



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cienciasaudecoletiva@fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Queiroz de Oliveira, Rosana Therezinha; Ferraz Ignacio, Caroline; Almeida de Moraes Neto, Antonio Henrique; Macedo de Lima Barata, Martha

Matriz de avaliação de programas de promoção da saúde em territórios de
vulnerabilidade social

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 12, diciembre, 2017, pp. 3915-3932

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63053795009>

- 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

Matriz de avaliação de programas de promoção da saúde em territórios de vulnerabilidade social

Evaluation matrix for health promotion programs in socially vulnerable territories

Rosana Therezinha Queiroz de Oliveira¹

Caroline Ferraz Ignacio¹

Antonio Henrique Almeida de Moraes Neto¹

Martha Macedo de Lima Barata²

Abstract Health promotion has a set of strategies for advancing health and reducing inequalities. However, evaluating the effectiveness of health promotion programs has been a challenge. This paper shows the development and application of the Evaluation Matrix, constructed with qualitative-quantitative and multidimensional indicators supported by public policies targeting socially vulnerable territories. This is a cross-sectional study with the implementation of a health promotion program in order to develop an Evaluation Matrix to be applied in two distinct socio-environmentally vulnerable areas. The Evaluation Matrix proved to be easily applicable and enabled the detection of strengths and weaknesses of health promotion programs applied in different territories. The participation of managers, teams, population and multiple sectors of society was decisive for the success of the program. Furthermore, community health workers stood out as essential stakeholders due to their linkages with the population. Contributions include a tool and methodology for evaluating health promotion programs to be applied in different territories and modified according to the territory.

Key words Primary Health Care, Inequities, Territory

Resumo A promoção da saúde possui um conjunto de estratégias para trazer saúde e reduzir desigualdades. No entanto, tem sido um desafio avaliar a efetividade de programas de promoção de saúde. Este artigo apresenta o desenvolvimento e a aplicação de Matriz de Avaliação, construída por meio de indicadores quali-quantitativos e multidimensionais, que estão apoiados nas políticas públicas voltadas para territórios com vulnerabilidade social. Estudo transversal, com realização de programa de promoção da saúde e a finalidade de desenvolver uma Matriz de Avaliação, com possibilidade de aplicação em duas áreas de distinta vulnerabilidade socioambiental. A Matriz de Avaliação demonstrou ser de fácil aplicação e permitiu detectar os pontos fortes e fracos dos programas de promoção da saúde aplicados em diferentes territórios. Verificou-se que a adesão dos gestores, das equipes, da população e dos diversos setores da sociedade foram decisivos para o sucesso do programa. Adicionalmente, os agentes de saúde se destacaram como atores essenciais devido ao seu vínculo com a população. As contribuições incluem instrumento e metodologia para avaliar os programas de promoção da saúde, que podem ser aplicados em realidades distintas e modificados de acordo com o território.

Palavras-chave Atenção básica, Iniquidades, Território

¹ Laboratório de Inovações em Terapias, Ensino e Bioproductos, Instituto Oswaldo Cruz (IOC), Fiocruz. Av. Brasil 4365/Pavilhão Laura Travassos/Térreo, Manguinhos. 21040-900 Rio de Janeiro RJ Brasil. ahmn@ioc.fiocruz.br

² Assessoria de Planejamento Estratégico, IOC, Fiocruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

Em 1946, Sigerist se referiu ao termo “promoção da saúde”, ao definir as tarefas essenciais da medicina como: promoção da saúde, prevenção das doenças, recuperação dos enfermos e reabilitação¹.

A partir da década de 70, com o resgate do pensamento médico social do século XIX, o termo promoção da saúde voltou a ser utilizado principalmente no Canadá e em países da Europa ocidental, a partir da discussão acerca da efetividade da assistência médica curativa de alta tecnologia, da medicalização crescente da saúde e da necessidade de reduzir o custo do modelo biomédico vigente².

A partir da década de 1980, as Conferências Internacionais de Ottawa (1986), Adelaide (1988) e Sundsvall (1991) deram início ao movimento em prol da promoção da saúde em âmbito global, e trouxeram para a discussão os conceitos de saúde, risco, vulnerabilidade social, território, intersetorialidade, participação e vigilância, como também, as bases conceituais e políticas atuais de promoção da saúde³.

No Brasil, essa discussão foi inspirada no modelo progressista, com posicionamento científico e de análise crítica da relação saúde e sociedade. A partir dela, houve extensa produção de trabalhos voltados para entender esta relação e a origem dos perfis epidemiológicos distintos existentes em nossa sociedade, caracterizada pela desigualdade. Foi a partir desses entendimentos que a promoção da saúde começou a ser percebida a partir de seus determinantes e a concepção do processo saúde-doença começou a ser ampliada³.

Nas últimas duas décadas, alguns países da América Latina e do Caribe implementaram reformas em seus sistemas de saúde que fomentaram a inclusão, a participação cidadã e o acesso equitativo aos cuidados de saúde⁴. Apesar destas iniciativas, na maioria dos países desta região ainda são grandes as desigualdades nas coberturas das intervenções de saúde.

No Brasil, os avanços econômicos observados durante o regime militar desproporcionalmente beneficiaram as parcelas privilegiadas da sociedade, e os movimentos pela democracia proporcionaram uma expansão da discussão das necessidades da população, desse modo provocando a Reforma Sanitária⁵. A construção do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir dos princípios de universalização, equidade e integralidade, foi um compromisso do Estado em atender o seu dever de proporcionar políticas que promovam a saúde. É diante desse contexto que a Atenção Básica

do SUS, prioritariamente por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), desempenha função importante ao ser designada como responsável pelo acesso humanizado, pela coordenação do cuidado, da integralidade da oferta de serviços e da equidade em suas ações⁶. Programas de promoção da saúde têm sido implementados pelo SUS com o objetivo de reduzir as desigualdades nos diferentes territórios⁷, mas não há evidências de um instrumento de avaliação que tenha origem na realidade social territorializada^{8,9}, que contemple a participação de setores da sociedade e das partes interessadas⁷.

A necessidade de acompanhar a qualidade de sistemas de saúde através de monitoramento e avaliações sistemáticas vem sendo enfatizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁰, porém geralmente utilizam medidas de resultados que partem da doença, como índices de mortalidade e morbidade. Estudos prévios têm demonstrado que a promoção da saúde tem potencial para atuar com efetividade no processo saúde-doença de forma coerente com a realidade de cada território^{2,3,7}; mas, a avaliação de programas de promoção de saúde apresenta um desafio, pois a promoção da saúde possui um olhar diferenciado, baseado na territorialidade e desvinculado do olhar exclusivamente biomédico de doença. A União Internacional de Promoção da Saúde e Educação em Saúde (UIPES), em colaboração com a OMS, a partir de 2002, passou a apoiar iniciativas de avaliação e evidenciação da efetividade da promoção da saúde a gestores do Sistema de Saúde¹⁰. Em 2004, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) engajou-se nesse debate que ressaltou a relevância do estabelecimento de políticas e/ou programas de promoção da saúde, construídos a partir de metodologia participativa e de pactuação de valores e princípios norteadores da avaliação em promoção da saúde¹⁰.

No âmbito nacional, o SUS conta com um sistema que avalia o seu desempenho (PROADESS)¹¹ e um Programa que avalia a qualidade dos serviços da Atenção Básica (PMAQ)¹², no entanto, não possui uma ferramenta que avalie sua proposta de qualificação das ações de promoção da saúde.

A Academia também vem abordando esse desafio: Restrepo¹³ considera que a avaliação da promoção da saúde deve estar inserida no planejamento das ações e ser desenvolvida por meio da participação social e da sustentabilidade das ações. Pedrosa⁷ ressalta essa característica da avaliação da promoção da saúde, ao afirmar que esta necessita ser participativa, onde os atores envol-

vidos negociam, pactuam e decidem de forma coletiva, a fim de atingir as mudanças desejadas. Para este autor⁷, a avaliação, assim pensada, atua entre o instituído e o instituinte, sendo transdisciplinar e multicultural, destacando a necessidade de ser institucionalizada para ser efetiva, pois é da articulação da avaliação e seu objeto que as questões, os critérios e os parâmetros da avaliação são construídos.

Estas tendências também estão presentes no modelo de avaliação da qualidade: “Modelo Sistêmico de Avaliação”, proposto por Donabedian^{14,15}, que é composto pela análise das dimensões: estrutura, processo e resultados, e a seleção de diversos indicadores para cada dimensão. Eles são utilizados de forma conjunta e com a intenção de permitir, aos atores envolvidos com o fazer em saúde, a apropriação de métodos e ferramentas, tanto para a realização de um diagnóstico acerca da organização e do funcionamento dos serviços e práticas, quanto para a construção de projetos de intervenção sobre os desafios identificados.

O desafio de avaliar programas de promoção de saúde é ainda maior quando considera a complexidade do processo saúde-doença em áreas de vulnerabilidade socioambiental, onde as doenças da pobreza coexistem com as doenças crônicas não-transmissíveis, com as causas externas de lesões, as condições de saneamento e dificuldades no acesso às medidas profiláticas, incluindo tratamento e medidas educativas¹⁶⁻²⁰. É nesse contexto que as infecções por parasitas intestinais (IPIs) perpetuam o ciclo doença-pobreza-doença¹⁸, ao prejudicar a função cognitiva e o desempenho escolar e, consequentemente, as condições de empregabilidade^{6,21}. O impacto das IPIs tem sido amplamente ignorado no Brasil e em outros países em desenvolvimento, negligenciando-se ainda mais essas doenças^{18,22,23}.

Esse estudo parte da hipótese que indicadores quali-quantitativos e multidimensionais em saúde contribuem para a avaliação da efetividade de programas de promoção da saúde apoiados em políticas públicas, na promoção da saúde percebida a partir de seus determinantes e na concepção ampliada do processo saúde-doença³.

Assim, o objetivo do estudo foi desenvolver uma Matriz de Avaliação a partir da realização de um programa de promoção da saúde, tendo como tema o enfrentamento das parasitoses intestinais (PIs) em territórios em situação de vulnerabilidade, utilizando para sua construção, além da base teórica da promoção da saúde, a do modelo da avaliação da qualidade^{14,15}, do planejamento em saúde^{8,13} e da avaliação⁷.

Métodos

Estudo transversal, quali-quantitativo, por meio da realização de um programa de promoção da saúde, no período 2013 a 2015, com a utilização da observação participante, entrevistas e censo nos 559 domicílios cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Laje do Muriaé, RJ, visando à construção da Matriz de Avaliação e posterior testagem de sua aplicabilidade em territórios com realidades distintas. O programa contou para sua realização com a parceria da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), adesão da equipe da ESF e de Endemia, das Secretarias Municipais de Cultura e de Educação. Houve a participação de estudantes do Ensino Médio do município, integrantes do Programa de Pré-Iniciação Científica Jovens Talentos para Ciência, da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ).

Áreas de estudo

O programa de promoção de saúde foi desenvolvido no Município de Laje do Muriaé, que está situado no noroeste fluminense ($21^{\circ}12'24"S$, $42^{\circ}7'57"O$), Rio de Janeiro, Brasil. Possui o segundo maior Índice de Vulnerabilidade Social (IVSop=0,82, sendo 1 o mais vulnerável)²⁴, o maior índice de redução de população do Estado (-0,53% ao ano)²⁵, segundo menor Produto Interno Bruto (PIB) do Estado²⁵ e elevado contingente cadastrado no Programa Bolsa Família (4.208 habitantes, 60,0%)²⁵.

Laje do Muriaé possui área total de 250 km², 7.487 habitantes²⁵, sendo que 3.126 (42%) possuem alguma ocupação, e destes, apenas 940 (30%) possuem vínculo formal de trabalho. O município apresenta precárias condições de saneamento, esgoto encanado, mas esgotado *in natura* no Rio Muriaé, que percorre toda sua área urbana.

A Matriz foi aplicada posteriormente no Complexo de Favelas de Manguinhos, localizado na zona norte do município do Rio de Janeiro ($22^{\circ}52'47.04"S$, $43^{\circ}14'57.18"O$), com aproximadamente 40.000 pessoas²⁶. O Complexo é composto em sua maioria por trabalhadores assalariados, subempregados e/ou desempregados, precárias condições de saneamento e de abastecimento de água e deficiência de serviços públicos²⁷. Por não ser um município e nem se enquadrar nas delimitações de bairro, o Complexo de Favelas de Manguinhos possui menos dados populacionais oficiais, porém, Manguinhos é

uma região com problemas ligados à pobreza e à crescente violência²⁸. As comunidades convivem também com a poluição do ar, água e solo, resultantes de indústrias poluentes, no caso, a refinaria de Manguinhos.

Ambas localidades possuem condições ambientais determinantes no desenvolvimento dos processos de saúde-doença.

Etapas do programa de promoção da Saúde

O programa realizado em Laje do Muriaé foi estruturado em três etapas (Figura 1):

1. Diagnóstico situacional (pré-teste), visando identificar: frequência e perfil das parasitoses intestinais; conhecimentos, atitudes e práticas acerca das PIs e as condições socioambientais²⁹.

2. Intervenção educacional: ações de educação em saúde com a população a partir da situação-problema identificada, utilizando práticas integrativas considerando a cultura e saberes locais e de ações de educação continuada.

3. Reavaliação epidemiológica, socioambiental e educacional (pós-teste)²⁹ e a avaliação da qualidade da água de consumo humano e do solo do peridomicílio³⁰, com distribuição de material educativo sobre o cuidado adequado da água de consumo humano, caixas d'água e filtros.

Em todas as etapas, as observações feitas junto à população e à equipe da ESF foram registradas²⁸, visando identificar indicadores quali-quantitativos, numa perspectiva participativa multidimensional para a construção da Matriz de Avaliação.

Todas as etapas também foram realizadas em parceria com as agentes comunitárias de saúde. O cadastro dos participantes foi feito por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinado pelo representante legal da família. A parceria com a SMS se deu após a pactuação dos objetivos do programa, quando foram assinados os Termos de Compromisso com os gestores e Termos de Anuência com a equipe da ESF.

Construção da Matriz de Avaliação

O monitoramento do programa de promoção da saúde adaptado de Moraes Neto et al.²⁹ permitiu categorizar as etapas do programa nas dimensões: estrutura, processos e resultados^{14,15}, e identificar a necessidade de mapear os processos de trabalho de cada dimensão^{14,15}. A análise deste mapeamento permitiu traçar o fluxo das etapas de realização do referido programa³¹ (Figura 1) e

identificar a eficiência e eficácia³² de cada dimensão (pontos fracos e fortes)^{31,32}, realizando, assim, os ajustes necessários. Estes resultados permitem avaliar a articulação entre a estrutura, os processos, os resultados³², e identificar a existência de mais duas dimensões além das propostas pelo modelo sistêmico de Donabedian^{14,15}:

1. *Contexto*, uma vez que o programa teve início pela negociação e pactuação com a equipe da ESF e partes interessadas;

2. *Continuidade*, em virtude de descontinuidade do programa, devido a não inclusão do mesmo no Plano Municipal de Saúde de Laje do Muriaé.

Permitiu também identificar que o programa contemplava os nove princípios da PNPS⁶ e, portanto, que a construção dos descritores de pesquisa deveria estar vinculada a estes princípios.

Instrumento de avaliação (questionário)

O instrumento de avaliação (questionário) foi elaborado a partir de:

1. Identificação de 23 descritores de avaliação vinculados aos princípios da política (Quadro 1);

2. Atribuição de questões para cada descritor;

3. Estabelecimento da tipologia destas questões:

- fechadas com escala: sim, não, não sei;

- semiabertas que permitem o acréscimo de comentários e;

- desdobradas de algumas questões importantes para a obtenção de maior qualidade das informações³².

Validação da aplicabilidade

O processo de validação do instrumento de avaliação (questionário que utilizou micros e macros análises, partindo de sua aplicabilidade) foi avaliado pela Técnica Delphi adaptada, com a colaboração de especialistas em Educação, promoção da saúde e serviços de saúde com a utilização de encontros presenciais³³ (Figura 2).

A submissão à Técnica Delphi, gerou reformulações do questionário de avaliação³³; cada especialista contribuiu para a melhoria da aplicabilidade do instrumento:

1. A especialista em Educação aprofundou o instrumento através da ampliação do seu caráter qualitativo;

2. A especialista em promoção da saúde reduziu o tamanho do questionário, implementando melhorias no enunciado e diminuindo o tempo de aplicação para aproximadamente 15 minutos;

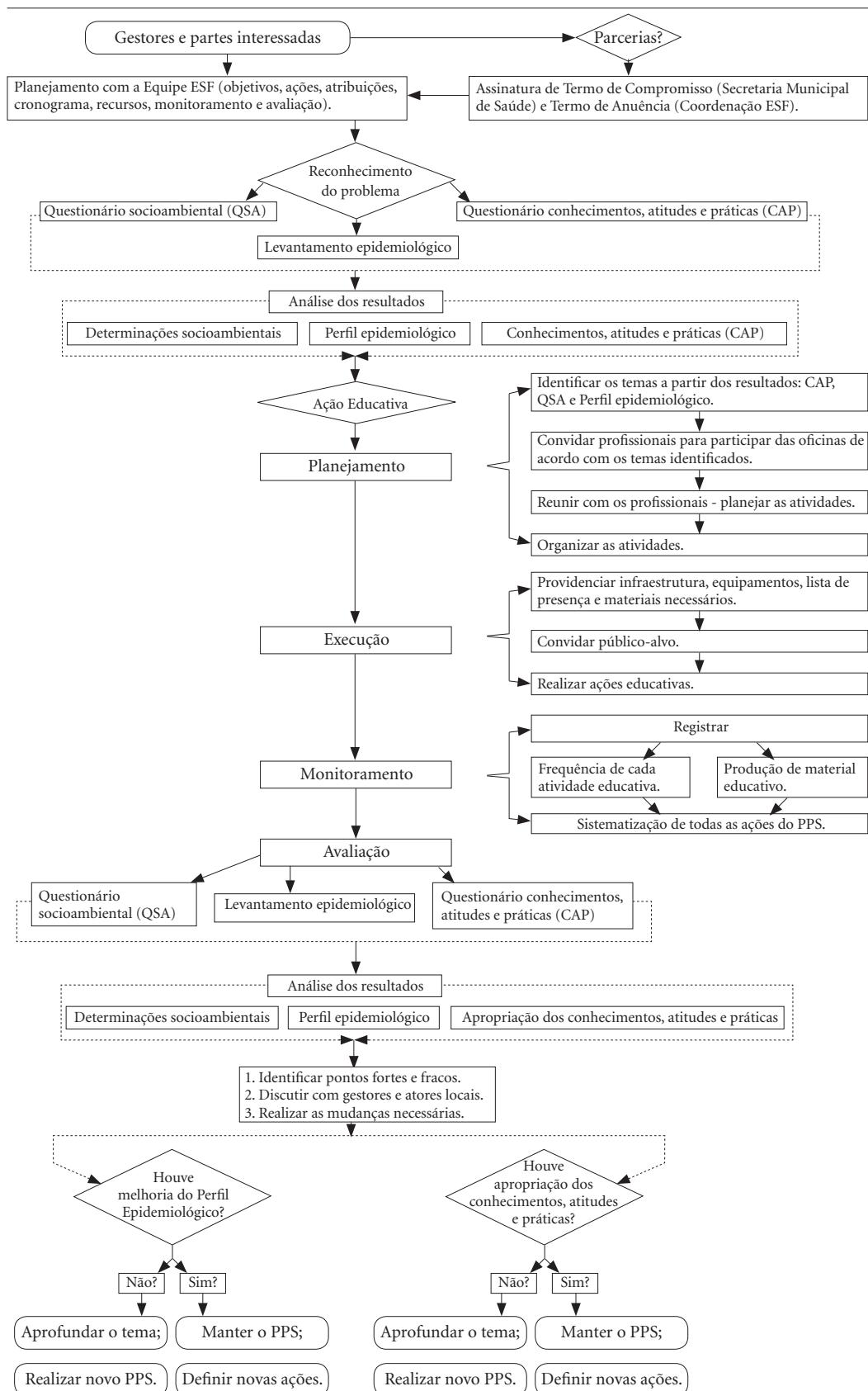


Figura 1. Fluxo do Modelo de programa de promoção da saúde desenvolvido no município de Laje do Muriaé, Rio de Janeiro, 2013-2015.

Quadro 1. Princípios da Política Nacional de Promoção da Saúde (2015) e os descritores que atendem a esses princípios, 2013-2015.

Princípios da PNPS	Descritores
Sustentabilidade	D.1. Necessidade de permanência e continuidade de ações e intervenções, levando em conta as dimensões política, econômica, social, cultural e ambiental.
Intrassectorialidade	D.2. Adesão dos gestores de saúde locais no processo de planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação.
Intrassectorialidade	D.3. Participação de outros setores com vínculo na promoção da saúde, visando à construção de redes cooperativas e resolutivas.
Intersetorialidade e Participação social	D.4. Participação de diferentes partes interessadas no processo de planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação.
Intersetorialidade	D.5. Parcerias com outras instituições municipais, estaduais e federais.
Sustentabilidade	D.6. Espaço adequado para realizar as diferentes ações do Programa de Promoção da Saúde.
	D.7. Alocação de recursos financeiros específicos para realizar PPS.
	D.8. Capacitação e adesão da equipe para realizar o Programa de Promoção da Saúde.
Territorialidade	D.9. Reconhecimento dos conhecimentos, atitudes e práticas da população.
Territorialidade	D.10. Reconhecimento dos determinantes socioambientais.
Territorialidade	D.11. Reconhecimento do perfil epidemiológico da população.
Equidade	D.12. Reconhecimento de situações vulneráveis (complexidade e singularidade) dos indivíduos e de grupos.
Empoderamento	D.13. Intervenção estimula os sujeitos a adquirirem o controle das decisões e das escolhas de modos de vida (autocuidado).
Territorialidade	D.14. Valoriza os saberes populares e tradicionais e as práticas integrativas e complementares.
Integralidade	D.15. Considera as complexidades, singularidades e especificidades dos indivíduos e grupos do território.
Participação social	D.16. Participação de forma equânime da população.
Intersetorialidade	D.17. Participação de diferentes profissionais.
Territorialidade	D.18. Monitoramento e comparação dos determinantes socioambientais da saúde.
Territorialidade	D.19. Acompanhamento e comparação dos conhecimentos, atitudes e práticas da população.
Territorialidade	D.20. Monitoramento e comparação do perfil epidemiológico da população.
Autonomia	D.21. Possibilidade de indivíduos terem capacidade de escolha consciente de prioridades, considerando a coletividade
Sustentabilidade	D.22. Reconhecimento dos resultados pela equipe local, gestores e população.
Sustentabilidade	D.23. Necessidade de permanência e continuidade de ações e intervenções, levando em conta as dimensões política, econômica, social, cultural e ambiental.

3. A especialista em serviços de saúde estimulou a abrangência das questões visando à capacidade de adaptar o instrumento de acordo com as necessidades de diferentes territórios com perfis epidemiológicos variados.

As diferenças no foco das análises não foram estimuladas, surgiram espontaneamente dos avaliadores. Após obter o consenso dos especialistas, foi estabelecido o questionário que compôs a Matriz de Avaliação.

Em seguida, foram atribuídos pontos às questões:

1. Questões fechadas com escala: sim = 2, não = 1, não sei = 0;

2. Questões desdobradas, 1 (um) ponto para cada opção assinalada;

3. Questões semiabertas: 1 (um) ponto para cada elemento acrescentado;

4. Tempo da aplicação dos questionários após ação educativa:

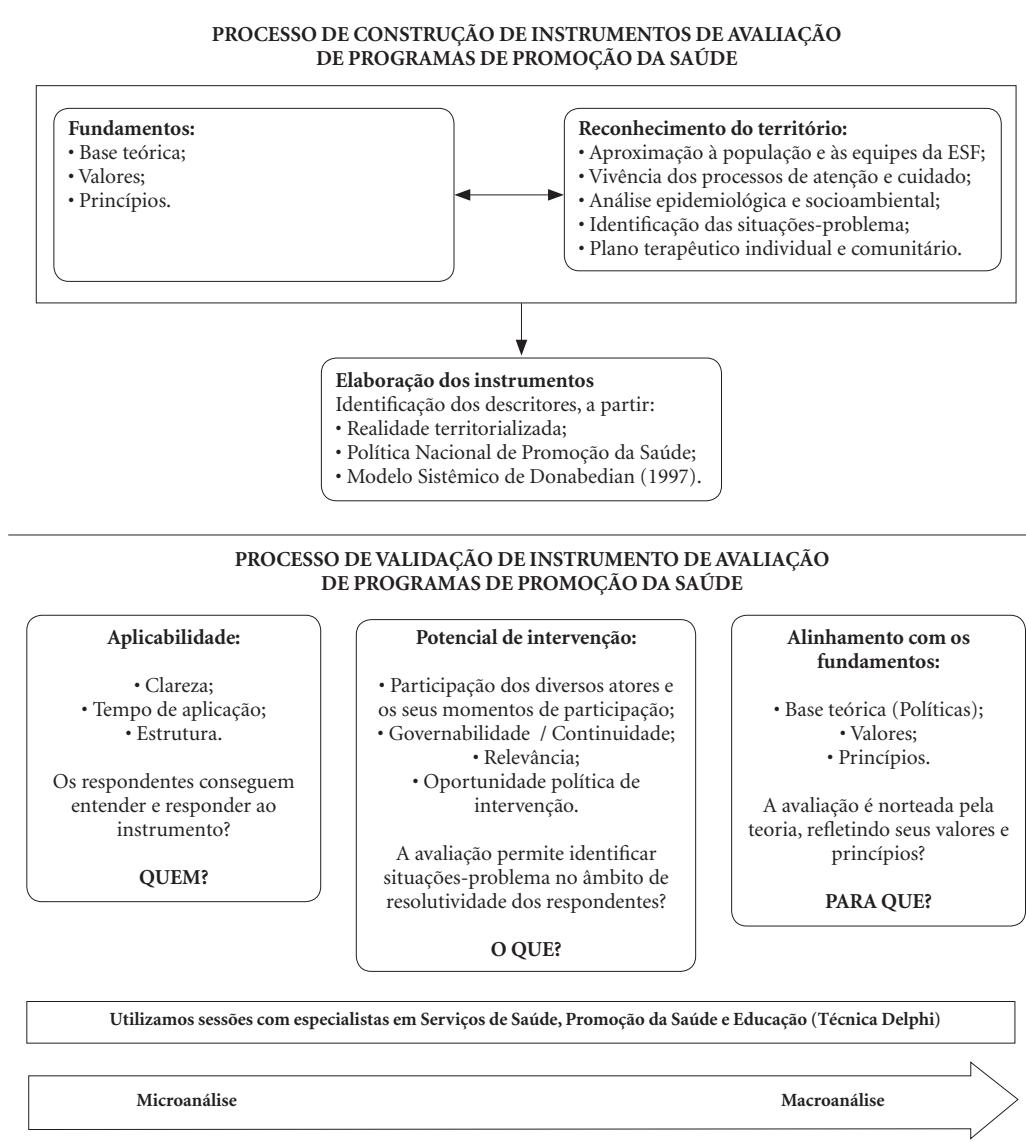


Figura 2. Processo de Construção e de Validação de Instrumento de Avaliação.

Pontos	Tempo
1 ponto	menos de 6 meses
2 pontos	6 meses
3 pontos	6 meses a 1 ano
4 pontos	1 ano a 2 anos
5 pontos	mais de 2 anos ¹⁶

A partir da atribuição dos pontos, foram estabelecidos os intervalos e a classificação da pontuação obtida com a aplicação da Matriz de Avaliação (Quadro 2).

Alinhamento teórico e potencial de Intervenção da Matriz de Avaliação

A Matriz de Avaliação teve seu potencial de intervenção e alinhamento com os fundamentos teóricos discutidos e avaliados em três Oficinas, que contaram com a participação de pesquisadores em saúde pública, profissionais de saúde da ESF e gestores municipais de saúde.

Quadro 2. Matriz de Avaliação de Programas de Promoção da Saúde.

MATRIZ DE AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE				
Dimensões	Questões	Indicador Qualitativo	Indicador Quantitativo	Pontos
Contexto	1. O Programa de Promoção da Saúde consta do relatório da Conferência Municipal de Saúde e do Plano Municipal de Saúde?	() Sim () Não () Não sei	-	
	2. O Programa de Promoção da Saúde contou com a participação dos gestores de saúde locais?	() Sim () Não () Não sei	-	
	2.1. Em que momento houve essa participação?	-	Marcar quantas opções forem necessárias. () Planejamento () Execução () Monitoramento () Avaliação	
	3. O Programa de Promoção da Saúde contou com a participação de outros setores com vínculo na promoção da saúde (educação, assistência social, meio ambiente, outros)?	() Sim () Não () Não sei	-	
	3.1. Quais foram?	-	Marcar quantas opções forem necessárias. () Educação () Assistência Social () Meio Ambiente () Outros:	
	3.2. Em que momento houve a participação desses setores?	-	Marcar quantas opções forem necessárias. () Planejamento () Execução () Monitoramento () Avaliação	

continua

Oficina 1: Alinhamento teórico

*A Relevância da Avaliação e Monitoramento de Programas de Promoção da Saúde, no âmbito do Centro de Estudos do IOC/FIOCRUZ: com a apresentação de três palestras e debate pela plenária.

- Promoção da saúde e criatividade.
- A avaliação e monitoramento de programa de saúde e a gestão das cidades.
- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

Oficinas 2 e 3: Potencial de intervenção

*Programas de promoção da saúde: relevância da avaliação e monitoramento para a gestão pública.

*Programas de promoção da saúde: relevância da avaliação e monitoramento para a população.

Quadro 2. continuação

MATRIZ DE AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE				
Dimensões	Questões	Indicador Qualitativo	Indicador Quantitativo	Pontos
Contexto	4. O Programa de Promoção da Saúde contou com a participação de diferentes partes interessadas?	() Sim () Não () Não sei	-	
	4.1. Quais foram?	-	Marcar quantas opções forem necessárias. () Indivíduos () Imprensa () Instituições () Grupos organizados () Conselhos () Entidades () Sindicatos () Igrejas () Partidos políticos () Outras:	
	4.2. Em que momento houve essa participação?	-	Marcar quantas opções forem necessárias. () Planejamento () Execução () Monitoramento () Avaliação	
	5. O Programa de Promoção da Saúde contou com parcerias de outras instituições municipais, estaduais e federais?	() Sim () Não () Não sei	-	
	5.1. Quais foram?	-	Marcar quantas opções forem necessárias. () Municipais () Estaduais () Federais () Outras:	
	5.2. Em que momento houve essa participação?	-	Marcar quantas opções forem necessárias. () Planejamento () Execução () Monitoramento () Avaliação	

continua

As Oficinas 2 e 3 foram gravadas e as sugestões foram registradas por dois relatores, que foram lidas ao final da plenária e, após a aprovação dos participantes, foram incorporadas à Matriz de Avaliação (Quadro 2).

Em seguida, a Matriz de Avaliação foi aplicada ao coordenador e aos agentes de saúde que atuaram nos programas realizados em Laje do Muriaé e no Complexo de Manguinhos, este, por livre escolha da equipe da ESF da Clínica da Família

Quadro 2. continuação

MATRIZ DE AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE				
Dimensões	Questões	Indicador Qualitativo	Indicador Quantitativo	Pontos
Estrutura	6. O espaço disponível para realizar o Programa de Promoção da Saúde era adequado?	() Sim () Não () Não sei	-	
	7. O Programa de Promoção da Saúde obteve recursos financeiros necessários para sua realização?	() Sim () Não () Não sei	-	
	8. Houve adesão da equipe para realizar o Programa de Promoção da Saúde?	() Sim () Não () Não sei	-	
	8.1. Houve capacitação da equipe para realizar o Programa de Promoção da Saúde?	() Sim () Não () Não sei	-	
Processo	9. Foi realizado levantamento dos conhecimentos, atitudes e práticas da população?	() Sim () Não () Não sei	-	
Resultado	9.1. A equipe da ESF identificou os conhecimentos, atitudes e práticas da população?	() Sim () Não () Não sei	-	
Processo	10. Foi realizado levantamento socioambiental da população?	() Sim () Não () Não sei	-	
Resultado	10.1 A equipe da ESF identificou o perfil socioambiental da população?	() Sim () Não () Não sei	-	
Processo	11. Foi realizado levantamento epidemiológico da população?	() Sim () Não () Não sei	-	
Resultado	11.1. A equipe da ESF identificou o perfil epidemiológico da população?	() Sim () Não () Não sei	-	
Processo	12. A equipe ao identificar situações de vulnerabilidade (casos complexos e / ou singulares) de indivíduos ou de grupos, teve capacidade de produzir respostas?	() Sim () Não () Não sei	-	
	13. Foi realizada “Ação Educativa”?	() Sim () Não () Não sei	-	
	13.1. A metodologia utilizada levou à problematização dos temas abordados?	() Sim () Não () Não sei	-	
	13.2. Favoreceu a construção de novas estratégias de forma coletiva?	() Sim () Não () Não sei	-	
	13.3. Possibilitou a mudança de estilos/ hábitos de vida (autocuidado)?	() Sim () Não () Não sei	-	

continua

Victor Valla, a partir da autorização da Coordenação de Ensino e Pesquisa do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, RJ. Os resultados dessas aplicações passaram por análise descritiva (distribuição de frequências das variáveis).

Considerações éticas

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Fiocruz: CEP/IOC/Fiocruz 2013, Plataforma Brasil.

Resultados

As observações registradas durante a realização do programa de promoção da saúde em Laje do Muriaé identificaram os agentes de saúde como os profissionais de saúde da ESF envolvidos em todas as etapas, com maior proximidade com a população. Houve adesão dos demais membros da equipe de saúde, porém, se mantiveram no ambiente da Unidade de Saúde, oferecendo suporte para as ações de promoção de saúde direcionadas pelos agentes de saúde. Em 2015, os

Quadro 2. continuação

MATRIZ DE AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE				
Dimensões	Questões	Indicador Qualitativo	Indicador Quantitativo	Pontos
Processo	14. Quais atividades foram realizadas na “Ação Educativa”?	-	Marcar quantas opções forem necessárias. <input type="checkbox"/> Oficinas <input type="checkbox"/> Criação de frases (slogan) <input type="checkbox"/> Jogos educativos <input type="checkbox"/> Rodas de conversa <input type="checkbox"/> Guias ou manuais <input type="checkbox"/> Dramatização <input type="checkbox"/> Cartazes <input type="checkbox"/> Palestras <input type="checkbox"/> Outras:	
	15. A “Ação Educativa” foi planejada a partir da situação-problema identificada?	() Sim () Não () Não sei	-	
	15.1. Houve distribuição de material educativo?	() Sim () Não () Não sei	-	
	15.2. A linguagem utilizada no material educativo estava adequada à realidade sociocultural e ao saber da população?	() Sim () Não () Não sei	-	
	16. Houve adesão da população na “Ação Educativa” realizada?	() Sim () Não () Não sei	-	
	16.1. Quais meios de divulgação foram utilizados para convidar a população para a “Ação Educativa”?	-	Marcar quantas opções forem necessárias. <input type="checkbox"/> Visita domiciliar <input type="checkbox"/> Carro de som <input type="checkbox"/> Panfletos <input type="checkbox"/> Redes sociais <input type="checkbox"/> Correio eletrônico <input type="checkbox"/> Outros:	
	17. Houve a participação de profissionais de outras áreas de formação?	() Sim () Não () Não sei	-	
	18. Foi realizado levantamento socioambiental da população após a “Ação Educativa”?	() Sim () Não () Não sei	-	
	18.1. Quanto tempo após a “Ação Educativa”?	-	<input type="checkbox"/> Menos de 6 meses <input type="checkbox"/> 6 meses <input type="checkbox"/> Entre 6 meses e 1 ano <input type="checkbox"/> Entre 1 e 2 anos <input type="checkbox"/> Mais de 2 anos.	
Resultado	18.2. A equipe da ESF identificou melhorias das condições socioambientais?	() Sim () Não () Não sei	-	

continua

Quadro 2. continuação

MATRIZ DE AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE				
Dimensões	Questões	Indicador Qualitativo	Indicador Quantitativo	Pontos
Processo	19. Foi realizado levantamento dos conhecimentos, atitudes e práticas da população após a “Ação Educativa”?	() Sim () Não () Não sei	-	
	19.1. Quanto tempo após a “Ação Educativa”?	-	() Menos de 6 meses () 6 meses () Entre 6 meses e 1 ano () Entre 1 e 2 anos () Mais de 2 anos.	
Resultado	19.2. A equipe da ESF identificou apropriação dos conhecimentos, atitudes e práticas pela população?	() Sim () Não () Não sei	-	
Processo	20. Foi realizado levantamento do perfil epidemiológico da população após a “Ação Educativa”?	() Sim () Não () Não sei	-	
	20.1. Quanto tempo após a “Ação Educativa”?	-	() Menos de 6 meses () 6 meses () Entre 6 meses e 1 ano () Entre 1 e 2 anos () Mais de 2 anos.	
Resultado	20.2. A equipe da ESF identificou melhoria no perfil epidemiológico?	() Sim () Não () Não sei	-	
Processo	21. A população e a(s) parte(s) interessada(s) participaram da definição de prioridade dos temas abordados na “Ação Educativa”?	() Sim () Não () Não sei	-	
	22. Os resultados foram discutidos pela equipe local e gestores?	() Sim () Não () Não sei	-	
	22.1. Houve divulgação dos resultados para a população?	() Sim () Não () Não sei	-	
	22.2. Quais foram as estratégias de divulgação?			Marcar quantas opções forem necessárias.
				() Reunião periódica da equipe da ESF
				() Reunião do Conselho Municipal de Saúde
				() Página eletrônica
				() Rede social
				() Formulário para sugestões, críticas e comentários
				() Outras:

continua

Quadro 2. continuação

MATRIZ DE AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE				
Dimensões	Questões	Indicador Qualitativo	Indicador Quantitativo	Pontos
Continuidade	23. Houve indicação de desdobramentos e/ou aprofundamento dos temas a partir da avaliação dos resultados do Programa de Promoção da Saúde?	() Sim () Não () Não sei	-	
	23.1. Houve a indicação de permanência, visando à institucionalização do Programa de Promoção da Saúde?	() Sim () Não () Não sei	-	
	23.2. O Programa de Promoção da Saúde foi mantido no relatório da Conferência Municipal de Saúde e do Plano Municipal de Saúde?	() Sim () Não () Não sei		
TOTAL				
Pontuação				
Intervalos			Classificação	
104 a 130			Excelente	
77 a 103			Muito bom	
50 a 76			Bom	
23 a 49			Ruim	
0 a 22			Péssimo	

agentes comunitários de endemias passaram a integrar a equipe da ESF³⁴ e, com isso, aderiram ao programa nas etapas: dois, participando das ações de educação em saúde e de educação continuada; e, três (no pós-teste), na coleta de água de consumo humano e do solo do peridomicílio para análises físico-química e colimétrica.

A coordenação e os gestores do município de Laje do Muriaé apoiaram as ações por meio da ampliação da governabilidade dos agentes de saúde para a realização do programa e a resolução de situações-problema, como os resultados de positividade para *Taenia* sp, que requereu ações específicas da equipe da ESF. Ao longo da realização do programa, a população se envolveu ativamente, participando das atividades planejadas e buscando a continuidade deste junto aos agentes de saúde. A inclusão de alunos do Ensino Médio do Programa de Pré-Iniciação Científica favoreceu a adesão da população, uma vez que eram usuários da ESF.

O fato das ações educativas contarem com a participação da população, dos gestores e das partes interessadas e refletirem as características específicas do território estudado, facilitou a construção de conhecimento por todos os atores envolvidos e favoreceram a identificação conjunta de mecanismos de promoção, prevenção e controle no caso da associação positiva entre *A.*

lumbricoides e *Taenia* sp (2/11 (18,2%) vs. 5/764 (0,7%), $p = 0,003$ (teste exato de Fisher).

A análise dos conhecimentos, atitudes e práticas (CAP) dos moradores no pós-teste, quando comparados aos do pré-teste, mostraram que 88,3% destes passaram a considerar a verminose como: *doença/contaminação causada por vermes*, e não mais: *é natural, todo mundo tem, a gente já nasce com ele*. O resultado do perfil epidemiológico do pós-teste foi melhor do que o pré-teste, uma vez que não foi observada associação entre parasitas (*A. lumbricoides* e *Taenia* sp).

No entanto, apesar de 99,3% dos domicílios receberem água tratada, a observação participante revelou que a população tinha o hábito de beber água de poço ou de mina, e, por isso, foi realizada no pós-teste a análise da água de consumo humano e do solo do peridomicílio, mostrando que 84,2% da água coletada nos domicílios, minas d'água e poços estavam impróprias para o consumo humano, devido à presença de coliformes fecais *E. coli* e/ou *Salmonella* sp. A prevalência de PIs no solo foi de 82,7%.

A Matriz de Avaliação demonstrou ser de fácil aplicação e permitiu detectar os pontos fortes e fracos dos programas de promoção da saúde, realizados em territórios com características diferenciadas: Laje do Muriaé e Manguinhos.

Os principais pontos fortes e fracos identificados na avaliação feita pela equipe de Laje do Muriaé estão no Quadro 3.

Tempo de aplicação da Matriz de Avaliação à equipe de Laje do Muriaé foi em média de 15 minutos. A média da pontuação foi de 102 (78,5%), correspondendo à classificação “Muito bom”.

Os principais pontos fortes e fracos identificados na avaliação feita pela equipe do Complexo de Manguinhos estão no Quadro 4.

Tempo de aplicação da Matriz de Avaliação à equipe do Complexo de Manguinhos foi em média de 13 minutos. A média da pontuação foi de 75 (57,7%), correspondendo à classificação “Bom”.

Discussão

A elaboração da Matriz de Avaliação partiu das hipóteses que indicadores qualquantitativos e multidimensionais em saúde contribuem para avaliação da efetividade de programas de promoção da saúde e que estes programas são efetivos na promoção, prevenção e controle das doenças da pobreza. Considerou também que a construção de indicadores em saúde deve partir da realidade social⁸ e da participação e negociação entre as partes interessadas, como sugerido por Pedrosa⁷ e Restrepo¹³.

Pinheiro e Silva-Junior³³ afirmaram ser necessária a articulação colaborativa entre gestores e avaliadores para a institucionalização de programas de promoção da saúde. Os resultados da aplicação da Matriz de Avaliação nas duas localidades também mostraram a importância da adesão dos gestores de saúde e das partes interessadas nas negociações, mas também a necessidade de sua inserção no Plano Municipal de Saúde, para garantir sua sustentabilidade e consequente institucionalização.

Para Pedrosa⁷ a falta de institucionalização se deve aos gestores municipais não considerarem a promoção da saúde como uma política pública; para eles, o importante é o tratamento, entendendo promoção da saúde como uma prevenção antecipada cronologicamente³⁵. Para Felisberto³⁶, a institucionalização da avaliação deve ser entendida como uma contribuição para a qualificação da Atenção Básica. Ela auxilia para desencadear um processo de construção de saberes e práticas, promovendo a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do SUS, em suas várias dimensões da gestão, do cuidado e do impacto sobre o território.

A proposição de uma Matriz de Avaliação de promoção da saúde tem sido discutida pela OMS e por autores como Pedrosa⁷, que em sua proposta de avaliação da promoção da saúde identificou a construção de três grandes matrizess: *a promo-*

Quadro 3. Principais pontos fortes e fracos em Laje do Muriaé.

Dimensão	Pontos Fortes
Contexto	Adesão dos gestores, da equipe, da população, dos diversos setores vinculados à promoção da saúde e das partes interessadas.
	Parceria com a Fiocruz.
Estrutura	Espaço físico e recursos financeiros adequados, a capacitação dos agentes de saúde e de endemias.
Processos	Realização de pré-teste, ações educativas e pós-teste com participação da população, partes interessadas e outros setores com vínculo na promoção da saúde.
	Divulgação dos resultados.
Resultados	Tratamento e acompanhamento dos indivíduos parasitados.
Dimensão	Pontos Fracos
Continuidade	Ausência de sustentabilidade.

Quadro 4. Principais pontos fortes e fracos no Complexo de Manguinhos.

Dimensão	Pontos Fortes
Estrutura	Adesão da equipe.
	Indicação de aprofundamento e desdobramentos dos temas.
Continuidade	Permanência do programa no relatório da Conferência Municipal de Saúde e do Plano Municipal de Saúde.
Dimensão	Pontos Fracos
Contexto	Ausência de participação de partes interessadas e de outros setores com vínculo na promoção da saúde.
	“Não saber” se houve: realização de levantamento sobre CAP; condições socioambientais e perfil epidemiológico após as ações educativas.
Processos	“Não saber” se houve divulgação dos resultados para a população.
	Ausência de participação de partes interessadas e de outros setores com vínculo na promoção da saúde.

ção da saúde atrelada à concepção de risco epidemiológico e social, a promoção da saúde articulada a propostas amplas de desenvolvimento sustentado e uma terceira matriz, intermediária, voltada para ações de intersetorialidade e participação ativa da população com prioridade para o desenvolvimento local⁷. A Matriz de Avaliação apresentada neste trabalho sintetiza as três vertentes das Matrizes propostas.

Da mesma forma que vai ao encontro da discussão estabelecida por Carvalho et al.³⁵, tendo por base os 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. Estes autores entendem que a necessidade de evidências em políticas públicas pode levar ao distanciamento entre a complexidade das intervenções em promoção da saúde e suas concepções, como também, que a determinação de mudanças nessa área necessita de processos colaborativos que levem em conta os atores envolvidos na realização e na avaliação das intervenções.

Nesse sentido, a avaliação não pode ser um procedimento meramente técnico, precisa ter um desenho metodológico, que vise à participação com poder de decisão dos atores sociais e possibilite a incorporação dos resultados da avaliação na gestão^{37,38}, permitindo aos gestores conhecer situações-problema diferenciadas e contribuir para o bem-estar e a melhoria da qualidade de vida da população. A segunda etapa do programa (intervenção educacional) realizado em Laje do Muriaé, com a realização de oficinas e rodas de conversas com a população, partes interessadas, gestores da saúde e equipe da ESF, trouxe à tona a necessidade de traçar o desenho metodológico do programa, de forma a consolidar os resultados e favorecer a identificação dos indicadores quali-quantitativos e multidimensionais da Matriz de Avaliação^{37,39}.

Foi possível observar também que, as três etapas do programa realizado em Laje do Muriaé, além de contribuir para o diagnóstico epidemiológico nas seis microáreas circunscritas à Atenção Básica local, da intervenção educacional, tratamento e acompanhamento, estreitou ainda mais a interação entre a população e a equipe da ESF, como também destas com os gestores locais. O programa, ao considerar os resultados do levantamento socioambiental, educacional e epidemiológico na construção conjunta das ações de educativas, vinculou a educação em saúde às características específicas do território e a preparação das equipes para desenvolver ações de edu-

cação em saúde nas visitas domiciliares, em todos os momentos do processo do cuidado²³.

Para Besen et al.⁴⁰, a ESF ainda não é objeto de educação, por isso os gestores desconhecem a lógica da promoção da saúde e a maioria tem práticas educativas verticais, numa relação imediatista e curativista com a população, ainda inseridas no modelo biomédico.

Rootman et al.⁴¹ ressaltaram que, além da necessidade de utilizar múltiplas estratégias para promover a saúde, seria preciso estar apoiado nos princípios do empoderamento, integralidade, participação, intersetorialidade, equidade e sustentabilidade. Princípios presentes na Política Nacional de Promoção da Saúde, de 2006, que foram ampliados com a inserção dos princípios: intrassectorialidade, territorialidade e autonomia, na reformulação de 2015⁶. Esta necessidade de ter os princípios da política como base estratégica na determinação de indicadores de avaliação foi identificada ao final da realização do programa realizado de forma participativa com todos os seguimentos envolvidos na Atenção Básica local e fez com que a Matriz de Avaliação fosse estabelecida tendo por base 23 descritores elaborados a partir dos nove princípios da referida Política⁶ e vinculados às dimensões do modelo sistêmico ampliado de Donabedian^{14,15}, visando possibilitar a utilização de múltiplas estratégias necessárias para atender às características de cada território, integrados por diferentes grupos em situação de vulnerabilidade.

Dessa forma, a Matriz de Avaliação foi estabelecida, corroborando a hipótese de que indicadores quali-quantitativos e multidimensionais em saúde, contribuem para a avaliação da efetividade de programas de promoção da saúde e que o processo avaliativo, de forma participativa e integrada, tem potencial para impulsionar a gestão de qualidade e favorecer a internalização das boas práticas de gestão pública, e a melhoria contínua dos processos de trabalho das equipes⁸, visando o enfrentamento das situações de exclusão e iniquidades, a partir da determinação dos determinantes do processo saúde-doença.

Conclusão

A urbanização rápida das cidades exibem situações importantes de exclusão e de grandes iniquidades. O desenvolvimento de programas de promoção da saúde e avaliação de sua efetividade são estratégias essenciais para a promoção da equidade e do direito à cidade.

Dessa forma, as contribuições deste trabalho incluem um modelo de programa de promoção da saúde e uma metodologia de avaliação: a Matriz de Avaliação, construída a partir de estudo de caso em município de alta vulnerabilidade socioambiental, e que mostrou-se aplicável nos dois territórios com características diferentes, ao favorecer:

- a autoavaliação pelas equipes e a identificação de fragilidades em seus processos de trabalho; e

- a identificação de problemas de saúde individuais e coletivos e consequente necessidade de atuar com integralidade e equidade;

A Matriz de Avaliação mostrou, principalmente, ter potencial para impulsionar a gestão de qualidade e favorecer a internalização das boas práticas de gestão pública e a melhoria contínua dos processos de trabalho, visando o enfrentamento das situações de exclusão e iniquidades, a partir da identificação dos determinantes do processo saúde-doença.

Colaboradores

RTQ Oliveira, CF Ignacio, AHA Moraes Neto e MML Barata contribuíram igualmente na elaboração do artigo.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e ao Laboratório de Inovações em Terapias, Ensino e Bioproductos (LITEB/IOC/Fiocruz) pelo financiamento.

Gostaríamos de agradecer à Anna Cristina Calçada Carvalho, Diana Pinheiro Marinho, Elisete Casotti, Felipe de Carvalho Vommaro Marincola, Júlio Cesar Pegado Bordignon, Lívia Marinho da Silva, Maria de Fátima Leal Alencar, Patrícia Ocampo, Sandra Escovedo Selles e Tania Cremomini de Araújo Jorge.

Referências

1. Sigerist HE. *The University at the Crossroads. Addresses and Essays*. Nova Iorque: Henry Schuman;1946.
2. Buss PM, Carvalho AI. Desenvolvimento da Promoção da Saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Cien Saude Colet* 2009; 14(6):2305-2316.
3. Czeresnia D, Freitas, CM, organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2ª ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
4. United Nations Children's Fund Health (Unicef). *Equity Report: Analysis of reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health inequities in Latin America and the Caribbean to inform policymaking*. Panama City: Unicef; 2016.
5. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O Sistema de Saúde Brasileiro: histórias, avanços e desafios. *Lancet* 2011; 377 (9779):1778-1797.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS):revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006*. Brasília: MS; 2015.
7. Pedrosa PIS. Perspectivas na avaliação em Promoção da Saúde: uma abordagem institucional. *Cien Saude Colet* 2004; 9(3):617-626.
8. Minayo MCS. *Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando-nós*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
9. Kusma SZ, Moysés ST, Moysés SJ. Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde. *Cad Saude Publica* 2012; 28(Supl.):S9-S19.
10. World Health Organ (WHO). *The World Health Report 2008: Primary Health Care*. Geneva: WHO. [acessado 2015 Maio 8]. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/en/>
11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. *O Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS (PROADESS). Proposta de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde: indicadores para monitoramento*. [relatório final]. Rio de Janeiro: LISIC/ICT/Fiocruz; 2011.
12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)*. Brasília: MS; 2011.
13. Restrepo H. Generalidades sobre evaluación de experiencias y proyectos de promoción de la salud. In: Restrepo H , Málaga H, organizadores. *Promoción de la salud: como construir vida saludable*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2001. p. 212-217.
14. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *Arch Pathol Lab Med* 1997; 121(11): 1145-1150.
15. Donabedian A. *La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación*. México: La Prensa Mexicana; 1984.
16. Prata PR. The Epidemiologic Transition in Brazil. *Cad Saude Publica* 1992; 8(2):168-175.
17. Omram AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Bulletin of the World Health Organization* 2001; 79(2):161-170.
18. Araújo-Jorge T. *Embasamento técnico e sugestões para ações de controle das Doenças da Pobreza no Programa de Erradicação da Pobreza Extrema no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto Oswaldo Cruz 2011. [Nota Técnica N. 1/2011/IOC-FIOCRUZ/ Diretoria] . [acessado 2017 Ago 30]. Disponível em: http://www.fiocruz.br/ioc/media/NotaTecnica_1_2011_IOC.pdf.
19. Malta DC, SilvaJúnior BJ. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2013; 22(1):151-164.
20. United Nations Children's Fund (Unicef). *Health Equity Report. Analysis of reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health inequities in Latin America and the Caribbean to inform policymaking. Summary*. Report. New York: Unicef; 2016.
21. Mello Jorge MHP, Koizumi MS, Tono VL. External causes: what they are, how they affect the health sector, how they can be measured, and a few subsidies to prevent them. *Revista Saúde UNG* 2008; 1(1):37-47.
22. Cordón JA. Dificuldades, Contradições e Avanços, na Inserção da Odontologia no SUS. *Divulg. saúde debate* 1996; 13:44.
23. Smeke ELM, Oliveira NLS. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: Vasconcelos EM. *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde*. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 115-136.
24. Barata MML, Confalonieri UEC, Lima ACLL, Marinho DP, Luigi G, De Simone GC, Ferreira IB, Pinto IV. *Vulnerability map of the state's population of Rio de Janeiro to the impacts of climate Buss*. [S.l.] :[s.n.]; 2011.
25. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo 2010, 2011, 2015*. [acessado 2017 Ago 30]. Disponível em: www.ibge.gov.br
26. Ignacio FC, Silva MEC, Handam NB, Alencar MFL, Sotero-Martins A, Barata MML, Moraes Neto AHA. Socioenvironmental conditions and intestinal parasitic infections in Brazilian urban slums: a cross-sectional study. *Rev Inst Med Trop São Paulo* 2017; 59:e56.
27. Matos M, Bruno P. Programa de Controle da Dengue em Manguinhos (PCDM): reflexões sobre uma experiência coletiva no campo da saúde. In: Matos M, Bruno P. *Território, participação popular e saúde: Manguinhos em debate*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.
28. Lima CM, Bueno LB, organizadores. *Território, participação popular e saúde: Manguinhos em debate*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. p. 51-60.
29. Moraes Neto AHA, Pereira APMF, Alencar MFL, Souza-Júnior PRB, Dias RC, Fonseca JG, Santos CP, Almeida JCA. Prevalence of intestinal parasites versus knowledge, attitudes, and practices of inhabitants of low-income communities of Campos dos Goytacazes, RJ. *Parasitol Res* 2010; 107(2):295-307.
30. Sotero-Martins A, Duarte NA, Carvajal E, Sarquis MIM, Fernandes OCC. Microbiological and Quality Control of Recreation Areas. *Rev. Eletrônica Gestão & Saúde* 2013; 4(1):1075-1092.

31. Bethlem AS. *Estratégia Empresarial: conceitos, processo e Administração Estratégica*. 4^a ed. São Paulo: Atlas; 2002.
32. Lima GBA, Carvalho NC, Herkenhoff DA. Avaliação de desempenho baseada na ISO 9004:2000: Estudo de caso em uma empresa de manutenção. *INGEPRO – Inovação, Gestão e Produção* 2010; 2(6):97-107.
33. Pinheiro R, Silva Júnior AG. Práticas avaliativas e as mediações com a integralidade na saúde: uma proposta para estudos de processos avaliativos na atenção básica. In: Pinheiro R, Silva Júnior AG, Mattos RA, organizadores. *Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC; 2008. p. 17-42.
34. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 8474, de 22 de junho de 2015. Dispõe sobre as atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias. *Diário Oficial da União* 2015; 24 jun.
35. Carvalho AI, Bodstein RC, Hartz Z, Matida AH. Concepções e abordagens na avaliação em promoção da saúde. *Cien Saude Colet* 2004; 9(3):521-529.
36. Felisberto E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Rev. Brasileira de Saúde Materno Infantil* 2004; 4(3):317-321.
37. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.
38. Akerman M, Mendes R, Bóguis CM. É possível avaliar um imperativo ético? *Cien Saude Colet* 2004; 9(3):605-615.
39. Thiolent M. *Pesquisa-ação nas organizações*. 2^a ed. São Paulo: Atlas; 2009.
40. Besen CB, Souza Netto M, Ros MA, Silva FW, Pires MF. The Family Health Strategy as an object of Health Education. *Saúde Soc* 2007; 16(1):57-68.
41. Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, McQueen DV, Potvin L, Springett J, Ziglio E. *Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives*. Copenhagen: World Health Organization; 2001.

Artigo apresentado em 30/08/2017

Aprovado em 04/09/2017

Versão final apresentada em 03/10/2017