

## Planejamento e monitoramento das ações de educação em saúde através dos indicadores de promoção da saúde: uma proposta

### *Health education planning and assessment using health promotion indicators: a proposal*

José Ivo dos Santos Pedrosa <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal do Piauí, Mestrado em Saúde Coletiva  
Av. Frei Serafim, 2280. Teresina, Piauí, Brasil. CEP: 64.049-690.  
E-mail: jivo@ufpi.br

#### **Abstract**

*Objectives: to discuss the meaning of education and the promotion of health in the field of collective health, its planning and assessment by promoting health.*

*Methods: a theoretical approach is defined for health promotion that indicates the meaning and results of health education that is to be developed. Some promotion indicators are identified among the existing ones for application at municipal and local levels, discussing their viability and applicability.*

*Results: the discussion developed from the re-grouping of the indicators as follows: a) the objective conditions of life or structure indicators; b) the conditions of improving new structures or indicators of possibilities of changes and c) indicators of subjective conditions of health or of the desire and of the collective will.*

*Conclusions: the development of educational actions in health represents strategy for the promotion of health. Techniques of education and communication guide the construction of the indicators that should indicate social sections that need education action in health, to guide and to execute the intervention so as to make the analysis of their effects possible.*

**Key words** *Health education, Health promotion, Health status indicators*

#### **Resumo**

*Objetivos: discutir os significados de educação e promoção da saúde no campo da saúde coletiva, seu planejamento e monitoramento utilizando indicadores de promoção.*

*Métodos: configura-se quadro teórico resgatando o significado de educação em saúde no contexto da promoção. Identifica-se alguns indicadores de promoção entre os existentes para aplicação no nível municipal e local, discutindo sua viabilidade e aplicabilidade.*

*Resultados: a discussão levou ao reagrupamento dos indicadores em três conjuntos: a) de condições objetivas de vida ou indicadores de estrutura; b) de condições estruturantes ou indicadores de possibilidades de mudanças e c) indicadores de condições subjetivas de saúde ou do desejo e da vontade coletiva.*

*Conclusões: o desenvolvimento das ações de educação em saúde representa estratégia para a promoção da saúde. Técnicas de ação participativa orientam a construção dos indicadores que devem apontar setores sociais com necessidades de ações de educação em saúde. Devem igualmente orientar e executar a intervenção para possibilitar a análise de seus efeitos.*

**Palavras-chave** *Educação em saúde, Promoção da saúde, Indicadores de saúde*

## Introdução

O tema, à primeira vista, parece referir-se à redução do significado das ações de educação e promoção da saúde, a ações quantitativas, experimentais e objetivas que podem ser apreendidas através de medição e controle.

Pressupondo que ações de educação em saúde representam dispositivos que direcionam o ser humano para a realização da utopia na qual o Homem e a humanidade tendem à evolução social, biológica e ambiental, a palavra monitoramento significa a identificação da efetividade das ações educacionais em saúde na melhoria das condições de vida e seu dimensionamento teórico, metodológico e prático.

Entretanto, a identificação de evidências das ações de educação em saúde não pode prescindir da discussão de questões como:

A *polissemia* dos termos educação, saúde, educação em saúde e promoção da saúde compreende vários sentidos que se complementam, embora aparentemente antagônicos: individual e coletivo, objetividade e subjetividade, adstramento e libertação, reprodução e construção social.<sup>1</sup>

A *amplitude do significado* de práticas educativas em saúde permite o desenvolvimento de ações que se diferenciam segundo a instituição que as desenvolve: governo e organizações não-governamentais, especialistas em educação em saúde que prestam assessorias especializadas, profissionais de saúde que trabalham em comunidades, indivíduos e grupo de voluntários.

Monitoramento, enquanto avaliação sistemática, mostra-se como representação valorativa de alguma coisa ou fato presente no cotidiano, representa o dispositivo que leva a julgamentos que justificam, inconsciente ou conscientemente, as ações. Avaliação, no sentido que lhe é atribuído no campo científico, e, mais recentemente, no plano das instituições, significa uma ação organizada sob os princípios da metodologia científica com o objetivo de julgar se o esforço empreendido para atingir determinados fins foi alcançado com sucesso, como foi realizado e quais foram os beneficiados com tais ações.

Com o escopo maior de organizar essas questões sem pretender respondê-las, a partir da configuração de um quadro teórico, identificam-se quais paradigmas demarcam o campo da saúde coletiva e quais significados a promoção da saúde adquire no interior deste campo. Ao lado disso, evidenciam-se, no processo de planejamento das ações educativas, princípios e estratégias de intervenções na área, e, finalmente, discutem-se indicadores de promoção da saúde, não somente como instrumentos do planejamento e da programação, mas como elementos analisadores da situação capazes de suscitar, através da educação em saúde, ações voltadas para a construção da cidadania.

## Quadro teórico

### O campo da saúde coletiva e a promoção da saúde

Toma-se como ponto de partida a Revolução Industrial, momento em que o coletivo se transforma em objeto de intervenções do Estado, originando os movimentos de Medicina Social e Saúde Pública.

O movimento da Medicina Social, predominante na Europa, trazia de forma explícita nos discursos de Villermé na França, em 1840 e Virchow, na Alemanha, em 1847, citados por Terris,<sup>2</sup> as bases doutrinárias e ideológicas do que hoje se chama promoção da saúde " ... *as causas das epidemias são sociais, econômicas e físicas e 'o remédio recomendado' consiste em prosperidade, educação e liberdade, que só podem desenvolver-se numa democracia plena e ilimitada.*" (Terris; 1992: 38).<sup>2</sup>

A configuração da Saúde Pública nos Estados Unidos, fundamentada pela teoria microbiana e legitimada pela efetividade da luta contra as doenças infecciosas, conceitua promoção da saúde a partir de referência temporal anterior ao contato com germe, prática dependente do caráter, dos hábitos e dos comportamentos dos indivíduos.<sup>2</sup>

A institucionalização da educação no campo da saúde pública se faz através dos preceitos das ciências da conduta, caracterizando ações educativas como práticas prescritivas e autoritárias.

Na década de 60, o movimento da saúde comunitária, apresentando tecnologias como atenção médica simplificada, clientela definida, organização do trabalho em equipes multiprofissionais, cumprindo nítidas funções de atenuação de tensões sociais e atuando como estratégia para inclusão dessa clientela como consumidora dos serviços, bens e produtos de saúde,<sup>3,4</sup> delinea o perfil e a prática do educador, sendo a promoção da saúde uma de suas atribuições essenciais, uma vez que promoção e educação se confundiam nas práticas educativas desenvolvidas.

Tal proposta chega à América Latina e, no Brasil, é absorvida pelas Escolas de Saúde e pelos serviços de saúde pública, que definem práticas simplificadas em termos tecnológicos, incluindo grupos específicos da população, ampliando os cuidados de enfermagem, introduzindo educação em saúde e sistemas de informação como temáticas da organização da atenção em saúde.

Em 1974, o Relatório Lalonde propõe o conceito de campo da saúde, no qual os determinantes do estado de saúde da população estariam em quatro níveis: a biologia humana, o meio ambiente, os estilos de vida e a organização da atenção.<sup>5</sup>

Esses movimentos influenciam, em 1977, a Assembleia Mundial de Saúde lançar o slogan "Saúde para todos no ano 2000", tendo como estratégia a extensão de cobertura dos serviços de atenção simplificada. Em 1978, a I Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde reconhece saúde como fenômeno de determinação intersectorial e direito de todos, trazendo novas modalidades de práticas preventivas e mudanças na concepção de educação em saúde, que passa a atuar na divulgação e indução de comportamentos "preventivos".

Em 1986, a Carta de Ottawa, documento construído na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, define como estratégias fundamentais: construção de políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis, reforço à atuação da comunidade, reorganização dos serviços de saúde e desenvolvimento das habilidades individuais.<sup>6</sup>

Nas Conferências subsequentes de Adelaide, na Austrália, em 1988, e de Sundsvall, na Suécia, em 1991, são acrescidos os princípios das relações entre saúde e ambiente nas dimensões física, social, econômica, política e cultural, como fundamentos das ações de promoção da saúde.

No Brasil, na mesma época, é realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, (VIII CNS) que define saúde como direito de todos e dever do Estado, cuja responsabilidade seria prover um sistema de atenção à saúde universal, equânime e integral, tendo como diretrizes descentralização, participação e controle social.

Em decorrência da influência da conjuntura política de democracia que se instaura na América Latina e da situação de saúde apresentada pelo continente, a Conferência de Promoção da Saúde realizada na Colômbia em 1992, assume, em sua Declaração de Bogotá, que promoção da saúde consiste em transformar relações excludentes, conciliar interesses econômicos e propósitos sociais de bem-estar para todos, destacando solidariedade e equidade social como condições indispensáveis para a saúde e para o desenvolvimento.

Nesse sentido, o papel que cabe à educação em saúde como estratégia para a promoção consiste não só em identificar fatores que favorecem a iniquidade, mas também em atuar como agente de mudança que conduza a transformações radicais nas atitudes e condutas da população e seus dirigentes.<sup>7</sup>

## Os paradigmas

Nesse percurso histórico, o significado de promoção da saúde e sua articulação com práticas educativas passam por " ... um processo de redefinições técnicas e políticas em torno do processo saúde-doença-cuidado" (Buss; 2000: 166),<sup>8</sup> deixando evidente a existência de duas posições distintas, que embora não totalmente divergentes, relacionam-se numa espécie de recorrência dependente do tempo e do espaço dos quais emergem, e dos atores que expressam seus discursos.

A visão holística predominante no início do Século XX, que relaciona doença a pobreza e saúde a educação, além de prosperidade e liberdade, fundamenta-se na ação humana e na ação das instituições. As causas de saúde e doença decorreriam de Estados que não regulavam as relações entre os cidadãos, e de cidadãos que, sem educação e sem honra, não apresentavam comportamentos adequados.

Nos países europeus, o desenvolvimento da epidemiologia de doenças não transmissíveis, a descoberta de fatores causais de natureza física, química e social, contribuem para a definição de intervenções de cunho preventivo, levando ao entendimento de promoção da saúde como adoção de comportamentos saudáveis apropriados pela comunidade, através de ações educativas.

A segunda posição tem como referência os princípios da teoria microbiana, que emerge aderente ao "progresso da ciência e da indústria". Vincula promoção da saúde à teoria da história natural da doença, considerado-a "estágio anterior" à presença ou percepção dos sintomas, definindo como práticas ações de educação sanitária ou prevenção de primeiro nível,<sup>9</sup> voltadas para mudanças nos comportamentos de risco.

Para Terris,<sup>2</sup> esses paradigmas se fazem notar no conceito de promoção da saúde a partir da Carta de Ottawa. As diferenças conceituais e de práticas observadas no que diz respeito à promoção da saúde " ... decorrem de uma dualidade da teoria da causalidade das doenças, isto é, por um lado as causas específicas das enfermidades e, por outro as causas gerais" (Terris; 1992: 37).<sup>2</sup>

No contexto latino-americano, caracterizado por graves problemas econômicos e sanitários, a proposta de promoção da saúde ganha forte conotação política que preconiza a articulação entre o Estado e a Sociedade na busca da equidade.

No Brasil, o significado de promoção da saúde encontra-se expresso no slogan da VIII CNS, "Saúde é um direito de todos e um dever do Estado," legiti-

mado na Constituição de 1988, onde a saúde, além da assistência, está relacionada às condições de renda, educação, trabalho, moradia, alimentação e lazer nas diretrizes do Sistema Único de Saúde, (SUS) quando este se define aberto à participação da comunidade com controle social. Encontra-se também instituído em normas que definem as responsabilidades dos municípios e seu compromisso com a coletividade, através de gestão participativa e transparente.

Sendo assim, promoção da saúde significa uma intervenção que depende da articulação intersetorial e da participação social voltada para consecução do direito à saúde através de ações dirigidas para melhoria das condições de vida. Ações que podem acontecer no espaço dos serviços de saúde, no parlamento e nas comunidades. Ações fundamentadas em aportes multidisciplinares, que necessitam de estratégias técnicas e políticas para serem realizadas. Uma destas estratégias encontra-se na educação em saúde.

### **Desenvolvimento das ações de educação em saúde**

Para o planejamento e avaliação das ações de educação em saúde, é imprescindível considerá-las sob o formato de um programa de intervenção em saúde, entendendo programa como qualquer ação organizada. E, nesse sentido, tal consideração pode ser aplicada para avaliação de intervenções diretas dos serviços, mobilização dos esforços comunitários, sistemas de vigilância, desenvolvimento de políticas, campanhas de comunicação, educação e treinamento, sistemas administrativos, entre outros aspectos.<sup>10</sup> E, a formatação necessária depende, por sua vez, dos pressupostos que orientam a delimitação do campo de intervenção, base para os indicadores de avaliação.

#### **Pressupostos para a delimitação do campo**

Para delimitar a amplitude da intervenção de educação em saúde e defini-la como estratégia para promoção da saúde, alguns princípios ou pressupostos devem ser levados em consideração: 1) a qualidade e o direito à vida não são entidades ou discursos abstratos. Representam princípios que necessitam de direção e sentido para passarem do nível da intenção para o gesto, para a ação; 2) as práticas de educação em saúde fazem parte do processo de visualização de possibilidades de vida com qualidade, sendo imprescindíveis para a produção de sentidos necessários (porém, nunca suficientes) para mobilizar as pessoas em torno dessas possibilidades; 3) ações de educação compreendem, simultaneamente, três dimensões: a) dimensão geral de expressão do fenômeno saú-

de/doença que fundamenta a formulação de intervenções pautadas no projeto utópico de evolução da humanidade,<sup>11</sup> o que inclui aspectos conceituais genéricos que sobressaem do sentido universalizante de proteção, direito e democracia; b) dimensão particular, onde a promoção da saúde cristaliza sua interface com a formulação das políticas públicas saudáveis através da vontade coletivamente definida de defesa do direito à vida, incorporando princípios como intersetorialidade, equidade, participação e controle social, sendo a educação em saúde transformada em educação para a cidadania, ou seja, instrumentalização da sociedade para participar de intervenções na realidade buscando qualidade de vida; c) dimensão das singularidades dos sujeitos sociais e suas representações sobre saúde e doença, onde através da ação comunicativa é possível imprimir direção e sentido para atos de construção de vida mais saudável, aglutinando "velhos e novos" princípios como orientadores de suas ações. "velhos", aqueles presentes no saber/fazer das práticas de educação em saúde pública que falam de ambiente, de hábitos, de crenças, de atitudes, e de práticas que objetivam os "comportamentos saudáveis"; e "novos", aqueles que consideram as intervenções sociais como elementos desencadeantes da ação participativa de cada sujeito em determinado cenário, onde, educação em saúde traduz-se em práticas que objetivam a introjeção da vontade de mudar, de fazer algo, produzindo novos sentidos para as experiências vividas; 4) tais dimensões se articulam e se manifestam nos cenários nos quais a ação ocorre. Cenários estes que se constituem de uma situação na qual estão presentes as estruturas, os processos e os sujeitos que se movimentam, imprimindo um sentido à sua ação que caracteriza o modo de viver; 5) modo de viver, por sua vez, compreende ação e situação, ou seja, circunstâncias nas quais o Homem é levado a agir. Essa noção cristaliza o objetivo e o subjetivo, o individual e o coletivo.

Na ação dos sujeitos está presente a história incorporada nas coisas e nos valores e a história desejada, o inusitado, o que ainda não existe de fato,<sup>12</sup> mas que existe no imaginário desejado.

Com base nesses pressupostos, educação em saúde apresenta duas conotações: uma nega as concepções positivistas segundo as quais a ação educativa em saúde é reduzida a práticas impositivas, prescritivas de comportamentos "ideais" desvinculados da realidade e distantes dos sujeitos sociais tornados objetos passivos das intervenções; outra afirma educação em saúde como prática na qual existe participação ativa da comunidade, que proporciona informação, educação sanitária e aperfeiçoa atitudes in-

dispensáveis para a vida.

Lerer *et al.*,<sup>13</sup> discutem a estratégia "Saúde para todos" tendo como referência o Século XXI. Consideram que para atingir tal meta é necessário identificar os determinantes distais e proximais responsáveis pelo estado de saúde da população e elaborar intervenções para modificá-los. Para os autores, ações de promoção e educação em saúde são indissociáveis e devem ser dirigidas para a modificação de comportamentos individuais, pois comportamentos de risco representam determinantes proximais, com maior susceptibilidade às intervenções de educação em saúde para aquisição de hábitos saudáveis.

L' Abbate,<sup>14</sup> considera educação para a saúde como prática social concreta que se estabelece entre determinados sujeitos - profissionais e usuários - que atuam no interior das instituições de saúde em busca de autonomia, capazes de escolher e tomar decisões, considerando valores éticos de justiça, solidariedade, produtividade e equidade, atuando no sentido de fazer com que os serviços de saúde sejam organizados para a defesa da vida.

Tal consideração aponta como espaço de intervenção das práticas educativas, as instituições de saúde, cujos sujeitos sociais seriam profissionais e usuários que se comunicariam através de relações dialógicas nas quais cada qual seria educador em relação ao outro.

Mas, sendo a promoção da saúde uma proposta orientadora de intervenções sociais e políticas, a educação em saúde mostra-se como processo por meio do qual se "produz" direção e sentido dessas intervenções, através de trabalho antecedente, ou seja, a construção coletiva da vontade e da opinião pública sobre a questão saúde.

Assim, educação em saúde se manifesta em dois planos: um, que ocorre em todas as relações sociais, atuando como cimento amalgamador da interação entre os homens quando da adesão às propostas libertadoras tais como democracia, participação social e direitos de cidadania; outro, está relacionado às ações dos atores pertencentes ao campo propriamente dito da educação em saúde, possuidores de recursos como conhecimento e tecnologia, atuando no plano da particularidade da conjuntura político-social da qual emerge a proposta de promoção da saúde alinhada com o movimento de luta para efetividade do Sistema Único de Saúde, e no plano da singularidade de cada indivíduo tomado como sujeito social, instrumentalizando-o para ação.

Considerando promoção da saúde enquanto proposta instituinte de novas relações entre os indivíduos e a sociedade, suas ações estão projetadas no devir, no futuro antecipado pela construção imaginária

das transformações desejadas. Nesse sentido, ações de educação em saúde voltadas para promoção poder-se-iam denominar de agir educativo.

Agir educativo, que significa ação social com direção a fins,<sup>15</sup> ou seja, à promoção da saúde mostra-se como proposta de construção de projetos voltados para o direito à vida, suscitando adesão da comunidade para realizações capazes de produzir novos sentidos nas relações sociais.

O agir educativo percorre todos os espaços de socialização: família, grupo, escola, religião, trabalho, consumo etc. É ação esperada de cidadãos que vivem numa sociedade democrática, comprometidos com valores da emancipação humana<sup>11</sup> e conscientes de seu papel de sujeitos sociais. Nesses espaços, ocorre de forma mais nítida a relação comunicação, educação e promoção da saúde.

Mas, ao confrontar a amplitude da promoção da saúde e as condições conjunturais brasileiras, observamos que, historicamente, relações emancipatórias nunca tiveram lugar nesses 500 anos de nossa sociedade. Atualmente, o *apartheid* social crescente e a dominação privatizante dos ambientes públicos, colocam como problemática a comunicação entre desiguais, entre palavras que não adquirem sentido quando ouvidas, sendo apenas ruídos para a maioria da população.<sup>16</sup>

Dessa forma, a comunicação como expressão da educação voltada para a promoção da saúde, exige a produção de informações comunicantes capazes de evidenciar e construir elementos para que se concretizem a comunicação e à adesão ao projeto da promoção da saúde, produzindo mensagens voltadas para a construção de significados, onde os indivíduos se redescobrem como parte da realidade, com potencialidade de se movimentarem em outra direção.

No plano das práticas institucionais, a educação em saúde envolve todos os profissionais. Nestas condições, o agir educativo é exercido no nível das organizações governamentais e não-governamentais envolvidas na elaboração e implantação da política de saúde.

Transformar-se então no trabalho de participar das arenas políticas decisórias, construir a viabilidade do projeto de promoção da saúde, planejar a intervenção, definir programas, atividades, orçamento etc, no sentido de cada vez mais, tais práticas se tornarem regras para a instituição que as produz, seja através de leis, regulamentos, processos de trabalho, seja pela vigilância institucional aos princípios assumidos como norteadores da política explicitada.

No nível da base, as práticas de educação em saúde se encontram presentes na construção da vontade, da incitação à participação, na produção de no-

vas subjetividades nas pessoas em relação à sua saúde, à doença, às instituições, ao que até então, mostrava-se estabelecido como norma.

A tarefa fundamental do educador em saúde é, pois transformar-se em um sujeito capaz de dar visibilidade ao que está encoberto e ver problemas onde todos achavam que havia soluções. Em um plano mais profundo se definem práticas educativas em que se trabalha a sensibilidade. Como diz Maffesoli,<sup>17</sup> o sensitivo é também responsável pela construção de novas estruturas.

### **Indicadores de avaliação/monitoramento**

Em 1994, a Divisão de Promoção e Proteção da Saúde da Organização Panamericana da Saúde apresentou uma lista de indicadores de saúde e bem-estar em municípios saudáveis elaborada por Ochoa *et al.*<sup>5</sup> a partir da seleção daqueles já existentes e testados. Estes indicadores tinham como objetivo avaliar o grau de desenvolvimento das ações de promoção da saúde nos municípios, tendo como referência/padrão as recomendações da Carta de Ottawa: políticas saudáveis, suporte ambiental seguro, reorganização dos serviços de saúde, participação comunitária e desenvolvimento das habilidades individuais.

Dessa forma, foram selecionados indicadores compondo três grupos, a saber: grupo I - indicadores dos determinantes da promoção da saúde: compromisso político, criação de ambientes saudáveis, organização e participação comunitária, desenvolvimento de atitudes pessoais e reorientação dos serviços de saúde; grupo II - indicadores dos determinantes da saúde: ambiente (físico, demográfico, social, econômico), biologia humana, estilos de vida e conduta e serviços de saúde; grupo III - indicadores do estado de saúde: saúde subjetiva, saúde objetiva (mortalidade, morbidade, invalidez).

Estes indicadores foram analisados através de critérios de acessibilidade da informação, dificuldade de cálculo, interpretação de valor e refinamento do conceito associado, que os caracterizaram em termos de complexidade alta, média e baixa, de forma análoga à caracterização de baixo, médio e alto potencial de sua produção por parte dos municípios.

A premissa básica que orienta o trabalho com indicadores de promoção da saúde está relacionada à capacidade desses indicadores passarem a significar dispositivos necessários para desencadear a ação social por parte da população, aqui entendida como a adesão e participação aos projetos voltados para o bem-estar da coletividade.

É fundamental que os sujeitos envolvidos tenham a concepção de que tomar a população como denominador dos indicadores implica no reconhecimento de relações de interação complexas e hierárquicas que ocorrem entre subgrupos de populações.<sup>18</sup> Segundo documento da Or-

ganização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS),<sup>19</sup> para promoção da saúde, população deve fazer referir-se aos grupos sociais.

As condições de vida têm expressão nos grupos sociais em determinado momento histórico de seu desenvolvimento, assim como expressam a participação ativa, estratégica e organizada dos indivíduos que compõem os grupos em direção à autonomia, permeáveis a trocas/interações culturais e capazes de projetar o futuro.

Os indicadores devem apresentar conteúdo com potencial mobilizador, desencadeante da participação da comunidade. Para tanto, devem remeter às condições objetivas de vida dos grupos sociais a que se referem, assim como às representações sociais que esses grupos elaboram a respeito dessas condições. Conhecer o ser humano é imprescindível para contar com a ação do ser humano.<sup>20</sup>

Os indicadores de promoção da saúde orientam a ação dos grupos sociais de forma autônoma, fluindo de seu interior para a sociedade, fundamentando o grau de visibilidade acerca de sua condição de vida, dando consistência àquilo que percebem e reivindicam, orientando ações coletivas e solidárias e contribuindo para a construção da imagem-objetivo a ser atingida no futuro pela coletividade.

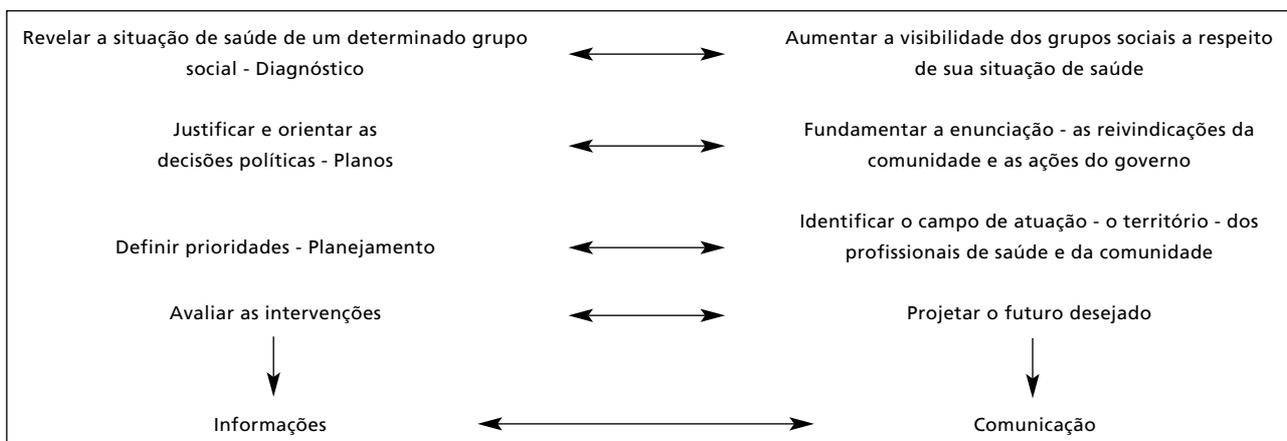
Além de apresentar essas condições, os indicadores de promoção da saúde devem ter como finalidades a produção de informação sobre a saúde da população e a comunicação das informações produzidas à comunidade (Quadro 1).

Os indicadores de promoção da saúde são construídos a partir da relação de complementaridade entre informações quantitativas e qualitativas, agregando várias técnicas de coleta de dados compatíveis com as condições sob as quais podem ser realizadas.

As informações quantitativas dizem respeito a fenômenos que se expressam em cada indivíduo da comunidade de forma objetiva e mensurável. As informações qualitativas fazem referência aos grupos que compõem a comunidade, aos valores existentes que agregam ou distanciam as pessoas e à cultura que impõe a "norma de andar de vida" para os grupos sociais distintos (Quadro 2).

### Quadro 1

Condições de indicadores de promoção da saúde.



### Quadro 2

Características dos indicadores de avaliação

O recorte da realidade - o diagnóstico / Tipo de Informações	Realidade objetiva / <i>hard</i> - quantitativas	Realidade subjetiva / <i>soft</i> - qualitativas
Leitura	Representação do real construída de fora para dentro - predominância do olhar do técnico - a racionalidade instrumental. Busca a efetividade das metas da intervenção.	Representação do real construída de dentro para fora - predominância do olhar da coletividade - a racionalidade comunicativa. Busca o impacto - os resultados - no cotidiano da comunidade.
Variáveis	Informações de morbi/mortalidade, composição demográfica da população, macroindicadores sociais e econômicos, disponibilidade, utilização e custos dos serviços.	Informações decorrentes do processo de formulação e implementação da política de saúde (intersectorialidade, equipamentos sociais disponíveis, participação dos grupos na decisão, o nível de regulação pública), informações a respeito do nível de organização da comunidade (representação, movimentos sociais, conquistas), informações sobre o acolhimento, atendimento, resolução e qualidade dos serviços de saúde em relação às demandas da comunidade e a visibilidade da comunidade sobre suas condições de vida.
Análise	Analisa sob o ponto de vista do grau de eficiência e eficácia atingido pela intervenção.	Analisa sob o ponto de vista das ações da comunidade os níveis de participação social e de aderência à intervenção.

Nessa perspectiva, as características das intervenções de educação em saúde para a promoção definem qual a "característica" do indicador de avaliação a ser utilizado, considerando avaliação como processo constante e constituinte da intervenção.

No processo avaliativo, os indicadores de promoção da saúde têm como base informações epidemiológicas, sociais, econômicas, demográficas, ambientais, de organização dos serviços de saúde, de desenvolvimento de políticas públicas e de organização da comunidade articuladas, e referentes a determinado espaço e tempo, conformando o contexto no qual ocorre a intervenção, passo fundamental para a avaliação dos resultados e do impacto causado.<sup>5</sup>

Tais informações configuram a situação de saúde dos grupos sociais, possibilitando a análise das condições de vida (onde predominam informações a respeito das características sociais e econômicas dos grupos humanos) e das condições de saúde (onde predominam informações vinculadas aos indicadores negativos de saúde - mortalidade, morbidade, risco e disponibilidade de serviços) somados a indicadores "indiretos" renda, condições ambientais, educação e outros.

Entretanto, a somatória do conjunto de indicadores agregados por correlção ou associação causal, não permite a apreensão da realidade como totalidade dinâmica, sendo necessária a elaboração de estratégias teórico-metodológicas que articulem os indicadores entre si e a eles imprimam a potencialidade de ser o mais próximo possível do real que se quer apreender, tais como a incorporação dos conceitos de território e intersectorialidade das políticas públicas.

Com a incorporação do conceito de território como base das análises, tem sido proposta a utilização de indicadores compostos que, além de mensurar as condições de vida e saúde da população, configuram-se também como instrumentos para o exercício da intersectorialidade das políticas públicas municipais. Esses indicadores compostos adquirem validade interna por meio de um processo político de negociação entre os grupos sociais e as representações quantitativas de suas necessidades.

Os indicadores compostos, em sua maioria, são expressos através de índices como Necessidades Básicas Insatisfeitas (NBI, OPAS), Índice de Desenvolvimento Humano (IDH, PNUD), Carga Global de Morbidade (CGM, Banco Mundial) entre outros.

Akerman,<sup>21</sup> reforçando o papel estratégico dos indicadores de condições de vida e saúde nas negociações entre os grupos que representam os vários interesses sociais, sugere algumas características para o uso de indicadores compostos, tais como:

Servir como instrumento para avaliação de intervenções através de medidas de longo prazo;

Facilitar a representação gráfica das privações do espaço urbano, apontando as principais áreas necessitadas de intervenção;

Servir como instrumento de sensibilização política ao propiciar a representação visual das privações mediante mapas.

A utilização de espaço/território como conceito que articula e potencializa as informações, possibilita uma releitura de indicadores já construídos que tem contribuído para o desencadeamento de movimentos como o de "municípios saudáveis", onde o cidadão é integrante do cenário das cidades atuando como sujeito social.

## Discussão

Face às considerações anteriores a proposta de planejamento e avaliação das ações educativas em saúde toma como ponto de partida a viabilidade dos indicadores apresentados frente à situação da grande maioria dos municípios brasileiros em relação à promoção da saúde (incluindo a organização das informações em saúde) levando a uma nova seleção dos indicadores sugeridos anteriormente, reagrupando-os em 3 conjuntos (Quadro 3).

Indicadores das condições objetivas de vida, de estrutura, dizem respeito aos ambientes físico, econômico e social nos quais os homens se reproduzem, às condições nas quais adoecem e porque morrem. Estes indicadores são construídos tomando por base informações quantitativas obtidas através de inquéritos e de bancos de dados disponibilizados atualmente.

Utilizando dados indiretos, os indicadores de estrutura permitem a análise do contexto (situação) comparando séries históricas.

Indicadores das condições estruturantes para a saúde informam a respeito da possibilidade de mudança nos cenários nos quais sujeitos e estruturas se relacionam com vistas à criação de novas estruturas. Dizem respeito portanto, ao compromisso político do gestor com a promoção e educação em saúde, ao nível de organização e participação da comunidade e à organização dos serviços de saúde face à necessidade da população. Estes indicadores têm como fontes de informação dados diretos e indiretos para avaliar os processos através dos quais as propostas de intervenção passam a ser implantadas e as possibilidades de sua institucionalização em contextos e organizações, determinadas.

Indicadores das condições subjetivas de saúde

(desejadas) têm por base informações qualitativas coletadas diretamente através de entrevistas individuais e/ou coletivas relacionadas ao devir, à capacidade de construir um projeto de intervenção voltado para autogestão. São indicadores que analisam as mudanças ocorridas nos indivíduos e nos grupos sociais, revelando o impacto da ação educativa no cotidiano de suas vidas.

Após a construção, é necessária a validação de conteúdo desses indicadores. Por fazerem referência

à qualidade de vida e subjetividade em relação à saúde, tais indicadores têm sua validação fundamentada nas representações sociais que a população elabora<sup>22</sup> para definir sua vida, sua saúde e seu bem-estar, nos planos individual e coletivo.<sup>23</sup>

A leitura desses indicadores evidencia quais dimensões da vida social demandam ações de educação em saúde, isto é, se as carências e as possibilidades de resolução encontram-se no plano universal, particular ou singular de nossas práticas.

### Quadro 3

Indicadores da situação dos municípios frente à promoção da saúde

Indicadores das condições objetivas de saúde	
1. Relacionados ao ambiente físico	
▪ Índice de cobertura de água potável	
▪ Índice de cobertura de disposição de excretas	
▪ Índice de cobertura de disposição de lixo	
▪ Índice de qualidade da moradia	
2. Relacionados ao ambiente econômico	
▪ Taxa de desemprego	
▪ Índice de trabalho infantil	
▪ Índice de trabalho materno	
3. Ambiente Social	
▪ Índice de alfabetismo/analfabetismo	
▪ Índice de reprovação escolar	
▪ Salário mínimo	
▪ Índice de domicílios com necessidades básicas insatisfeitas	
▪ Índice de maternidade precoce	
4. Ambiente demográfico	
▪ Taxa de migração	
▪ Fluxo de migração	
▪ Índice de urbanização	
▪ Taxa de fecundidade geral	
▪ Taxa de fecundidade precoce	
5. Indicadores de mortalidade	
▪ Taxa de mortalidade infantil	
▪ Taxa de mortalidade de menores de cinco anos	
▪ Taxa de mortalidade materna	
▪ Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito	
▪ Mortalidade por cardiopatias isquêmicas	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mortalidade por doenças cerebrovasculares</li> <li>▪ Taxa de mortalidade por suicídio</li> <li>▪ Taxa de mortalidade por câncer</li> <li>▪ Taxa de mortalidade por homicídios</li> <li>▪ Taxa de mortalidade por doenças infectocontagiosas</li> <li>▪ Taxa de mortalidade por doenças diarreicas agudas</li> </ul>
	6. Indicadores de morbidade
	▪ Incidência de doenças de notificação compulsória
	▪ Incidência de doenças diarreicas agudas
	▪ Incidência de infecções respiratórias agudas
	▪ Índice de baixo peso ao nascer
	▪ Índice de invalidez para o trabalho.
	Indicadores de condições estruturantes
	▪ Índice de gastos em saúde
	▪ Índice de gastos em promoção e proteção à saúde
	▪ Índice de atividades de promoção e proteção
	▪ Índice de participação comunitária
	▪ Índice de capacitação em promoção
	▪ Índice de atualização em promoção
	Indicadores de hábitos e condições subjetivas de saúde
	▪ Índice de fumantes habituais
	▪ Índice de bebedores problemas
	▪ Índice de aleitamento materno exclusivo
	▪ Índice de abandono do aleitamento materno
	▪ Índice de pessoas com percepção de boa saúde

## Considerações finais

Diante dessas reflexões considera-se que a promoção da saúde, historicamente, encontra-se presente nos projetos de emancipação da humanidade, expressando-se em cada contexto através dos paradigmas que fundamentam campos científicos em disputa na área da saúde coletiva. No contexto brasileiro, ganha características de projeto instituinte de novas relações de cidadania entre Estado e Sociedade.

Educação em saúde como parte integrante da promoção da saúde, caracteriza-se como estratégia para a consecução do projeto de qualidade de vida, coletivamente construído.

Educação em saúde se confunde com o agir educativo dos sujeitos sociais, expresso nas ações dos indivíduos, dos grupos e da coletividade na direção da promoção da saúde.

O monitoramento das ações de educação em saúde é precedido pela pesquisa avaliativa que informa a respeito da situação de produção de ações de saúde voltadas para promoção através da construção dos indicadores sugeridos.

Como resultado desta avaliação ocorre a identificação dos setores sociais que demandam intervenções de educação e saúde, que, por sua vez, devem ser planejadas e programadas sob a forma de projetos de intervenção nos quais produtos, processos e resultados são definidos pelos atores envolvidos.

O monitoramento é possível por meio da avaliação sistemática de indicadores discutidos e selecionados pelos sujeitos sociais que freqüentam o campo da saúde (produtores de serviços e usuários) e pela comunidade.

## Referências

1. Campos GWS. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Cienc Saúde Colet* 2000; 5: 219-30.
2. Terris M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. *J Public Health Pol* 1992; 13: 267-76.
3. Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev Saúde Pública* 1998; 32: 299-316.
4. Donnangelo MCF. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades; 1976.
5. Ochoa FRR, Pardo CML, Ayzaguer LCS. Indicadores de salud e bien estar en municipios saludables. Washington, DC: Organización Pan-americana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS); 1994.
6. Speller V, Learmonth A, Harrison D. The search for evidence of effective health promotion. *Br Med J* 1997; 315: 361-3.
7. Ministério da Saúde, FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Informação, educação e comunicação (IEC): promoção da saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1996.
8. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Cienc Saúde Colet* 5: 163-72, 2000.
9. Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1995.
10. CDC. Center for Disease Controls. Framework for program evaluation in public health. *Mor Mortal Wkly Rep* 1999; 49 (RR-11).
11. Arendt H. A condição humana. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 1995.
12. Bourdieu P. O poder simbólico. Lisboa: DIFEL; 1989.
13. Lerer L, Lopez AD, Kjellstrom T, Yacht D. Health for all: analysing health status and determinants. *World Health Stat Q* 1998; 51: 7-20.
14. L' Abbate S. Educação em saúde: uma nova abordagem. *Cad Saúde Pública* 1994;10: 481-90.
15. Weber M. Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva. 3. ed. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 1994.
16. Pedrosa JI. Ação dos atores institucionais na organização da saúde pública no Piauí: espaço e movimento [tese doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1997.
17. Maffesoli M. O tempo das tribos: o declínio do individualismo nas sociedades de massa. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 1998.
18. Castellanos PL. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: Barata RB, organizador. Condições de vida e situação de saúde. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO); 1997. p.31-75
19. OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde, OMS. Organização Mundial da Saúde. Lineamentos metodológicos para la realización de análisis sectoriales en promoción de la salud: Plan Regional de Inversiones en Ambiente. Washington, DC: OPAS, OMS; 1995. (Informes Técnicos, 3).
20. Briceño-León R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cad Saúde Pública* 1996; 12: 7-31.
21. Akerman M. Metodologia de construção de indicadores compostos: um exercício de negociação intersectorial. In: Barata RB, organizador. Condições de vida e situação de saúde. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO); 1997. p. 95-113.
22. Contandriopoulos A-P, Champagne F, Potwin L, Denis JL, Boyle P. Saber preparar uma pesquisa. 2. ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO); 1997.
23. Muldoon MF, Barger SD, Flory JD, Manuck SB. What are quality of life measurements measuring? *BMJ: Br Med J* 1998; 316: 542-5.