade da articulação intersetorial, a

superposição de sistemas de informação e a baixa capacitação técnica fragilizam a condução das estratégias avaliativas e a produção de evidências sobre mudanças efetivas. Convém, porém, enfrentar permanentemente tais desafios e, após 10 anos da PNPS, consolidar aprendizados e estimular a avaliação permanente dos programas e estratégias de intervenção.

Avaliação em Promoção da Saúde: porque valorizar a teoria dos programas e iniciativas?

De acordo com Rutman e Mowbray¹¹, a avaliação de políticas e programas não possui uma só definição aplicável e consistente. Ao contrário, o tema tem sido objeto de diferentes interpretações e estimulado múltiplas abordagens a partir dos objetivos, da abrangência e das estratégias metodológicas adotadas. No entanto, para os autores, é possível compreender a avaliação como o uso de métodos científicos para mensurar e analisar o processo de implementação e analisar a natureza dos objetivos alcançados a fim de orientar o processo decisório. Nesta direção, é importante explicitar os eixos estruturais das intervenções, que podem ser traduzidos em componentes, recursos, objetivos e efeitos pretendidos. Tais elementos são interdependentes e devem expressar laços coerentes com o problema que se busca superar. Em última análise, os programas são uma materialização de ideias, expectativas, concepções e teorias sobre processos sociais de mudança. Sem caracterizar este quadro conceitual e metodológico que envolve cada iniciativa dificilmente é possível compreender como as concepções estão sendo implementadas, se existem deslocamentos em relação ao desenho original ou ainda se os grupos sociais inicialmente delimitados como prioritários estão sendo mobilizados ou não. O foco restrito nos chamados *outputs* ou nos recursos financeiros empregados não reconstituem a lógica que articula todos os componentes da intervenção e tendem a não contribuir para a geração de conhecimento e novos aprendizados para a tomada de decisão. Além disso, como apontam Pawson e Tilley¹² ao reconhecer e discriminar a teoria que estrutura os componentes e mecanismos do programa podemos identificar e compreender quais destes elementos revelam maior dependência do contexto local de implementação e porque. Precisamente para o autor, a teoria que sustenta o programa nos informa onde e o que investigar a fim de encontrar evidências relevantes¹³.

Transformações, rupturas e deslocamentos tendem a ocorrer nas comunidades e grupos de interesse ao longo do tempo. Instituições e arenas decisórias aparentemente “estáveis” são reconfiguradas durante a implementação das ações. A avaliação de possíveis discrepâncias em relação à teoria e ao desenho original pode, desta maneira, contribuir efetivamente para orientar decisões sobre a expansão ou descontinuidade da intervenção. Ao confrontar, portanto, os pressupostos teóricos das intervenções públicas que sustentam a plausibilidade dos resultados esperados com o padrão das relações entre instituições e atores no cenário local, nos afastamos de um enfoque a-histórico e linear sobre as intervenções. De um lado, torna-se possível analisar as conexões entre as atividades do programa e suas repercussões e efeitos. Por outro lado, podemos identificar e antecipar impactos não previstos, apontando caminhos para correção de rotas e desenho de novas alternativas.

No entanto, poucas vezes os gestores e agentes implementadores têm clareza sobre o desenho lógico dos programas ou a consistência das associações entre atividades, metas e resultados. Além disso, frequentemente antes que a intervenção avance em rotinas, atribuições e papéis definidos, conflitos e controvérsias podem fragilizar os laços de confiança e, com isso, neutralizar acordos, parcerias e alianças estratégicas em torno do programa. Frequentemente, no processo de formulação surgem ambiguidades em torno dos princípios que estruturam as ações. Neste aspecto, a chamada *theory driven evaluation*^{14,15} favorece o debate integrado sobre mecanismos, atividades, resultados e a dinâmica dos contextos. Compreendendo a teoria dos programas como quadros de referência sobre problemas sociais e alvos de mudança e, também, conjunto de proposições que apoiam a interpretação dos efeitos do programa, essa vertente avaliativa desconstrói a visão da avaliação como uma “receita de bolo” e valoriza a cadeia de processos desencadeados ao longo da implementação confrontando o que foi planejado com o que foi efetivamente implementado.

Como afirma Chen¹⁶, desta forma é possível analisar se os êxitos e fracassos da intervenção estão relacionados a inconsistências conceituais sobre os problemas a serem enfrentados, a rupturas e deslocamentos frente a proposta de implementação original ou aos impactos não previstos associados à própria dinâmica do contexto local. Para Salazar¹⁷, o enfoque avaliativo baseado na teoria dos programas e presente na chamada “síntese realista” viabiliza a apreensão do processo de

amadurecimento de ideias e valores entre tomadores de decisão que, por sua vez, irão orientar a reflexão e a ação de gestores, técnicos, usuários e comunidades. A natureza deste percurso complexo de implementação de uma teoria e, também, de mobilização de recursos estratégicos, vínculos sociais e relações interpessoais, é o que explica o alcance da intervenção e permite compreender melhor os resultados alcançados. Métodos qualitativos, como narrativas sobre as experiências de atores-chave, levantamento de documentos oficiais, estudos históricos e registro de dinâmicas participativas contribuem para a produção de dados relevantes ainda que seja fundamental manter a pluralidade e reconhecer a contingência das alternativas metodológicas frente aos diferentes contextos e objetivos da avaliação.

Articulando essa discussão ao campo da promoção da saúde, percebemos que a valorização da teoria dos programas e da dinâmica de implementação em diferentes *settings* contribui de maneira significativa para vencer o desafio permanente da produção de evidências relevantes sobre o alcance das iniciativas, os constrangimentos locais e as diferentes lógicas que tendem a influenciar lideranças políticas, gestores, profissionais e comunidades. Dados obtidos através de estudos randomizados ou centrados em fatores de risco individuais não são suficientes para captar a dimensão conflitiva e imprevista das ações em promoção da saúde. Experiências bem-sucedidas nesse campo muitas vezes apresentam componentes inovadores ou efeitos inesperados que não são facilmente capturados através de ferramentas de avaliação baseadas em concepções lineares de causalidade. O foco apenas em resultados finais não garante informações substantivas para gestores e demais agentes decisórios sobre alternativas e inflexões necessárias na condução dos programas. Para avançar em modelos explicativos e práticas efetivas é importante analisar profundamente o desenho lógico dos programas, os obstáculos, as resistências e também as oportunidades de cada contexto, assim como a natureza das mudanças ao longo do tempo.

Assim, ao associar a escolha de estratégias metodológicas ao detalhamento da teoria que orienta a intervenção podemos compreender quais são os elos entre as atividades previstas, os contextos de implementação, os recursos mobilizados e as mudanças pretendidas. Sabendo que as iniciativas em promoção da saúde em geral têm diferentes alvos, combinam ações multiníveis e intersetoriais e possuem resultados flexíveis a partir da dinâmica de interação com o contexto

social. Conceber essa problemática impõe analisar se o modelo conceitual que orienta o planejamento e a implementação da intervenção é coerente. Para Nutbeam¹⁸, dada a complexidade das intervenções não é possível determinar um único método ou estratégia de mensuração para avaliar a efetividade ou reconhecer evidências de maneira absoluta. Mas, segundo o autor, não se trata de encarar o debate sobre evidências de efetividade como uma ameaça ao campo da promoção da saúde. Ao contrário, deve-se buscar a compatibilização entre a natureza complexa das ações e os objetivos da avaliação, analisar os programas como sequência de princípios e conceitos teóricos sobre problemas e evitar “oposições esterilizantes” entre medir e compreender ou entre métodos quantitativos e qualitativos.

Revisitando a trajetória da PNPS: aprendizados, perspectivas e desafios para a avaliação

O estudo de Malta et al.¹⁹ sobre a implementação da PNPS entre 2006 e 2014 traz elementos importantes para o debate sobre a avaliação do alcance das iniciativas de promoção da saúde no país. Partindo da sistematização de dados secundários e informações contidas em portarias do Ministério da Saúde e artigos científicos os autores concluem que a incorporação da PNPS no Pacto pela Vida, um conjunto de compromissos e acordos firmados entre os diferentes níveis de gestão do SUS, estimulou a construção de indicadores para o monitoramento de resultados nas ações de promoção da saúde.

Programas voltados à redução da violência doméstica, aumento da atividade física, prevenção de acidentes de trânsito pelo uso abusivo de álcool e promoção da alimentação saudável foram inseridos no Plano Nacional de Saúde e no Plano de Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) ao longo do período. Sem dúvida, são inegáveis os avanços institucionais e o fortalecimento das bases de financiamento da PNPS. Do mesmo modo, mudanças positivas são percebidas a partir de vários estudos os quais têm buscado acompanhar a implementação das distintas iniciativas abrigadas no “guarda chuva” da PNPS. O projeto Vida no Trânsito (PVNT) articulado à estratégia internacional “Road Safety in Ten Countries”, por exemplo, foi analisado por Morais Neto et al.²⁰ durante o período de 2010 a 2012 e de acordo com os autores, já demonstrava avanços em 5 capitais – Belo Horizonte (MG), Campo Grande (MS), Curitiba (PR) Palmas (TO) e Teresina (PI).

O programa federal Saúde na Escola (PSE), instituído pelo decreto presidencial nº 6.286 de 05 de dezembro de 2007²¹ e considerado o principal programa de promoção da saúde voltado aos escolares, buscou incorporar o debate sobre alimentação saudável, prevenção da violência e de doenças sexualmente transmissíveis e demais dimensões da PNPS ao projeto político pedagógico das escolas. Além disso, o programa preconizou o estreitamento dos vínculos entre os estabelecimentos de ensino e as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) responsabilizadas pelo monitoramento da saúde das crianças através de ações de avaliação nutricional, detecção precoce de hipertensão e diabetes, saúde auditiva, saúde bucal e apoio psicológico em cada território. Intervenções mais amplas e articuladas à dinâmica participativa e ao desenvolvimento social local também foram integradas ao desenho do programa. De acordo com Silva e Pantoja²², entre os anos de 2008 e 2009 o PSE avançou em rotinas institucionais, novos compromissos técnicos e acordos políticos envolvendo os setores da saúde e da educação.

No que se refere à promoção da alimentação saudável, pactos para a efetiva concretização do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHHA) e da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) visando o consumo de alimentos de maneira segura e sustentável, têm sido elaborados ao longo das últimas décadas no país. O tema integra a PNPS e pode ser considerado um de seus eixos estratégicos. Na verdade, a PNPS manifestou o compromisso com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e busca contribuir para a união de forças em torno de medidas de incentivo às práticas educativas em alimentação e nutrição, adesão a rotinas alimentares mais saudáveis e implementação de ações regulatórias capazes de criar barreiras para a propaganda e a comercialização de alimentos considerados nocivos.

No entanto, no processo de análise da efetividade destas iniciativas há ainda o predomínio de pesquisas e estudos orientados pelo enfoque epidemiológico e baseados no monitoramento de fatores de risco. No caso da análise do PVNT, a ótica dos fatores de risco para acidentes de trânsito como “beber e dirigir” e “velocidade excessiva e inadequada” tende a orientar as avaliações sobre impactos e resultados. Os indicadores prioritários para a avaliação dos efeitos da intervenção, em geral, priorizam o número de mortos e feridos graves em consequência dos acidentes.

Evidentemente que tais indicadores de mortalidade e morbidade são pertinentes e necessários mas, contudo, isoladamente não respondem às questões ligadas ao envolvimento comunitário, à sustentabilidade das parcerias em torno do problema, ao aprendizado institucional prévio e aos sentidos atribuídos ao projeto, tanto pela população como pelos diferentes agentes públicos em cada contexto.

Estes fatores ligados a contingências contextuais são cruciais para a compreensão dos efeitos e limites das ações. Embora exista a ênfase em práticas educativas e articulação intersetorial, o projeto não esclarece como é pensada a introdução de estratégias avaliativas mais amplas e capazes de fornecer informação relevante sobre a validade da teoria e sobre o processo de implementação, iluminando desta maneira possíveis fragilidades na concepção do problema, limites ou alternativas mais efetivas. Como analisado por Montero et al.²³, a segurança no trânsito e a prevenção de acidentes sob a perspectiva da promoção da saúde deve incluir a mobilização das comunidades por infraestrutura e transporte público de qualidade e envolver profissionais capazes de estimular a reflexão sobre valores e decisões que envolvem riscos entre os diferentes grupos sociais. A avaliação, nesta perspectiva, deve favorecer a análise sobre os pontos frágeis e os fortes do desenho e concepção teórica da intervenção e produzir evidências substantivas sobre o desenvolvimento das ações em cada contexto a fim de provocar mudanças efetivas e sustentáveis.

Em relação à avaliação do PSE, poucos estudos têm sido desenvolvidos a partir de uma perspectiva coerente com a abordagem mais ampla do campo da promoção da saúde²⁴. Sabemos que a consistência da teoria do PSE tende a ser abalada em contextos municipais com baixa cobertura da ESF na medida em que há uma forte correlação entre a atuação das equipes e a consolidação do programa no seu desenho original. No princípio do Rio de Janeiro por exemplo, além da baixa performance da ESF comparada a outras localidades ainda existe carência de profissionais no setor da educação e baixa resolutividade dos serviços de atenção básica. A contratação de equipes de saúde vinculadas a Organizações Sociais (OS) gerou paralelismo, intransparência na gestão dos recursos e superposição de atividades²⁵. Outro efeito possível da conjugação de profissionais não vinculados à ESF é a cristalização da dualidade entre ações clínicas e estratégias participativas e intersetoriais de promoção da saúde na medida em que as chamadas *equipes móveis* sob a gestão

das OS desenvolvem basicamente ações clínicas e de saúde bucal.

Outra controvérsia importante articulada a possíveis lacunas e inconsistências no desenho lógico e na teoria do PSE é a presença de votores que muitas vezes conflitam entre si: ações *top down* como, por exemplo, os fortes mecanismos de indução instituídos pelo Ministério da Saúde com base em instrumentos pouco flexíveis de avaliação das ações e, por outro lado, ações *bottom up*, em geral associadas à ênfase na construção coletiva dos projetos político-pedagógicos das escolas envolvendo comunidade, educadores e profissionais dos serviços de saúde em cada contexto local. Ainda de acordo com a teoria do programa, sistemas de monitoramento e avaliação deveriam ser preenchidos conjuntamente por profissionais de saúde e educação, favorecendo a troca de informações territorializadas e aprendizados comuns. No entanto, o sistema de informações do programa tende a ser precário e fragmentado. As atividades não são registradas e consolidadas em uma única base de dados. Com isso, os Ministérios da Saúde e Educação têm dificuldades para avaliar de maneira conjunta e articulada o desenvolvimento das ações.

Outra questão importante ligada à validade da teoria do programa é a falta de clareza sobre a estratégia prevista para a incorporação das escolas privadas. Esta indefinição tende a comprometer a estratégia de universalização do programa, sobretudo em contextos locais onde as escolas e creches privadas coexistem com as públicas governamentais. Dados sobre número de escolares com o calendário de vacinação em dia ou do número de encaminhamentos para unidades básicas de saúde, por exemplo, não são suficientes para gerar conhecimento relevante para o aprimoramento do programa em cada município.

Sobre o tema da alimentação saudável, também há uma forte tendência à fragmentação das iniciativas. A dificuldade em construir novos pontos de orientação teórica para o desenho das intervenções deslocando o foco na mudança de comportamentos e decisões individuais é imensa e afeta a elaboração de estratégias avaliativas mais sofisticadas utilizando indicadores intermediários e abordagens mais complexas sobre as evidências de efetividade dos programas. Como afirmam Delormier et al.²⁶, desconsiderar as relações entre estruturas sociais, contextos e alimentação dificulta a compreensão sobre como são formadas barreiras ou construídas oportunidades para que escolhas alimentares “saudáveis” façam sentido e sejam factíveis para indivíduos e grupos

sociais. Ações educativas em alimentação e nutrição não são similares à administração de medicamentos. Decisões sobre rotinas alimentares não são resultado de um acúmulo progressivo de informações e dados científicos. Reinterpretações baseadas no significado dos alimentos e, também, nos custos e recompensas ligados às mudanças na dieta atravessam permanentemente o processo de implementação de programas educativos na área. Tais questões devem ser valorizadas tanto no desenho das intervenções como também na avaliação de efeitos e resultados. Além disso, deve ser problematizada a existência de políticas públicas que antagonizam com as propostas do campo da promoção da saúde em cada contexto.

Por exemplo, a permissão para a comercialização de alimentos ricos em gordura trans, um tipo específico de gordura formado por um processo de hidrogenação natural em carnes e leite e artificial a partir de técnicas industriais, tende a aumentar o risco de cardiopatias e acidente vascular cerebral. Vários países têm estabelecido normas e parâmetros rígidos para evitar o consumo desta substância. Nos alimentos *in natura* de origem animal a quantidade de gordura trans tende a ser desprezível mas aumenta sensivelmente em sorvetes, batatas fritas, pipocas, bolos, biscoitos e outros produtos industrializados na medida em que melhoraram a consistência, a aparência e o tempo de conservação destes produtos. Em 2003, a Dinamarca estabeleceu o limite de 2% de gordura trans do total de gordura dos alimentos comercializados. Seguindo esta experiência pioneira seis países europeus praticamente baniram a gordura trans e, em 16 de junho deste ano, o Food and Drugs Administration (FDA), órgão responsável pela regulação de alimentos e medicamentos nos Estados Unidos definiu o prazo de 3 anos para a indústria implementar mudanças nesta direção. Assim, embora não exista recomendação de ingestão diária de gordura trans, a Organização Mundial de Saúde (OMS) sugere que o consumo máximo não ultrapasse 2 gramas por dia ou 1% do total calórico diário.

No Brasil, em 2006, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) determinou que a presença de gordura trans fosse identificada no rótulo dos alimentos industrializados. No ano seguinte a agência reguladora estabeleceu os limites de 5% de gordura trans do total de gordura em alimentos industrializados e 2% do total de gorduras em óleos e margarinas. De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 359, alimentos industrializados que contenham até 0,2 gramas de gordura trans por porção podem

incluir na rotulagem a informação “não contém trans”. Como analisam Proença e Silveira²⁷, esta alternativa criou a possibilidade de consumo de quantidades expressivas de gordura trans caso o consumidor faça a ingestão de mais de uma porção do produto. Para as autoras *observa-se uma fragilidade importante na legislação brasileira pois a indicação de ausência de gordura trans na informação nutricional não pode ser tida como segura*. Apesar do Ministério da Saúde e da Associação Brasileira de Indústrias de Alimentos (Abia) terem promovido acordos para adequar a produção aos limites mais próximos de normas praticadas em outros países, não existe data prevista para que os alimentos industrializados possam ser considerados livres de gorduras trans no país.

Sem dúvida, existem outros exemplos de incongruências, controvérsias e lacunas entre a orientação proposta pela PNPS e o conjunto de ações intersetoriais envolvidas em sua implementação. Programas e iniciativas de promoção da saúde não podem ser entendidos como arranjos imunes ao processo contraditório de negociação e debate políticos sobre problemas sociais e alternativas de enfrentamento em cada conjuntura. Mas, se o objetivo é compreender as razões do sucesso ou do fracasso das iniciativas em promoção da saúde no país, é importante detalhar de maneira rigorosa as ações e analisar sua implementação à luz de seu desenho original. Com isso, é possível testar tanto a concepção teórica dos programas quanto os caminhos adotados no desenvolvimento das atividades previstas, produzindo, desta maneira, pesquisas avaliativas que valorizem a articulação de múltiplos componentes, fontes de informação diversas e o desafio da elaboração de indicadores intermediários com base em abordagens qualitativas e quantitativas.

Considerações Finais

Como analisam Carvalho et al.²⁸, ao longo das últimas décadas no Brasil o debate sobre a avaliação em promoção da saúde tem mobilizado diferentes instituições, grupos de pesquisa, órgãos governamentais e setores da sociedade civil. Com destaque para o papel desempenhado pelo Conass, Conasems, Abrasco, Universidade de São Paulo (USP), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) e agências internacionais de fomento e apoio à pesquisa em saúde, foram desenvolvidos estudos avaliativos em parceria com universidades e instituições de pesqui-

sa. Programas de cooperação internacional com a Canadian Public Health Association (CPHA), o Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa (IHMT/UNL) e o Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnologias en Salud Pública (CEDETES) dentre outros, têm contribuído de maneira substantiva para a construção de referências teóricas e ferramentas metodológicas para a avaliação de intervenções complexas no campo da promoção da saúde^{29,30}. O estudo sobre a utilização de evidências na construção e expansão da rede pernambucana de municípios saudáveis³¹ representa um dos múltiplos esforços para avançar na análise de processos de longo prazo, participativos e intersetoriais e no envolvimento de gestores e demais agentes decisórios na implementação de perspectivas avaliativas inovadoras. Outros

exemplos virtuosos poderiam ser apresentados. No entanto, como sinalizam Hartz et al.³², o uso de abordagens multiestratégicas para avaliar iniciativas e programas de promoção da saúde, tais como a *theory based evaluation*, ainda é limitado.

Neste sentido, o artigo buscou contribuir para este debate e apoiar a reflexão sobre as especificidades das práticas avaliativas no campo da promoção da saúde. Para Pawson³³, nunca saberemos com certeza se um programa irá funcionar. Mas essa talvez não seja a principal tarefa avaliativa. De fato, o objetivo da avaliação com foco na teoria dos programas e no processo de implementação em cada contexto é contribuir para que tomadores de decisão, profissionais e comunidades participem da análise e interpretação dos desafios a serem enfrentados e da construção de caminhos para mudanças efetivas.

Referências

1. World Health Organization (WHO). *Ottawa Charter for Health Promotion*. First International Conference on Health Promotion. Genebra: WHO; 1986.
2. MacDonald G, Veen C, Tones K. Evidence for success in health promotion: suggestions for improvement. *Health Education Research* 1996; 11(3):367-376.
3. Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadians: a working document*. Ottawa: Minister of Supply and Services of Canada; 1974.
4. Carvalho AI, Bodstein R, Hartz Z, Matida AH. Concepts and approaches in the evaluation of health promotion. *Cien Saude Colet* 2004; 9(3):521-529.
5. Buss PM, Ramos CL. Desenvolvimento Local e Agenda 21: Desafios da Cidadania. *Cadernos da Oficina Social* 2000; (3):13-65.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM/MS nº 687, de 30 de março de 2006. Institui a Política Nacional de Promoção da Saúde. *Diário Oficial da União* 2006; 31 mar.
7. Campos GW, Barros RB, Castro AM. Avaliação da política nacional de promoção da saúde. *Cien Saude Colet* 2004; 9(3):745-749.
8. Malta D, Silva MMA, Albuquerque GM, Lima CM, Cavalcante PCJ, Junior JBS. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde: um balanço de 2006 a 2014. *Cien Saude Colet* 2014; 19(11):4301-4311.
9. Rocha D, Alexandre VP, Marcelo VC, Rezende R, Nogueira JD, Sá RF. Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos. *Cien Saude Colet* 2014; 19(11):4313-4322.
10. MacQueen DV, Anderson LM. What counts as evidence: issues and debates. In: Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, MacQueen DV, Potvin L, Springett J, Ziglio E, editors. *Health Promotion Evaluation-Principles and perspectives*. Copenhague: Who Regional Publications; 2001. European Seriesn. 92. p. 63-81.
11. Rutman L, Mowbray G. *Understanding Program Evaluation*. London: Sage Publications; 1983.
12. Pawson R, Tilley N. *Realistic Evaluation*. London: Sage Publications; 1997.
13. Pawson R. Nothing as Practical as Good Theory. *Evaluation* 2003; 9(4):471-490.
14. Weiss C. *Evaluation*. New Jersey: Prentice Hall; 1998.
15. Barnes M, Matka E, Sullivan H. Evidence, understanding and complexity - evaluation in nonlinear systems. *Evaluation* 2003; 9(3):265-284.
16. Chen TH. *Theory-driven Evaluations*. London: Sage Publications; 1990.
17. Salazar L. *Reflexiones e posiciones alrededor de la evaluación de intervenciones complejas*. Santiago de Cali: Programa Editorial Universidad del Valle; 2011.
18. Nutbeam D. The challenge to provide "evidence" in health promotion. *Health Promotion International* 1999; 4(2):99-101.
19. Malta D, Silva MMA, Albuquerque GM, Lima CM, Cavalcante PCJ, Junior JBS. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde: um balanço de 2006 a 2014. *Cien Saude Colet* 2014; 19(11):4301-4311.
20. Moraes Neto OL, Silva MMA, Lima CM, Malta DC, Silva Júnior JB. Projeto Vida no Trânsito: avaliação das ações em cinco capitais brasileiras, 2011-2012. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2013; 22(3):373-382.
21. Brasil. Decreto Nº 6.286, de 5 de Dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola -PSE, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2007; 6 dez.
22. Silva C, Pantoja A. Contribuições da avaliação na identificação da efetividade na promoção da saúde na escola no município Rio de Janeiro. *B Téc Senac* 2009; 35:36-49.
23. Montero K, Spencer G, Ariens B. Smart Roads: training Indonesian workers to become road safety ambassadors in industrial and community settings. *Global Health Promotion* 2012; 19(2):19-25.
24. Ferreira IRC, Moysés SJ, França BHS, Carvalho ML, Moysés ST. Percepções de gestores locais sobre a inter-setorialidade no Programa Saúde Escola. *Revista Brasileira de Educação* 2014; 19(56):61-76.
25. Magalhães R, Cardoso L, Affonso C, Dias PC, Brandão RA, Mattos M. *Análise da implementação do Programa Saúde na Escola em Manguinhos, RJ*. Relatório Projeto de Pesquisa Programa de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Pública (PDTSP). Rio de Janeiro: Vice-Presidência de Pesquisa Fiocruz; 2014.
26. Delormier T, Frohlich KL, Potvin L. Food and Eating as Social Practice-understanding eating patterns as social phenomena and implications for public health. *Sociology of Health Illness* 2009; 31(2):215-226.
27. Proença RPC, Silveira BM. Recomendações de ingestão e rotulagem de gordura trans em alimentos industrializados brasileiros: análise de documentos oficiais. *Rev Saude Publica* 2012; 46(5):923-928.
28. Carvalho AI, Westphal MF, Lima VLGP. Health Promotion in Brazil. *Promot Educ* 2007; (Supl. 1):7-12.
29. Hartz Z, Potvin L, Bodstein R, organizadores. *Avaliação em Promoção da Saúde: uma antologia comentada da parceria entre Brasil e Cátedra de Abordagens Comunitárias e Iniquidades em Saúde (CACIS) da Universidade de Montreal de 2002 a 2012*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); 2014.p. 219.
30. Salazar L. *Efetividad en Promoción de la Salud y Salud Pública*. Santiago del Cali: Programa Editorial Universidad del Valle; 2009.
31. Sá R, Schmaller V, Salles R, Freire S. *Utilização de evidências na construção e na expansão da rede pernambucana de Municípios Saudáveis*. In: Hartz Z, Potvin L, Bodstein R, organizadores. *Avaliação em Promoção da Saúde: uma antologia comentada da parceria entre Brasil e Cátedra de Abordagens Comunitárias e Iniquidades em Saúde (CACIS) da Universidade de Montreal de 2002 a 2012*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass); 2014.p.99-103.
32. Hartz Z, Goldberg C, Figueiró AC, Potvin L. Multies-tratégias na Avaliação de Intervenções Comunitárias em Promoção da Saúde. In: Hartz Z, Potvin L, Bodstein R, organizadores. *Avaliação em Promoção da Saúde: uma antologia comentada da parceria entre Brasil e Cátedra de Abordagens Comunitárias e Iniquidades em Saúde (CACIS) da Universidade de Montreal de 2002 a 2012*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass); 2014. p. 22-138.
33. Pawson R. Nothing as Practical as Good Theory. *Evaluation* 2003; 9(4):471-490.

