

**Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisa René Rachou
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde**

**META-AVALIAÇÃO NO CONTEXTO DO MOVIMENTO INTERNACIONAL
CIDADES SAUDÁVEIS: aplicação dos parâmetros e diretrizes do JCSEE
(2011) e considerações de alguns aspectos éticos em questão**

por

André Luiz Freitas Dias

**Belo Horizonte
Fevereiro/2012**

TESE DSC – CPqRR

A.L.F DIAS

2012

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisa René Rachou
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

**META-AVALIAÇÃO NO CONTEXTO DO MOVIMENTO INTERNACIONAL
CIDADES SAUDÁVEIS: aplicação dos parâmetros e diretrizes do JCSEE
(2011) e considerações de alguns aspectos éticos em questão**

por

André Luiz Freitas Dias

**Tese apresentada com vistas à obtenção do
Título de Doutor em Ciências na área de
concentração Saúde Coletiva
Orientação: Dr^a. Virgínia Torres Schall**

Belo Horizonte
Fevereiro/2012

Catálogo-na-fonte
Rede de Biblioteca da FIOCRUZ
Biblioteca do CPqRR
Segemar Oliveira Magalhães CRB/6 1975

D541m
2012

Dias, André Luiz Freitas.

Meta-avaliação no contexto do Movimento Internacional Cidade Saudáveis: aplicação dos parâmetros e diretrizes do JCSEE (2011) e considerações de alguns aspectos éticos em questão / André Luiz Freitas Dias. – Belo Horizonte, 2012.

XVIII, 128f.: Il.; 210 X 297mm.

Bibliografia: f.: 118-135

Tese (Doutorado) – Tese para obtenção do título de Doutor em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou. Área de concentração: Saúde Coletiva.

1. Promoção da Saúde/história 2. Planejamento de Cidades/organização I. Título II. Schall, Virgínia Torres (Orientação).

CDD – 22. ed. – 353.627 4

**Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisa René Rachou
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde**

**META-AVALIAÇÃO NO CONTEXTO DO MOVIMENTO INTERNACIONAL
CIDADES SAUDÁVEIS: aplicação dos parâmetros e diretrizes do JCSEE
(2011) e considerações de alguns aspectos éticos em questão**

por

André Luiz Freitas Dias

Foi avaliada pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

**Prof. Dr^a. Virgínia Torres Schall (Presidente)
Prof. Dr. Alexandre Dittrich
Prof. D^a Thaís Porlan de Oliveira
Prof. Dr. Luiz Carlos Brant Carneiro**

Suplente:

Prof. Dr^a. Celina Maria Modena

Tese defendida e aprovada em: 28/02/2012

**Aos meus bens mais preciosos,
Raquel, Gabriel e Alice**

AGRADECIMENTOS

Foram muitas as pessoas com quem contei durante esses últimos anos. Algumas estiveram mais próximas e caminhamos lado a lado. Outras se fizeram presentes em alguns importantes momentos, atuando como modelo para que eu pudesse não perder o foco e seguir em frente. Apresentaram-me novos horizontes, perspectivas, “veredas”, oportunidades, desafios e, principalmente, uma referência profissional de altíssima qualidade. Essas pessoas a quem gostaria de prestar um agradecimento especial são: à minha orientadora, Dr^a. Virgínia Torres Schall; à minha “desorientadora”, Dr^a. Zulmira Hartz; e à professora, colega e amiga, Dr^a. Sônia Natal.

Ao Dr. Donald B. Yarbrough, pelo gentil convite feito para que eu pudesse participar e compor o quadro de revisores internacionais do JCSEE (2011), de 2007 a 2010.

À Thaís Porlan de Oliveira, à Heloísa de Carvalho Torres, ao Ernani Henrique Fazzi e à Celina Maria Modena, por acreditarem no potencial do meu trabalho, pelo respeito e pela sincera amizade.

Ao Segemar, pelo incansável e competente trabalho e pelo apoio e orientação, ao longo de todos esses anos de pesquisa bibliográfica.

Ao Centro de Pesquisas René Rachou, pela oportunidade de desenvolver este trabalho de pesquisa e por todo apoio e investimento.

Aos colegas do LAESA, pelos momentos de aprendizagem e descontração, nos dois primeiros anos do curso.

À Aline Sodré, pelo sempre eficiente auxílio e ajuda no desenvolvimento da tese.

Ao Departamento de Psicologia da UFMG, pelo apoio institucional   minha qualifica o docente.

Aos membros da banca examinadora, por aceitarem compartilhar e dialogar comigo os dados desta pesquisa, contribuindo para a minha aprendizagem.

Ao Prof. Dr. Miguel Houri Neto, pelas orientações e sugestões no tratamento estatístico dos dados coletados.

Ao Luciano Antinossi, pelo desenvolvimento do aplicador para a compilação e análise dos dados desta pesquisa, pela disponibilidade em ajudar no que fosse preciso para a finalização da tese, pela amizade e pela atenção.

À Marina, Junio, Brunão, Juninho, Paula, Jackson, Laylla e Laís, pelo suporte operacional, pelas engenhosidades e pelo carinho.

Aos meus familiares, Flávia, Fernanda, Eduardo, Celso, Ricardo, Rosa e Edivânia, por estarem sempre ao meu lado, da Raquel e do Gabriel, nos enchendo de amor e carinho, nos períodos mais críticos e nos calmos também.

Aos meus pais, José Carlos e Cidinha, por serem as pessoas maravilhosas que são, meus maiores modelos e referências na vida, por me ensinarem a colocar a família sempre em primeiro lugar e por me amarem tanto.

À Raquel, meu Amor, minha eterna namorada, minha esposa, companheira, melhor amiga..., como é difícil resumir em poucas palavras todo o sentimento que nos une e que foi fundamental nos momentos de maior dificuldade que passamos. Simplesmente, **TE AMO** e meu muito obrigado por toda dedicação, afeto, carinho; pelo nosso lindo filho, Gabriel e; pela Alice, que está para chegar.

“Era preciso encontrar um fio condutor para desenrolar pouco a pouco o novelo, e o primeiro com que os especialistas em educação se deparam foi o método de esclarecimento de valores.” (CORTINA, 2008, p. 122)

SUMÁRIO

1. Introdução	19
2. Objetivos.....	21
3. Revisão de literatura.....	22
3.1. Planejamento das cidades, Promoção da Saúde e Qualidade de Vida.....	22
3.2. O Movimento Internacional Cidades Saudáveis e sua relação com a promoção da saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades...	36
3.3. A prática avaliativa no contexto da Promoção da Saúde e do Movimento Internacional Cidades Saudáveis.....	50
3.4. Meta-avaliação no contexto do Movimento Internacional Cidades Saudáveis: aplicação de parâmetros e diretrizes internacionais de qualidade..	67
3.5. Meta-avaliação no contexto do Movimento Internacional Cidades Saudáveis: considerações de alguns aspectos éticos em questão.....	74
3.5.1. A Análise do Comportamento como referencial teórico para o desenvolvimento de algumas considerações éticas acerca do parâmetro Utilidade.....	77
4. Método.....	83
4.1. Procedimento.....	83
4.1.1 Seleção de Material de Consulta.....	85
4.1.2 Organização do Material Selecionado.....	87
4.1.3 Categorias para coleta das informações e análise dos dados.....	88
4.1.4 Tratamento e interpretação dos dados elaborados.....	90

5. Resultados.....	92
5.1 Quanto à aplicação dos parâmetros e diretrizes do JCSEE (2011)	93
5.2 Quanto aos valores primários e instrumentais, tendo como referência a teoria da Análise do Comportamento.....	106
6. Discussão.....	108
7. Considerações Finais.....	117
8. Referências Bibliográficas.....	118

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa-múndi com a indicação da ocorrência de redes e/ou iniciativas relacionadas à estratégia Cidades Saudáveis.....	41
Figura 2 - Modelo Lógico.....	52
Figura 3 - Modelo Lógico Genérico de Planejamento e Avaliação em Promoção da Saúde.....	56
Figura 4 - Um modelo de resultados para Promoção da Saúde.....	59
Figura 5 - Modelo de Desenvolvimento para a Avaliação de Programas em Promoção da Saúde.....	60
Figura 6 - Triângulo de tomada de decisão.....	61
Figura 7 - Passos do processo de avaliação participativa.....	64
Figura 8 - Modelo Lógico: Fortalecimento de iniciativas saudáveis.....	65
Figura 9 - Parâmetros de qualidade elaborados pelo JCSEE (1981).....	69
Figura 10 - Parâmetros de qualidade elaborados pelo JCSEE (2011).....	70
Figura 11 – Arquitetura do Projeto Meta-avaliação no contexto do Movimento Internacional Cidades Saudáveis: aplicação de parâmetros e diretrizes do JCSEE (2011) e considerações éticas de alguns aspectos éticos em questão.....	84
Figura 12 – Ilustração do banco de dados construído para realização desta pesquisa.....	87

LISTA DE GRÁFICOS

Gráficos 1 – Número de estudos avaliativos selecionados para a pesquisa por ano de publicação, no período de 1989 a 2010	92
Gráfico 2 – Periódico com estudos avaliativos selecionados para a pesquisa.....	93
Gráfico 3 – Número de artigos classificados por parâmetros do JCSEE (2011) e no geral, de acordo com os critérios estabelecidos por Stufflebeam (1999).....	94
Gráfico 4 – Número de classificação “excelente”, “muito bom”, “bom” e “fraco” por artigo, atribuídas aos parâmetros de qualidade do JCSEE (2011).....	96
Gráfico 5 – Medidas de localização e dispersão relacionadas ao parâmetro Utilidade	98
Gráfico 6 - Medidas de localização e dispersão relacionadas ao parâmetro Viabilidade.....	99
Gráfico 7 - Medidas de localização e dispersão relacionadas ao parâmetro Propriedade.....	101
Gráfico 8 - Medidas de localização e dispersão relacionadas ao parâmetro Precisão	102
Gráfico 9 – Número de estudos avaliativos com a ocorrência de valores primários	106
Gráfico 10 - Número de estudos avaliativos com a presença das categorias “valores primários”, isoladas ou combinadas	107
Gráfico 11 – Número de estudos avaliativos por categorias “valores instrumentais”.	107

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Fases para o desenvolvimento de iniciativas no contexto do Movimento Cidades e Municípios Saudáveis nas Américas, elaboradas pela Organização Pan-Americana de Saúde, OPAS, 1997	46
Quadro 2 – Pontuação e classificação atribuída aos 88 parâmetros e critérios, segundo escores propostos por Stufflebeam (1999)	91
Quadro 3 – Etapas propostas para a análise de consequências, perguntas pertinentes a cada etapa e exemplos de possíveis respostas... ..	114

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Medidas de localização e dispersão relacionadas às diretrizes de qualidade elaboradas pelo JCSEE (2011).....	105
---	-----

RESUMO

A preocupação com o planejamento das cidades e sua relação com as condições de vida das pessoas e das coletividades não é uma novidade na história da saúde coletiva. Desde a década de 1980, a proposta de promoção da saúde, intitulada *Cidades Saudáveis*, vem se apresentando como uma estratégia viável e efetiva de planejamento sustentável local, tendo como eixo norteador a melhoria na qualidade de vida das pessoas e das coletividades. Ao longo dos anos de implantação dessa estratégia, diversos estudos foram desenvolvidos e um número significativo de indicadores gerados, buscando avaliar os processos e os resultados relacionados a essa proposta de promoção da saúde. O objetivo desta pesquisa foi avaliar os estudos avaliativos relatados por autores, em artigos científicos, no contexto do Movimento Internacional Cidades Saudáveis. Para tanto, realizou-se um estudo documental, com o cumprimento de etapas desde a seleção das fontes e do material de consulta até a descrição de alguns componentes das práticas avaliativas, sendo, posteriormente, o material submetido à análise e avaliação da qualidade, a partir dos parâmetros e diretrizes atuais, elaborados pelo Joint Committee on Standards for Educational Evaluation (JCSEE). Visando uma maior comparabilidade entre os parâmetros e diretrizes utilizados, empregou-se uma valoração e classificação dos escores obtidos, bem como o tratamento estatístico dos dados. Para completar a pesquisa meta-avaliativa proposta, alguns aspectos éticos sobre o parâmetro da Utilidade foram considerados e discutidos, à luz da Teoria da Ciência do Comportamento. Os resultados evidenciaram que a maioria das avaliações apresentou um bom desempenho, havendo uma predominância de 46% de práticas definidas como boas e que uma pequena parte dos estudos (8%) avaliada como fraca. O parâmetro viabilidade apresentou a melhor porcentagem de estudos avaliativos classificados como excelentes e nenhum registro na categoria fraco, sendo notada a maior ocorrência dessa classificação no critério propriedade. O parâmetro responsabilidade só apresentou registro de informações sobre as práticas avaliativas em quatro artigos selecionados. As diretrizes que apresentaram dados

mais discrepantes e merecedores de atenção foram U3 – Propósitos negociados; U5 – Informação Relevante; U6 – Processos e Produtos Significativos; F3 – Viabilidade contextual, P1 – Orientação Responsiva e Inclusiva; P2 – Acordos Formais; P4 – Transparência e Justiça e P6 – Conflitos e interesses. No parâmetro precisão, foram encontrados os melhores resultados avaliativos e com menos variações. Com relações à análise dos valores primários presentes nas práticas avaliativas, a categoria comportamental *bens dos outros* foi identificada em todos os artigos, seja ocorrendo isoladamente (10 artigos) ou em combinação com as outras categorias. *Bens pessoais* e *bens das culturas* não apareceram separadamente na amostra selecionada. Além desses valores primários, vinte e nove categorias relativas aos valores instrumentais foram registradas, notando-se as presenças marcantes dos valores participação e intersetorialidade. Por fim, considera-se importante e necessário o estímulo à realização de outras pesquisas meta-avaliativas no contexto do Movimento Internacional Cidades Saudáveis, bem como uma atenção especial ao processo de explicitação de valores, negociação e mediação de conflitos e interesses, em iniciativas envolvendo os temas promoção da saúde e processos urbanos.

Palavras-chave: Meta-avaliação. Cidades Saudáveis. Promoção da Saúde. Planejamento Urbano.

ABSTRACT

The concern with cities' planning and its relation to the living conditions of people and communities is not a novelty in the history of the public health. Since the 1980's, the proposal for health promotion entitled Healthy Cities has been presenting itself as a feasible and effective strategy of local sustainable planning, and its guidelines are based on the improvement of people and communities' life quality. Throughout the years deploying this strategy, several studies have been carried out and a significant number of indicators were produced, aiming at evaluating the processes and the findings related to this health promotion proposal. This research aims is to evaluate the evaluative studies reported by authors, in scientific articles, in the context of the International Healthy Cities Movement. For that purpose, a documentary study was undertaken and completed in stages, from the selection of sources and consultation material up to the description of some components of the evaluating practices, with the subsequent forwarding of the material to analysis and evaluation of the quality, based on the current parameters and guidelines developed by the Joint Committee on Standards for Educational Evaluation (JCSEE). Aiming at an improved comparability between the parameters and guidelines used, it has been used the valuation and rating of scores found, as well as the statistical treatment of the data. To complete the evaluative target research proposed, some ethical aspects on the Utility parameter were considered and discussed in the light of the Behavioral Science Theory. The results evidenced that the majority of the evaluations had a good performance, with a prevalence of 46% of the practices defined as good and a small portion of the studies (8%) evaluated as weak. The *Feasibility* parameter presented the best percentage among the evaluative studies rated as excellent and there was no record under the weak category. It has been noticed the greatest occurrence of this rating under the *Propriety* criterion. The *Evaluation Accountability* parameter only presented records of information on the evaluative practices in four selected articles. The guidelines that presented the most discrepant data that deserve attention were the U3 –

Negotiated Purposes; U5 – Relevant Information; U6 – Meaningful Processes and Products; F3 – Contextual Viability; P1 – Responsive and Inclusive Orientation; P2 – Formal Agreements; P4 – Clarity and Fairness and P6 – Conflicts and Interests. The Accuracy parameter was where the best evaluative results were found, with less variations. In relation to the analysis of the primary values present in the evaluative practices, the behavioral category third parties' properties was identified in all articles, either separately (10 records) or combined with other categories. *Personal properties* and *cultural properties* did not appear separately in the selected sample. In addition to these primary values, twenty-nine categories related to instrumental values were registered, noticing the outstanding presence of the participation and intersectoriality values. Finally, the incentive of other evaluative target researches within the context of the International *Health City* Movement is both important and necessary, as well as the awareness of the process of value clarification, negotiation and mediation of conflicts and interests in initiatives that involve health promotion and urban processes themes.

Keywords: Metaevaluation. Healthy Cities. Health Promotion. Urban Planning.

1. INTRODUÇÃO

O planejamento urbano e seus efeitos sobre a saúde das pessoas e das coletividades, há tempos, vem se constituindo como um importante tema de investimento de distintos campos do conhecimento científico (CASTRIOTA, 2003; HALL, 2009; HARTMANN & LOCH, 2009; LE CORBUSIER, 2008; LOPES DE SOUZA, 2011; MELAZZO & GUIMARÃES, 2010; PEREIRA, 2008; REIS, 2012).

Diversos estudos já foram realizados, sendo abordada amplamente a questão do planejamento e/ou determinadas etapas do mesmo, como a avaliação, no início, durante e/ou no final das iniciativas e dos projetos desenvolvidos, ou, ainda, fatores determinantes para a elaboração ou implantação das atividades propostas. Qual a qualidade das avaliações realizadas no contexto de uma proposta específica de planejamento das cidades foi a questão central que este estudo pretendeu debater.

Para tanto, em um primeiro momento, procedeu-se a uma revisão histórica do tema do planejamento das cidades no âmbito da saúde coletiva, área de concentração deste estudo. O capítulo inicial da revisão de literatura aborda o tema do planejamento urbano na interface com as propostas das teorias miasmáticas, sanitaristas e da promoção da saúde, percorrendo os idos anos de 1840 aos dias atuais, tendo em vista fatores de influência políticos, econômicos, sociais e culturais.

O segundo capítulo destinou-se a apresentação de uma proposta específica de planejamento urbano e desenvolvimento sustentável, *Cidades Saudáveis*, a partir de suas premissas orientadoras, das estratégias de implantação das mesmas, das principais características de algumas iniciativas já desenvolvidas, bem como das dificuldades, das contradições, das perspectivas e dos desafios encontrados e enfrentados.

Considerando a necessidade de realização de avaliações sobre a qualidade dos projetos relacionados ao Movimento Internacional *Cidades Saudáveis*, assim designado por sua ampla difusão em vários países do mundo, o

terceiro capítulo resgata parte da história da prática avaliativa no contexto da promoção da saúde e da referida proposta, propriamente dita, contextualizando a mesma (avaliação) no tempo e no espaço, em função da sua diversidade teórica e metodológica.

Percorrendo assim a história da prática avaliativa no contexto da promoção da saúde e, mais especificamente, da proposta *Cidades Saudáveis*, tornou-se evidente e necessária a realização de avaliações sobre as práticas avaliativas até então desenvolvidas, na tentativa de refinamento dos projetos e das iniciativas em curso, assim como das que ainda seriam ou serão elaboradas e implantadas, conforme destacam Akerman et. al. (2002) em um artigo de revisão bibliográfica.

Nesta perspectiva, os dois capítulos seguintes de finalização da revisão da literatura apresentam uma proposta de meta-avaliação, avaliação da prática avaliativa, no contexto do Movimento Internacional *Cidades Saudáveis*, a partir da aplicação dos parâmetros e diretrizes internacionais de qualidade elaborados pelo Joint Committee on Standards for Educational Evaluation (JCSEE, 2011), em sua terceira edição, e do exercício crítico-reflexivo sobre o parâmetro particular da Utilidade, tendo como base de fundamentação a teoria da Análise do Comportamento (SKINNER, 1969, 1978, 1991, 1994, 2000).

Trata-se de uma pesquisa documental, de consulta a dados secundários de práticas avaliativas, tendo como objeto os relatos de autores das avaliações realizadas no contexto do Movimento Internacional *Cidades Saudáveis*, publicados em periódicos científicos nacionais e internacionais.

2. OBJETIVOS

Geral: Meta-avaliar as práticas avaliativas relatadas por autores em artigos científicos, no contexto do Movimento Internacional *Cidades Saudáveis*.

Específicos:

- Revisar e documentar as práticas avaliativas relatadas por autores em artigos científicos, no contexto do Movimento Internacional Cidades Saudáveis
- Descrever as práticas avaliativas e os seus componentes ou elementos constituintes (valores, objetivos, atores envolvidos, objeto da avaliação, contexto, insumos, atividades, produtos e conseqüências);
- Analisar os componentes ou elementos constituintes das práticas avaliativas relatadas e avaliar a qualidade das mesmas, tendo como referência os parâmetros e diretrizes elaborados pelo Joint Committee on Standards for Educational Evaluation (2011);
- Discutir aspectos éticos relacionados ao parâmetro da Utilidade, elaborado pelo Joint Committee on Standards for Educational Evaluation (2011), tendo como referência a teoria da Análise do Comportamento.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Planejamento das cidades, Promoção da Saúde e Qualidade de Vida

O planejamento das cidades e sua relação com as condições de vida das pessoas e das coletividades não é uma preocupação recente na história da saúde coletiva (DUHL, 1992; JACOBI, 2006).

Tal história remonta aos anos de 1840 e ao relatório produzido por Edwin Chadwick para a Comissão da Saúde das Cidades, organizada em resposta ao agravamento das condições de vida da população inglesa, devido ao período vivido de industrialização e rápida urbanização.

No relatório, Chadwick denunciava problemas como a alta densidade populacional, os crescentes quadros de violência e pobreza, os péssimos estados de habitação e higiene, e suas relações com a deterioração da qualidade de vida das pessoas, conforme destacam Ashton (1992) e Andrade & Barreto (2002).

De acordo com esses autores, com o propósito de pressionar os governos para a adoção de medidas efetivas de resolução dos referidos problemas e o estabelecimento das reformas necessárias, diversas organizações da sociedade civil foram constituídas, dentre elas a Associação da Saúde das Cidades, fundada no dia onze de dezembro de 1844, em um encontro público na Câmara Municipal de Exeter, capital do condado de Devon, ao sudoeste da Inglaterra (ASHTON, 1992; ANDRADE & BARRETO, 2002).

Na opinião de Valla (1998), a formação de tais organizações da sociedade civil pode ser considerada como uma das precursoras do que, hoje, entende-se por controle social. Apesar de ser um termo bastante ambíguo e controverso, atualmente vem sendo utilizado nas teorias políticas e sociológicas para designar o exercício político, de cidadania e de controle da sociedade sobre as ações do Estado, a partir da participação na formulação, execução, monitoramento e avaliação das políticas públicas (CECCIM & FEUERWERKER, 2004).

De acordo com Ashton (1992), após a primeira experiência em Exeter, associações similares de controle social e exercício político foram rapidamente criadas por toda a Inglaterra. Nessa época, Liverpool, Manchester, York, Edinburgh e Derby foram algumas das cidades que tiveram associações atuantes na defesa por melhores condições de vida e de higiene.

As iniciativas das associações pautavam-se pela divulgação de números e dados extraídos de relatórios governamentais sobre a situação sanitária de cada localidade ou distrito, pela organização de audiências públicas para o esclarecimento de dúvidas referentes aos tais números e dados, para explicitação dos interesses e expectativas dos vários atores envolvidos e, por fim, pela definição das prioridades e das estratégias para o efetivo exercício de controle social (ASHTON, 1992).

Vale ressaltar, contudo, que esse processo de ramificação e implantação de associações não se deu de maneira tão calma e homogênea, considerando as especificidades dos contextos políticos locais. Valores, crenças e vários interesses envolvidos na manutenção do “status quo” estiveram em jogo, na maioria das vezes, de maneira velada, e diversos focos de resistência e incredulidade puderam ser encontrados, inclusive em cidades-chaves no país, como na própria capital Londres (AWOFESO, 2004; LEDESMA, 1993).

Conforme relatam Malta (2001), Barata (1987) e Johnson (2008), nos anos de 1831, 1849 e 1854, respectivamente, a cidade londrina foi assolada por recorrentes epidemias de cólera, custando à vida de milhares de pessoas. Em todas as ocasiões, forças políticas resistiram, o quanto puderam, à idéia e à necessidade de reformulação do planejamento da cidade, mesmo com a reincidência e o agravamento do quadro epidêmico, justificando-se por algumas teorias vigentes, como a miasmática, segundo a qual as doenças eram transmitidas pelo ar sujo e contaminado dos pântanos e das regiões mais pobres de Londres.

Se assim fosse, por que os trabalhadores encarregados pela limpeza dos esgotos não eram necessariamente contaminados? Seriam eles mais resistentes à doença? O que explicaria tal fato? Contestando a teoria dos

miasmas, após alguns questionamentos como esses e inúmeras observações cuidadosas sobre os hábitos de vida das pessoas das regiões infestadas, em 1854, o médico John Snow formulou a hipótese sobre a relação entre o sistema de abastecimento de água e de eliminação de dejetos e a doença que se alastrava pela cidade (JOHNSON, 2008).

Sem contar com recursos microscópicos que comprovassem sua hipótese e tendo a ajuda técnica e, principalmente, o apoio político do pároquo Henry Whitehead, Snow solucionou o mistério da instalação da epidemia, a partir da construção de um mapa sobre os padrões de consumo de água e de eliminação de dejetos de pessoas e animais (RICHARDSON, 1999).

Na verdade, foram vários os mapas confeccionados e o processo de convencimento dos membros da Comissão de Saúde e demais autoridades políticas e científicas locais durou longos anos, ficando a cargo de outros estudiosos, visto o súbito óbito de Snow no dia dezesseis de junho de 1858 (HINO et. al., 2006)

O próprio Edwin Chadwick, grande expoente e defensor da relação entre os fatores ambientais e a qualidade de vida das pessoas, foi um dos principais opositores de Snow. Tendo falecido em 1890, levou consigo a certeza da influência e dos poderosos danos dos miasmas sobre a saúde da população inglesa (JOHNSON, 2008).

Além dos conflitos teóricos e políticos, aspectos econômicos figuravam entre os principais elementos da discussão sobre a reformulação do planejamento das cidades e sua importância para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e das coletividades.

Após as tristes passagens dos anos de 1831, 1849 e 1854, Londres sofreu novamente outro surto de cólera em 1866. Retomando as pesquisas e o material elaborado por Snow, outro médico, William Farr, adepto da corrente sanitária, não somente reafirmou a relação entre o sistema de abastecimento de água e de eliminação de dejetos com a transmissão do cólera, como ainda denunciou a participação e a responsabilidade da East London Water Company na

propagação e na manutenção do quadro epidêmico (JOHNSON, 2008; LAURENTI, 1991; SNOW, 1999).

Pode-se dizer que, não somente na Inglaterra, mas em vários outros países, o período entre o século XIX e o início do século XX fora marcado pela contraposição das idéias miasmáticas e sanitaristas, permeadas por interesses políticos e econômicos. Além das questões humanitárias, a preocupação dos governos com as condições sanitárias das cidades e portos dava-se por serem estas áreas vitais para a economia dos países (BERTOLLI FILHO, 2003a, 2003b; SCLIAR, 2002a; WESTPHAL, 2007).

Um bom exemplo dessa preocupação é o caso do navio Lombardia que, em 1895, aportou no Rio de Janeiro, contando com uma tripulação jovem e aparentemente sadia, predominantemente composta por marinheiros italianos. Como bem descreve Scliar (2002b), na ocasião, 333 dos 340 tripulantes contraíram a febre amarela, tendo sido registrados 234 óbitos. Nas palavras do autor:

Essas notícias disseminavam-se pelo mundo – e prejudicavam a economia brasileira, que dependia fundamentalmente da exportação do café. Navios estrangeiros recusavam-se a vir ao Brasil. Com isso, não levavam café – e não entravam as divisas necessárias para o pagamento de uma grande dívida externa contraída com bancos ingleses. Combater doenças não era apenas um objetivo humanitário: era uma questão de sobrevivência econômica para o país. (SCLIAR, 2002b, p. 51)

Para evitar maiores prejuízos sociais e econômicos, ao longo de todo século XIX e início do XX, aos poucos o saneamento, acompanhado do estabelecimento de novos padrões de habitação e higiene passaram a ser compreendidos como verdadeiras causas pelos governos e pela área da saúde pública (ESCOREL & TEIXEIRA, 2008; WESTPHALL, 2007).

As palavras-chaves para resolver o problema do excessivo número de doentes que, por vezes, ameaçava paralisar as cidades eram tratamento da água, esgoto, lixo e boas condições habitacionais. No contexto brasileiro, destacam-se nessa época os trabalhos de Oswaldo Cruz, Belisário Pena, Artur Neiva, Carlos

Chagas, Samuel Pessoa, Josué de Castro, dentre vários outros (BRITTO, 1995; COSTA, 1985; KROPF, 2009; PAIM, 2006; PAIVA, 2006; SCLiar, 2002b).

Alguns estudiosos, como Rudolf Virchow, ainda no século XIX, no entanto, propuseram e reivindicaram outras condições para a melhoria na qualidade de vida das pessoas e das coletividades, indo além das questões relacionadas ao saneamento e aos padrões de habitação e de higiene.

Tendo recebido do governo do extinto estado da Prússia a incumbência de investigar a epidemia de tifo na região da Silésia, em 1847, o médico sanitarista e político alemão Virchow recomendou em seu relatório, além das assistências médicas que a população tanto necessitava, especial atenção à democracia, liberdade, educação e prosperidade das pessoas e das coletividades (ANDRADE & BARRETO, 2002; MINAYO & MINAYO, 2006).

Mesmo não especificando os componentes e os detalhes de tal atenção especial, a iniciativa inovadora de Virchow apontou para uma direção futura que, somente em 1945, o médico canadense Henry Sigerist veio a nomear como Promoção da Saúde¹ (CONTINI, 2000).

A proposta de Sigerist significava mais do que uma mera preocupação terminológica. Procurava-se rever e reordenar a concepção e a prática da atenção médica da época. O produto foi a definição de quatro funções primordiais para toda a área da saúde, a saber: a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a recuperação do enfermo e a reabilitação (BECKER, 2001; GROSSMAN, ARAÚJO & ARAÚJO-JORGE, 2009; SÍCOLI & NASCIMENTO, 2003).

Segundo Nunes (1992), Sigerist defendera ainda uma nova proposta para a formação médica, enfatizando o seu compromisso histórico, político, econômico, cultural e ético de atuação profissional e transformação social. Nesta perspectiva, os estudantes deveriam se interessar mais pela saúde dos pacientes, analisando médica, social e politicamente cada caso clínico.

Após os anos de primazia da era terapêutica ou bacteriológica dos idos anos de 1930 em diante, nos quais prevaleceu a concentração dos investimentos

¹ De acordo com Souza & Grundy (2004), “do ponto de vista histórico, a promoção da saúde como idéia e como base para a elaboração de políticas sociais antecede o uso explícito da expressão.” (p. 1355)

em ações individuais de imunização e tratamento das enfermidades, assim como a preponderância do viés biológico de compreensão das contingências de infecção e adoecimento dos indivíduos, ao final da II Guerra Mundial, uma abordagem social mais ampla voltou a configurar o campo da saúde pública (OLIVEIRA & EGRY, 2000).

Fizeram parte dessa abordagem social mais ampla a consideração da importância e da necessidade de ambientes mais saudáveis para a vida das pessoas e das coletividades; melhores condições de trabalho; espaços e oportunidades para o descanso, o lazer, a recreação e o acesso irrestrito aos sistemas de saúde (ANDRADE & BARRETO, 2002; AWOFOESO, 2004; DUHL, 2002).

Contudo, somente na década de 1970, com o contingente bastante expressivo de pessoas em condições sociais adversas, os crescentes e elevados custos das medidas curativas e a carência de evidências claras quanto aos benefícios em curto, médio e longo prazos dos tratamentos realizados, no âmbito individual ou no social, uma nova proposta para a saúde pública passou a ser concretamente delineada (KICKBUSCH, 2003; PAIM, 2006; ROSEN, 2006).

A *nova saúde pública* que surgia, em contraposição às idéias terapêuticas ou bacteriológicas, reafirmava a concepção social, econômica e política do processo saúde-doença, retomando e fortalecendo a proposta de Promoção da Saúde, iniciada por Virchow em 1847 e apresentada por Sigerist em 1945, como já citado neste texto.

Canadá, Estados Unidos e alguns países da Europa Ocidental foram os principais empreendedores da proposta, na etapa inicial, acompanhados mais timidamente por algumas nações da América Latina e outros continentes (BUSS, 2000).

Em 1974, pela primeira vez, o termo Promoção da Saúde apareceu em um documento oficial, produzido a partir de uma demanda do governo canadense. Intitulado *Uma nova perspectiva sobre a saúde dos canadenses*, popularmente conhecido como *Informe Lalonde*, em homenagem ao Ministro da Saúde do país na circunstância, o documento sugeria a extensão da compreensão do processo

de saúde-doença, considerando seus múltiplos fatores determinantes (IANNI & QUITÉRIO, 2006; MENOSSI et. al., 2005).

Propunha a decomposição da área da saúde nos campos da (1) biologia humana, (2) ambiente natural e social, (3) estilo de vida e (4) organização dos serviços. A elaboração e implantação de melhores estratégias para o alcance de estilos de vida mais saudáveis e a diminuição dos fatores de risco à saúde seriam os objetivos prioritários para a nova área (BARTON & TSOUROU, 2000).

Buscando informar e influenciar pessoas e instituições para a adoção de um estilo de vida mais responsável, ativo e comprometido com a saúde física e mental, o documento apresentava um conjunto de vinte e três ações para a Promoção da Saúde (BUSS, 2000; FERNANDEZ ET. AL., 2008).

A influência do Informe Lalonde foi tanta que extrapolou os níveis individuais e institucionais, afetando as políticas de saúde de vários países como Estados Unidos e Inglaterra. Um exemplo disso é o relatório preparado pelo Departamento de Saúde, Educação e Bem-Estar do governo norte-americano – *Healthy People 1979* – indicando a necessidade de revisão das prioridades de gastos em saúde no país e a adoção de diversas ações para a mudança dos estilos de vida da população (FERREIRA & MAGALHÃES, 2007).

O documento canadense estabeleceu também as bases para a configuração da proposta de *Saúde para todos no ano 2000* e a *Estratégia de Atenção Primária à Saúde*, ambas formalizadas na antiga União Soviética, na Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde de Alma Ata, em 1978².

Considerado um dos eventos mais significativos para a constituição e o fortalecimento do campo da Promoção da Saúde em todo o mundo, a Conferência em Alma Ata contou com a participação de 134 países e 67 organizações internacionais, sendo reafirmada a condição da saúde como um direito humano

² Conforme ressaltam Heidmann et. al. (2006), além do Informe Lalonde, um acontecimento histórico importante para a concepção e formulação da *Estratégia de Atenção Primária à Saúde* foi a abertura da China Nacionalista às missões de especialistas da Organização Mundial da Saúde (OMS), nos anos de 1973 e 1974. Atividades de cuidados à saúde, principalmente no meio rural, foram observadas e, posteriormente, analisadas e discutidas, servindo de base para a referida estratégia de atenção à saúde.

fundamental, conforme destacam Mattos (2001), Guimarães (2002) e Mendes (2004).

Segundo esses autores, apesar de toda influência e avanços suscitados na época, muitas críticas foram feitas ao Informe Lalonde pela pouca ênfase dada aos contextos políticos, econômicos e sociais e pelo excesso de atribuição de responsabilidade às ações individuais e de cuidados com o estilo de vida das pessoas. Um refinamento da proposta fazia-se necessário e havia uma clara percepção de que, somente coletivamente, o conceito e o novo paradigma da Promoção da Saúde e as práticas decorrentes poderiam ganhar mais consistência.

Conceber a saúde e seus determinantes em suas dimensões sociais, culturais, econômicas e políticas, de fato, apresentavam-se como grandes desafios para as sociedades e os governos. Exigia a reformulação de toda a estrutura de funcionamento e estabelecimento das relações entre os atores políticos em cada cultura, região e/ou país, tendo como valores norteadores a vida, a saúde, o bem-estar coletivo, a democracia, a equidade, a justiça social, a participação, o desenvolvimento sustentável e a ética, dentre outros (STOTZ & ARAÚJO, 2004).

O exercício de construção coletiva do novo paradigma da Promoção da Saúde, permeado pelo conjunto de valores listados acima, teve nas conferências internacionais de saúde a oportunidade privilegiada de desenvolvimento e amadurecimento, começando pela I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em 1986, na cidade de Ottawa, Canadá (KICKBUSCH, 2003; COURA, 1992; PHILIPPI JR. & MALHEIROS, 2005).

Nessa conferência, o conceito de Promoção da Saúde foi definido como o processo de capacitação das pessoas e coletividades para atuação na melhoria contínua de sua qualidade de vida e na busca pelo controle dos fatores que afetam o bem-estar e a saúde (RAEBURN, 2007; SAAN, 2007; STOTZ & ARAÚJO, 2004).

Como destaca Westphal (2007), tal processo de capacitação deveria ser realizado por meio de políticas públicas e ambientes saudáveis, que

garantissem a obtenção de direitos humanos elementares e o desenvolvimento de competências para a identificação de aspirações e uma maior participação e integração social na busca por um bem-estar individual e coletivo.

De acordo com Buss (2000), as principais estratégias para a Promoção da Saúde contidas na Carta de Ottawa, documento elaborado na ocasião, são a defesa da saúde, a mediação e a capacitação técnica e política dos atores comunitários, nos mais diversos contextos. Segundo o autor:

O desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde em todas as etapas da vida encontra-se entre os campos de ação da promoção da saúde. Para tanto, é imprescindível a divulgação de informações sobre a educação para a saúde, o que deve ocorrer no lar, na escola, no trabalho e em muitos outros espaços coletivos. Diversas organizações devem se responsabilizar por tais ações. Esse componente da Carta de Ottawa resgata a dimensão da educação em saúde, embora aqui também avance com a idéia de empowerment, ou seja, o processo de capacitação (aquisição de conhecimentos) e de poder político por parte dos indivíduos e da comunidade. (BUSS, 2000, p. 171)

Na II Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em 1988, em Adelaide, Austrália, a noção de política pública e saudável foi aprofundada e reafirmada a sua relevância, sendo ressaltado o valor do compromisso político de todos os setores da sociedade na sua elaboração e implantação (HAYAKAWA, INOUE & SCOCHI, 2004).

Tendo em vista o compromisso de todos os setores da sociedade na elaboração e implantação das políticas públicas saudáveis, a questão da intersetorialidade foi apresentada como uma necessidade, assim como a noção de responsabilidade múltipla de todos os atores sociais pelo bem-estar individual e coletivo (BUSS, 2000; MENOSSI ET. AL., 2005; SOUZA & GRUNDY, 2004).

Três anos mais tarde, em 1991, na III Conferência de Promoção da Saúde, em Sundsvall, Suécia, a noção de política pública saudável passou a abarcar também o meio ambiente e a urgência na criação de ambientes mais saudáveis mereceu especial atenção (ARANTES ET. AL., 2008; TEIXEIRA, 2002).

Degradação ambiental, desastres naturais, crescimento populacional, carência de alimentos e recursos para garantia da sobrevivência e bem-estar foram alguns dos temas presentes nesse encontro, considerado por vários

estudiosos como uma prévia da Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento Humano, realizada em 1992, na cidade do Rio de Janeiro (GUGELMIN ET. AL., 2003; LITTLE, 2003; NOVAES, 2002).

Somente em 1997, um país em desenvolvimento recebeu uma Conferência Mundial para Promoção da Saúde. O evento aconteceu em Jacarta, Indonésia, tendo como objetivo principal a revisão das diretrizes e recomendações contidas na carta produzida na Conferência de Ottawa. Assim como nas conferências anteriores, um documento foi redigido contendo novas recomendações e definindo as prioridades para os próximos anos.

A Declaração de Jacarta, como ficou conhecido o documento referente à IV Conferência Mundial de Promoção de Saúde, apontou como metas a serem alcançadas até o início do século XXI (1) a responsabilidade e o compromisso social com a saúde, (2) a ampliação do processo de capacitação das pessoas e comunidades para o controle e busca por melhores condições de saúde, (3) a expansão das redes sociais, com o convite para a participação de novos atores e (4) o aumento dos investimentos em infra-estrutura e pesquisas voltadas para a saúde e o desenvolvimento sustentável (ANDRADE & BARRETO, 2002; MARCONDES, 2004; SOUZA, 2007).

Sendo a primeira a incluir explicitamente o setor privado no apoio à Promoção da Saúde, a Declaração de Jacarta enfatizou a importância das alianças intersetoriais e da gestão em redes para a criação de políticas e ambientes mais saudáveis. Apresentou ainda como imprescindível à implantação dessas alianças e da gestão em redes, a negociação dos interesses e valores dos diversos atores envolvidos, nos mais variados espaços de atuação política como, por exemplo, as cidades, as comunidades locais, os ambientes de trabalho e as escolas (GUIZARDI & PINHEIRO, 2006; STOTZ & ARAÚJO, 2004; VALLA, 1998).

Tanto as metas quanto as diretrizes e recomendações presentes na Declaração de Jacarta serviram como norteadores para a V Conferência Mundial, sediada no México, no ano de 2000. Infelizmente, como relatam alguns pesquisadores, a conferência teve início com o relato da constatação do não cumprimento de grande parte dos compromissos firmados

durante as quatro conferências anteriores (ARANTES ET. AL., 2008; HEIDMANN et. al., 2006; WESTPHAL, 2007).

Assim, a programação do encontro, baseada na Declaração de Jacarta e na resolução sobre Promoção da Saúde gerada durante a Assembléia Mundial da Saúde, no Brasil, em 1996, incluiu cinco dias de trabalhos técnicos e dois somente para a discussão, o planejamento e a negociação de estratégias políticas para a implantação efetiva das propostas elaboradas (OLINDA & BRUNO DA SILVA, 2007).

Era preciso e urgente promover a correspondência entre os discursos adotados ao longo de todos esses anos e as práticas provenientes das diversas realidades dos países e localidades envolvidas, assim como capacitar os indivíduos e as comunidades para a atuação política, de negociação de valores e interesses, e o exercício de poder e controle social (CARVALHO, 2004a, 2004b; CARVALHO & GASTALDO, 2008; CHIESA ET. AL., 2007; PEREIRA, 2009; POTVIN & BALBO, 2007).

Para Carvalho et. al. (2004), a urgência pela concretização da correspondência entre o discurso e a prática da Promoção da Saúde, na qual saúde e qualidade de vida são colocados no centro do seu escopo e considerados imperativos éticos universais, deve-se ao entendimento da saúde como “um investimento econômico fundamental para o desenvolvimento humano e social” e para o fortalecimento da economia sustentável de países e regiões (p. 524).

Nas palavras dos autores, ao comentarem alguns pontos destacados no relatório da I Oficina sobre Perspectivas e Desafios da Avaliação em Promoção da Saúde, de 2002:

A riqueza do debate internacional no campo da Promoção da Saúde vem sobretudo do fato de inspirar políticas, ações, programas e iniciativas através do desenho de intervenções multifocais, objetivando mudanças sociais abrangentes e sustentáveis, onde a ênfase recai tanto no papel dos sujeitos e das organizações sociais, como no desenvolvimento institucional. (CARVALHO ET. AL., 2004, p. 525)

Várias outras conferências internacionais foram realizadas, nos anos seguintes, mas com repercussões concretas e discretas quanto ao planejamento

das cidades e à melhoria das condições de vida das pessoas e das coletividades. Brasil, Tailândia e Argentina, em 2002, 2005 e 2007, respectivamente, sediaram eventos com o objetivo de reafirmar o ideário da Promoção da Saúde e seu compromisso com a qualidade de vida e o bem-estar individual e coletivo (FURTADO, 2010; LARA DA SILVA, 2009; MENDES, 2004; OLINDA & BRUNO DA SILVA, 2007).

Acompanhando essas conferências internacionais, novos documentos foram elaborados, como por exemplo, a Declaração de Santa-Fé de Bogotá e a Carta do Caribe, também com modestos efeitos observados, conforme ressaltam Carneiro (2003), Heidmann et. al. (2006) e Novaes (2002).

Mas, por que as repercussões das referidas conferências se mostraram tão discretas? Quais os motivos para a falta de correspondência entre os discursos e as práticas de Promoção da Saúde? A essas perguntas, somam-se outras, conforme expõe Westphal (2007):

A Promoção da Saúde que objetiva a melhoria da qualidade de vida e inclui outros campos de ação para garantir a equidade e favorecer a criação de ambientes e opções saudáveis, está avançando nessa direção? Está, de fato, envolvendo o estabelecimento de mecanismos de integração mediante negociação entre os setores institucionais e destes com a sociedade civil? Tem fortalecido a capacidade da população para participar nas decisões que afetam sua vida e para optar por estilos de vida saudáveis? Tem estimulado o diálogo entre saberes diversos e o reconhecimento, ou melhor, a inclusão de todos os atores responsáveis por viabilizar ações de atenção e promoção de saúde de populações? (Westphal, 2007, p. 30)

Responder a todas essas perguntas, ou pelo menos algumas, não vem sendo uma tarefa fácil e vários autores têm dedicado muitas reflexões e estudos para uma melhor compreensão da proposta da Promoção da Saúde e avaliação de suas práticas (HARTZ et. al., 2008; McQUEEN & JONES, 2007; POTVIN, MANTOURA & RIDDE, 2007; SALAZAR, 2007; SALAZAR & ANDERSON, 2008).

Não se discute a importância histórica da proposta da Promoção da Saúde, menos ainda sua validade social e seu compromisso com a melhoria da qualidade de vida das pessoas e das coletividades. As questões debatidas normalmente estão circunscritas aos temas da originalidade e da complexidade da

proposta, das suas múltiplas compreensões, incompreensões, definições e indefinições, tanto conceituais como metodológicas, e aos desafios e implicações de implantação de uma nova maneira de conceber e gerenciar as cidades e as relações estabelecidas entre os diversos atores sociais pertencentes às mesmas.

Para Heidmann et. al. (2006), desde o seu surgimento, a proposta da Promoção da Saúde tem se mostrado bastante profícua e em progressiva construção e aprimoramento, mas também contraditória quanto às suas premissas e as estratégias adotadas. Na opinião desses autores e de outros, como Candeias (1997) e Carvalho (2004), tais contradições originam-se dos múltiplos entendimentos e concepções acerca da proposta de Promoção da Saúde.

De acordo com Buss (2000), às contradições e questões conceituais e metodológicas referentes à proposta da Nova Saúde Pública, soma-se o fato do termo Promoção da Saúde estar associado a um conjunto de valores, tais como qualidade de vida, participação, cidadania, dentre outros, também de difícil definição e compreensão.

A respeito do termo qualidade de vida, uma das principais noções relacionadas à Promoção da Saúde, Minayo, Hartz e Buss (2000) tecem o seguinte comentário:

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural. (p. 8)

Tratando-se de um termo com tantos significados, a mensuração e a avaliação da qualidade de vida de diferentes pessoas, culturas e realidades também vêm se constituindo em outros grandes desafios para a Promoção da Saúde, tendo sido construídos e testados diversos instrumentos, no decorrer dos anos, como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Índice de

Condições de Vida (ICV), desenvolvido pela Fundação João Pinheiro e o Índice de Qualidade de Vida Urbana (IQVU), uma iniciativa da Prefeitura de Belo Horizonte, em parceria com a PUC/MG (MINAYO, HARTZ & BUSS, 2000; MENEZES & JANNUZZI, 2009; NAHAS, 2009).

Para finalizar a lista de desafios com os quais as propostas de Promoção da Saúde devem lidar costumeiramente, acrescenta-se a árdua tarefa de gestão e governo das cidades, de maneira intersetorial e descentralizada, contando com a participação ativa de seus atores sociais e políticos, na maioria das vezes, em contextos de sociedades de pouca tradição democrática, igualitária, justa e de controle social (BYDLOWSKI, WESTPHAL & PEREIRA, 2004).

De acordo com Buss (2000), uma alternativa concreta para uma maior integração entre discursos e práticas efetivas em Promoção da Saúde e para a transposição dos desafios citados, pode ser identificada na proposta do Movimento Internacional Cidades e Municípios Saudáveis. Nas palavras do autor:

No debate sobre promoção da saúde e qualidade de vida, um especial destaque deve ser dado ao tema das políticas públicas saudáveis, da governabilidade, da gestão social integrada, da intersetorialidade, das estratégias dos municípios saudáveis e do desenvolvimento local. No nosso entendimento, estes são mecanismos operacionais concretos para a implementação da estratégia da promoção da saúde e da qualidade de vida, com ênfase particular no contexto do nível local. (BUSS, 2000, p. 173)

Concordando com Buss (2000), Akerman e Mendes (2006), Ayres (2004), House & Howe (1999) e Keinert (1997) advogam que as novas possibilidades inauguradas pelos valores e princípios defendidos pela Promoção da Saúde requerem estratégias criativas e que estejam sensíveis aos problemas práticos globais e do nosso cotidiano.

Segundo esses autores, todos os atores sociais e políticos deveriam estar sensíveis a esses problemas e desafios práticos, exigindo-se uma sintonia e integração nos planejamentos estratégicos elaborados de maneira contínua, transparente e democrática, conforme destacado pelo Movimento Internacional Cidades e Municípios Saudáveis.

Para Ferreira & Buss (2002), o Movimento Internacional Cidades e Municípios Saudáveis parece ser a principal estratégia para a concretização deste planejamento integrado e do ideal da Promoção da Saúde, desempenhando uma função estruturante para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e das coletividades.

Conforme destacado por Buss (2000) em outro artigo, ao se referir ao Movimento *Cidades e Municípios Saudáveis* e às responsabilidades que os atores sociais e políticos têm sobre as condições de saúde e vida das pessoas e das coletividades:

A estratégia dos municípios saudáveis propicia, através de uma nova institucionalidade social a ser construída em cada momento histórico específico em que vivem as diferentes formações sociais, a promoção da saúde por intermédio da ação intersetorial, que viabiliza as políticas públicas saudáveis. Não há receitas prontas. A mediação intersetorial e entre população e poder público, assim como a capacitação para o exercício da cidadania e do controle social são contribuições inestimáveis que a prática da promoção da saúde, por profissionais e ativistas da saúde, pode trazer ao movimento social. (BUSS, 2000, p. 176)

Obviamente, isso não implica em dizer que tal estratégia não apresente lacunas, ou mesmo falhas, e que não precise, portanto, ser aperfeiçoada. A seguir, será apresentado o histórico e as principais propostas desse Movimento, com ênfase nas possibilidades e dificuldades encontradas para sua atuação efetiva no contexto da Promoção da Saúde.

3.2 O Movimento Internacional Cidades Saudáveis e sua relação com a promoção da saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades

No ano de 1984, em Toronto, foi realizado o congresso *Para além da Assistência à Saúde* com o intuito de avaliar algumas das possíveis conseqüências produzidas pelo *Informe Lalonde*. Estiveram presentes nesse encontro profissionais de várias áreas, bem como políticos e representantes da sociedade civil. Na ocasião, foi relatada uma experiência promissora de Promoção da Saúde, fruto da demanda do governo local de Toronto, na década de 1970, de instalação de um comitê responsável pelo planejamento da cidade (AICHER, 1998; BARTON & TSOUROU, 2000; CURTICE, SPRINGETT & KENNEDY, 2001).

Tal experiência, denominada *Cidades Saudáveis*, consistia em uma estratégia de planejamento sustentável local, tendo como eixo norteador a melhoria na qualidade de vida das pessoas e das coletividades. Conforme destaca Duhl (1992), psiquiatra, urbanista e um dos mentores da proposta junto ao sanitarista inglês, radicado no Canadá, Trevor Hancock, “a idéia de Cidades Saudáveis é basicamente uma mudança na nossa maneira de pensar.” (p. 15) Constitui uma abordagem sistêmica de intervenção em saúde e processos urbanos, envolvendo uma variedade de pessoas, instituições, relações, valores, crenças e culturas, acrescenta o autor.

A respeito dessa nova maneira de pensar e gerenciar a cidade, Almeida (1997) assim sintetiza o significado da proposta de promoção da saúde *Cidades Saudáveis*:

[...] uma nova postura política de gestão, de formular e desenvolver políticas públicas mais integradas, intersetoriais, [...] um novo modelo organizacional, [...] uma estratégia de viabilizar a mudança maior e necessária na gestão pública, que se espera e é necessário haver em qualquer governo que queira inserir e desenvolver uma proposta de modificação da realidade. [...] trabalhar e usar o planejamento e gestão da ação pública no que já foi dito ser sua razão e substrato, o de ser uma intervenção deliberada e intencional numa dada realidade social considerada insatisfatória para mudar essa realidade e levá-la a ter as características e os resultados que a sociedade espera. (p. 76)

O relato da estratégia *Cidades Saudáveis* provocou o imediato interesse de determinadas pessoas e instituições presentes no congresso em Toronto, em especial do escritório europeu da Organização Mundial da Saúde (OMS). Após a elaboração de um planejamento para a promoção da saúde durante o ano de 1985, o escritório oficializou, em 1986, no *I Simpósio sobre Cidades Saudáveis*, em Lisboa, Portugal, a proposta de adotar a estratégia *Cidades Saudáveis* como projeto estruturante para a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida das pessoas e das coletividades em algumas cidades europeias (WESTPHAL & MENDES, 2000).

O conceito adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), elaborado por Hancock & Duhl (1988), estabelecia que uma *Cidade Saudável* é aquela que está continuamente comprometida com a melhoria dos seus ambientes físico e social, incentivando iniciativas coletivas, de apoio mútuo e a ampliação dos recursos e das capacidades de pessoas e comunidades para o maior controle sobre suas condições de vida e saúde.

Ainda segundo Hancock e Duhl (1988), para que uma cidade se torne saudável, ela deve reunir as seguintes qualidades e contar com:

1. Ambientes físicos limpos, seguros e de alta qualidade (incluindo condições habitacionais de qualidade);
2. Um ecossistema estável, no presente, e, sustentável, a longo prazo;
3. Uma comunidade social e politicamente forte, solidária e cooperativa;
4. Um elevado grau de participação e controle dos cidadãos sobre as decisões que afetam a sua vida, a sua saúde e o seu bem-estar;
5. As necessidades básicas de todos os cidadãos supridas e satisfeitas;
6. O acesso a uma ampla variedade de experiências, recursos, contatos, interações e comunicações;
7. Uma economia diversificada, vigorosa e inovadora;
8. Uma forte ligação com o passado, com a herança cultural e biológica dos cidadãos;

9. Compatibilidade e respeito com as características anteriores da cidade;

10. Um nível ótimo de acessibilidade à saúde para todos;

11. Excelente nível de saúde da cidade e dos cidadãos.

O foco da iniciativa da Organização Mundial da Saúde para a promoção da saúde, no início com tendências bastante burocráticas, como ressaltam Ashton (1992) e Curtice, Springett & Kennedy (2001), esteve circunscrito a cinco elementos principais:

1. Adoção de planejamentos para as cidades que incluíssem conceitos, valores e ações coerentes com os ideários *Saúde para Todos, Promoção da Saúde* e, ainda, trinta e oito objetivos estabelecidos pelo escritório europeu da Organização Mundial da Saúde (OMS);

2. Desenvolvimento de modelos e desenhos de boas práticas baseados em diversas iniciativas e na percepção das prioridades e necessidades de cada cidade, localidade e comunidade;

3. Monitoramento e investigação da efetividade, eficácia e eficiência dos modelos e desenhos das boas práticas;

4. Disseminação de idéias e de experiências entre as cidades, assim como o estabelecimento de uma rede de colaboração entre as mesmas;

5. Apoio mútuo, aprendizagem, cooperação e intercâmbio cultural entre as cidades adeptas da estratégia *Cidades Saudáveis* para a promoção da saúde, visando à melhoria na qualidade de vida das pessoas e coletividades.

Após a definição do foco da iniciativa, como destaca Ashton (1992), as onze cidades participantes do Simpósio em Lisboa prometeram realizar sete tarefas específicas, a saber:

1. Constituir um grupo executivo intersetorial formado por tomadores de decisão das principais agências e organizações da cidade, incumbidos

da análise e do planejamento estratégico colaborativo para a melhoria da qualidade de vida na mesma;

2. Designar um funcionário ou uma equipe técnica local para o acompanhamento e o suporte do grupo executivo intersetorial;

3. Realizar um diagnóstico detalhado das comunidades e da cidade, a partir da integração de dados de fontes variadas, enfatizando as situações de desigualdade social e a avaliação da percepção das pessoas sobre as suas condições de saúde e de vida;

4. Estabelecer uma rede de parcerias de aprendizagens recíprocas com as instituições de ensino, visando à formação específica de recursos humanos para a análise e o planejamento estratégico das cidades, abrangendo não somente o setor da saúde, mas todos aqueles com interesse em fenômenos sociais e processos urbanos;

5. Proceder a uma análise do potencial de promoção de saúde de algumas das agências e organizações pertencentes à cidade, considerando os diversos contextos de atuação das mesmas, os recursos financeiros, materiais e humanos disponíveis, as atividades e processos realizados e, por fim, os resultados e impactos almejados e alcançados;

6. Debater e dialogar abertamente com os atores sociais as condições de saúde e qualidade de vida nas cidades e nas comunidades;

7. Adotar, monitorar e avaliar as intervenções específicas destinadas à melhoria da qualidade de vida das pessoas e coletividades.

Nos anos subseqüentes, outros simpósios foram organizados, como por exemplo, em 1987, em Dusseldorf, Alemanha, ampliando consideravelmente o número de adesões à proposta *Cidades Saudáveis*, fortemente apoiada pela Organização Mundial da Saúde (FLYNN, 1992; PETERSEN, 1996).

Em junho de 1998, foi organizada em Atenas, Grécia, a *Conferência Internacional das Cidades Saudáveis* para uma revisão dos conceitos, valores, diretrizes e orientações para implantação da iniciativa em diversas localidades. O

documento produzido no evento, a *Declaração de Atenas para Cidades Saudáveis*, foi assinado por 125 representantes de cidades de vários países, reforçando o compromisso com os valores, processos e resultados relacionados ao ideário *Cidades Saudáveis* (BARTON & TSOUROU, 2000).

De acordo com O'Neill & Simard (2006), rapidamente a iniciativa superou o contexto da Organização Mundial da Saúde (OMS), tornando-se um movimento internacional com a participação de diversas comunidades, cidades e países, distribuídos em todos os continentes, conforme representado na Figura 1.

A expansão da proposta *Cidades Saudáveis* para outros continentes foi viabilizada e acelerada a partir da constituição de redes de divulgação dos princípios, conceitos e valores dessa estratégia de promoção da saúde entre as autoridades políticas locais, empresas e comunidades pertencentes aos vários países participantes (ADRIANO et. al., 2000; SEDGWICK-JELL, 1996).

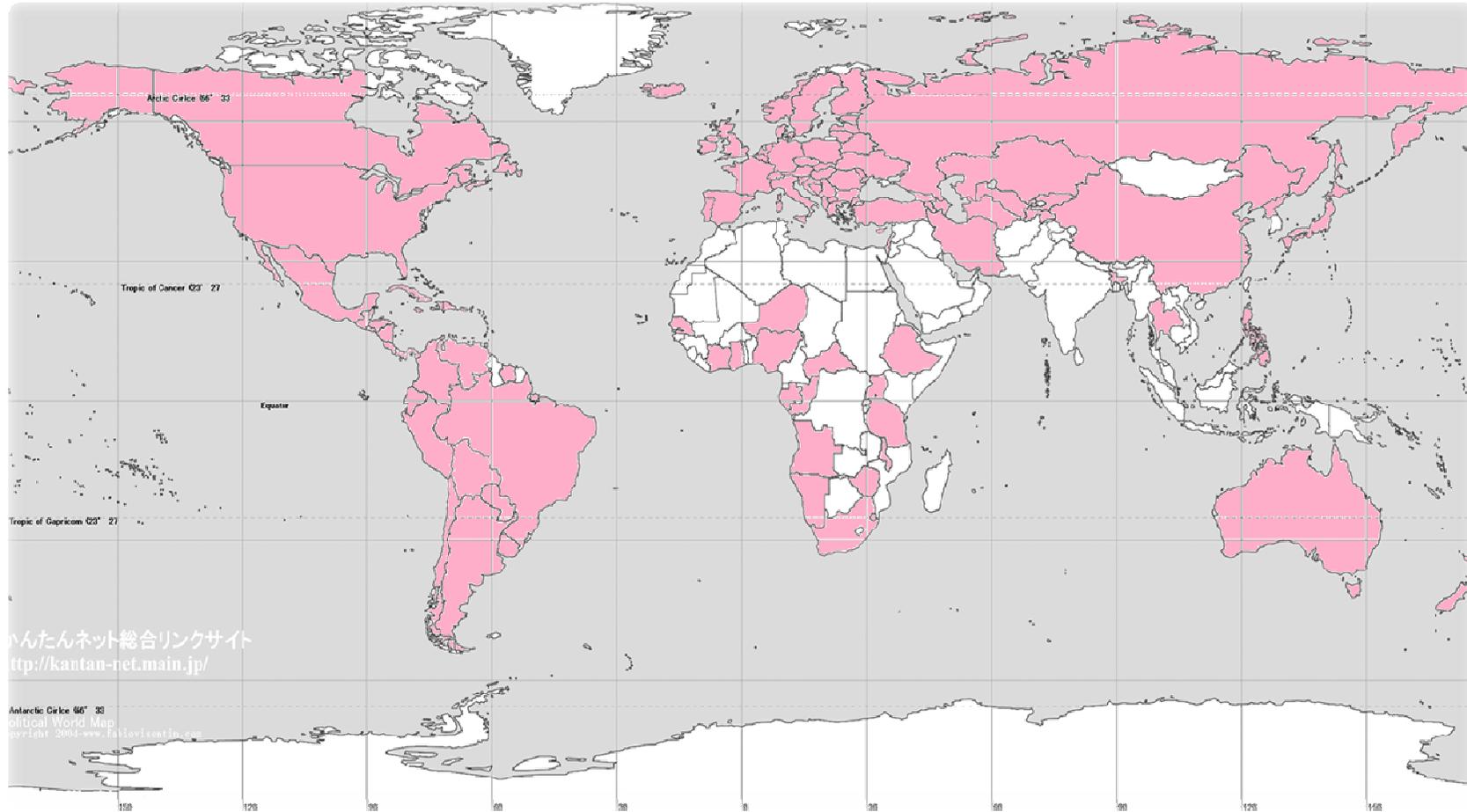
As principais funções das redes de *Cidades Saudáveis* foram, e ainda são, (1) a difusão dos conteúdos da proposta entre as autoridades locais e demais cidadãos, promotores potenciais de qualidade vida na cidade; (2) o credenciamento e a adesão de novos municípios e localidades; (3) o acúmulo e a troca de experiências e informações, mediante a realização de reuniões periódicas e a utilização de diferentes meio de comunicação; (4) o estímulo e a oportunidade de aprendizagem de inovadoras estratégias de planejamento e gestão das cidades e das comunidades; e, por fim, (5) o apoio às atividades de monitoramento e avaliação das iniciativas propostas e pactuadas pelos diversos atores sociais e políticos (CORBURN, 2009; KUSHNER, 2007; LAWRENCE & FUDGE, 2009; TWISS et. al., 2003).

Na medida em que a estratégia expandia-se para outras cidades, países e continentes, definições complementares eram propostas e novos elementos considerados, a depender do seu cenário específico de realização. Durante a primeira fase de implantação do projeto *Cidades Saudáveis* da Organização Mundial da Saúde (OMS) na Europa, por exemplo, Tsouros (1990) sugeriu que a noção fosse ampliada para além dos resultados, levando-se em

conta os processos responsáveis pela concretização dessa estratégia de promoção da saúde para todos.

Enfatizando os processos necessários para concretização da estratégia *Cidades Saudáveis*, Flynn (1992) ressalta que, para que uma condição ótima de saúde seja alcançada em determinada localidade, os processos de planejamento, gestão e avaliação, assim como seus produtos e resultados, precisam ser coletivamente analisados e revistos, contando com o explícito e público compromisso dos diversos atores sociais e políticos, como um pré-requisito para a reformulação do gerenciamento estratégico das cidades e comunidades.

Figura 1 – Mapa-múndi com a indicação da ocorrência de redes e/ou de iniciativas relacionadas à estratégia *Cidades Saudáveis*



Fonte: Organização Mundial da Saúde (2009)

No Canadá, local de origem do movimento *Cidades Saudáveis*, desde o surgimento dessa proposta de promoção da saúde, os projetos e as iniciativas desenvolveram-se por meio de redes provinciais de apoio técnico, operativo e solidário, bastante vinculadas à área de planejamento estratégico urbano. Dos idos anos de 1980 até os tempos atuais, novos modelos de gestão da saúde e de governo dos processos urbanos vêm sendo elaborados, implantados e avaliados, envolvendo a participação do setor público, do privado e de organizações não-governamentais, de forte tradição no país, conforme destaca Hancock (1992).

Segundo esse autor, diferindo um pouco da proposta inicial apoiada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o projeto canadense não ficou restrito ao setor da saúde, tampouco se limitou ao universo das cidades, permitindo a participação democrática de grupos, comunidades e ambientes de todos os tamanhos e naturezas distintas (HANCOCK, 1992).

Conforme relata Flynn (1996), fazem parte da *Rede de Cidades e Comunidades Saudáveis* canadense as províncias de British Columbia, Manitoba, Ontario, Québec – a mais estruturada e a única de língua francesa no país – e ainda, Saskatchewan e New Brunswick, cada uma com objetivos, gestões e formatos distintos.

Tendo recebido fortes influências do projeto canadense, mas respeitando suas especificidades e contando com uma variedade de orientações e financiamentos de diferentes organizações, o movimento *Cidades e Comunidades Saudáveis* ou simplesmente *Comunidades Saudáveis*, nos EUA, começou a receber considerável atenção a partir do final dos anos 1980 (CORBURN, 2009; MENDES, 2000).

Para Flynn (1992), duas iniciativas do governo norte-americano facilitaram a entrada do Movimento *Cidades Saudáveis* no país. Com a missão de reduzir os fatores de risco da mortalidade, morbidade e demais danos à saúde das pessoas e coletividades, em 1983, por meio da *Abordagem Planejada para Saúde Comunitária* (PATCH), o Centro de Controle de Doenças (CDC) capacitou e auxiliou as comunidades a planejarem, executarem e avaliarem programas de promoção da saúde.

A segunda iniciativa facilitadora foi o programa *Protocolo de Avaliação para Excelência na Saúde Pública* (APEX/PH), iniciado em 1989, pela Associação Nacional de Agentes de Saúde. Sendo um processo de auto-avaliação das necessidades e

condições de saúde das comunidades, o APEX/PH foi realizado contando com investimentos e esforços da Associação Americana de Saúde Pública, da Associação Americana de Escolas de Saúde Pública, do CDC e da Conferência dos Estados Americanos de Saúde Local.

De acordo com Mendes (2000), o movimento norte-americano *Comunidades Saudáveis*, com o registro de mais de duzentas comunidades participantes até meados de 1995, ainda contou com a contribuição especial dos projetos de Indiana e da Califórnia, em 1988 e 1989, respectivamente.

Na experiência de Indiana, financiada pela Fundação Kellogg, após a escolha das cidades participantes e a convocação dos seus líderes comunitários, as prefeituras, representadas por seus prefeitos e secretários de saúde, assinavam um documento no qual era firmado um compromisso político e financeiro com as iniciativas dirigidas à melhoria da qualidade de vida dos cidadãos.

Tendo o documento assinado, o próximo passo era a constituição de um grupo de base política e operacional para o projeto, a partir da parceria entre todos os setores da sociedade. O Comitê Municipal, nome dado a tal grupo, assumia, então, a condução de um detalhado processo de avaliação dos pontos fortes e dos problemas práticos referentes à saúde da cidade, estabelecendo prioridades e alternativas para melhoria das condições de vida das pessoas e coletividades (FLYNN, 1992).

Atualmente, a Liga Nacional das Cidades (NLC), fundada em 1924, em colaboração com o Centro de Recursos das Cidades Saudáveis de Indiana, vem sendo a responsável pela difusão da iniciativa *Cidades e Comunidades Saudáveis* no estado e pela promoção de oportunidades de liderança e governança³ em diversas localidades (O'NEILL & SIMARD, 2006).

³ Somente como esclarecimento, sem aprofundar a questão, neste trabalho, entende-se por governança o exercício da autoridade, controle e poder de governo (e não “do governo”), de articulação e cooperação entre os atores políticos e sociais, conforme define Santos (1997). Segundo essa autora, deve-se agregar ainda ao conceito os valores, os interesses pessoais e coletivos, as interações e os arranjos estabelecidos entre sujeitos, grupos e/ou instituições, tais como partidos políticos, organizações não-governamentais, dentre outras.

Em um estudo de revisão bibliográfica sobre os temas participação e governança, Cortês (2010) define esse último tema como a capacidade de gerenciamento, de governo, de solução de problemas e tomada de decisões das cidades e das instituições, nos contextos de promoção de desenvolvimento socioeconômico sustentável e diminuição de desigualdades e injustiças sociais em determinadas localidades.

Diferentemente das experiências de implantação da proposta *Cidades Saudáveis* relatados até agora, na maioria dos países da América Latina e do Caribe, o movimento é relativamente recente, apresentando uma expansão bastante significativa nos últimos anos, devido ao constante apoio e incentivo da Organização Pan-Americana de Saúde (GREEN ET. AL., 2009; LAWRENCE & FUDGE, 2009).

De acordo com Mendes (2000), tendo como referência os movimentos canadense, europeu e norte-americano, mas com alguns diferenças significativas, a iniciativa *Município Saudável*, termo adotado em função da organização política, econômica e cultural da região, teve início após a Declaração de Bogotá, em 1992, e da Carta de Promoção da Saúde do Caribe, em 1993.

Ainda segundo essa autora, no Brasil por exemplo, duas fases distintas de implantação da estratégia *Municípios Saudáveis* podem ser identificadas. A primeira, do início dos anos de 1990, diretamente relacionada ao movimento Canadense *Cidades, Comunidades e Ambientes Saudáveis*, contou com o intercâmbio técnico-científico entre os dois países e a realização de encontros e seminários para a sensibilização dos municípios e comunidades para esta estratégia concreta de Promoção da Saúde. A outra fase de implantação, a partir do ano de 1994, foi inaugurada com o apoio e incentivo aos projetos pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e pelos governos locais.

Nesse ano de 1994, algumas reuniões, visitas e ações foram promovidas pela Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, com o objetivo de envolver e discutir com os municípios do estado a estratégia *Municípios Saudáveis*. Uma das ações desenvolvidas foi o encontro *Saúde Cidade*, com o suporte da OPAS, contando com a participação de, aproximadamente, vinte cidades do estado e com a apresentação da experiência de implantação da estratégia pela cidade de Campinas.

Em 1995, um importante evento foi realizado em Fortaleza, o I Congresso de Secretários Municipais de Saúde das Américas, para a reflexão e a disseminação da proposta de *Cidades e Municípios Saudáveis* para outras localidades da região.

No ano seguinte, a cidade de Campinas sediou o *I Congresso Latino Americano para Cidades e Comunidades Saudáveis*, promovendo um amplo debate

acerca das condições e da viabilidade (técnica, política, econômica e cultural) de implantação de iniciativas e projetos.

Duas atividades marcantes para a implantação do movimento *Cidades e Municípios Saudáveis* no Brasil foram realizadas, no ano de 1997, a saber: o *Fórum Regional Municípios Saudáveis*, na cidade de Vargem Grande Paulista e a *Oficina de trabalho sobre Cidades e Municípios Saudáveis*, promovida no V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e V Congresso Paulista de Saúde Pública, em São Paulo.

No ano seguinte, o grupo participante da *Oficina de trabalho sobre Cidades e Municípios Saudáveis* organizou dois seminários nacionais – *Movimento Municípios Saudáveis: aspectos conceituais, legais e operacionais* e *Articulação entre agendas sociais: agenda 21, município saudável, comunidade solidária e outras* – para discussão dos temas “planejamento urbano”, “cidades saudáveis” e “qualidade de vida”.

Nesse mesmo ano de 1998, dois fóruns ainda foram realizados para o aprofundamento das discussões, no nordeste do país: o *I Fórum Brasileiro de Municípios Saudáveis* ocorrido em Sobral, no Ceará, e o *I Fórum Alagoano de Municípios Saudáveis*, em Maceió, Alagoas.

No ano de 2000, Mendes realizou o primeiro mapeamento e estudo detalhado sobre iniciativas no contexto do movimento *Cidades e Municípios Saudáveis* no Brasil. Nesse trabalho foram identificadas as cidades brasileiras⁴ com projetos em andamento, tendo em vista as fases de desenvolvimento elaboradas pela OPAS para a estratégia *Cidades e Municípios Saudáveis* (OPAS, 1997) (Quadro 1).

O mapeamento realizado verificou que as iniciativas atingiram diferentes níveis de desenvolvimento, tendo sido apresentado um investimento inicial bastante intenso por parte dos participantes. As principais dificuldades enfrentadas para a implantação dos projetos foi a criação e a dinâmica dos comitês intersetoriais, a resistência no estabelecimento de relações de cooperação e trabalho coletivo, assim como a carência por desenhos e práticas de monitoramento e avaliação bem definidas (AKERMAN & MENDES, 2006; MENDES, 2000).

⁴ Cidades brasileiras identificadas com iniciativas em andamento, até o ano de 2000: São Paulo-SP, Diadema-SP, Campinas-SP, Jundiaí-SP, Santos-SP, Vargem Grande Paulista-SP, Iraquara-BA, Céu Azul-PR, Chopinzinho-PR, Curitiba-SP, Palmeira-PR, Fortaleza-CE, Cratêus-CE, Sobral-CE, Maceió-AL, Anadia-AL, Arapiraca-AL, Flexeiras-AL, Dionísio-MG, São José do Goibal-MG (MENDES, 2000).

Quadro 1 – Fases para o desenvolvimento de iniciativas no contexto do Movimento Cidades e Municípios Saudáveis nas Américas elaboradas pela Organização Pan-Americana de Saúde, OPAS, 1997

FASE 1 – Início
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar reuniões entre as autoridades locais e os líderes comunitários • Estabelecer o compromisso do governo local • Estabelecer o Comitê Intersetorial • Realizar a análise participativa dos problemas a partir das necessidades da comunidade e município • Determinar as prioridades de ação
FASE 2 – Planejamento
<ul style="list-style-type: none"> • Capacitar os envolvidos em Promoção da Saúde, metodologias participativas, avaliação e outros • Elaborar um plano de ação • Preparar projetos específicos • Mobilizar recursos • Estabelecer sistemas de informação, supervisão e avaliação
FASE 3 – Consolidação
<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver as atividades estabelecidas • Criar escolas promotoras da saúde, ambientes saudáveis e outros • Sistematizar, monitorar e avaliar as experiências • Estabelecer trabalhos em redes para apoio e troca de experiências

Fonte: MENDES, 2000, p. 78

Visando a troca de experiências para a resolução de tais dificuldades, no que concerne ao contexto brasileiro, observou-se nos últimos anos a criação de algumas redes de *Cidades, Municípios, Comunidades e Ambientes Saudáveis*, com destaque para a Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis (SP, RJ, PR, MG e AM), a Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis (PE), a Rede de Comunidades Saudáveis no estado do Rio de Janeiro e a Rede Paranaense de Ambientes Saudáveis.

Em 2009, com o apoio do Ministério da Saúde, foi organizado o I Encontro Nacional das Redes de Cidades Saudáveis, em Brasília, com o objetivo principal de estabelecer uma Rede Nacional de Cidades Saudáveis, visando a ampliação e o intercâmbio entre as redes e as iniciativas brasileiras relacionadas a essa estratégia de Promoção da Saúde e Qualidade de Vida (FENNER, 2010).

Durante o evento reconheceu-se a necessidade de criação de um Fórum Brasileiro das Redes de Cidades Saudáveis, sendo constituído um grupo de trabalho, estabelecido por meio de uma portaria, para apresentação da proposta de tal fórum, no II Encontro Nacional das Redes de Cidades Saudáveis.

O II Encontro Nacional das Redes de Cidades Saudáveis foi realizado em junho de 2010, em Brasília, juntamente com o II Seminário Nacional da Política de Promoção da Saúde, tendo como questão central a discussão e a aprovação da proposta formulada de criação do Fórum Brasileiro das Redes de Cidades Saudáveis.

O Fórum Brasileiro das Redes de Cidades Saudáveis foi aprovado pelos participantes, com algumas modificações sugeridas, na expectativa que o mesmo possa contribuir para a potencialização do eixo desenvolvimento sustentável da Política Nacional de Promoção da Saúde (FENNER, 2010).

Com relação à estratégia *Cidades Saudáveis* no cenário brasileiro, vale citar ainda a realização do III Encontro Nacional das Redes de Cidades Saudáveis, realizado durante a 10ª. Conferência Internacional de Saúde Urbana, evento sediado em Belo Horizonte, entre os dias 1 e 4 de novembro de 2011.

Após esses longos anos de divulgação e ampliação da proposta do Movimento *Cidades Saudáveis* para várias localidades, incluindo a América Latina e o Brasil, conforme já comentado, tem-se colocado recentemente a necessidade de avaliação das iniciativas e dos projetos realizados, assim como da relação estabelecida com a formulação das políticas públicas, na busca por melhores e mais efetivas condições de vida para as pessoas e para as coletividades (AKERMAN ET. AL., 2002).

Arteaga, Rice & Franceschini (2008), em um estudo documental sobre o estado atual do Movimento *Cidades, Municípios e Comunidades Saudáveis* nas Américas, constataram que as atividades, temas e objetos nos quais os municípios estão relacionados, sob a bandeira dessa estratégia de Promoção da Saúde, são bem variados, havendo graus distintos de sucesso das iniciativas.

Segundo esses autores, mesmo havendo uma grande dificuldade no registro dos municípios participantes da estratégia, visto a falta de consenso, de clareza nos critérios e mecanismos para identificação e inclusão dos projetos no Movimento e/ou em uma Rede de apoio e suporte, é possível afirmar o crescimento da iniciativa na maior parte dos países das Américas.

Complementando as considerações feitas a partir do estudo realizado por Mendes (2000), Arteaga, Rice & Franceschini (2008) destacam entre os seguintes

desafios e dificuldades enfrentadas pelos participantes de projetos relacionados à estratégia *Cidades Saudáveis*:

- (1) a falta de colaboração intersetorial e de integração;
- (2) o limite dos recursos econômicos;
- (3) a carência de capital humano e social preparado e capacitado;
- (4) a instabilidade política de algumas localidades e países;
- (5) a existência constante de conflitos entre os diversos atores envolvidos;
- (6) a falta de compreensão da estratégia *Cidades Saudáveis* e dos conceitos, valores e princípios da Promoção da Saúde;
- (7) a herança cultural marcada pela tímida participação e exercício político dos representantes do setor público, privado e da sociedade civil como um todo e;
- (8) as poucas evidências acumuladas e registradas de sucesso das atividades e projetos realizados.

Apesar do reconhecimento da avaliação enquanto um componente imprescindível para o êxito das iniciativas, menos de 60% dos municípios pesquisados no estudo contavam com um plano ou um esboço sequer dessa prática, tampouco com evidências acumuladas e registros de sucesso das atividades e projetos realizados (ARTEAGA, RICE & FRANCESCHINI, 2008).

Segundo Aronson, Norton & Kegler (2007), a escassez de avaliações dos projetos, com referência ao Movimento *Cidades Saudáveis*, que sustentem e justifiquem os investimentos realizados por comunidades, governos e empresas, tem se mostrado um dos principais fatores para a substancial diminuição da atenção e do prestígio dessa proposta de promoção da saúde, no contexto norte-americano.

De acordo com O'Neill & Simard (2006), desde o início, o Movimento *Cidades Saudáveis* tem se confrontado com questões referentes às práticas avaliativas. Avaliar se o Movimento está fazendo ou não diferença, ou seja, se está transformando as realidades sociais e proporcionando melhoria na qualidade de vida das pessoas e

das coletividades, assim como construir um caminho próprio para as intervenções realizadas são algumas das questões enfrentadas, segundo esses autores.

Além disso, a complexidade e a abundância de elementos constituintes das práticas avaliativas, assim como a variedade de objetos a serem julgados, possibilitam a proliferação de inúmeros significados e articulações com saberes e práticas, que fazem parte dos campos da Promoção da Saúde e da Avaliação. Sobre essa questão específica, Pedrosa (2004) discorre da seguinte maneira:

As perspectivas na avaliação de intervenções no campo da promoção da saúde encontram-se estreitamente relacionadas ao significado que se atribui à promoção da saúde e qual o sentido que se atribui à avaliação. Como todo campo em constituição, predomina uma polissemia de significados e de conceitos, assim como uma multiplicidade de ações que apontam para perspectivas de natureza diversa, desenhadas por atores de formação e filiação ideológica distintas. (PEDROSA, 2004, p. 618)

Tais questões avaliativas, comuns à área da Promoção da Saúde, decorrem de uma crescente cobrança por parte do governo, das agências financiadoras e da própria sociedade civil por resultados tangíveis, que certifiquem o bom uso dos recursos investidos para a melhoria da qualidade de vida (AKERMAN ET. AL, 2002; HARTZ, 2006).

Além do aumento da cobrança por resultados, à avaliação em Promoção da Saúde, foram agregadas outras preocupações e estabelecidas novas prioridades para a gestão das atividades, principalmente no setor público, como “a capacidade em avaliação” que, em última instância, está relacionada à questão-chave da qualidade da prática avaliativa (HARTZ, 1999; PRESKILL & RUSS-EFT, 2005; RUSS-EFT ET. AL., 2008).

Sobre a questão da capacidade em avaliação, Firme & Letichevsky (2010) comentaram:

A capacitação de profissionais para o exercício da avaliação e a expansão do conhecimento e da prática na área, para atingir, democraticamente, todos os envolvidos e interessados no desenvolvimento e no aperfeiçoamento da qualidade do foco da avaliação, é o desafio por excelência nessa entrada no século XXI. Acima de tudo, porém, é a qualidade da avaliação que vai garantir em última análise o sucesso da avaliação da qualidade. (p. 180)

Reconhecendo a necessidade da realização de avaliações sobre a qualidade dos projetos relacionados à estratégia de promoção da saúde *Cidades Saudáveis*, diversas iniciativas vêm sendo estabelecidas, da capacitação de profissionais à elaboração de manuais e outros recursos técnicos e didáticos, devendo a questão ser situada no âmbito mais amplo das práticas avaliativas em promoção da saúde, conforme será discutido no texto a seguir.

3.3 A prática avaliativa no contexto da Promoção da Saúde e do Movimento Internacional Cidades Saudáveis

Buscando resgatar a história da prática avaliativa no contexto da Promoção da Saúde, estabelecer alguns princípios e discutir limites e perspectivas para tal prática, o escritório europeu da Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou, em 2001, uma obra de referência intitulada *Avaliação em Promoção da Saúde: princípios e perspectivas*⁵, contando com a participação de renomados e reconhecidos pesquisadores e aplicadores dos campos da promoção e avaliação em saúde.

De acordo com Rootman et. al. (2001), no primeiro capítulo da publicação, *Um marco conceitual para a Avaliação em Promoção da Saúde*⁶, a diversidade de conceitos e métodos devem ser consideradas como as principais características e os aspectos mais marcantes da prática avaliativa em Promoção da Saúde.

Considerando tal prática como (1) uma investigação sistemática das características de uma intervenção, acrescida da emissão do julgamento do seu valor ou mérito ou, ainda, (2) um importante recurso para o diálogo e o entendimento entre o discurso e a prática da Promoção da Saúde, esses autores sugerem como pontos norteadores para as avaliações (a) a adoção de diferentes recursos e (b) a combinação de estratégias múltiplas, levando em conta os valores, as crenças e os interesses dos envolvidos, o contexto e a história da intervenção, assim como as posições teóricas e filosóficas dos próprios avaliadores (ROOTMAN ET. AL., 2001, p. 26).

⁵ Título original: "Evaluation in Health Promotion: principles and perspectives".

⁶ Título original: "A framework for health promotion evaluation".

Questões filosóficas, epistemológicas, teóricas, conceituais, metodológicas, éticas e políticas relacionadas, especificamente, com a Avaliação em Promoção da Saúde foram discutidas e apresentadas em todos os capítulos como os principais desafios da área.

Para enfrentar esses desafios, Rootman et. al. (2001) advogaram que a prática avaliativa fosse coerente e consistente com os princípios e os valores da Promoção da Saúde, principalmente de participação e empoderamento; permitisse a exposição e a compreensão das demandas e das necessidades dos envolvidos; possibilitasse a explicitação e a negociação dos múltiplos interesses; promovesse a aprendizagem e o desenvolvimento de competências para uma maior integração, coesão e controle social; fizesse parte de todos os estágios do planejamento e da implantação da intervenção; contribuísse para a criação de recursos para a comunidade e, por fim, auxiliasse no estabelecimento e na ampliação das redes sociais.

Apresentaram, ainda, uma proposta estrutural, contendo oito passos para a realização efetiva de avaliações, no contexto da promoção da saúde. Esses passos foram relatados da seguinte maneira:

1º Passo – Descrição do programa

O Modelo Lógico (FIGURA 2) é sugerido como a principal ferramenta para a descrição do programa e pode ser compreendido como uma forma sistemática e visual de apresentar e compartilhar os componentes da intervenção – metas, objetivos, insumos, atividades, produtos, efeitos e impacto final⁷ – e suas possíveis inter-relações.

O processo descritivo deve abranger os envolvidos e demais interessados, desde a coleta das informações relevantes, definição clara do problema a ser resolvido

⁷ Definição dos elementos do modelo lógico, segundo Knowlton e Phillips (2009):

- Insumos – incluem recursos financeiros, humanos, materiais e organizacionais
- Atividades – processos realizados pelos envolvidos no programa, utilizando os recursos disponíveis
- Produtos – efeitos diretos das atividades do programa
- Resultados – incluem os efeitos (imediatos e intermediários) do programa em sua população-alvo
- Impacto ou Resultado Final – refere-se aos efeitos acumulados do programa. Raramente atribuído a um único programa ou intervenção.

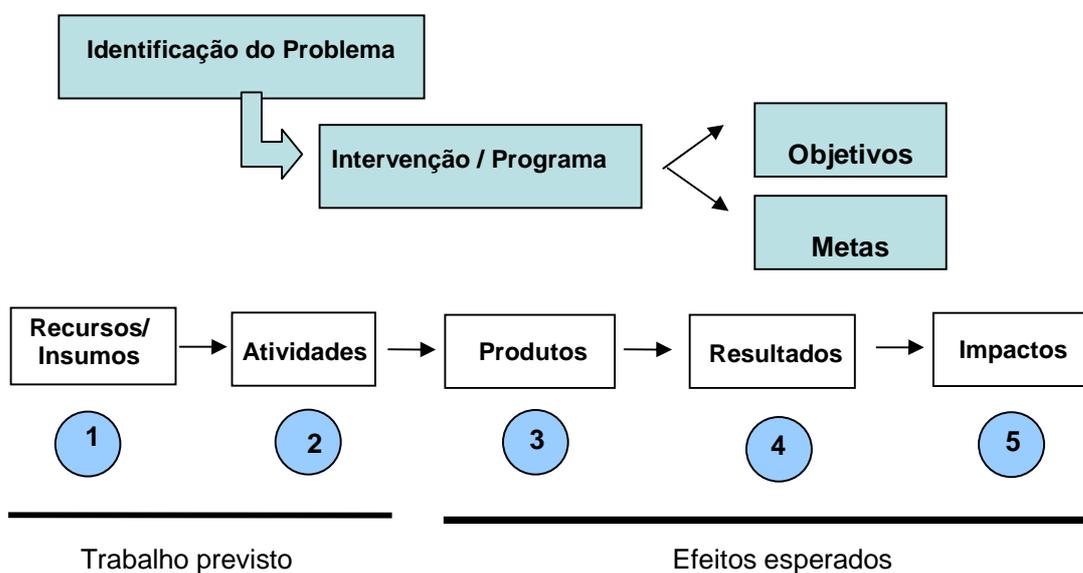
e do seu contexto de ocorrência, até o desenho, verificação e validação do modelo lógico.

2º Passo – Identificação das questões e perguntas avaliativas

As questões norteadoras da prática avaliativa, compartilhadas e consensuadas pelos participantes da intervenção, envolvem os seguintes itens: conceitos, princípios e valores; objetivos e metas; processos e efeitos da intervenção.

Algumas das perguntas comumente elaboradas são: o programa é coerente e consistente com os conceitos, os princípios e os valores da promoção da saúde? As atividades desenvolvidas produzem os efeitos esperados, conforme explicitados no modelo lógico? Os efeitos alcançados são coerentes com os objetivos elaborados para a intervenção? Os envolvidos tiveram acesso aos conhecimentos elaborados e se beneficiaram dos mesmos?

Figura 2 – Modelo Lógico



Fonte: Adaptado do Manual de Desenvolvimento de Modelos Lógicos da Fundação Kellogg (2001)

3º Passo – Planejamento do processo de coleta de dados

Este passo tem estreita relação com o estabelecimento das questões e perguntas avaliativas e envolve necessariamente a ampla participação dos envolvidos na intervenção.

O tipo de dados coletados dependerá das metas e dos objetivos da intervenção, dos critérios e dos indicadores de sucesso elaborados, das perspectivas, dos valores, dos interesses e das necessidades dos diferentes envolvidos e do nível de informação solicitada.

4º Passo – Coleta de dados

Neste passo, procedimentos rigorosos e éticos são indicados, assim como a utilização de técnicas e recursos variados para obtenção das informações e construção dos dados.

5º Passo – Análise e interpretação dos dados

Sugere-se que os envolvidos participem da análise e interpretação dos dados, ampliando a compreensão dos limites e possibilidades da intervenção e da própria prática avaliativa.

6º Passo – Recomendações

As recomendações decorrentes das práticas avaliativas em iniciativas de promoção da saúde também devem contar com a ampla participação dos atores envolvidos, enfatizarem as necessidades de mudanças rápidas e imediatas, esclarecerem a utilidade da intervenção, alterar crenças existentes e incluir uma análise de custos e benefícios relativos à implantação ou não de tais recomendações.

7º Passo – Disseminação

Elaborar um plano de disseminação das informações deve ser uma atividade desenvolvida por todas as avaliações em promoção da saúde, principalmente pela importância das informações na mobilização dos indivíduos e das coletividades.

8º Passo – Planejamento e tomada de ações

Nesse último passo as ações incluídas são (1) a identificação dos recursos necessários para as efetivas mudanças e transformações sociais e, (2) o desenvolvimento de planos de ações específicos para cada contexto.

Além dos princípios e da proposta estrutural para as avaliações em promoção da saúde, foram objeto de discussão da publicação da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001) algumas lacunas, possibilidades e perspectivas sobre as práticas avaliativas de processos e resultados (POTVIN, HADDAD & FROHLICH, 2001); a necessidade de integração entre métodos quantitativos e qualitativos (GENDRON, 2001); a busca por evidências de efetividade das intervenções em saúde (McQUEEN & ANDERSON, 2001); as condições para que a avaliação possa contribuir para a aprendizagem e o exercício de controle da melhoria das condições de vida das pessoas e das coletividades (SPRINGETT, 2001); a importância das análises econômicas e de custo-benefício em promoção da saúde (GODFREY, 2001), dentre outros assuntos, nos mais diferentes contextos.

Sobre o campo da Avaliação em Promoção da Saúde, os autores do último capítulo da publicação assim sintetizaram as suas principais características:

1. é um campo em desenvolvimento;
2. pode dar uma contribuição importante para a prática;
3. sofre com a falta de evidências sobre a eficácia das iniciativas;
4. envolve uma ampla gama de abordagens e métodos;
5. oferece funções legítimas para as metodologias quanti e qualitativas;
6. emprega uma ampla gama de disciplinas e abordagens das ciências sociais;
7. baseia-se em uma gama de modelos de planejamento;
8. requer teoria e outras conceituações para ser eficaz;
9. oferece diversos papéis potenciais de atuação tanto para avaliadores quanto para pesquisadores. (GOODSTADT ET. AL., 2001, 517-518)

Por fim, também no último capítulo da publicação (GOODSTADT ET. AL., 2001), algumas recomendações para a realização de avaliações mais adequadas em promoção da saúde foram feitas e proposto um Modelo Lógico Genérico de Planejamento e Avaliação em Promoção da Saúde (FIGURA 3). De maneira concisa, as recomendações foram:

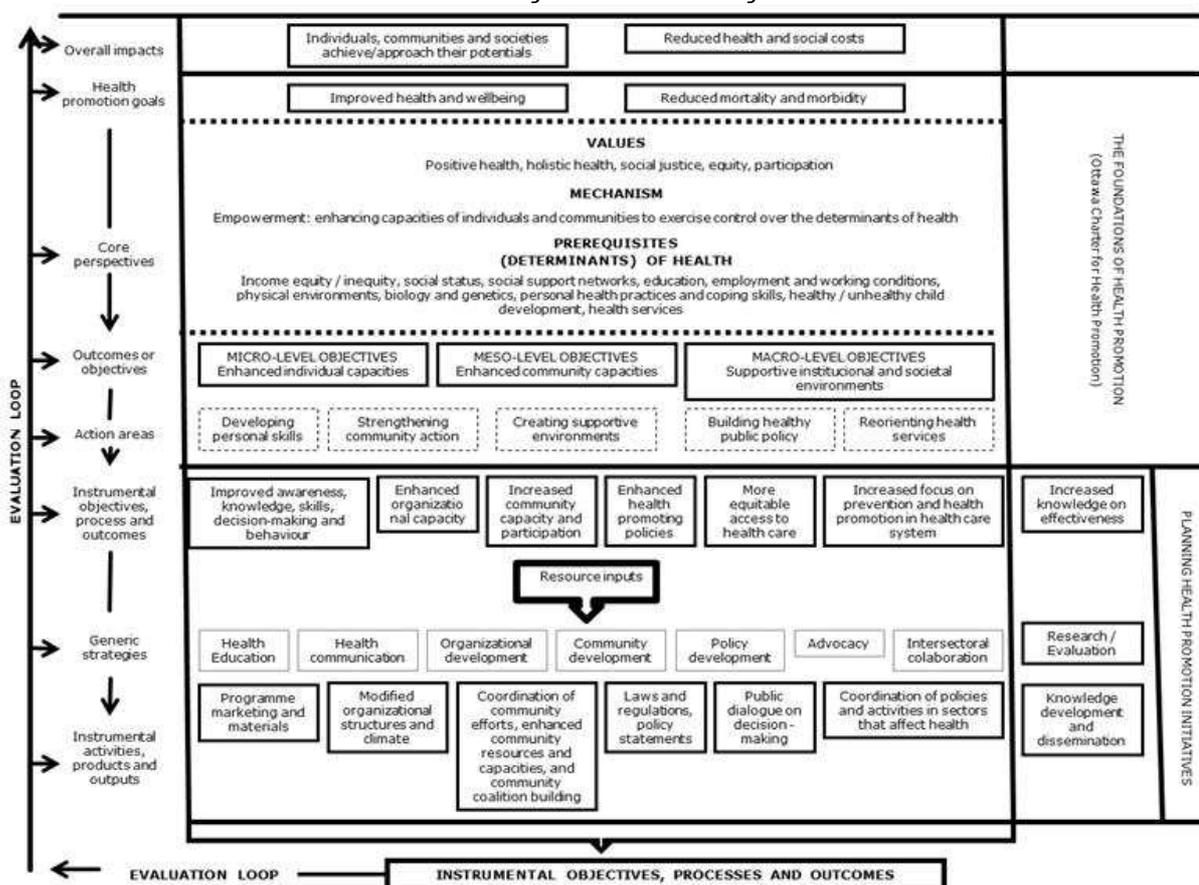
1. Formular e implantar uma política de incentivo à adoção de abordagens participativas em práticas avaliativas em Promoção da Saúde;
2. Estabelecer uma porcentagem mínima de 10% do orçamento destinado às iniciativas de promoção da saúde para o apoio às avaliações participativas

realizadas e para a divulgação dos relatórios oriundos de tais avaliações, nos mais diversos contextos;

3. Garantir o acesso e a utilização de variados e diversificados processos e resultados de informação;
4. Utilizar múltiplos métodos para as práticas avaliativas e estimular a pesquisa destinada ao desenvolvimento do campo da Avaliação em Promoção da Saúde;
5. Investir na criação de uma infra-estrutura e de condições adequadas para o desenvolvimento de competências e para a formação de avaliadores de iniciativas em promoção da saúde;
6. Proporcionar oportunidades para a troca de informações sobre métodos e procedimentos de Avaliação em Promoção da Saúde;
7. Constituir uma rede de suporte para:
 - a definição das melhores estratégias para a elaboração, a avaliação e a síntese das informações sobre os fatores de risco à saúde das pessoas e das coletividades;
 - a localização, o registro, a organização e a classificação das necessidades de informação;
 - a construção de bancos de dados nacionais, contendo informações sobre diversas questões da área da Saúde Pública;
 - o incentivo a esforços comunitários de avaliação de projetos, programas e políticas em promoção da saúde;
 - o atendimento rápido e eficiente das necessidades e das expectativas dos envolvidos ou das partes interessadas;
 - o aumento de pesquisas no campo da Avaliação em Promoção da Saúde dentro de parâmetros internacionais de qualidade;
 - o desenvolvimento de estudos internacionais sobre a contribuição da cooperação global para a formação e para a investigação em promoção da saúde;

- a realização de pesquisas sobre o processo de difusão social dos princípios e das práticas relacionadas à Avaliação em Promoção da Saúde em campanhas informativas de massa;
- a descrição mais completa e detalhada das intervenções e das práticas avaliativas em Promoção da Saúde.

Figura 3 – Modelo Lógico Genérico de Planejamento e Avaliação em Promoção da Saúde



Fonte: Adaptado de GOODSTADT ET. AL., 2001, p. 530

De acordo com os proponentes do modelo lógico acima apresentado, o uso dessa ferramenta ou recurso pelos gestores, agentes locais e avaliadores poderá trazer várias contribuições para o campo da Avaliação em Promoção da Saúde (GOODSTADT ET. AL. 2001).

Segundo Goodstadt et. al. (2001), em primeiro lugar, tal ferramenta ou recurso possibilitará aos envolvidos a compreensão mais clara do quadro teórico-conceitual da iniciativa ou intervenção, a estreita relação entre os seus componentes e o ciclo interativo entre os processos de planejamento, implantação e avaliação.

Facilitará também a avaliação dos vários componentes planejados para a iniciativa, tais como, o sucesso no alcance das metas e dos objetivos elaborados; o fortalecimento da participação e do empoderamento dos indivíduos e das comunidades; e a adoção dos valores norteadores concebidos.

Proporcionará ainda a sistematização e a simplificação dos processos de planejamento e de avaliação e, conseqüentemente, uma melhor compreensão da participação de fatores específicos envolvidos no sucesso ou no fracasso das intervenções.

Sucesso ou fracasso que poderão ser avaliados não somente ao final do processo de implantação, como também no decorrer da intervenção, com a identificação do cumprimento das etapas e da contribuição de cada elemento constituinte.

Para finalizar, o modelo lógico genérico proposto sinaliza ainda para a utilização da avaliação para as mais diversas funções e fins, com o emprego de procedimentos e métodos múltiplos, durante toda a intervenção, ou em alguns momentos específicos da mesma e, em diversos níveis de complexidade.

No entanto, considerando a natureza complexa das típicas iniciativas em promoção da saúde, como por exemplo, na proposta *Cidades Saudáveis* e, os múltiplos atores envolvidos, seria útil ou viável a adoção de um modelo lógico genérico de planejamento e avaliação? Se sim, quais outros elementos ele (o modelo lógico) deveria conter? Quais as possíveis implicações práticas, tanto positivas e quanto negativas, de utilização de tal modelo lógico?

De acordo com Frechtling (2007) e McCracken (2006), as principais limitações comumente percebidas no uso da ferramenta do modelo lógico são:

- Refere-se a uma representação da realidade e não à própria realidade;
- Não inclui outros efeitos, além daqueles já esperados e descritos;

- Não atribui responsabilidades específicas para os diversos envolvidos;
- Manifesta dificuldade no estabelecimento de relações de causalidade, tendo em vista a multiplicidade dos fatores que influenciam os efeitos das intervenções.

Reforçando algumas dessas limitações observadas, porém indo um pouco mais além, Carvalho et. al. (2004) destacam que:

A ênfase na produção e no uso de evidências em políticas públicas (EBP) como parte de uma gestão orientada por resultados, indicam muitas vezes um distanciamento entre estas concepções e a natureza complexa das intervenções de promoção da saúde. Ao contexto de elevada ambiguidade e incertezas, com múltiplos atores envolvidos (características intrínsecas destas iniciativas), somam-se expectativas diferenciadas dos gestores, profissionais, grupos comunitários sobre os métodos e práticas de avaliação. Na última década, as demandas e as tensões em torno de evidências de eficácia e de efetividade induzidas, sobretudo pelos organismos financiadores, vêm gerando uma diversidade de modelos de abordagem freqüentemente reduzidos ao 'racionalismo' dos desenhos experimentais e relativamente controlados que se sobrepõem aos enfoques dialógicos mais 'realistas' e adequados a este tipo de pesquisa avaliativa. (p. 522)

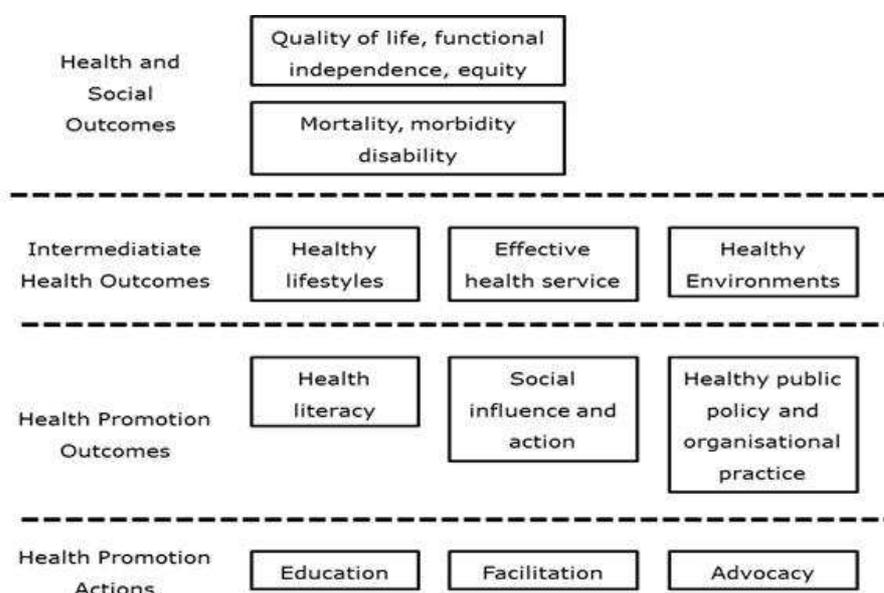
Para Akerman, Mendes e Bógus (2004), as demandas e as tensões decorrentes da indução de organismos internacionais por práticas avaliativas produziram uma polarização entre duas ênfases: (1) a que tem como fundamento a identificação de evidências e de comprovações acerca da efetividade, da eficácia e da eficiência das iniciativas em promoção da saúde e (2) a que se dedica à construção de estratégias participativas ou dialógico-processuais, coerentes com os princípios e os valores éticos da Promoção da Saúde.

Na opinião de Nutbeam (1998), a polarização existe, de fato, contudo pouco tem a contribuir para o desenvolvimento da área e à resolução de problemas teórico-conceituais e metodológicos, frente ao desafio de construção de iniciativas coerentes com os princípios e os valores éticos da Promoção da Saúde e que contemplem as exigências de produção de evidências.

Segundo esse autor, possíveis soluções para tal desafio seriam:

- o uso mais sistemático e criativo de pesquisas sobre evidência no planejamento das práticas avaliativas, possibilitando a identificação e a compreensão das complexas relações entre os diferentes níveis de resultados (FIGURA 4);

Figura 4 – Um modelo de resultado para Promoção da Saúde



Fonte: Adaptado de NUTBEAM,1998, p. 30

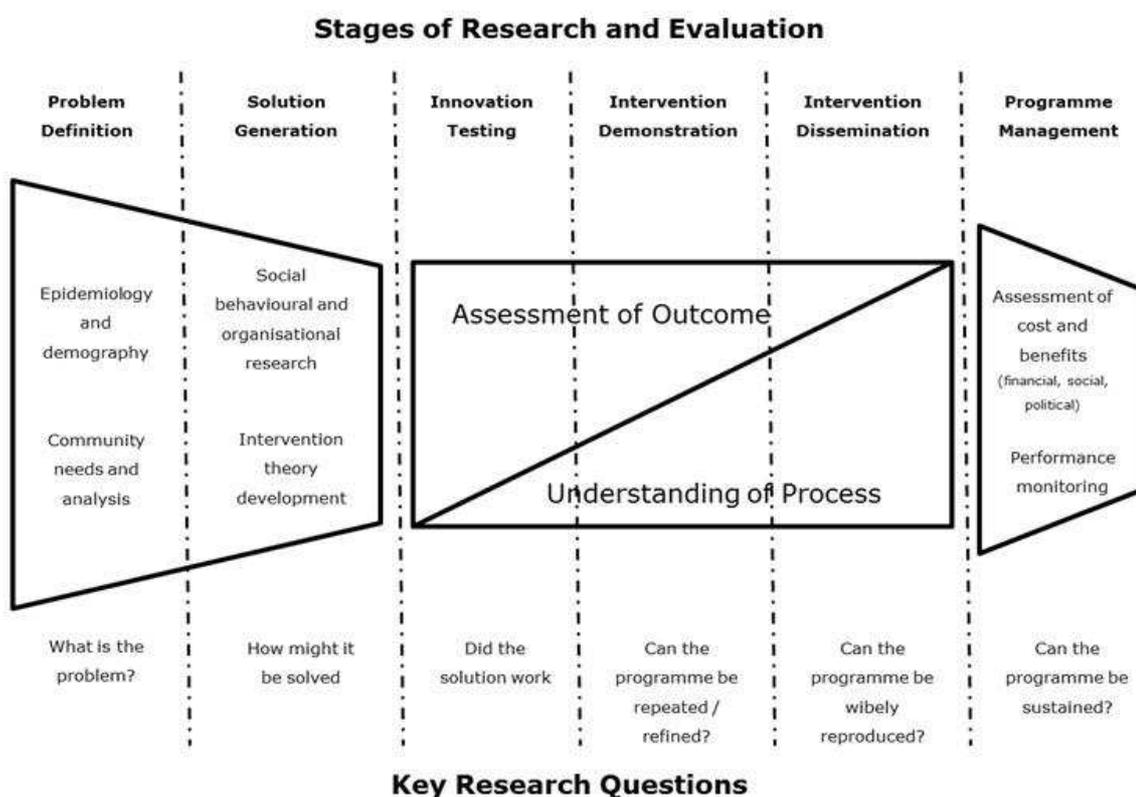
- a definição mais clara dos resultados esperados e das medidas para comprovação dos mesmos;
- a adoção de níveis de intensidade de avaliação apropriados, a depender dos problemas identificados e das questões elaboradas (FIGURA 5);
- a adoção de modelos mais apropriados à avaliação participativa das iniciativas em promoção da saúde.

Também contrário a polarização de ênfases relacionadas à avaliação, Tannahill (2008) apresenta e discute uma estrutura de tomada de decisão, tendo como

base o diálogo entre as práticas baseadas em evidência, as teorias, os princípios e os valores éticos da Promoção da Saúde.

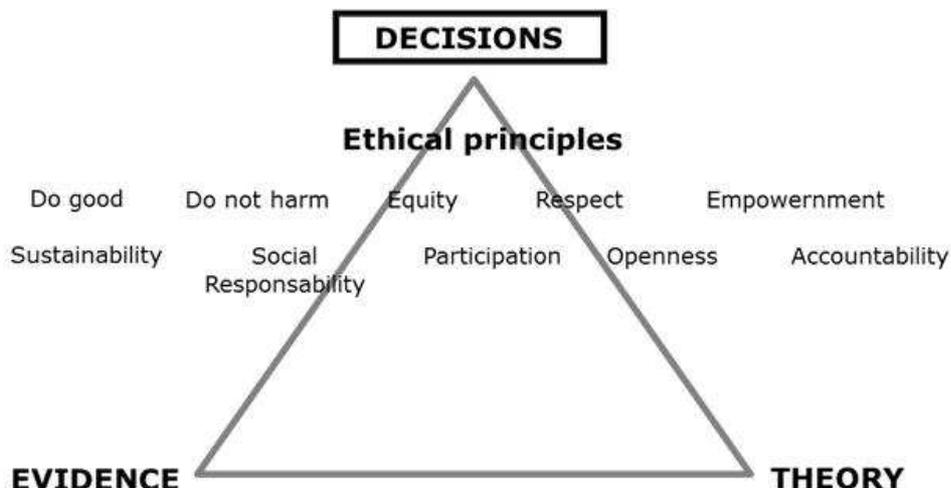
Tal estrutura, intitulada de Triângulo de Tomada de Decisão (FIGURA 6), foi concebida para ser usada em dois grandes níveis: (1) na avaliação de possíveis ações para a melhoria dos direitos dos indivíduos e das comunidades e (2) no julgamento das propostas elaboradas e selecionadas para fazerem parte das iniciativas em promoção da saúde, tendo em vista seus princípios e valores éticos norteadores.

Figura 5 – Modelo de Desenvolvimento para a Avaliação de Programas em Promoção da Saúde



Fonte: Adaptado de NUTBEAM, 1998, p. 33

Figura 6 – Triângulo de tomada de decisão



Fonte: Adaptado de TANNAHILL, 2008, p. 387

Tendo como referência principal a estrutura de tomada de decisão ilustrada na Figura 6, Tannahill (2008) concluiu a sua proposta, sugerindo a elaboração de um modelo lógico ético, não apresentado no artigo, orientado por um conjunto de princípios e valores bem definidos, por uma teoria e por várias evidências referentes ao desempenho de determinada iniciativa em promoção da saúde.

Material semelhante foi produzido pelo grupo de trabalho constituído pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para discussão da prática avaliativa em Promoção da Saúde, conforme destacam Akerman, Mendes e Bógus (2004). Em referência a relação da prática avaliativa com a questão da emissão e explicitação dos valores, os autores comentam que:

Avaliar é produzir um 'juízo de valor ou mérito' para alguma ação humana sobre o ambiente social. Utiliza-se, para tal intento, um conjunto de procedimentos metodológicos. Nos primórdios, avaliadores consideravam que os fatos 'falavam por si mesmos' e que a avaliação era isenta de valores. Esta teoria vem sendo cada vez mais criticada dado que os programas sociais sempre trazem valores implícitos. O campo da promoção da saúde é exemplar neste sentido, pois está permeado de valores em disputa, e isto re-significa o processo avaliativo que contemplaria em seu desenho a explicitação de óticas, valores e princípios (AKERMAN, MENDES & BÓGUS, 2004, p. 608).

Mais à frente nesse mesmo artigo, Akerman, Mendes e Bógus (2004) voltam a afirmar a importância dos princípios e valores para a avaliação, ampliando a noção das práticas avaliativas em promoção da saúde para além do exercício de um determinado procedimento técnico. Assim, ressaltam eles:

Para que a promoção da saúde, então, seja praticada [...] não apenas como um conjunto de procedimentos que informam e capacitam indivíduos e organizações ou que controlem determinantes de grupos populacionais, a sua avaliação poderia contribuir com este caminho, e não sendo, então, um procedimento meramente técnico, explicitaria valores e princípios. (AKERMAN, MENDES & BÓGUS, 2004, p. 609)

De acordo com alguns autores, a contribuição da avaliação para os processos de explicitação de princípios e valores éticos, e, posteriormente, de negociação de interesses, expectativas e demandas, possibilitaria a identificação das relações de poder existentes e exporia o compromisso político, os direitos e as responsabilidades dos envolvidos, itens imprescindíveis para a concretização do discurso da Promoção da Saúde e da estratégia *Cidades Saudáveis* (AYRES, 2004; BODSTEIN ET. AL., 2004; CARVALHO, 2004a, 2004b; CARVALHO ET. AL. 2004; HOUSE, 2000; PEDROSA, 2004; ZÚÑIGA & LAPERRIÈRE, 2006).

Na mesma linha de raciocínio, Poland (1996a) defende a ideia de uma atenção especial às questões morais, teóricas, éticas e políticas para que a prática avaliativa possa ser empregada, como um recurso efetivo para a capacitação da comunidade no gerenciamento e no controle das suas condições de vida. Na maioria das vezes, os conceitos, os valores e os princípios não estão claramente articulados com os procedimentos adotados, faltando coerência entre a teoria e a prática. Como sugestão, o autor propõe que seja realizada uma análise e uma revisão acerca da clareza conceitual, da coerência e do rigor lógico no estabelecimento dos valores e princípios das práticas avaliativas (POLAND, 1996a, 1996b).

Reconhecendo a carência por desenhos e práticas avaliativas e de monitoramentos bem definidos, assim como a necessidade de uma revisão dos valores e princípios, já em 1995, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) realizou uma reunião, em Cartagena das Índias, Colômbia, para a discussão sobre a utilidade e a

viabilidade do uso de indicadores de avaliação para iniciativas de Promoção da Saúde, especialmente às com referência à proposta *Municípios e Comunidades Saudáveis*.

Em 1997, no II Congresso Latino-Americano de Municípios Saudáveis, realizado em Veracruz, México, começou a ser esboçada uma proposta de avaliação para iniciativas em *Municípios e Comunidades Saudáveis*.

Dois anos mais tarde, em Washington, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) organizou uma Oficina de Avaliação de Municípios Saudáveis, constituindo um grupo de trabalho, com a participação de representantes de quinze países da América Latina e Caribe.

Os elementos fundamentais da proposta avaliativa em promoção da saúde estabelecidos por esse grupo foram: (1) a congruência com os princípios de desenvolvimento humano e social sustentável; (2) a participação e o fortalecimento das capacidades das populações e das organizações; (3) a ênfase na formação do capital social; e (4) a adoção de múltiplos e mistos métodos.

Pautados pelos valores da participação social, da intersectorialidade e da sustentabilidade, foram definidos dois objetivos para as práticas avaliativas no contexto da estratégia *Cidades e Municípios Saudáveis*:

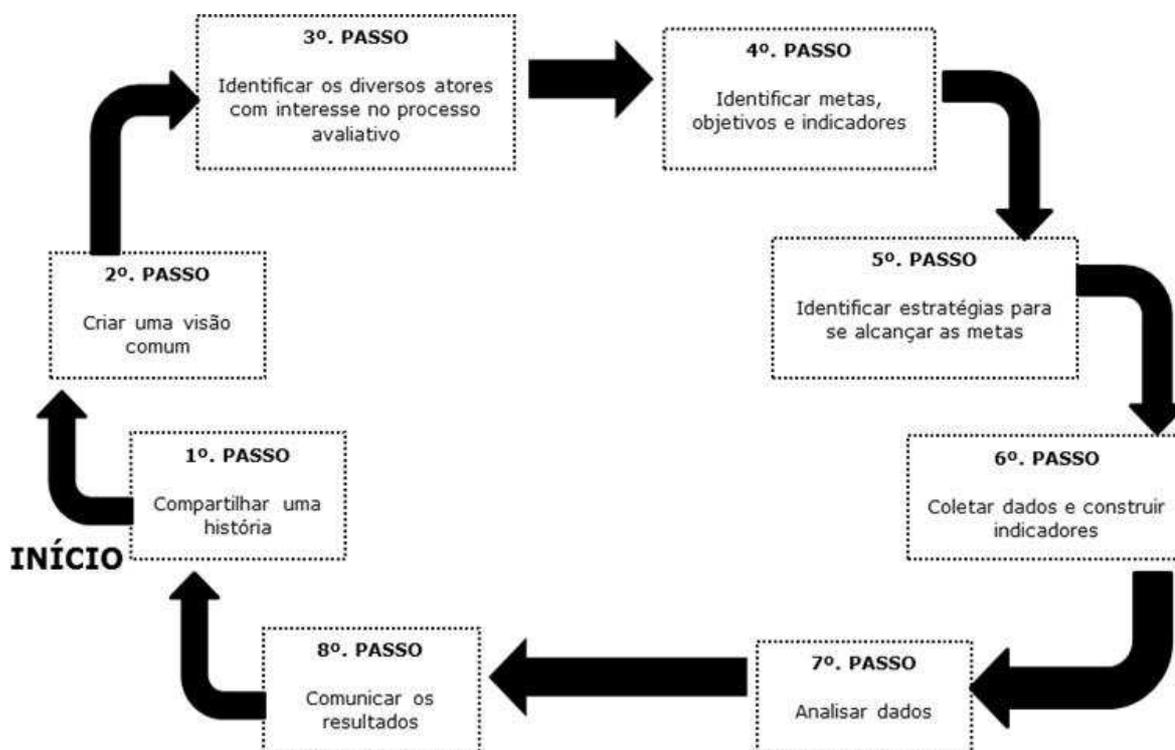
1. O fortalecimento das práticas baseadas em evidência em iniciativas de Promoção da Saúde;
2. A identificação e a divulgação de boas práticas, modelos e instrumentos de avaliação.

Após a oficina realizada em Washington, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) intensificou o incentivo à adoção de avaliações e à elaboração de materiais de suporte para tais práticas, como o *Manual de Avaliação Participativa para iniciativas comunitárias*, desenvolvido pela Universidade do Novo México, em 1997 (WALLERSTEIN, MALTRUD & POLACSEK, 1997).

Posteriormente, diversas adaptações no material foram promovidas, até o mesmo ser transformado em um guia sobre processos e instrumentos de avaliação, denominado *Avaliação participativa de municípios saudáveis: guia de recursos práticos*

para a ação, em 2003, sendo mencionados oito estágios complementares para o desenvolvimento da proposta, havendo, ainda, um modelo lógico com a explicitação e a visualização dos seus componentes (FIGURAS 7 e 8) (AKERMAN & MALO, 2006; AKERMAN, MENDES & BÓGUS, 2004).

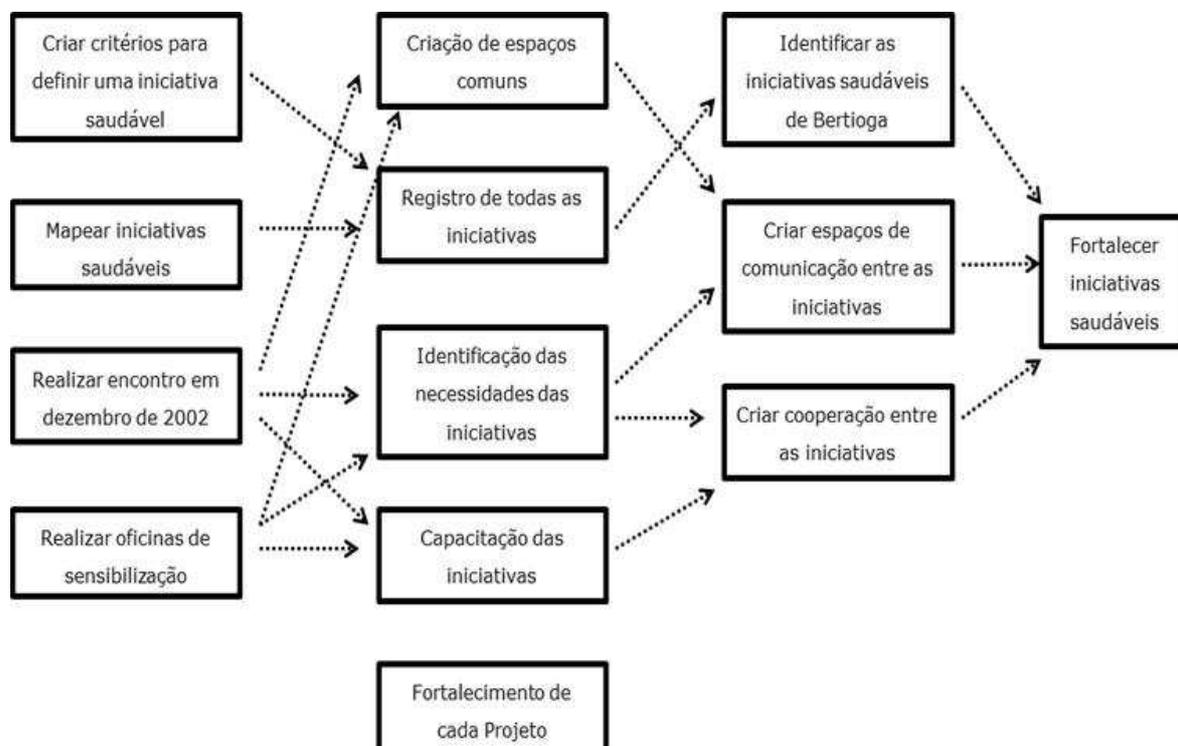
Figura 7 – Passos do processo de avaliação participativa



Fonte: Adaptado de AKERMAN, MENDES E BÓGUS, 2004, P. 612

O desafio a seguir seria o monitoramento do processo de aplicação do material ou guia de avaliação participativa das iniciativas, cuja referência era o Movimento *Cidades Saudáveis*, em diferentes contextos brasileiros. Para tanto, quatro oficinas de trabalho foram desenvolvidas, visando os planejamentos e os relatos dos monitoramentos realizados.

Figura 8 – Modelo Lógico: Fortalecimento de iniciativas saudáveis



Fonte: Adaptado de AKERMAN, MENDES E BÓGUS, 2004, p. 613

De acordo com Mendes (2006), as perguntas norteadoras do trabalho de monitoramento das avaliações foram relacionadas à pertinência e à utilidade do Guia; os principais produtos e resultados gerados; o processo de capacitação e envolvimento dos atores sociais e políticos; e as dificuldades e os avanços identificados.

Conforme destacado por Akerman e Malo (2006), pode-se entender esse monitoramento realizado como “um esforço de ‘metaleitura’ dos relatórios em busca de semelhanças e de diferenças na aplicação do Guia e na percepção das perspectivas de sua utilização.” (p. 17)

Reconhecendo a importância da metaleitura para o desenvolvimento do campo da avaliação, em um estudo documental de 2002, Akerman et. al. promoveram também uma revisão sistemática da prática avaliativa no contexto do Movimento

Internacional *Cidades Saudáveis*. Propuseram uma tipologia de classificação dos artigos nacionais e internacionais indexados em bases de dados científicas, entre os anos de 1985 e 2000, não somente no cenário brasileiro, enfatizando os estudos avaliativos⁸ relatados pelos autores.

A partir o emprego da tipologia de classificação dos artigos, as próximas etapas da revisão sistemática e da metaleitura desenvolvidas foram (a) a descrição detalhada dos procedimentos e instrumentos utilizados, assim como dos indicadores elaborados e dos principais produtos e resultados obtidos e, (b) a análise crítica das práticas avaliativas. Nas considerações finais dessa metaleitura e, posterior, meta-análise realizadas, os autores destacaram que “muita energia do movimento ‘cidades/municípios saudáveis’ tem sido gasta no desenvolvimento de indicadores quantitativos.” (AKERMAN ET. AL., 2002, p. 644)

Diante dessa importante constatação, que outras perguntas poderiam ser apresentadas como norteadoras de uma avaliação, tendo como foco às próprias práticas avaliativas realizadas e relatadas, no contexto do Movimento Internacional *Cidades Saudáveis*? Além das questões tratadas por O’Neill e Simard (2006) (por que, o que, para quem, quem e como), no âmbito das práticas avaliativas de projetos com referência à estratégia *Cidades Saudáveis*, quais as perguntas poderiam fazer parte de uma nova e inédita pesquisa avaliativa?

Respondendo às essas questões e já sinalizando para as perguntas com as quais este trabalho dialogará na seqüência deste texto, apresentamos os questionamentos da pesquisa aqui proposta: qual a qualidade das práticas avaliativas relatadas por autores em artigos científicos, no contexto do Movimento Internacional *Cidades Saudáveis*? Que considerações podem ser apresentadas acerca da qualidade da prática avaliativa no contexto de uma estratégia de planejamento urbano estratégico, cujo principal objetivo é a melhoria da qualidade de vida das pessoas e das coletividades?

⁸ Os autores definiram estudos avaliativos enquanto aqueles que focalizam o relato de experiências de implantação de determinados projetos, contando com a descrição de estratégias e resultados avaliativos (AKERMAN ET. AL., 2002, p. 640).

3.4 Meta-avaliação no contexto do Movimento Internacional *Cidades Saudáveis*: aplicação dos parâmetros e diretrizes internacionais de qualidade

Dá-se o nome de meta-avaliação a avaliação da avaliação⁹, sendo atribuída a Scriven a paternidade do termo, em uma publicação de 1969¹⁰. Embora o termo tenha sido empregado, inicialmente, no setor educacional, atualmente sua aplicação se mostra presente nos mais diversos contextos (BOYD & WINDSOR, 1993; CLEAVE-HOGG & BYRNE, 1988; LETICHEVSKY, VELLASCO & TANSCHKEIT, 2007; PERRY, 2009; STUFFLEBEAM & SHINKFIELD, 2007).

Nas palavras de Stufflebeam (1974), um dos maiores expoentes no campo da avaliação, a justificativa para o empreendimento de uma avaliação da própria prática avaliativa poderia ser assim resumida:

Good evaluation requires that evaluation efforts themselves be evaluated. Many things can and often do go wrong in evaluation work. Accordingly, it is necessary to check evaluations for problems such as bias, technical error, administrative difficulties, and misuse. Such checks are needed both to improve ongoing evaluation activities and to assess the merits of completed evaluation efforts. (STUFFLEBEAM, 1974, p. 1)

De acordo com Furtado e Laperrière (2011), mais do que um simples jogo de palavras, a meta-avaliação se configura como a emissão de julgamento do valor ou mérito de uma prática avaliativa, tendo como principal objetivo subsidiar futuros processos decisórios¹¹.

Do ponto de vista histórico, a meta-avaliação surgiu da necessidade, tanto por parte dos avaliadores quanto dos consumidores, usuários e financiadores das avaliações, de estabelecimento de parâmetros de qualidade das práticas educacionais

⁹ No campo da meta-avaliação, compreendem-se como avaliações primárias aquelas que são objetos de estudos das práticas meta-avaliativas.

¹⁰ Na história da prática avaliativa, considera-se a expressão “avaliação da avaliação” como sendo mais antiga que o termo “meta-avaliação”, sendo sua origem atribuída a Orata, nos idos anos de 1940 (FURTADO & LAPERRIÈRE, 2011)

¹¹ A meta-avaliação enquanto um processo de julgamento e emissão do valor ou mérito de uma prática avaliativa difere da meta-análise, que pode ser definida como a síntese estatística de estudos independentes sobre um tema comum. Ambas, porém, por basearem parte de suas práticas em estudos documentais, necessitam contar com uma rigorosa e detalhada revisão sistemática de textos, relatórios, artigos, dentre outras fontes de informação (BROCH & PETROSINO, 2004; FURTADO & LAPERRIÈRE, 2011; STUFFLEBEAM & SHINKFIELD, 2007).

e avaliativas (DÍAZ, 2001; GEORGHIOU, 1999; HORVAT, 1999; PRAESTGAARD, 1999; VANHOOF & PETEGEM, 2010).

Em 1975, um comitê misto foi formado, o Joint Committee on Standards for Educational Evaluation (JCSEE), contando com a participação de representantes de quinze associações profissionais¹², com o propósito de elaborar um conjunto de parâmetros e diretrizes internacionais para a realização de práticas avaliativas de qualidade (CHATTERJI, 2005; COOK & GRUDER, 1978; PAYNE, 1988).

O produto do trabalho desse comitê misto foi o material *Standards for Evaluations of Educational Programs, Projects and Materials*, publicado pela primeira vez em 1981, no qual se compreendia que uma boa prática educacional, incluindo o processo avaliativo, era a que atendia aos parâmetros de utilidade, viabilidade, propriedade e precisão¹³ (FIGURA 9). Cada um dos parâmetros vinha acompanhado por um conjunto de diretrizes de avaliação de qualidade, trinta ao todo, com suas devidas definições e especificações, estudos de casos, dificuldades e erros mais comuns, bem como uma lista de sugestões de referências bibliográficas para o suporte na utilização do material.

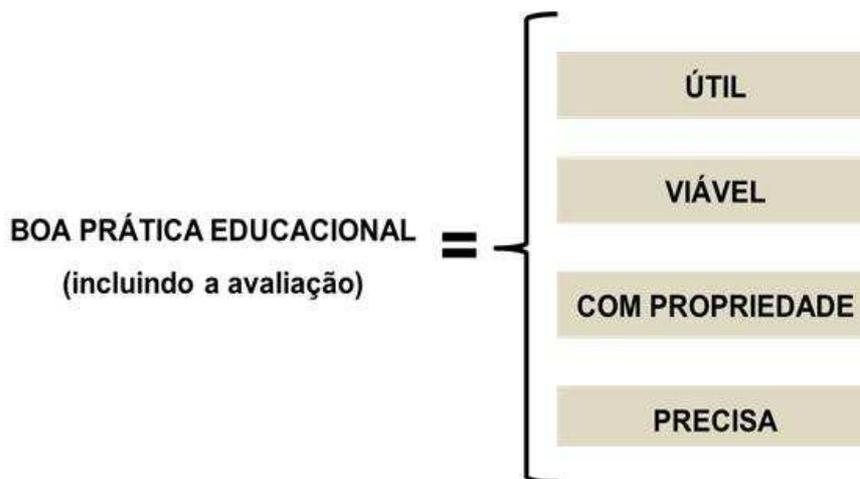
Já em 1994, o material elaborado pelo JCESS foi revisado, sendo mantidos os quatro parâmetros para a avaliação de boas práticas, dentre elas a de avaliação, mas contando com a considerável ampliação da aplicação para outros contextos, além do educacional. O conjunto de diretrizes foi reformulado, passando por algumas

¹² Instituições participantes do Comitê Misto responsável pela elaboração da 1a.versão das diretrizes e parâmetros para a prática avaliativa de qualidade: American Association of School Administrators, American Educational Research Association, American Evaluation Association, American Federation of Teachers, American Psychological Association, Association for Supervision and Curriculum Development, Canadian Evaluation Society, Canadian Society for the Study of Education, Council of Chief State School Officers, Council on Post-secondary Accreditation, National Association of Elementary School Principals, National Council on Measurement in Education, National Education Association, National Legislative Program Evaluation Society e National School Boards Association (WORTHEN, SANDERS & FITZPATRICK, 2004).

¹³ De acordo com o material elaborado pelo JCSEE (1981), devem-se compreender os parâmetros de qualidade das práticas educacionais, incluindo a avaliação, da seguinte maneira:
Prática útil = voltada para as necessidades de informação das suas várias audiências e usuários;
Prática viável = realista, prudente, diplomática e moderada;
Prática com propriedade = conduzida de maneira legal e ética, respeitando o bem-estar dos envolvidos, assim como dos afetados pelos resultados dessa prática;
Prática precisa = revela e disponibiliza informações tecnicamente adequadas sobre as características que determinam o valor ou mérito do objeto que está sendo avaliado.

pequenas alterações e atualizações, principalmente, no que diz respeito aos estudos de casos, às dificuldades e aos erros mais comuns e às referências sugeridas.

Figura 9 – Parâmetros de qualidade elaborados pelo JCSEE (1981)



Fonte: Desenho elaborado pelo autor

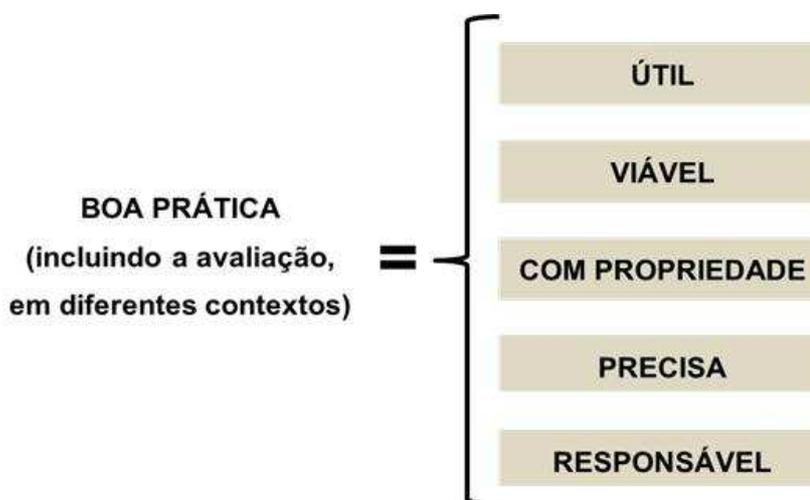
De acordo com sua edição mais recente (3ª. edição), com o título *The Program Evaluation Standards: a guide for evaluators and evaluation users* (ANEXO A), os parâmetros elaborados para essa última versão apresentam duas características-chaves: (1) podem ser compreendidos como guias ou eixos norteadores, e não leis, que identificam e definem critérios de qualidade para as práticas avaliativas e; (2) são construídos coletivamente, contando com a participação de diversos atores sociais¹⁴, havendo uma ampla discussão e revisão dos critérios formulados e propostos, sob a coordenação do Joint Committee on Standards for Educational Evaluation (JCSEE) e credenciado pelo American National Standards Institute (ANSI) (YARBROUGH ET. AL., 2011).

Assim como nas versões de 1981 e 1994, a 3ª. edição de 2011 apresenta um conjunto de trinta diretrizes, contando com a referência não mais de quatro parâmetros de qualidade, mas agora de cinco. São eles: utilidade, viabilidade, propriedade,

¹⁴ Visando a realização da presente tese de doutorado, o autor da mesma participou como revisor internacional do material elaborado e validado pelo JCSEE (2011, 3ª. edição), no período de 2007 a 2010.

precisão e responsabilidade da avaliação¹⁵ (FIGURA 10), cada qual com suas respectivas fundamentações e definições, exemplos de práticas avaliativas orientadas por cada diretriz, alguns erros comuns e dificuldades encontradas na aplicação do material (YARBROUGH ET. AL., 2011).

Figura 10 – Parâmetros de qualidade elaborados pelo JCSEE (2011)



Fonte: Desenho elaborado pelo autor

Além dos parâmetros e diretrizes propostos, o material elaborado pelo Joint Committee on Standards for Educational Evaluation (JCSEE, 3ª. edição, 2011) ainda sugere a formulação de uma tabela funcional¹⁶ para aplicação em contextos específicos, assim como o diálogo com critérios desenvolvidos por outras associações ou grupos envolvidos com a prática avaliativa (YARBROUGH ET. AL., 2011).

A Associação Norte-Americana de Avaliação (AEA), por exemplo, estabelece uma série de princípios norteadores para a prática avaliativa, podendo também ser útil para alguns estudos específicos. De acordo com os princípios estabelecidos por essa associação, em 2003, as práticas avaliativas deveriam ocorrer de maneira sistemática; basear-se em dados sobre seu objeto de estudo; atender às necessidades e demandas

¹⁵ Nessa edição atual do material elaborado pelo JCSEE, o parâmetro responsabilidade da avaliação ou “prestação de contas da avaliação” refere-se ao uso responsável dos insumos (recursos financeiros, humanos e materiais)

¹⁶ Pode-se entender tal tabela como um conjunto de parâmetros e diretrizes organizados em função de um interesse ou uma questão específica relacionada a uma intervenção ou pesquisa avaliativa.

dos contratantes e demais interessados; garantir a honestidade e integridade das informações coletadas e dos dados construídos; respeitar a segurança, a dignidade e a auto-estima das pessoas direta e indiretamente envolvidas; e, por fim, articular os diversos interesses e valores referentes ao bem-estar coletivo (WORTHEN, SANDERS & FITZPATRICK, 2004).

Em uma publicação de 2007, Stufflebeam e Shinkfield definem operacionalmente a meta-avaliação, a partir da combinação dos parâmetros estabelecidos pelo JCSEE (1994) com os princípios norteadores elaborados pela AEA (2003), ambos citados anteriormente neste texto. Dizem os autores:

Operationally, we define metaevaluation as the process of delineating, obtaining, and applying descriptive information and judgmental information – about pertinent criteria – including the evaluand's utility, feasibility, propriety, and accuracy and its systematic nature, competent execution, integrity, respectfulness, and social responsibility – in order to guide the evaluation and report its strengths and weaknesses (STUFFLEBEAM & SHINKFIELD, 2007, p. 651)

De acordo com Hartz e Contandriopoulos (2008), a meta-avaliação consiste em uma investigação sistemática e reflexiva sobre a consistência e a coerência teórica e prática de uma avaliação, fundamentada em padrões internacionais e/ou governamentais de qualidade, elaborados e validados por um comitê misto e instituições especializadas, como o JCSEE e a ANSI, ou por uma associação reconhecida internacionalmente, como a AEA.

Em uma breve revisão sobre as normas e diretrizes elaboradas e aplicadas por diversas associações e sociedades envolvidas com a avaliação, como as Canadense, Americana, Francesa, Suíça, Alemã e do Reino Unido de Avaliação, Hartz (2006) destaca as grandes semelhanças encontradas entre os materiais produzidos para condução de boas práticas avaliativas, sugerindo um alto grau de profissionalismo na área.

De acordo com essa autora, na maioria das vezes, tendo como referência principal o material elaborado pelo JCSEE (1981, 1994, 2011), as pequenas diferenças de orientações percebidas derivam de particularidades culturais de cada região ou comunidade participante da prática avaliativa.

Quanto ao futuro dos parâmetros e diretrizes elaborados, Hartz (2006) aponta a importância e a necessidade de estimular o amplo uso e aplicação dos mesmos para seu aperfeiçoamento e refinamento junto às práticas avaliativas de boa qualidade.

Nesse sentido, a autora, contando com a participação de outros dois pesquisadores do campo da avaliação em saúde, organizou uma publicação, pautada pelo conjunto de experiências avaliativas, realizadas no período de 2005 a 2007, no âmbito dos Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELBs/Proesf) (HARTZ, FELISBERTO & VIEIRA-DA-SILVA, 2008).

No contexto dessa publicação, ao comentarem os limites e as expectativas referentes à meta-avaliação, em um capítulo sobre o estado da arte da área, Hartz e Contandriopoulos (2008) teceram a seguinte observação:

É preciso lembrar que a (meta)avaliação é um exercício permanente que não se esgota em julgamentos previamente estabelecidos, pois padrões de qualidade ou de verdade jamais são completamente apropriados; quando se pensa neles como 'garantia' logo se percebe a ingenuidade desta pretensão. Mas o fato de que julgamentos são provisórios e contingentes não nos obriga a cair no relativismo se nos orientarmos por princípios e normas co-validados por consensos construídos em debates anteriores e sempre abertos à sua crítica. Essa construção conjunta do conhecimento não deve ser vista como disputa de opiniões, e sim como uma solidariedade avaliativa explorando hipóteses e contradições que renovem os temas e conceitos tratados. (HARTZ & CONTANDRIOPOULOS, 2008, p. 38)

De acordo com Nilsson e Hogben (1983), geralmente os estudos referentes à meta-avaliação dedicam atenção especial à aplicação de critérios e parâmetros internacionais de qualidade, pouco se atendo ao exercício reflexivo e prático da avaliação, bem como à imprescindível construção teórica dos fundamentos e das bases epistemológicas da prática avaliativa.

Como definir uma prática avaliativa de boa qualidade? Como os valores "bom" e "útil" foram ou são construídos e utilizados como critérios defensáveis para a avaliação de uma prática avaliativa? Ou, ainda, nas palavras de Nilsson e Hogben (1983), "...when is an evaluation a good evaluation?" (p. 83)

Conforme sugerem Hartz e Contandriopoulos (2008), os parâmetros e diretrizes internacionais de qualidade das avaliações não devem ser concebidos como

livros de receitas aplicados nos mais diversos contextos, “cabendo negociações e escolhas ao serem adaptados por cada ‘meta-avaliador’”. (p. 34)

Em duas recentes publicações no campo da meta-avaliação, ambas com a participação de Hartz, essa sugestão aparece concretizada, contando com o acréscimo de mais uma categoria de análise das práticas avaliativas: a especificidade. No primeiro trabalho, Hartz et. al. (2008) relataram a avaliação desenvolvida acerca das práticas avaliativas realizadas em intervenções de promoção da saúde. No segundo estudo meta-avaliativo, Figueiró et. al. (2010) avaliaram a qualidade das avaliações dos Estudos de Linha de Base (ELBs).¹⁷

Para House (2000), à construção teórica dos fundamentos e das bases epistemológicas da prática avaliativa, devem-se somar as questões morais, éticas e políticas como os principais elementos constituintes e estruturantes da meta-avaliação, assim como, o exercício crítico-reflexivo sobre os complexos processos de negociações de valores e interesses¹⁸.

No contexto do Movimento Internacional *Cidades Saudáveis*, além da aplicação dos parâmetros e diretrizes elaborados pelo JCSEE (2011) para avaliação da qualidade das práticas avaliativas desenvolvidas, nas diversas iniciativas relatadas na literatura, necessidade já destacada neste texto e proposta central da presente pesquisa, que outras considerações poderiam ser levantadas no exercício crítico-reflexivo necessário a efetiva prática meta-avaliativa? Tendo em vista o parâmetro Utilidade, por exemplo, e sua relação na definição de uma boa prática avaliativa, algumas novas questões poderiam ser destacadas, por exemplo: quais os beneficiários de uma prática avaliativa considerada boa, à luz da estratégia *Cidades Saudáveis*? Ou seja, as práticas avaliativas consideradas boas seriam úteis para quem?

A esse respeito, serão apresentadas e discutidas a seguir algumas teorias e perspectivas filosóficas de compreensão do processo de julgamento e emissão de valor, sendo destacado o parâmetro da Utilidade, conforme proposto pelo JCSEE (2011).

¹⁷ Ambos os estudos meta-avaliativos serviram de base para o desenvolvimento do presente trabalho e serão, posteriormente, comentados na apresentação do Método da pesquisa avaliativa que foi realizada.

¹⁸ De acordo com House (2000), um estudo meta-avaliativo deveria ser caracterizado (1) pela aplicação de parâmetros e diretrizes internacionais de qualidade das práticas avaliativas, bem como (2) pelo exercício crítico-reflexivo acerca da própria prática meta-avaliativa ou de algum componente da mesma.

3.5 Meta-avaliação no contexto do Movimento Internacional *Cidades Saudáveis*: considerações de alguns aspectos éticos em questão

Nas relações cotidianas e nas práticas sociais e culturais estabelecidas pelos indivíduos e comunidades, no contexto da estratégia *Cidades Saudáveis*, problemas de ordem prática e conflitos comumente estão presentes, conforme já citado neste trabalho.

Independentemente do grau de complexidade de tais problemas e conflitos, as soluções podem afetar não somente o indivíduo ou a comunidade, mas toda uma localidade ou região. Em decorrência dessa influência mútua ou de entrelaçamento¹⁹, indivíduos e comunidades tendem a estabelecer (1) juízos de valor acerca do comportamento e das práticas de outros indivíduos e comunidades e (2) normas do que deve ser seguido, em função de determinados problemas práticos, também chamados de problemas morais (AYRES, 2004; CAMPOS, GREIK & DO VALE, 2002; MARCONDES, 1998; ROMANO, 2001; PEREIRA, 2007).

De acordo com Vásquez (2010), entende-se por moral um sistema de normas, regras ou prescrições destinadas a regular as relações de influência mútua, estabelecidas pelos indivíduos em uma determinada comunidade social, devendo serem definidas, historicamente, suas funções e validades. Assim, a dúvida quanto ao que fazer em uma ocasião concreta, com conseqüências que podem afetar mais de uma pessoa, torna-se um problema prático-moral. Nas palavras desse autor:

A necessidade de ajustar o comportamento de cada membro aos interesses da coletividade leva a que se considere como bom ou proveitoso tudo aquilo que contribui para reforçar a união ou a atividade comum e, ao contrário, que se veja como mau ou perigoso o oposto; ou seja, o que contribui para debilitar ou minar a união, o isolamento, a dispersão dos esforços, etc. Estabelece-se, assim, uma linha divisória entre o que é bom e o que é mau, uma espécie de tábua de deveres ou obrigações baseada naquilo que se considera bom ou útil para a comunidade. (VÁSQUEZ, 2010, p. 40)

¹⁹ Entrelaçamento ou no original “interlocking contingencies” é a expressão utilizada por Sigrid Glenn (1991) para se referir às influências mútuas presentes nas relações estabelecidas entre dois ou mais indivíduos ou grupos sociais, incluindo o seu contexto de ocorrência e as conseqüências provenientes das mesmas.

Mas, como emitir um juízo de valor para o que seja “bom” ou “útil” para uma comunidade adepta da estratégia *Cidade Saudável*? Conforme estabelecido pelo material elaborado pelo JCSEE (2011), uma boa prática é aquela que contempla as qualidades de utilidade, viabilidade, propriedade, precisão e responsabilidade.

Levando-se em conta o primeiro parâmetro apresentado, o da utilidade, uma boa prática seria aquela que é útil para as pessoas ou comunidades envolvidas. Nessa perspectiva, teria a proposta do JCSEE (2011) alguma convergência ou similaridade com a corrente filosófica do utilitarismo? Que considerações éticas poderiam ser apresentadas a esse respeito, de tal maneira a enriquecer a discussão acerca da qualidade das práticas avaliativas realizadas no contexto do Movimento Internacional *Cidades Saudáveis*?

De acordo com a corrente filosófica do utilitarismo, surgida na Inglaterra no século XVIII, tendo como seus principais representantes Jeremy Bentham (1748-1832), Harriet Taylor Mill (1807-1858) e John Stuart Mill (1806-1873), o valor moral “bom” seria entendido como aquele que é útil ou propicia bem-estar ao maior número de pessoas, não excluindo o bem-estar de cada indivíduo (BARRAGÁN, 1998; COMPARATO, 2006; GALINHA & RIBEIRO, 2005; MARCONDES, 2009; MILL, 2000).

Conforme apresentam Costa (2002) e Sidgwick (2010), o utilitarismo defende que, na ocorrência de um conflito de interesses entre o bem-estar dos outros e o bem-estar individual, o interesse individual deverá ser renunciado, implicando, por vezes, o sacrifício da própria felicidade ou, em última instância, da própria vida. Nesse caso, o sacrifício só será considerado bom ou útil se contribuir para o aumento da quantidade de bem-estar para o maior número de pessoas.

Aplicado à teoria política²⁰, conforme discutido por Esteves (2002), esse conflito de interesses seria compreendido da seguinte maneira:

[...] o princípio utilitarista reza que a limitação coercitiva das liberdades individuais por parte do Estado pode ser considerada como justificada na medida em que suas conseqüências são úteis, i.e. na medida em que o Estado

²⁰ É importante ressaltar o cuidado que se deve ter ao relacionar problemas prático-morais e políticos, por tratarem de dois objetos de análise distintos. Parafrazeando Vásquez (2010), enquanto a moral dedica atenção especial ao entrelaçamento entre os indivíduos e entre esses e a comunidade, à política interessa as influências mútuas estabelecidas entre os grupos sociais ou entre os representantes de tais grupos.

tende a promover o maior bem-estar ou felicidade da coletividade a ele submetida. Ou seja, ainda que a restrição coercitiva das liberdades seja em si mesma um mal necessário, ela estará justificada na medida em que for compensada por um máximo de bem-estar ou felicidade proporcionado para a coletividade. Assim, para o utilitarista, a única razão plausível para justificar a restrição das liberdades, cobrar obediência às leis e sancionar coerções diante de sua desobediência, está em mostrar que isso é mais vantajoso e útil, porque torna a coletividade mais feliz. (ESTEVES, 2002, p. 82)

Como representante legítimo da teoria moral do consequencialismo²¹, para o utilitarismo uma prática ou regra moral correta é a que produz bem-estar ou conseqüências boas para a maioria das pessoas. Avaliar a qualidade de uma prática ou de uma regra moral implicaria, então, em julgar as conseqüências, tanto da prática quanto da regra, para as pessoas e as comunidades (BRAGA, 2007; MORA, 1998; RIBEIRO, 2002; SMITH, 2009).

Assim, pode-se entender a prática avaliativa como o exercício de atribuir valor aos atos e as conseqüências das relações de influência mútua estabelecidas entre os indivíduos e as comunidades. Tal exercício de atribuição de valor deverá compreender (1) o valor moral atribuível, considerando seu caráter sócio-histórico; (2) o objeto avaliado (atos e/ou normas morais); (3) o sujeito que avalia e, por fim, (4) as conseqüências dos atos ou normas morais que afetaram, afetam ou afetarão outros indivíduos, grupo social ou uma sociedade inteira (VÁSQUEZ, 2010, p. 154).

Às propostas e premissas defendidas pelo utilitarismo e à definição de prática avaliativa acima expostas, muitas críticas foram e vêm sendo efetuadas. Metodologicamente, endereçados aos problemas prático-morais, os principais questionamentos dizem respeito aos procedimentos de aferição e medida das conseqüências dos atos e normas morais (ESTEVES, 2002; FIGUEIREDO & GUILHEM, 2008).

Do ponto de vista teórico, entrando no campo dos problemas teórico-morais ou da ética, são inúmeros os questionamentos acerca (1) dos conceitos de “bem-estar”, “felicidade”, “utilidade”, “prazer”, “liberdade” e “justiça” e das implicações referentes à

²¹ De acordo com Costa (2002, pp. 162-163), existem dois outros representantes da teoria moral do consequencialismo: o egoísmo ético (uma ação é moralmente correta quando ela tem conseqüências boas para o agente que a realiza, independentemente do que ela possa trazer para as outras pessoas) e o altruísmo ético (uma ação é moralmente correta quando ela tem conseqüências boas para os outros, independentemente do que ela possa trazer para o agente que a realiza).

utilização dos mesmos, (2) da questão da defesa da prevalência dos bens dos outros sobre os bens individuais e, (3) do processo de responsabilização frente a esses bens (BRAGA, 2007; GARCIA, 2008; MARINHO JUNIOR, 2005; RACY, MOURA JUNIOR & SCARANO, 2008).

Nessa perspectiva de questionamento, ao problema prático-moral e o seu decorrente sistema de normas, regras ou prescrições, soma-se o ato reflexivo ou ético, no qual a moral (atos e normas) é o objeto a ser analisado e teorizado. Assim, questões concernentes ao exercício crítico-reflexivo de um problema prático-moral, como as que se referem a qualidade da prática avaliativa, no contexto do Movimento *Cidades Saudáveis*, estariam circunscritas ao eixo dos problemas teórico-morais ou éticos.

Segundo a definição proposta por Mora (1998), a ética é a investigação, explicação e fundamentação do sistema moral e de todos os seus produtos e conseqüências derivadas.²²

Enquanto a ciência que tem como objeto de investigação os ditos sistemas e comportamentos morais, todos os seus produtos e as conseqüências derivadas, advoga-se como algo imprescindível para a ética uma concepção de homem para a teorização dos problemas e atos morais. Conforme enfatiza Vásquez (2010), “a ética não pode deixar de partir de determinada concepção filosófica de homem” (p. 28).

3.5.1 A Análise do Comportamento como referencial teórico para o desenvolvimento de algumas considerações éticas acerca do parâmetro Utilidade

Levando em conta a questão enfatizada por Vásquez (2010) e, buscando ir além dos princípios das teorias do Utilitarismo e Consequencialismo, a partir desse momento do texto, então, será apresentada a teoria da Ciência da Análise do Comportamento e sua concepção de homem, e, posteriormente, exibidas algumas considerações éticas, visando enriquecer a discussão acerca da qualidade das práticas avaliativas, um problema prático-moral, conforme já mencionado, no contexto do Movimento Internacional *Cidades Saudáveis*.

²² Não sendo o objetivo do presente trabalho, optou-se por não explorar de forma aprofundada os conceitos de ética e moral, tampouco os posicionamentos sobre tais conceitos de vários autores, como Aristóteles, Plotino, Hobbes, Kant, dentre outros.

A teoria da Ciência da Análise do Comportamento, formulada por Skinner (1991/1974)²³, tem como objeto de estudo o comportamento, entendido como a relação (ou interação) de influência mútua estabelecida entre o sujeito e o ambiente, incluindo os seus elementos constituintes, como ações, pensamentos, sentimentos, emoções, crenças, valores, desejos, sonhos, etc. (ABIB, 1997; TODOROV, 2007).

Na definição de comportamento citada, ambiente não se refere a meio ambiente, mas a “qualquer evento no universo capaz de afetar” o sujeito, podendo inclusive encontrar-se dentro do próprio sujeito (SKINNER, 1994/1953, pp. 247-248).

Sendo assim, devem-se tratar ambos os ambientes, tanto o externo quanto o interno ao sujeito, como parte fundamental das interações estabelecidas, que podem ser públicas (observáveis por outros) ou privadas (observáveis somente pelo sujeito da interação) (MALERBI, 1997; MATOS, 1995, 1999; MICHELETTO, 1997; TOURINHO, 1997).

Concebida como uma ciência essencialmente histórica, a Análise do Comportamento tem no modelo de seleção pelas conseqüências a base para a investigação e a interpretação das relações (interações) estabelecidas entre o sujeito e o ambiente (BAUM, 2006; CATANIA, 1999; CASTRO, 2007; LOPES & ABIB, 2008).

Segundo descrevem Andery, Micheletto e Sérgio (2002), inspirado na teoria da seleção natural de Darwin, Skinner elaborou o modelo explicativo da Ciência do Comportamento, firmando-se em duas premissas fundamentais:

1. A relação estabelecida entre o sujeito e o ambiente deve ser descrita, explicada e interpretada à luz dos processos da variação e da seleção;
2. Tais processos de variação e seleção devem levar em consideração os aspectos (a) filogenéticos – relacionados à história da espécie, (b) ontogenéticos – relacionados à história da relação estabelecida entre o sujeito e o ambiente (história de vida) e (c) culturais – relacionados à história das práticas sociais, seus entrelaçamentos (interações de mútua influência), seus produtos e suas conseqüências a curto, médio e longo

²³ Quando forem citadas referências contendo duas datas, a primeira será relativa ao ano de publicação consultada e a segunda à publicação original.

prazos para o sujeito, para o grupo social e para o desenvolvimento da cultura como um todo.

De acordo com a teoria comportamental skinneriana e seu modelo de seleção pelas consequências, pessoas emitem juízos de valor, qualificando algo como bom ou útil, devido as suas histórias de interação com o ambiente, tanto físico quanto social, considerando os aspectos filogenéticos (herança biológica), ontogenéticos (história de vida) e culturais (história das práticas sociais estabelecidas), bem como as consequências produzidas e os sentimentos gerados (ARDILA, 2003; BAUM, 2006; CASTRO, 2007; DE MELO, 2004; DE ROSE, 1997; DITTRICH & ABIB, 2004; SÉRIO, 2005; ZILIO & CARRARA, 2009).

Ao interagirem umas com as outras, as pessoas, sendo mutuamente afetadas, tenderiam a se comportar, avaliando o seu próprio comportamento e do sujeito com quem a relação é estabelecida, em função de três possíveis processos de consequenciação. O primeiro, intitulado *bens pessoais*, sinalizaria para as consequências positivas derivadas das relações comportamentais estabelecidas, com efeito direto e único sobre a pessoa que as produz.

No caso das práticas avaliativas realizadas no contexto do Movimento Internacional *Cidades Saudáveis*, poderiam ser considerados como *bens pessoais*, por exemplo, o aumento e/ou fortalecimento da atenção, do prestígio social e político, da segurança e dos ganhos financeiros que os responsáveis diretos pela avaliação estariam obtendo, assim como os sentimentos positivos decorrentes do desenvolvimento de tal atividade, como o revigoramento da confiança.

Ao processo de consequenciação mediado por outro sujeito, ocasionando consequências positivas, tanto para os envolvidos com a prática avaliativa quanto para outros atores ou para uma comunidade pertencente ao Movimento *Cidades Saudáveis*, bem como os sentimentos desencadeados, dá-se o nome de *bens dos outros*, outro processo de consequenciação descrito por Skinner (1971,1989).

Nesse processo, destaca Abib (2001), “ao participar de uma relação social o indivíduo se comporta visando dois bens, o seu e o de outros” (p. 109), que podem ser diferentes e ocorrerem em tempos distintos. Assim, o responsável pela prática avaliativa

poderia estar se comportando em função do aumento de prestígio social e, posteriormente, de um significativo apoio a uma candidatura política na sua cidade, mas também visando a melhoria nas condições de vida da comunidade, como um maior e melhor acesso a alguns equipamentos públicos, como escolas, postos de saúde, unidades de segurança, dentre outros.

Bens dos outros também são a referência para a definição dos *bens das culturas*, o terceiro processo de consequenciação relatado por Skinner. Nesse caso, a diferença é que as potenciais pessoas afetadas pelas conseqüências estão no futuro. São conseqüências positivas decorrentes de relações comportamentais estabelecidas que poderão beneficiar pessoas de outras gerações.

Nesse caso, os envolvidos com as práticas avaliativas no cenário da estratégia *Cidades Saudáveis* poderiam se comportar em função de ganhos imediatos, por exemplo, o incremento no seu rendimento financeiro pessoal ou do projeto do qual faz parte, como também dos inúmeros benefícios gerados para outras pessoas no futuro, como a garantia no acesso a determinados recursos.

A partir dos efeitos das conseqüências das relações estabelecidas entre o sujeito e o ambiente, para si e/ou para os outros e/ou para os outros no futuro, os indivíduos avaliariam e atribuiriam juízos de valor às suas práticas, assim como elaborariam e realizariam os planejamentos para suas vidas, para as comunidades nas quais estão inseridos e para as cidades que integram, sejam elas adeptas ou não ao Movimento Internacional *Cidades Saudáveis*.

Neste ponto, faz-se necessária uma importante ressalta, conforme destacam Dittrich e Abib (2004):

[...] não é Skinner quem está, a partir de julgamentos pessoais, qualificando esses comportamentos e suas conseqüências como bons. Ele está, em princípio, tão-somente descrevendo contingências naturais e culturais de seleção do comportamento por conseqüências. É evidente, no entanto, que essa descrição é realizada a partir de uma matriz teórica, e o conceito de descrição não alude, por conseguinte, a uma realidade 'objetiva'. (DITTRICH & ABIB, 2004, p. 428)

Tomando como referência os planejamentos das comunidades, das cidades e das sociedades de forma mais ampla, Skinner, contudo, acaba por eleger os *bens*

das culturas (bens dos outros no futuro) como valor fundamental da sua teoria (ABIB, 2001; DITTRICH, 2004, 2010).

Ao proceder dessa maneira, Skinner, no nosso ponto de vista, apresentaria, então, uma alternativa para o impasse e as críticas levantadas sobre a ética consequencialista, da qual o utilitarismo é representante. Diferindo desse último, do egoísmo ético e do altruísmo ético, a proposta elaborada por Skinner assumiria o compromisso com as pessoas que viverão no futuro e com a própria sobrevivência das culturas (SKINNER, 2000/1971).

Por se tratar de uma situação tão distante, a longo prazo, Skinner sugeriu, ainda, alguns outros processos de consequenciação, valores instrumentais ou secundários, conforme nomeados por Dittrich e Abib (2004), que deveriam nortear as avaliações das práticas individuais e coletivas, bem como os planejamentos das culturas e das sociedades. Alguns exemplos desses valores instrumentais são os processos de colaboração, cooperação, apoio mútuo, educação, experimentação, criatividade, felicidade, preservação do meio ambiente, dentre outros.

Vale destacar que, assim como para os valores primários, compreende-se que os valores instrumentais não são categorias excludentes, podendo figurar de maneira complementar, ainda contando com o acréscimo de outros, nos planejamentos das cidades, um dos temas tratados neste trabalho.

No entanto, mesmo com a sugestão desses processos de consequenciação instrumentais ou auxiliares, a questão dos conflitos gerados em decorrência dos múltiplos valores e interesses não estaria resolvido. Nas diversas práticas avaliativas desenvolvidas no contexto da estratégia *Cidades Saudáveis*, inúmeros valores, conseqüências e sentimentos, provavelmente, estiveram, estão ou estarão presentes, interferindo em todas as etapas do planejamento sustentável local, como na realização do diagnóstico inicial e mapeamento das necessidades e demandas das comunidades, na definição das prioridades das intervenções, no estabelecimento dos objetivos e das metas a serem cumpridas, no desenho dos procedimentos adotados, na análise e na interpretação dos dados coletados e, por fim, na divulgação dos resultados obtidos.

Todavia, mesmo com a manutenção dos problemas advindos com a questão dos conflitos de valores e interesses, concordando com Dittrich (2008), entendemos que a melhor e mais clara explicitação dos valores, assim como o debate ético podem ser bastante produtivos e criar oportunidades de acordo e colaboração para o planejamento das cidades e, conseqüentemente, para a melhoria na qualidade de vida das pessoas e das coletividades, objetivo geral pretendido pela proposta de promoção da saúde *Cidades Saudáveis*.

A explicitação dos valores e debate ético aqui advogados não sugerem, entretanto, o desrespeito com a história particular de cada ator envolvido em uma determinada prática social, como a avaliação, tampouco a sobreposição de valores e interesses, conforme destaca Dittrich (2008).

Pelo contrário, acreditamos que o reconhecimento dos valores e da história particular de cada ator envolvido possa fomentar uma ampliação do diálogo e do debate ético necessário para o efetivo exercício de cidadania e de planejamento de melhores contingências de vida das pessoas e das coletividades.

Compreender a especificidade da história de cada sujeito e o seu entrelaçamento com a história de outros – sujeitos, grupos e instituições – possibilita, a nosso ver, o reconhecimento das necessidades e das demandas sociais que deverão ser o foco das soluções construídas no âmbito das cidades e das comunidades e, conseqüentemente, o refinamento das boas práticas de avaliação desenvolvidas durante todo o processo.

A seguir, será descrito o Método da referida meta-avaliação que foi realizada, contando com a aplicação dos parâmetros e diretrizes elaborados pelo JCSEE (2011) e as considerações de alguns aspectos éticos, conforme explicitados nesta última subseção da revisão de literatura realizada.

4.MÉTODO

Considerou-se como objeto desta pesquisa os estudos avaliativos ou práticas avaliativas relatadas por autores em artigos científicos, no contexto do Movimento Internacional *Cidades Saudáveis*.

Para tanto, utilizou-se a definição de estudo avaliativo proposta por Akerman et. al. (2002), em um estudo de levantamento e caracterização da prática avaliativa desenvolvida por iniciativas que têm como referência a estratégia *Cidades Saudáveis*. De acordo com esses autores: “Estudo avaliativo: focaliza relato de experiências de implementação de projetos específicos, com apresentação de estratégias e resultados avaliativos.” (AKERMAN ET. AL., 2002, p. 640)

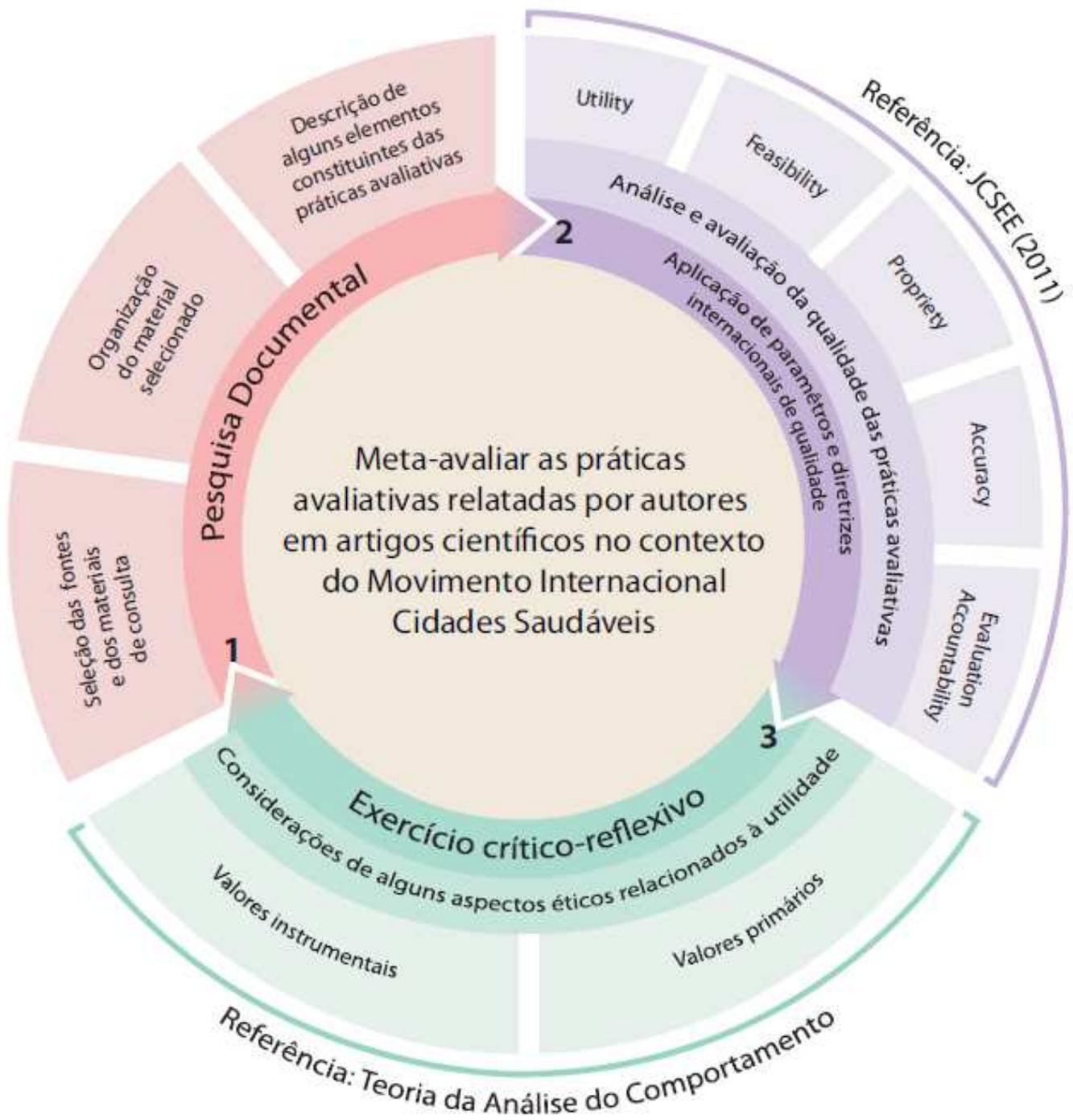
4.1 Procedimento

Tratando-se de um estudo do tipo documental (FIGURA 12), o primeiro passo para realização da pesquisa foi a seleção das fontes de consulta. Devido ao livre e gratuito acesso oferecido aos usuários vinculados a algumas instituições de ensino e pesquisa no país (como o Centro de Pesquisas René Rachou e a UFMG) e pela qualidade das informações disponibilizadas, optou-se pelo Portal Brasileiro da Informação Científica, desenvolvido pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), para a seleção das fontes de consulta.

O portal de periódicos da CAPES, como é conhecido no meio acadêmico, possibilita o acesso a mais 22.000 revistas internacionais e nacionais, além de 126 bases de dados documentais em todas as áreas do conhecimento (CAPES, 2010).

Considerando a já citada polissemia de conceitos e métodos envolvidos na área da prática avaliativa em saúde, assim como a diversidade de objetos, temas, assuntos e áreas do conhecimento relacionadas à Promoção da Saúde e, mais especificamente, ao Movimento Internacional *Cidades Saudáveis*, foi necessária a consulta às principais bases de dados de resumos de quase todas as áreas do conhecimento acessíveis no Portal.

Figura 11 – Arquitetura do Projeto “Meta-avaliação no contexto do Movimento Internacional Cidades Saudáveis: aplicação dos parâmetros e diretrizes do JCSEE (2011) e considerações de alguns aspectos éticos em questão.



Buscando obter uma cobertura ampla, porém relevante para o estudo, as bases de dados passaram por um processo seletivo, a partir da identificação das informações disponibilizadas pelas mesmas e a proximidade com o objeto e o objetivo da pesquisa.

Optou-se pela não inclusão de teses, dissertações, monografias e relatórios técnicos na realização desta pesquisa e somente artigos publicados em revistas científicas, a fim de garantir certo padrão na forma de relato das informações.

Por fim, foram consultadas 42 bases de dados, relacionadas a diversas áreas do conhecimento.²⁴ (ANEXO B).

4.1.1 Seleção do Material de Consulta

Definida a fonte de consulta e selecionadas as bases de dados documentais, procedeu-se à seleção do material que seria trabalhado.

Com o objetivo de selecionar as palavras de busca para a consulta ao material deste estudo, foram listadas as principais palavras de referência, relacionadas ao objeto da pesquisa, contidas nos títulos, resumos, palavras-chaves e referências bibliográficas de textos tanto da área da Avaliação em Promoção da Saúde quanto do Movimento *Cidades Saudáveis*.

Tendo em vista a imprecisão das ferramentas de busca desenvolvidas e disponibilizadas pelo Portal Periódicos da CAPES e pelas bases de dados selecionadas, efetuou-se a combinação das palavras de referências identificadas e que seriam empregadas na seleção dos documentos propriamente ditos.²⁵

No total, foram realizadas 72 combinações, envolvendo as palavras de referência “avaliação”, “cidade saudável”, “município saudável”, “comunidade saudável”

²⁴ A base de dados MEDLINE PubMed está disponibilizada para o usuário do Portal CAPES, com algumas pequenas diferenças, em três Plataformas de Dados distintas: BIREME, National Library of Medicine e OVID. A quantidade de informações disponibilizada por cada Plataforma dependerá do contrato firmado entre a mesma e a base de dados de interesse.

²⁵ A estratégia de combinação de palavras foi utilizada contando com os chamados “operadores booleanos” (E, OU e NÃO – AND, OR e NOT), disponibilizados pelos bancos de dados acessados. Além disso, contou-se ainda com os recursos específicos oferecidos por cada Banco ou Plataforma de Dados, por exemplo, o uso de aspas ou o sinal de pontuação asterisco para delimitação da busca efetuada.

e “ambiente” saudável, tanto no singular quanto no plural, nos idiomas português e inglês, além do verbo na forma infinitiva (avaliar e evaluate).²⁶

Como primeiro produto da busca realizada nas 42 bases de dados selecionadas, contando com as 72 combinações de palavras elaboradas, obteve-se 6.317 registros de documentos.

Partiu-se, então, para a leitura de todos os resumos dos documentos registrados, sendo estabelecidos os seguintes critérios para exclusão dos mesmos:

1. Ausência dos termos “cidade saudável”, “município saudável”, “comunidade saudável” e “ambiente saudável”, levando-se em conta as mesmas variações consideradas na elaboração das combinações de busca;
2. Ausência de relação com a proposta do Movimento *Cidades Saudáveis*. Neste caso, em várias ocasiões, teve-se que proceder a leitura na íntegra dos documentos selecionados;
3. Ausência de relato de experiências de implantação de projetos ou iniciativas no contexto do Movimento *Cidades Saudáveis*, com apresentação de estratégias e resultados avaliativos (vide definição de Estudo Avaliativo já citada);
4. Por fim, procedeu-se a exclusão dos registros repetidos.

O resultado final dessa etapa da pesquisa foi a seleção de 50 artigos com o relato de experiências de implantação de projetos específicos, com apresentação de estratégias e resultados avaliativos, até o ano de 2010 (APÊNDICE A).

²⁶ Precisou-se ainda fazer uso das palavras “assess”, “assessment” e “assessments” na seleção dos documentos, por se tratarem de sinônimos da palavra “evaluate”, “evaluation” e “evaluations”, respectivamente, e serem empregadas com frequência nos estudos avaliativos.

4.1.2 Organização do Material Selecionado

Uma vez selecionados os 50 artigos da tese, um banco de dados foi criado, utilizando o programa Microsoft Excel, versão 2007 (FIGURA 13).

Os componentes do banco de dados criado foram: (1) uma ficha de identificação de cada artigo (título, ano, fonte de publicação, autoria) e (2) uma ficha para coleta de dados, elaborada para esta pesquisa (APÊNDICE B).

Figura 12 – Ilustração do banco de dados construído para realizado da pesquisa

The screenshot shows a Microsoft Excel spreadsheet titled 'Banco de dados - versão final - Microsoft Excel uso não comercial'. The spreadsheet contains a table with the following data:

Título	Autor(es)	Fonte	Objetivo(s)	Envolvidos
1. Evaluating the implementation of the WHO Healthy Cities Programme across Germany (1999-2002)	Plumer, K.D.; Kennedy, L.; Trojan, A.L.F.	Health Promotion International, vol. 25, n. 3, 342-354, 2010	"to monitor progress and identify strengths and weaknesses associated with its implementation" (p.342); "and identification of lessons for health promotion policy and practice" (p.344); "The research aim was to design an appropriate research tool to survey Healthy Cities Network Coordinators (HCC) across Germany to explore their individual and collective experiences relating to the implementation of the Healthy Cities Programme (HCP) locally."	"the German Healthy Cities Network (HCN) (...) 52 to (HCC)" (p.342); "the principle researcher (K.P.) (...) the HCN Coordinator for Germany at the time" (p.345 Stender, (...) The Academy for Public Health, Düssel
2. Can a regional government's social inclusion initiative contribute to the quest for health equity?	Baum, F.; Newman, L.; Biedrzycki, K.; Patterson, J.	Health Promotion International, vol. 25, n. 4, 474-482, 2010	"Our paper examines evidence from a rapid appraisal to determine whether a social inclusion initiative is a useful aspect of government action to reduce health inequity. It describes achievements in each specific area and the ways they can be expected to affect health inequity." (p.474); "the Social Inclusion Unit (Department of the Premier and Cabinet of the Government of South Australia), the Social Exclusion Knowledge Network of the Commission on the Social Determinants of Health, and the Australian Health Inequities Program" (p.481)	"the Commission on the Social Determinants of Health Knowledge Network (SEKN)" (p.475); "one author (f (SIU) staff, (...) 10 key informants both inside and out SIU" (p.475)
3. Health impact assessment in planning: Development of the design for health HIA tools	Forsyth, A.; Slotterback, C.S.; Krizek, K.J.	Environmental Impact Assessment Review, n. 30, 42-51, 2010	"Introduzir e descrever uma série de ferramentas de avaliação de impacto na saúde (HIA) desenvolvidas para a prática de planejamento; examinar ferramentas disponíveis; desenvolver e testar novas e mais claras ferramentas."	19 cidades e municípios de Minnesota; um time (auto as cidades e municípios; um doutorando em planejar assistentes de pesquisa; uma fundação de assistên da saúde, oficiais eleitos e comunidades parceiras.
4. Emergy-based urban ecosystem health evaluation of the Yangtze River Delta urban cluster in China	Su, Meirong	Procedia Environmental Sciences, n.2, 689-695, 2010	"to measure and describe the urban ecosystem health status in terms of energy and materials metabolism, when combining with the classical urban ecosystem health factors (...) to identify regulatory directions for the improvement of the health status of those cities with relatively poor ecosystem health" (p.689); "The main intent of this paper is to help formulate a biophysical framework to assess the urban ecosystem health using emergy indicators." (p.694)	"Six cities in the Yangtze River Delta urban cluster in Suzhou, Wuxi, Changzhou, Nanjing and Hangzhou),

Fonte: Desenho copiado do computador utilizado pelo autor na pesquisa

4.1.3 Categorias para Coleta das Informações e Análise dos Dados

Tendo em vista os objetivos definidos para a pesquisa, procedeu-se à coleta das seguintes informações, referentes às práticas avaliativas no contexto do Movimento *Cidades Saudáveis*, na referida ficha de coleta de dados (APÊNDICE B), disponibilizada em um formulário eletrônico.

1. Objetivo da prática avaliativa

Propósito expresso, de maneira clara e precisa, a curto, médio e longo prazos, que se pretende atingir com a implantação da prática avaliativa.

Parafraseando Danna & Matos (1999), um relato é considerado claro e preciso quando usa termos com significados bem definidos e compartilhados com sua audiência; possui uma estrutura gramatical correta e coerente com a mensagem transmitida e com o idioma usado; e sinaliza abertamente quais as propriedades definidoras dos termos, fornecendo as referências necessárias para sua compreensão.

2. Contexto de ocorrência da prática avaliativa

Foram registrados todos os contextos – econômicos, políticos, sociais, culturais ... – relatados pelo(s) autor(es) do(s) texto (s), relacionado à prática avaliativa realizada.

3. Objeto da avaliação

Prática, projeto, programa, política, recurso, material utilizado no desenvolvimento da avaliação no contexto do Movimento Internacional *Cidades Saudáveis*.

4. Atores envolvidos com a prática avaliativa

Público-alvo – pessoa, comunidade ou organização à qual se destina a intervenção ou a informação específica produzida. Além de objeto da intervenção, pode ainda ser o sujeito responsável pela intervenção e pelas informações produzidas.

Cliente – pessoa, comunidade ou organização responsável pela contratação da intervenção. Pode se diferenciar ou coincidir com a população-alvo do projeto ou intervenção.

Responsável – pessoa, comunidade ou organização diretamente envolvida na realização da prática avaliativa (formulação, implementação, monitoramento e avaliação da mesma).

Parceiro – pessoa, comunidade ou organização co-responsável pelo desenvolvimento do projeto ou intervenção (no caso, a prática avaliativa).

5. Componentes da prática avaliativa

Conforme definição já citada de Knowlton & Phillips (2009), baseado no recurso do Modelo Lógico para o planejamento e a avaliação de práticas e intervenções em diferentes contextos, os componentes da prática avaliativa são:

- Insumos – recursos financeiros, humanos, materiais e organizacionais relacionados à prática avaliativa;
- Atividades – relações estabelecidas entre os responsáveis pelas práticas avaliativas, utilizando os recursos disponíveis;
- Produtos – resultados diretos gerados pelas atividades realizadas, sem menção aos efeitos sobre a população-alvo envolvida;
- Resultados - incluem os efeitos (imediatos e intermediários) das conseqüências das práticas avaliativas sobre a população-alvo envolvida;
- Impacto ou Resultado Final – refere-se aos efeitos acumulados das conseqüências de várias práticas avaliativas e intervenções realizadas.

Ainda como componentes das práticas avaliativas, foram incluídos os desenhos e as estratégias empregadas, e as medidas e indicadores elaborados, quando relatado pelo autor do artigo.²⁷

²⁷ Buscou-se registrar os componentes das práticas avaliativas relatadas *Ipsis Litteris*, sempre que possível. Nestes casos, o uso de aspas foi empregado, bem como a página de referência do registro feito.

6. Conforme já discutido neste texto, os valores norteadores da avaliação e do debate ético em questão foram registrados, considerando (a) os valores primários – bens pessoais, bens dos outros e bens das culturas, e (b) valores instrumentais, conforme descrito pela teoria da Análise do Comportamento.

4.1.4 Tratamento e interpretação dos dados elaborados

Para cada prática avaliativa considerada nos estudos selecionados para esta meta-avaliação, aplicou-se a última versão dos parâmetros e diretrizes elaborados pelo JCSEE (2011), bem como os valores primários e instrumentais, conforme a descrição e a definição já mencionada neste texto.

Para todos os critérios do Joint Committee foram atribuídas notas no valor de 1 a 10, sendo, posteriormente, empregada a valoração dos escores propostos por Stufflebeam (1999), seguindo o modelo adotado por Figueiró et. al. (2010) e Hartz et. al. (2008), também em estudos documentais.

Visando facilitar a entrada das informações, a análise e a compilação dos dados elaborados, foi desenvolvido um aplicativo específico para a pesquisa, utilizando o programa Visual Basic, versão 2010 (ANTINOSSI, 2010).

Após a conclusão da coleta de informações, o pesquisador clicava em uma “aba” disponível no próprio banco de dados, com o título “Abrir Formulários de Preenchimento”, gerando outro formulário eletrônico. Nesse novo formulário gerado, era disponibilizada a lista de todos os artigos selecionados para a pesquisa, devendo o pesquisador escolher o artigo que seria avaliado. Realizada a escolha, com um clique no artigo grifado em azul, um novo formulário eletrônico surgia, com todas as informações coletadas já compiladas. O próximo passo era clicar na aba - “Avaliar Artigo”, sendo imediatamente gerado um novo formulário, com a exibição dos parâmetros e diretrizes do JCSEE (2011), para a avaliação do estudo avaliativo em questão. O preenchimento deste último formulário eletrônico alimentava automaticamente uma tabela dinâmica, criada no próprio banco de dados da pesquisa, contando com o preenchimento de cores, de acordo com os critérios estabelecidos por Stufflebeam. Assim, para o intervalo de pontuações entre 1 e 5, havia o preenchimento

gradual de cores do vermelho para o amarelo e, entre 5 e 10, do amarelo para o verde (APÊNDICE C).

Os cinco parâmetros de qualidade adotados (utilidade, viabilidade, propriedade, precisão e responsabilidade) foram interpretados, considerando o valor das médias dos critérios correspondentes, pontuados de 0 a 10 e classificados segundo os intervalos descritos no Quadro 2.

Quadro 2 – Pontuação e classificação atribuída aos parâmetros e critérios, segundo escores propostos por Stufflebeam (1999)

Pontuação atribuída	Classificação
9,0 – 10,0	Excelente
7,0 – 8,9	Muito Bom
5,0 – 6,9	Bom
3,0 – 4,9	Fraco
< 3,0	Pobre ou crítico

Fonte: Adaptado de HARTZ ET. AL., 2008, p. 52

A única diretriz não usada na coleta das informações foi a U1 – Evaluator Credibility, pela dificuldade na definição da qualificação das pessoas responsáveis pela prática avaliativa em questão. Os critérios que não puderam ser pontuados pela insuficiência de informações disponibilizadas nos artigos foram excluídos das médias dos parâmetros.

Foi realizado, ainda, o tratamento estatístico dos dados obtidos, com a elaboração das médias, das medianas, desvios padrões e coeficientes de variância (CV), uma medida de dispersão relativa, útil para a comparação de dados que apresentam médias e desvios padrões tão distintos. O seu cálculo é realizado pela divisão do valor obtido pelo desvio padrão pela sua média correspondente, multiplicado por 100.

Para a análise dos valores primários e instrumentais descritos nos estudos avaliativos, tendo como referência a teoria da Análise do Comportamento, foram consideradas as informações descritas e registradas nas práticas avaliativas desenvolvidas, os produtos gerados e, principalmente, os efeitos das consequências de implantação dessas práticas para os diversos atores envolvidos.

5.RESULTADOS

Os estudos avaliativos selecionados para a pesquisa meta-avaliativa estiveram circunscritos ao período de 1989 a 2010, conforme ilustrado no Gráfico 1. Vale ressaltar, inicialmente, a quantidade significativa de artigos encontrados, entre 2006 e 2010, com destaque especial para 2009, ano em que o periódico *Health Promotion International* publicou um suplemento especial sobre a prática avaliativa no contexto do Movimento Internacional *Cidades Saudáveis*.

O periódico *Health Promotion International* se destaca entre as 22 fontes identificadas, não somente pelo ano de 2009, mas pela concentração de 50% dos estudos avaliativos identificados para esta pesquisa (GRÁFICO 2).

Um último ponto a ser comentado quanto à seleção das fontes e do material de consulta da pesquisa, diz respeito ao predomínio de periódicos relacionados à área da saúde. Das fontes fornecedoras de artigos para esta tese, 68% estão relacionados à área da saúde.

Gráfico 1 – Número de estudos avaliativos selecionados para a pesquisa por ano de publicação, no período de 1989 a 2010

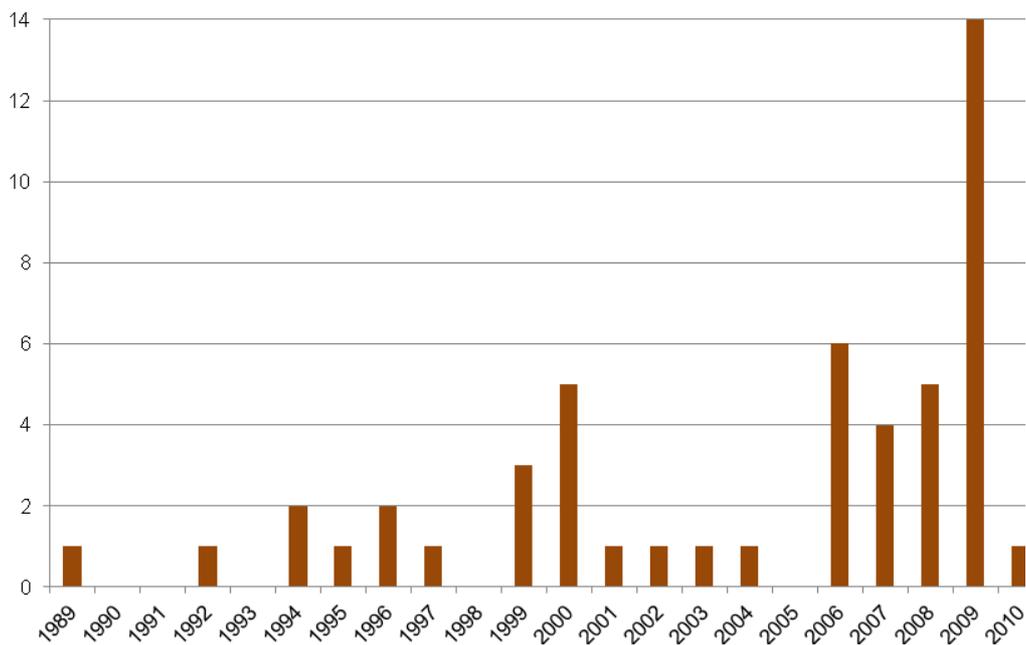
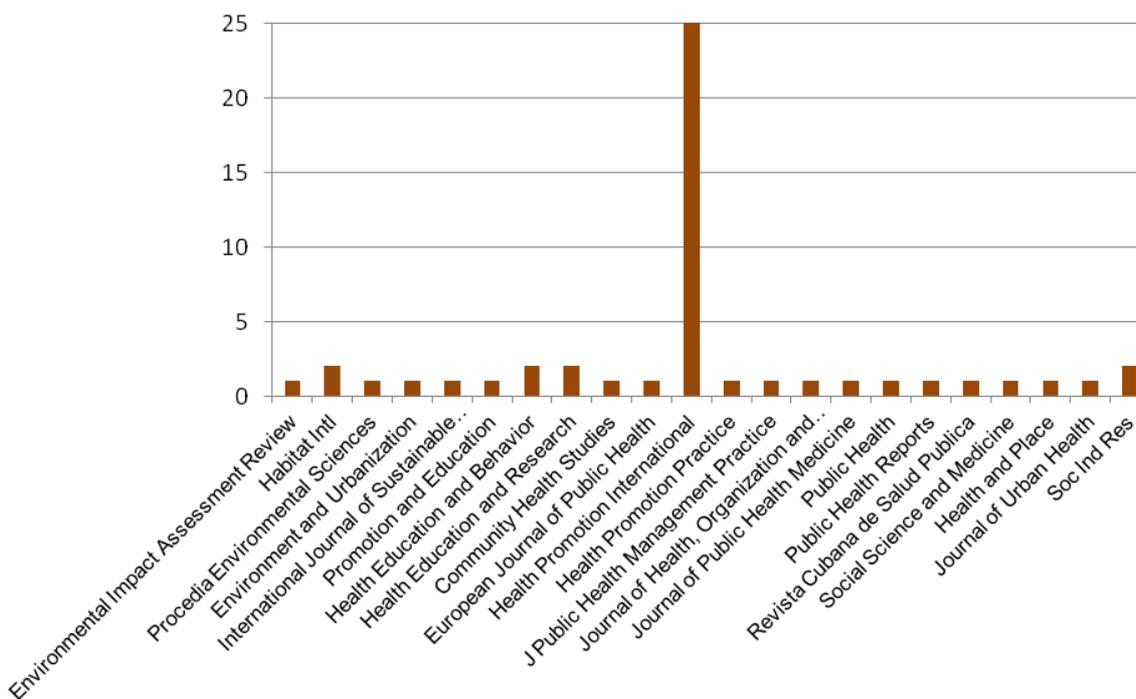


Gráfico 2 – Periódicos com estudos avaliativos selecionados para a pesquisa



5.1 Quanto à aplicação dos parâmetros e diretrizes do JCSEE (2011)

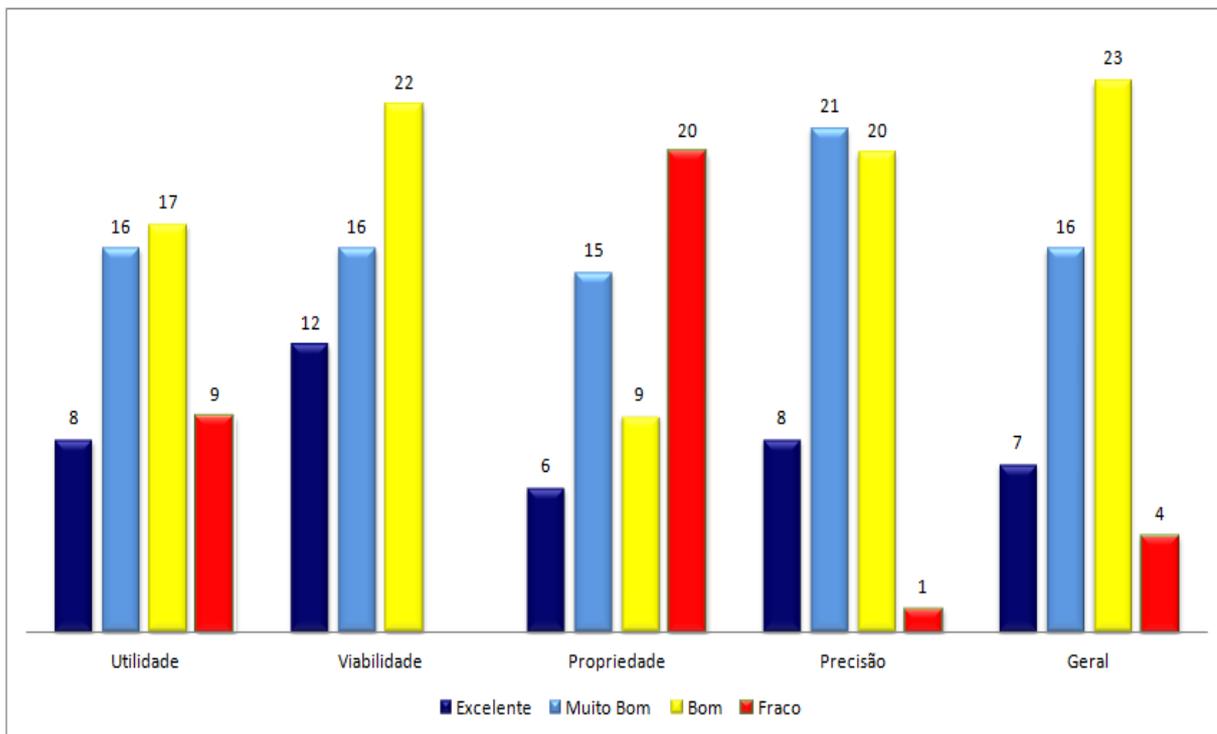
Tendo como base a valoração dos escores propostos por Stufflebeam (1999), os estudos avaliativos foram classificados obtendo-se os seguintes resultados.

Conforme se pode constatar no Gráfico 3, na média geral, a maioria dos estudos avaliativos tiveram uma satisfatória valoração, sendo 7 estudos avaliados como “ótimos”, 16 como muito “bons”, 23 como “bons” e somente 4 como “fracos”. Não houve o registro de artigos com relatos de práticas avaliativas classificadas como “pobre ou crítica”.

O parâmetro *Viabilidade* foi o que apresentou melhores avaliações, havendo 22 estudos classificados como “bons”, 16 como muito “bons” e 12 como “excelentes”. Esse foi o único parâmetro em que não foi registrado nenhum estudo avaliativo na categoria “fraco”.

Em contrapartida, o parâmetro *Propriedade* foi o que evidenciou o maior número de estudos avaliativos classificados como “fracos” e o menor número de artigos avaliados como “excelentes”.

Gráfico 3 – Número de artigos classificados por parâmetros do JCSEE (2011) e no geral, de acordo com os critérios estabelecidos por Stufflebeam (1999)



O parâmetro *Precisão* foi o que anotou o número mais baixo de estudos classificados como “fracos”, somente um registro, diferentemente do parâmetro *Utilidade* que reuniu, proporcionalmente, as maiores taxas referentes a essa classificação (18%).

Ainda fazendo menção ao parâmetro *Precisão*, esse assinalou a maior concentração de estudos classificados como “excelentes” e “muito bons”, um pouco à frente do parâmetro *Viabilidade*, 58% contra 56% desse último.

Os artigos que obtiveram as melhores avaliações, classificados como “excelentes”, na média geral, foram os estudos avaliativos de número 16, 22, 34, 35, 36, 42 e 43. Quatro artigos tiveram as suas práticas avaliativas pontuadas e classificadas como “fracas” – artigos 11, 12, 25 e 27 (cf. APÊNDICE A).

Como se pode atentar no Gráfico 4, a presença de avaliações classificadas como “fracas” nos estudos avaliativos, não necessariamente, sugere que o mesmo terá uma nota final considerada também “fraca”. Vários estudos avaliativos, como os de números 1, 2, 10, 21, 24, 26, 28, 29, 37, 38, 41, 44, 45, 46 e 50, apesar de contarem com, pelo menos, uma pontuação baixa nos parâmetros avaliados, conseguiram

equilibrar a média das pontuações, garantindo a classificação de uma “boa” prática avaliativa.

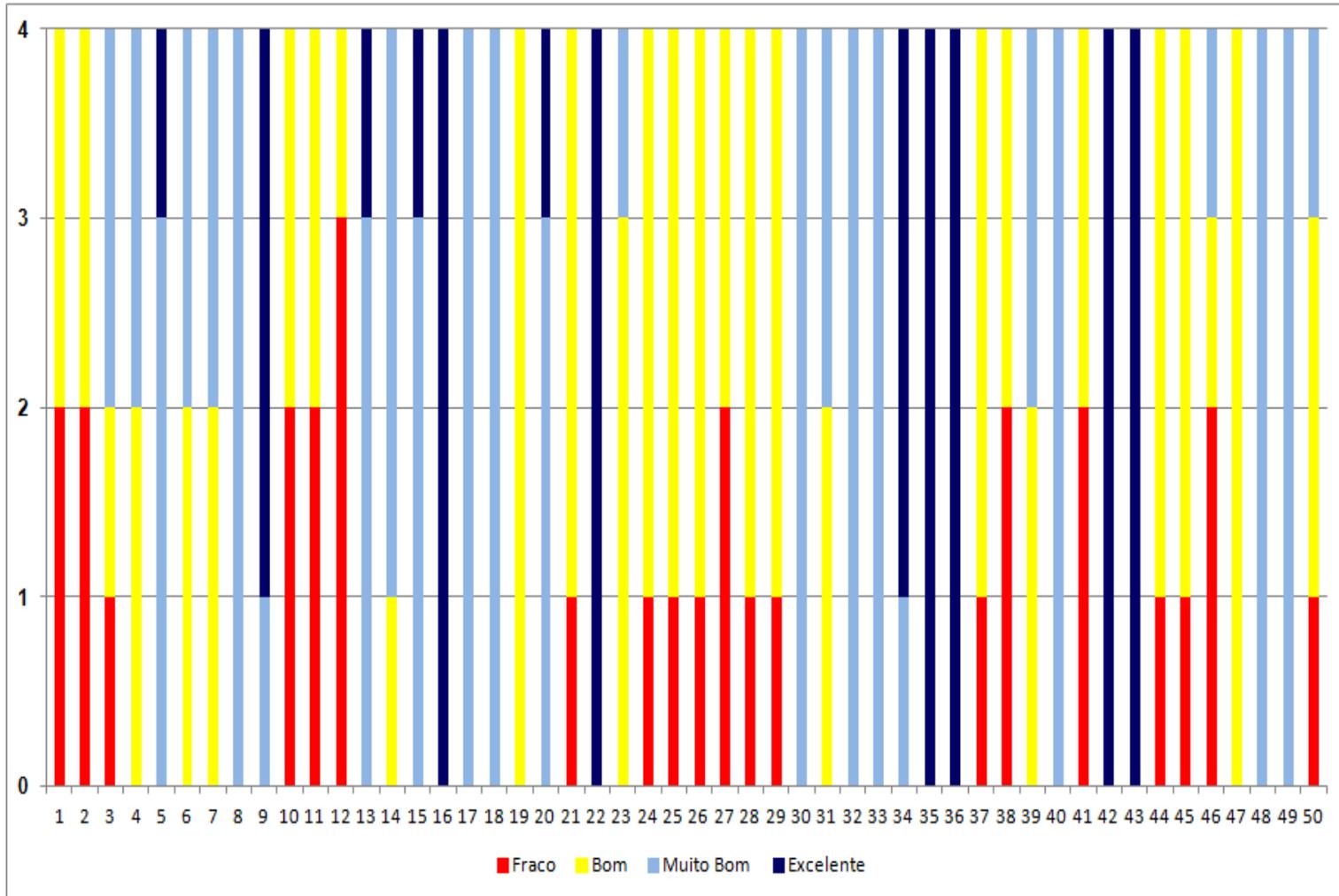
O artigo de número 46, por exemplo, mesmo tendo assinalado duas classificações ruins nos parâmetros *Utilidade* e *Propriedade*, recuperou-se com duas boas avaliações, nos parâmetros *Viabilidade* e *Precisão*, qualificados como “bom” e “muito bom”, respectivamente.

Também vale mencionar o caso do artigo 34 que, tendo recebido três classificações “excelente”, referentes aos parâmetros *Utilidade*, *Viabilidade* e *Precisão*, bem como uma classificação “muito bom”, alcançou uma pontuação elevada, sendo reconhecido, ao final, como um estudo avaliativo “excelente”.

Somente seis estudos avaliativos tiveram todos os parâmetros classificados como “excelente”, artigos 16, 22, 35, 36, 42 e 43 e, em nenhum artigo a classificação “fraco” esteve presente nos quatro critérios elaborados pelo JCSEE (2011). Os artigos 8, 17, 18, 32, 33, 40, 48 e 49 também foram muito bem avaliados, sendo a classificação “muito bom” atribuída a todos os parâmetros.

Em todas as ocasiões que o parâmetro *Utilidade* recebeu a classificação “fraco”, foi registrada também a mesma classificação para o parâmetro *Propriedade*. No entanto, o mesmo não foi constatado quando o critério *Propriedade* esteve no centro da análise. Por vezes, uma pontuação baixa fora atribuída isoladamente a esse parâmetro de qualidade, ou, ainda, combinado à *Precisão*, em uma única ocorrência, no artigo 12.

Gráfico 4 – Número de classificações “excelente”, “muito bom”, “bom” e “fraco” por artigo, atribuídas aos parâmetros de qualidade do JCSEE (2011)



Ainda a respeito do critério de *Utilidade*, independentemente das classificações obtidas com os critérios estabelecidos por Stufflebeam, em 1999, como pode-se perceber no Gráfico 5, alguns artigos assinalaram medidas de dispersão acima de 30% nas notas atribuídas a esse parâmetro – artigos de números 1, 2, 10, 11, 12, 21, 24, 25, 27, 28, 38, 41, 44, 46 e 50.

Outros exibiram taxas de dispersão entre 15% e 30%, artigos de números 4, 5, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 39, 40, 42, 43, 48 e 49, ou, ainda, menores que 15% (estudos avaliativos 4, 5, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 40, 42, 43, 48, 49), sinalizando para uma homogeneidade e estabilidade um pouco maior das avaliações realizadas nesse parâmetro. No total dos registros realizados acerca do parâmetro *Utilidade*, vinte e seis estudos avaliativos atestaram medidas de variabilidade abaixo de 15%; oito, entre 15% e 30% e, 16, acima de 30%, sendo 62% a maior taxa de variância relativa registrada.

É interessante notar que todos artigos classificados como “fracos” no parâmetro *Utilidade*, mostraram medidas de dispersão ou variabilidade acima de 30%. Na medida oposta, todos os estudos relatados que receberam a avaliação “excelente” tiveram a medida do coeficiente de variância relativa abaixo de 15%.

No tocante ao parâmetro *Viabilidade*, dezenove estudos avaliativos apontaram medidas de variância relativa abaixo de 30%; vinte, entre 15% e 30% e, onze extrapolaram a taxa de 30%, sendo 67% a maior taxa assinalada, conforme exposto no Gráfico 6. Os artigos com melhores taxas de variância relativa foram os de número 5, 9, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 40, 42 e 43.

No parâmetro *Viabilidade*, todos os estudos julgados “excelentes” e alguns da categoria “muito bom” registraram medidas de variância relativa abaixo de 15%. O restante dos estudos qualificados como “muito bons”, bem como todos os outros que figuraram na classificação “bom”, indicaram medidas de variabilidade entre 15% e 30%, ou acima dessa última taxa.

Gráfico 5 – Medidas de localização e dispersão relacionadas ao parâmetro Utilidade

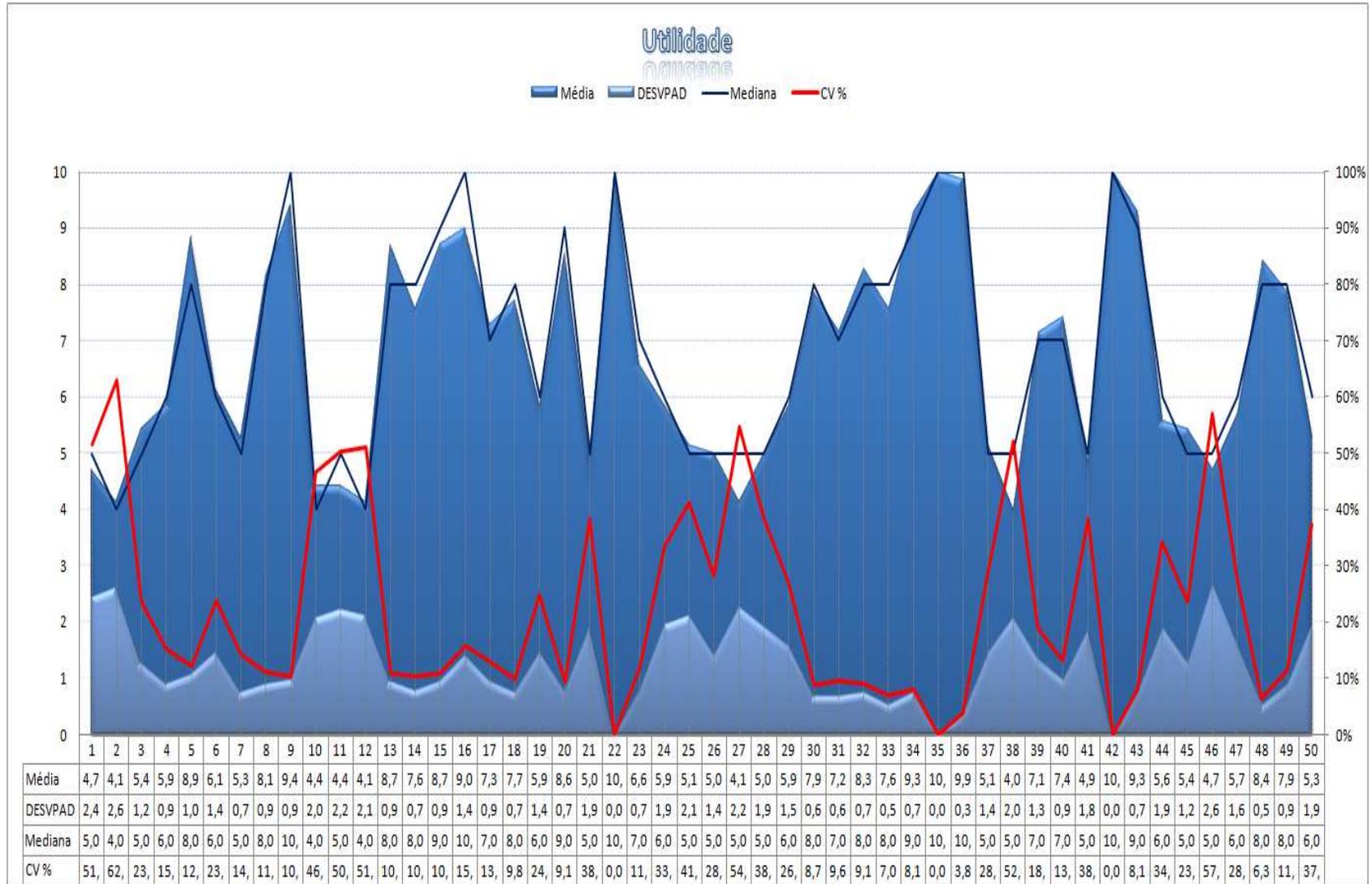
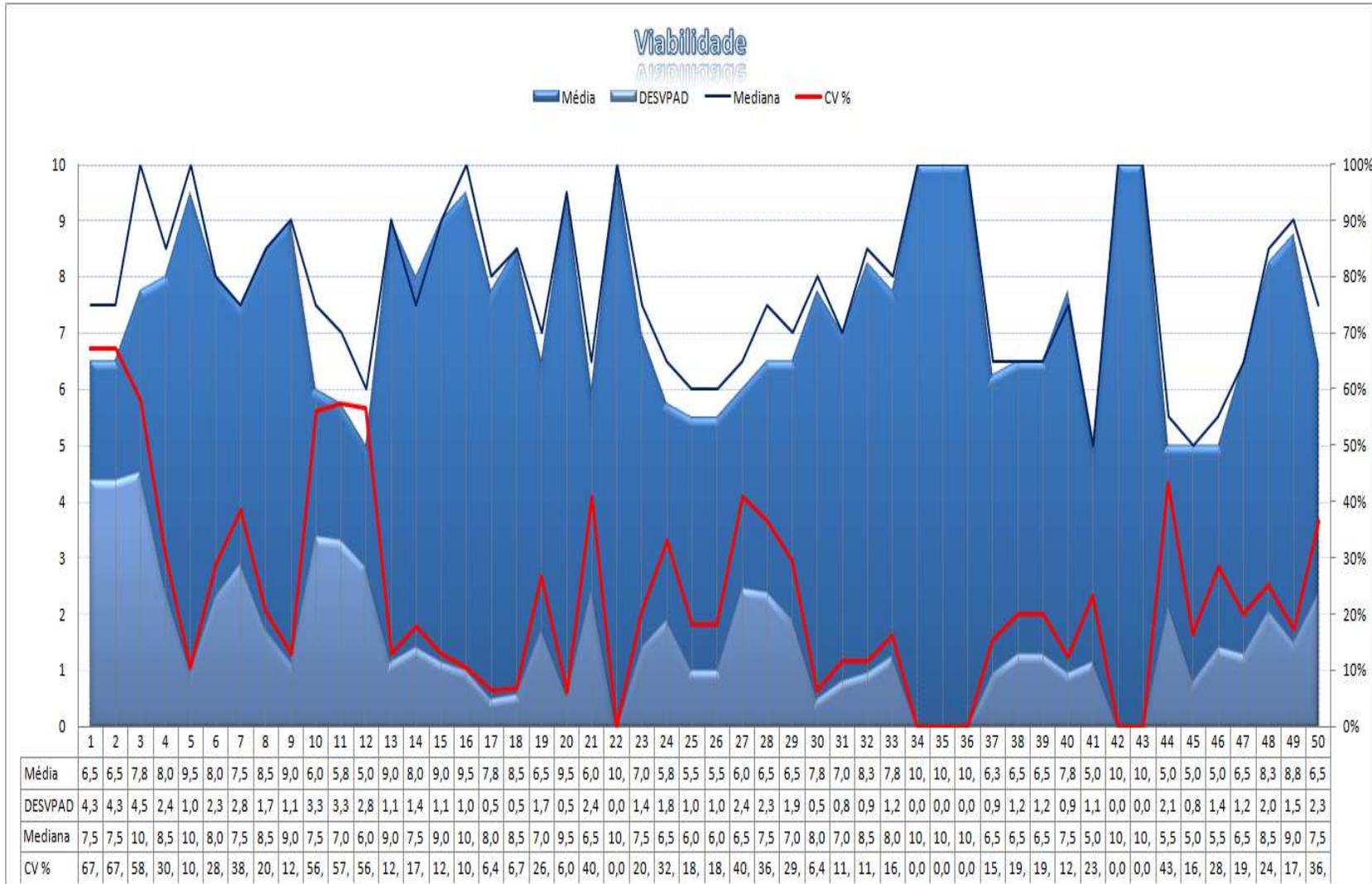


Gráfico 6 – Medidas de localização e dispersão relacionadas ao parâmetro Viabilidade



As taxas encontradas no parâmetro *Propriedade* foram as que apresentaram maior medida de instabilidade. Na prática, isso significa que as diretrizes constituintes desse parâmetro foram as que assinalaram mais discrepâncias entre as pontuações estabelecidas, para cada artigo. Assim sendo, nos estudos avaliativos de número 1, 2, 3, 4, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 38, 41, 44, 45, 46 e 50 foram atribuídas notas muito diferentes entre as diretrizes de um mesmo parâmetro, conforme ilustrado no Gráfico 7.

Lembrando que o parâmetro *Propriedade* foi o que exibiu o maior número de relatos de práticas avaliativas classificados como “fracos” e o menor número de classificações “excelente”, vale destacar que praticamente todos os estudos relacionados à categoria “fraco” evidenciaram medidas de variância relativa acima de 30%. A maior taxa de variância relativa registrada foi de 83%, relacionada ao estudo avaliativo de número 27.

Novamente, assim como foi demonstrado para os parâmetros anteriores, a maioria dos artigos, que recebeu a classificação “excelente”, teve medidas de variabilidade abaixo de 15%.

Diferentemente das taxas mostradas no parâmetro *Propriedade*, o critério da Precisão foi o que assinalou o maior número de estudos avaliativos com medidas de variância relativa abaixo de 15%, como pode ser visto no Gráfico 8. Ao todo, quarenta e três artigos apresentaram medidas de julgamento estáveis, abaixo de 15%; outros cinco estudos, os de número 3, 4, 6, 12 e 28, tiveram suas medidas situadas entre 15% e 30% e somente dois, os artigos 1 e 2, passaram da taxa de 30%, não extrapolando os 35% de variabilidade.

Vale assinalar que esses dois artigos, mesmo apresentando taxas de variância relativa acima de 30%, tiveram as suas médias finais classificadas como “boas”, segundo os já citados critérios elaborados por Stufflebeam, em 1999. Algo similar aconteceu com os estudos 3, 4, 6, com taxa de variância relativa entre 15% e 30%, avaliados como “muito bons” e, ainda, com o artigo de número 28 que, tendo apontado o mesmo intervalo de variância relativa citado, foi classificado como “bom”.

Gráfico 7 – Medidas de localização e dispersão relacionadas ao parâmetro Propriedade

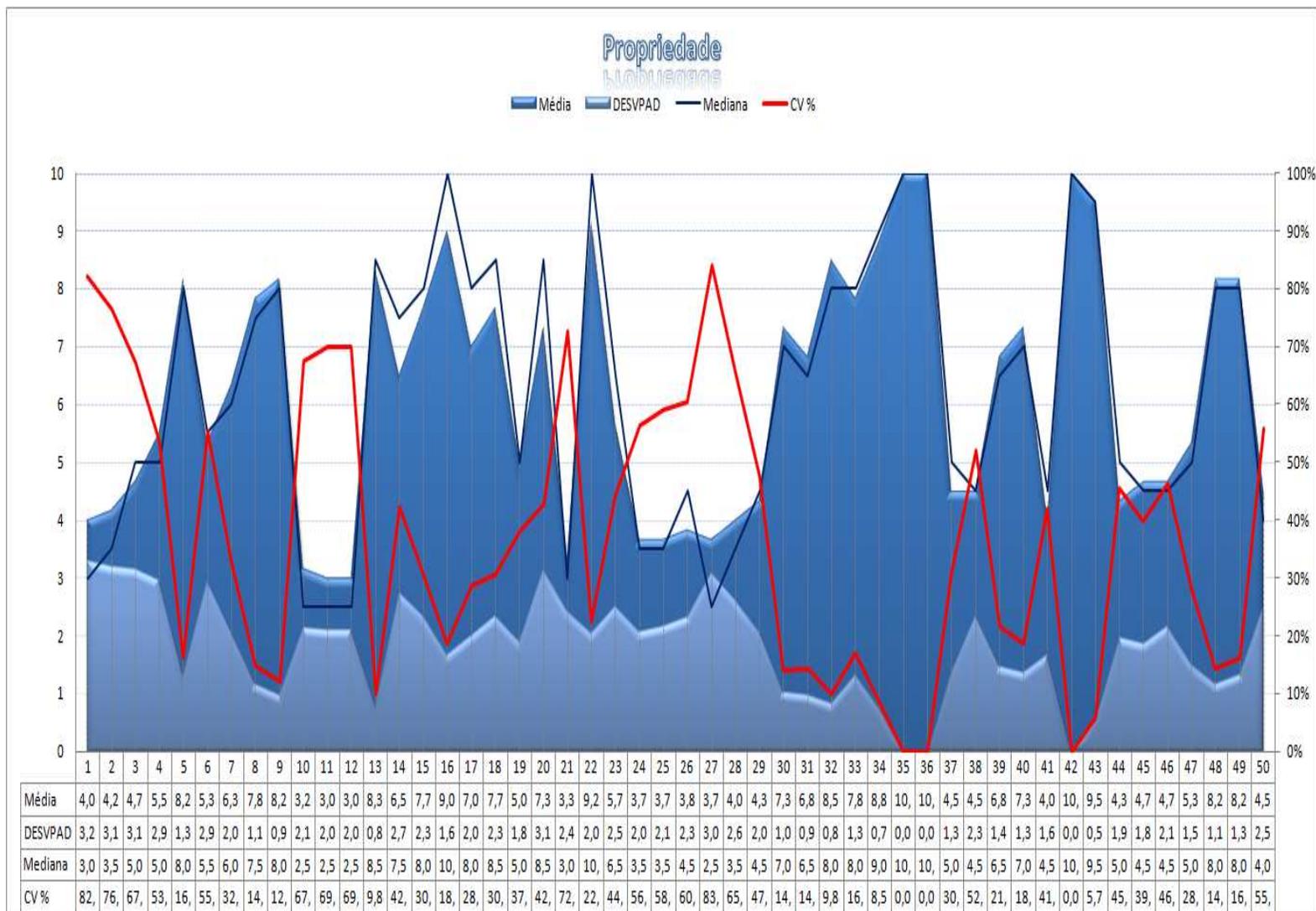
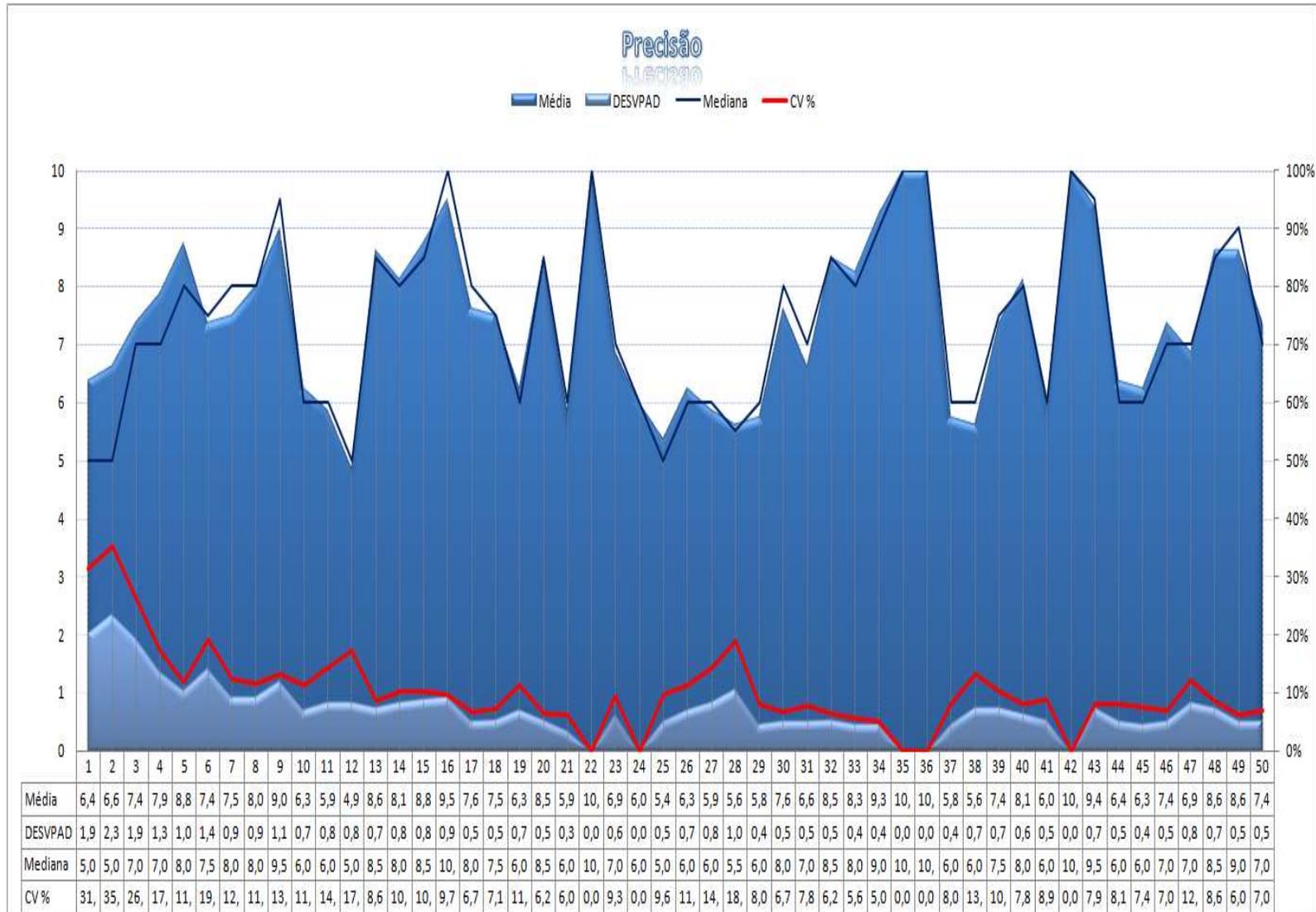


Gráfico 8 – Medidas de localização e dispersão relacionadas ao parâmetro Precisão



Para o parâmetro *Responsabilidade*, foram calculadas as mesmas medidas de localização e dispersão dos outros parâmetros (mediana, média, desvio padrão e coeficiente de variância relativa), porém a classificação desse parâmetro não foi estabelecida, devido ao fato de que as diretrizes E2 e E3 apresentarem pontuações, somente em quatro e três estudos, respectivamente.

A primeira diretriz aponta para o uso, pelos avaliadores ou responsáveis pela prática avaliativa, dos parâmetros e diretrizes do JCSEE ou de outros padrões para avaliar a responsabilidade fiscal ou prestação de contas, enquanto a segunda indica para a importância de realização de meta-avaliações externas, desenvolvidas por clientes e por outras pessoas envolvidas com a avaliação, tendo como referência os parâmetros do JCSSE ou outros padrões, conforme já mencionado.

Os artigos de número 5 e 9, uma avaliação do capital social de determinadas comunidades iranianas e uma prática avaliativa no cenário de uma iniciativa de incentivo à participação e o empoderamento de uma comunidade, respectivamente, obtiveram a pontuação oito em cada uma das diretrizes mencionadas.

O estudo avaliativo 22, que faz referência à aplicação do projeto Municípios Saudáveis no nordeste do Brasil e sua contribuição para o fortalecimento do capital social junto à população local, apresentou a pontuação 7, em ambas as diretrizes de *Responsabilidade* E2 e E3. A avaliação relatada no artigo 42, relativa a dois projetos situados em Bangladesh, apresentou a nota 8 apenas para a diretriz E2.

Vale destacar também que somente o artigo 34, o relato de uma primeira avaliação de projetos e iniciativas, baseadas na estratégia Cidades Saudáveis, em países em desenvolvimento, foi pontuado na diretriz de *Propriedade*, P7-Responsabilidade Fiscal, tendo obtido a nota 9.

Provavelmente, informações concernentes à prestação de contas fiscais, nas três diretrizes citadas (P7, E2 e E3), não foram amplamente relatadas nos estudos avaliativos considerados nesta pesquisa, por se tratarem de artigos científicos e não, por exemplo, de relatórios técnicos endereçados às agências financiadoras de projetos.

Quanto às medidas de localização e dispersão relacionadas às diretrizes de qualidade elaboradas pelo JCSEE (2011), de acordo com os dados elaborados e os tratamentos estatísticos realizados, conforme ilustrado na Tabela 1, as que

apresentaram as maiores taxas, acima de 30% foram: U3 – Propósitos Negociados; U5 – Informação relevante; U6 – Processos e produtos significativos; F3 – Viabilidade Contextual; P1 – Orientação ágil, responsiva e inclusiva; P2 – Acordos Formais; P4 – Clareza e Justiça e; P6 – Conflitos de Interesses.

No intervalo compreendido entre 20% e 30% de coeficiente de variância relativa, pode-se ressaltar os valores referentes às diretrizes: U7 – Comunicação e relatório oportunos e adequados; U8 – Preocupação com as consequências e a influência; F4 – Usos dos recursos; P5 – Transparência e Divulgação; A1 – Conclusões e Decisões Justificadas; A2 – Informações válidas; A3 – Informações Confiáveis; A4 – Programa Explícito e Descrições do Contexto; A6 - Emprego de desenhos e análises tecnicamente apropriadas; A7 – Racionalidade explícita da Avaliação; A8 – Comunicação e divulgação e; E1 – Documentação e registro das práticas avaliativas, seus processos, produtos e resultados.

As diretrizes que exibiram as medidas de variância abaixo de 20% foram: U4 – Valores explícitos; F1 – Gerenciamento do Projeto; F2 – Procedimentos práticos; P3 – Direitos Humanos e Respeito; e, finalmente, A5 – Gerenciamento da Informação.

Para finalizar, é importante aludir que em nenhum dos artigos e estudos avaliativos pesquisados, bem como nos parâmetros e diretrizes de avaliação considerados, houve diferença significativa entre as médias e as medianas dos valores obtidos.

O cálculo da medida de dispersão relativa (coeficiente de variância) mostrou ser uma opção interessante para a comparação de dados quantitativos, com a distribuição de médias e desvios padrões tão distintos, contando com a presença de tantas categorias e subcategorias.

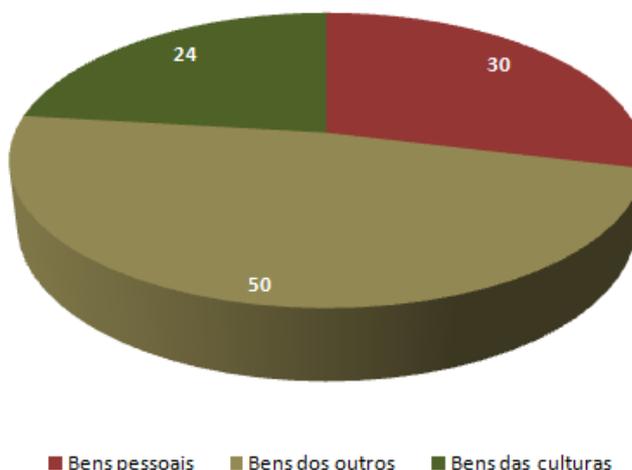
TABELA 1 - Medidas de localização e dispersão relacionadas às diretrizes de qualidade elaboradas pelo JCSEE (2011)

MEDIDAS	UTILIDADE							VIABILIDADE				PROPRIEDADE						PRECISÃO								RESPONSABILIDADE
	U2	U3	U4	U5	U6	U7	U8	F1	F2	F3	F4	P1	P2	P3	P4	P5	P6	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	E1
DESVPAD	2	3,1	1,5	2,2	2,4	1,6	1,7	1,5	1,4	2,8	1,8	2,4	3,1	1,5	2,5	1,8	3	1,6	1,8	1,6	1,7	1,4	1,5	1,6	1,5	1,8
Média	7	5	8	6,6	6,2	7,3	7,1	8,5	8,5	5,6	7,1	7	5,3	8,5	6	7,2	4	7,4	7	8	7	7,4	7,5	7,9	7,4	7,2
CV%	29%	62%	18%	34%	39%	23%	23%	18%	17%	50%	25%	38%	59%	18%	42%	25%	75%	22%	26%	20%	24%	19%	20%	20%	20%	27%
Mediana	7	5	8	6	6	7	7	8	8,5	5	7	6,39	6	8,75	5	7	3	7	7	8	7	7,71	7	8	7	6

5.2 Quanto aos valores primários e instrumentais, tendo como referência a teoria da Análise do Comportamento

Em todos os estudos avaliativos pesquisados, a categoria “bens dos outros” esteve presente, tendo sido ainda registradas as ocorrências dos “bens pessoais” e dos “bens das culturas” (bens dos outros no futuro), em 30 e 24 artigos, respectivamente, conforme ilustrado no Gráfico 8.

Gráfico 9 – Número de estudos avaliativos com a ocorrência de valores primários



Como pode ser notado no Gráfico 9, a categoria “bens dos outros” fez-se presente nos estudos avaliativos, seja como categoria isolada, em dez artigos, ou combinada às demais outras categorias: “bens pessoais e bens dos outros”, em dezesseis artigos, “bens dos outros e “bens das culturas”, em dez artigos também; e “bens pessoais, bens dos outros e bens das culturas”, em quatorze estudos.

Além dos valores primários, foram descritos ainda vinte e nove valores instrumentais, notando-se o predomínio das categorias *intersectorialidade* e *participação*, com trinta e vinte e nove artigos, respectivamente. Colaboração, sustentabilidade, cooperação e equidade foram outras categorias que se destacaram nos registros, como pode ser constatado no Gráfico 10.

Gráfico 10 – Número de estudos avaliativos com a presença das categorias “valores primários”, isoladas ou combinadas

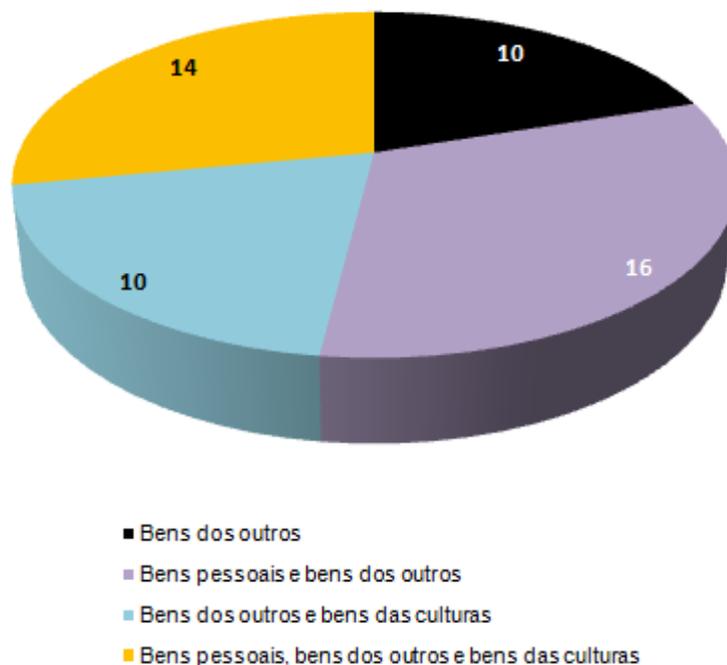
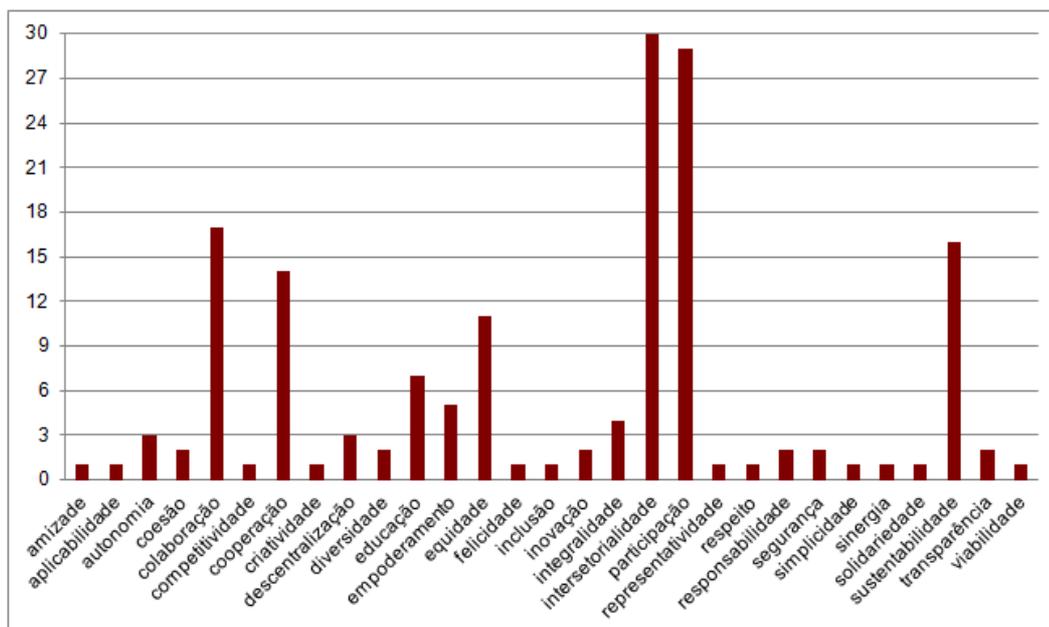


Gráfico 11 – Número de estudos avaliativos por categorias de valores instrumentais identificadas



6. DISCUSSÃO

Conforme constatado pelos dados produzidos por esta pesquisa, na média geral, a qualidade da maioria das práticas avaliativas desenvolvidas foi avaliada como “boa” ou “muito boa”. No contexto da meta-avaliação realizada, os parâmetros que mais destacaram foram o da *Precisão*, seguido de perto pelo da *Viabilidade*. O critério *Propriedade* foi o que apresentou o maior número de estudos avaliativos classificados como “fracos”, bem como as maiores taxas referentes à medida de dispersão relativa. Proporcionalmente aos números totais de registros encontrados em cada parâmetro, o critério *Utilidade* também assinalou taxas consideráveis de estudos classificados como “fracos”, contando com a segunda pior média de classificações das diretrizes e de medida de dispersão relativa, além de três diretrizes, das sete avaliadas, apontadas como críticas. O que esses dados poderiam sugerir e quais as novas interpretações acerca dos mesmos?

Talvez, as práticas avaliativas realizadas tenham adquirido como característica uma maior precisão no relato das informações e dados produzidos, assim como justificativas mais fundamentadas para as intervenções, sendo conferidas às mesmas uma maior validade interna e científica, devido à quantidade de recursos sendo elaborados e disponibilizados por associações, organizações ou agências; à ampliação e constituição de novas redes de *Cidades Saudáveis* em diversos países e, conseqüentemente, de maior troca de experiências entre planejadores, executores e avaliadores de estratégias similares de promoção da saúde; e ao incentivo constante à implantação de avaliações das iniciativas e dos projetos.

Aqui, vale mencionar a audiência a quem se dirige as práticas avaliativas registradas nesta pesquisa, bem como ao corpo editorial dos periódicos científicos e seus rigorosos critérios de aprovação dos artigos submetidos. Provavelmente, materiais técnicos endereçados a outros públicos e vinculados a outras fontes de divulgação apresentarão informações e linguagens distintas das relatadas nesta pesquisa, na qual ficou evidente a carência de informações fiscais e de prestação de contas nos estudos avaliativos selecionados.

Mesmo considerando a especificidade do trabalho documental com base em artigos científicos, alguns pontos não deixam de suscitar reflexões interessantes acerca da prática avaliativa no contexto do Movimento Internacional *Cidades Saudáveis*.

Como já apresentado neste trabalho, a estratégia *Cidades Saudáveis*, desde o seu surgimento em meados da década de 1980, vem-se constituindo como uma alternativa efetiva e viável para a implantação dos princípios da Promoção da Saúde e para a melhoria das condições de vida das pessoas e das coletividades (HANCOCK & DUHL, 1988; AKERMAN ET. AL., 2002; AKERMAN, MENDES & BÓGUS, 2004; WESTPHAL, 1997).

Para tanto, definiu-se um conjunto de princípios e valores norteadores dos discursos e das práticas referentes à essa estratégia de promoção da saúde, bem como foram elaborados diversos recursos e procedimentos para auxiliar o planejamento, o monitoramento e a avaliação das iniciativas desenvolvidas (ASHTON, 1992; CURTICE, SPRINGETT & KENNEDY, 2001).

Na ocasião do I Simpósio sobre *Cidades Saudáveis*, realizado em Lisboa, Portugal, após a definição do foco da iniciativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a promoção da saúde na direção da estratégia *Cidades Saudáveis*, as onze cidades participantes do Simpósio se comprometeram a realizar sete tarefas específicas, dentre as quais, gostaríamos de citar as duas últimas, neste momento.

Tais tarefas dizem respeito, não na ordem agora aqui exposta, a dois importantes desafios na implantação da estratégia *Cidades Saudáveis*. O primeiro contemplaria a adesão, o monitoramento e a avaliação de intervenções específicas, visando à melhoria da qualidade de vida das pessoas e das coletividades. Já o segundo apontava para a necessidade de debater e dialogar abertamente com os atores sociais as condições de saúde e qualidade de vida nas cidades e nas comunidades (ASHTON, 1992).

Quanto ao primeiro desafio, mesmo que, ainda, de maneira bastante incipiente, como em todo o campo da Promoção da Saúde, principalmente no contexto de alguns países em desenvolvimento como o Brasil, a prática avaliativa e de monitoramento das iniciativas e das intervenções, localizadas na perspectiva da estratégia *Cidades Saudáveis*, tem se mostrado presente. Mais do que isso, conforme

os dados produzidos por esta pesquisa, a qualidade das práticas avaliativas relatadas podem ser consideradas tecnicamente “boas” ou “muito boas”, com exceção obviamente de algumas experiências específicas.

A viabilidade dos estudos também deve ser considerado um ponto forte das avaliações desenvolvidas, não deixando de ponderar os dados demonstrados e assinalados como críticos na Tabela 1, referentes à necessidade de atenção e equilíbrio entre os interesses culturais, políticos e às demandas das pessoas e dos grupos envolvidos.

Segundo Akerman, Mendes e Bógus (2004), mais que um conjunto de procedimentos técnicos, a proposta *Cidades Saudáveis* aponta para o resgate de uma perspectiva dialógica, de reconhecimento de valores e interesses comuns, como também de respeito à diversidade e às diferenças. Advoga ainda o compartilhamento e a troca de experiências entre os atores sociais e políticos, a cooperação, a colaboração, a solidariedade e a intersetorialidade como caminhos a serem percorridos pelas iniciativas e projetos relacionados ao Movimento *Cidades Saudáveis*.

Intersetorialidade, colaboração e cooperação que, juntamente com as categorias participação e equidade, foram os principais valores instrumentais descritos pelos autores nos estudos avaliativos registrados nesta pesquisa.

Estariam esses valores instrumentais sendo colocados em prática nas avaliações realizadas, em conformidade com a atenção e ao equilíbrio entre os interesses e as necessidades citados anteriormente? No caso de uma resposta negativa, quais fatores poderiam estar influenciando o desenvolvimento das práticas avaliativas e o que poderia ser efetuado para atenuar essa questão?

De acordo com os dados evidenciados na Tabela 1, mesmo com a comprovada boa qualidade técnica dos estudos avaliativos relatados e selecionados, aferida pela aplicação dos parâmetros e das diretrizes do JCSEE (2011), parece-nos que as principais dificuldades e entraves enfrentados pelos praticantes das avaliações dizem respeito aos processos de negociação e mediação de interesses e conflitos entre os diversos atores envolvidos.

Tendo como referência os padrões estabelecidos pelo JCSEE (2011), as diretrizes que assinalaram os desempenhos mais baixos, bem como as maiores

medidas de dispersão relativas foram aquelas que tratam, no cerne, da relação estabelecida entre os diversos interesses e valores presentes em uma prática avaliativa.

Exemplificando, a diretriz U3, a segunda em pior média de classificação e de medida de dispersão relativa, recomenda que as propostas de avaliação sejam identificadas e continuamente negociadas, tendo como referência as necessidades dos envolvidos. As diretrizes U5 e U6, também assinaladas como críticas pelos dados produzidos por esta pesquisa, sugerem que as avaliações, incluindo as informações, produtos e consequências gerados, atendam aos interesses identificados e emergentes dos envolvidos, estimulando, ainda, os mesmos a redescobrirem, reinterpretarem e revisarem suas compreensões, valores e comportamentos.

Considerando as diretrizes do parâmetro *Propriedade*, diretamente associado à discussão ética, conforme descrito no próprio material do JCSEE (2011, p. 106), foram contabilizadas as piores classificações de qualidade das avaliações e a maior ocorrência de diretrizes com medidas de dispersão. Segundo as orientações das diretrizes P1, P2 e P4, por exemplo, as avaliações deveriam responder, agilmente, às demandas dos envolvidos e de suas comunidades, sendo promovidas negociações e acordos formais entre os mesmos, de maneira transparente e justa, para que não haja conflitos de interesses. Aliás, a diretriz P6, que trata justamente do tema *Conflitos de Interesses*, também pertencente ao parâmetro *Propriedade*, foi a que anotou a pior média das classificações e a pior medida de dispersão relativa.

Retomando o segundo desafio anteriormente citado sobre a necessidade de debater e dialogar abertamente com os atores sociais as condições de saúde e qualidade de vida nas cidades e nas comunidades, é notória a premência de investimento em estudos que descrevam e analisem os complexos processos de negociação e mediação de conflitos, principalmente em projetos que tenham como escopo o planejamento e a avaliação de intervenções em regiões, cidades, municípios, localidades e comunidades.

Nesse sentido, uma sugestão que, talvez, merecesse ser considerada, é a inclusão explícita dos processos de resolução de conflitos, dentre eles a negociação e a mediação, em projetos de planejamento e avaliação, em diversos contextos. Sendo

assim, aos passos e etapas descritas para as avaliações participativas no contexto do Movimento Internacional *Cidades Saudáveis*, conforme explicitado na Figura 7 deste trabalho, seriam acrescentados os referidos processos de negociação e mediação, permeando todas as etapas vislumbradas.

De acordo com Pompeu (2006), é importante que se saiba, antes que qualquer ação seja implantada, que tecnicamente os processos de negociação e mediação de conflitos são distintos e apresentam definições e contornos próprios. O processo de negociação deve ser compreendido como uma alternativa pacificadora de conflitos, havendo a negociação direta entre as partes, podendo as mesmas serem representadas formalmente por outros atores designados para tal.

Já o processo de mediação caracteriza-se como uma alternativa de solução de conflitos, contando com participação de um terceiro, que terá como principais funções (1) o auxílio na explicitação das demandas e interesses dos atores sociais envolvidos na disputa; (2) a garantia de exposição das diferenças e dos motivos das partes e (3) a promoção do respeito à autonomia privada²⁸ dos sujeitos e/ou grupos participantes.

Ao descrever o processo de mediação de conflitos, Pompeu (2006) ressalta o debate e o diálogo aberto enquanto os principais fundamentos para a realização efetiva do referido processo. Nas palavras da autora:

A ideia que rege o procedimento mediatório reside, essencialmente, no diálogo autônomo entre as partes, as quais, auxiliadas pelos mediadores, decidem e regulam toda a questão conflituosa. A atividade do interventor trata da promoção ou do resgate da via comunicativa entre os envolvidos para que estes, em nome da autonomia privada, escolham e fixem seus próprios compromissos. [...] A dialogia vai revelar-se, assim, como fundamento nuclear da mediação, pois somente através do verdadeiro debate e de uma argumentação eficiente, a prática alternativa poderá realizar os fins a que se destina (POMPEU, 2006, p. 72).

Six (2003) salienta, contudo, que podem existir outras concepções de mediação: a criadora, a renovadora, a preventiva e a criativa. Parece-nos que a definição anteriormente citada poderia ser situada em uma das duas últimas

²⁸ De acordo com Pompeu (2006), pode-se compreender o conceito de autonomia privada como o processo de conhecimento e conscientização de si mesmo e do outro com o qual se interage, bem como das semelhanças e diferenças existentes, visando o exercício soberano e responsável perante a si mesmo, o outro e a sociedade.

concepções. As duas primeiras tem como principal objetivo a constituição ou reconstituição das relações entre os sujeitos e o fortalecimento das comunicações e interações entre as pessoas e os grupos.

Demonstrando claro interesse pelo desenvolvimento dos processos de negociação e mediação de conflitos, mas sem o necessário cuidado de diferenciá-los, Guerin (2005) sugere que alguns aspectos sejam observados para que uma efetiva solução possa ser alcançada. São eles: (1) o reconhecimento da história de interações estabelecida entre os sujeitos ou grupos, incluindo o evento desencadeador do conflito; (2) a ampla discussão dos problemas e o reconhecimento das várias visões relativas aos mesmos; (3) a busca compartilhada e acordada por soluções que sejam efetivas e atendam aos interesses dos envolvidos e, por fim, (4) o planejamento das contingências mantenedoras das soluções construídas para sua perpetuação no futuro.

Tendo em vista a operacionalização desse complexo processo de negociação de valores e mediação de conflitos, vale mencionar o trabalho desenvolvido por Dittrich (2010), caracterizado como uma proposta baseada na análise de consequências para subsidiar tomadas de decisões em intervenções diversas. Sobre a justificativa de adoção do procedimento de análise de consequências, o autor argumenta que, mesmo não sendo uma proposta original, havendo alguns estudos já deocumentados na literatura, “é razoável supor [...] que a análise de consequências produza avanços significativos em direção a decisões bem fundamentadas e mesmo a acordos entre pessoas e grupos.” (DITTRICH, 2010, p. 51)

Um pouco mais à frente no artigo, Dittrich (2010) ainda destaca que, caso o procedimento seja empregado e considerado útil pelos envolvidos em outros projetos de intervenção, o mesmo deverá passar por aperfeiçoamento, contemplando outras questões e dimensões ainda não abordadas e descritas.

As etapas propostas para a análise de consequências, a nosso ver, poderiam se configurar como uma importante contribuição para o início da implantação dos referidos processos de negociação e mediação de conflitos em projetos no âmbito do Movimento *Cidades Saudáveis* (QUADRO 3).

Quadro 3 – Etapas propostas para a análise de consequências, perguntas pertinentes a cada etapa e exemplos de possíveis respostas

ETAPA DA ANÁLISE	PERGUNTAS	EXEMPLOS DE RESPOSTAS
Categorizar as consequências	É possível e necessário dividir as consequências previstas em categorias?	Economia, segurança, qualidade do ambiente (Sanford & Fawcett, 1980) Educação, saúde, emprego (MDS, 2009)
Definir as pessoas ou grupos afetados	Quais as pessoas ou grupos afetados pelas consequências previstas?	A própria pessoa que decide. Residentes da comunidade X. Estudantes da escola X. Professores, funcionários e estudantes de instituições de ensino fundamental do município X. Famílias em situações de pobreza e extrema pobreza residentes no Brasil. Adolescentes em conflito com a lei no Brasil.
Definir os efeitos seletivos das consequências.	É possível prever algum efeito seletivo das consequências sobre comportamentos ou práticas das pessoas ou grupos afetados? Se sim, especificar quais (forma e/ou frequência)	A frequência às aulas de crianças e adolescentes das famílias atingidas aumentará. Pais de crianças das famílias atingidas levarão seus filhos aos postos de saúde para receber todas as doses de vacinas prescritas. O tempo de permanência nas ruas entre os adolescentes diminuirá. Usuários de transporte coletivo da cidade migrarão de lotações para ônibus ou metrô.
Definir a sequência temporal das consequências	É possível prever consequências de longo prazo ocasionadas pela intervenção? Quais são elas? De que forma estão ligadas às consequências anteriores?	A frequência de crianças e adolescentes às aulas aumentará a probabilidade de que concluam seus estudos no ensino fundamental, favorecendo a continuidade dos estudos e/ou busca de empregos mais bem remunerados. A diminuição da circulação de lotações facilitará a mobilidade no trânsito. A construção da rodovia impulsionará a atividade econômica da região, criando empregos e diminuindo índices de violência.

Fonte: Adaptado de DITTRICH (2010), p. 50.

Levando-se em conta o Quadro 3 acima exposto, algumas perguntas pertinentes e relevantes à estratégia *Cidades Saudáveis* poderiam ainda ser elaboradas. Considerando a necessidade da criação de condições para o exercício efetivo de controle social, promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida das pessoas e das coletividades, quem seria responsável pelo cumprimento das referidas etapas de análise das consequências, de elaboração das perguntas e das possíveis respostas às mesmas? Caso seja possível a participação de um maior número de pessoas ou grupos, como seria a dinâmica de funcionamento do processo de análise das consequências? Como prevenir os prováveis conflitos de interesses, ao se discutir as consequências de um determinado projeto de intervenção, que poderá beneficiar alguns atores sociais e grupos, mas prejudicar outros? Como analisar consequências que ainda não ocorreram e, principalmente, envolver os participantes do debate ético na solução de problemas futuros, de maneira a tornar esses atores sociais e políticos sensíveis a consequências tão distantes de sua realidade?

Para essa última questão, os dados desta pesquisa trouxeram outros pontos para reflexão. Conforme apresentado no Gráfico 8, o principal valor primário destacado nos estudos avaliativos, no contexto do Movimento Internacional *Cidades Saudáveis*, foi o “*bem dos outros*”, com ocorrência em todos os artigos selecionados. O valor “*bens das culturas*” esteve presente em vinte e quatro estudos, combinado aos outros dois valores primários descritos por Skinner (1971).

Sendo assim, estariam os atores sociais e políticos relacionados aos projetos de avaliação e de planejamento de culturas divulgando e dando transparência aos diversos interesses e bens pessoais envolvidos? Quais as principais dificuldades no trabalho com consequências futuras, distantes dos indivíduos, principalmente em projetos que envolvam o planejamento das cidades?

Considerando estas duas questões, acreditamos ser fundamental o desenvolvimento de estratégias que fortaleçam o grupo e a sua organização política e social, para que o mesmo possa agir como uma agência fornecedora de consequências a curto prazo para seus membros. Os dados desta pesquisa inclusive assinalam para o

predomínio da combinação “bens pessoais” e “bens dos outros” nas práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde *Cidades Saudáveis*.

Tendo em vista a afirmativa de Akerman et. Al. (2002) de que “a implementação de um processo de avaliação participativa pode favorecer a aglutinação crítica de atores sociais” (p. 644), defendemos a ideia que valeria a pena investir na formação dos grupos para a adequada compreensão das demandas e das necessidades das diferentes pessoas e o gerenciamento efetivo dos valores e dos interesses presentes, devidamente explicitados e amplamente debatidos, sendo estimulados ainda a capacidade política, de reconhecimento dos direitos e dos deveres das comunidades participantes de projetos *Cidades Saudáveis*.

Para o favorecimento da aglutinação de atores sociais e o fortalecimento político dos mesmos, conforme mencionado, outros fatores, contudo, deveriam ser contemplados, em nossa opinião. Dentre eles, vale destacar a formação de profissionais para o exercício da mediação de processos que envolvam a solução de conflitos e a melhoria da qualidade de vida das pessoas e das coletividades, bem como a ampliação de espaços para o exercício político e de cidadania dos vários atores sociais, como por exemplo, os fóruns participativos, tão comuns nos cenários brasileiro e internacional.

Para finalizar, a respeito deste último item destacado, vale mencionar o comentário de Côrtes (2010) sobre as possíveis interpretações acerca da expansão e difusão dos fóruns participativos institucionalizados no Brasil. Segundo a autora:

Para uns, eles são indicativos da transição para a democracia participativa ou da convivência entre esta e a democracia representativa. Para outros, são instâncias institucionais integradas ao processo geral de tomada de decisão governamental, as quais, embora sejam inovadoras, no sentido de incorporar em alguma medida os interesses de atores até então ausentes do processo, não indicariam a formação de novo tipo de democracia. A resposta a essa última questão, entretanto, não depende unicamente da realização de pesquisa empíricas, mas do avanço do debate teórico e das concepções teórico-epistemológicas dos pesquisadores e de suas concepções normativas de democracia (CÔRTEZ, 2010, p. 56)

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As práticas de planejamento urbano e de avaliação compreendem, necessariamente, o exercício ético e político de reconhecimento de distintas posições, visões e perspectivas dos atores sociais envolvidos, bem como a explicitação dos seus interesses e valores.

De acordo com Dahl (2005), o debate público acerca da cidade e de suas formas de governo só é possível por meio do amplo entendimento das regras do jogo e dos diversos interesses de cada cidadão e/ou grupo.

Conforme foi destacado neste estudo, para que tal debate público acerca da cidade, ou das várias cidades contidas em um único município, possa, de fato, ser estabelecido, faz-se necessário o avanço nas concepções relativas aos espaços urbanos, aos meios de subjetivação presentes, aos conflitos gerados, assim como às diversas possibilidades e desafios de resolução dos mesmos.

Além disso, defendemos o desenvolvimento de um maior número de estudos experimentais e aplicados, visando uma melhor compreensão dos conflitos estabelecidos entre indivíduos e/ou entre grupos, como, por exemplo, algumas pesquisas já realizadas sobre o impasse gerado entre interesses individuais e o bem comum no uso de recursos naturais, mais conhecido como a Tragédia ou Dilema dos Comuns, concepção popularizada no ensaio de Hardin (1968) e considerada uma das precursoras das ideias ambientalistas de sustentabilidade e qualidade de vida (NOGUEIRA, 2010; SANTIAGO DA SILVA, 2011).

Ressaltamos, ainda, o desafio de propor uma análise dos processos de mediação comunitária ou popular, relacionados às propostas e aos projetos de urbanização das cidades, assim como a proposição de métodos participativos que sejam coerentes com a realidade do nosso país, havendo o respeito às particularidades de cada localidade e/ou cenário de atuação.

8.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABIB, J.A.D.. **Teorias do comportamento e subjetividade na psicologia**. São Carlos, SP: Editora da UFSCar, 1997, 165p.

ABIB, J.A.D.. Teoria da moral de Skinner e desenvolvimento humano. **Psicologia: reflexão e crítica**, vol. 14, n. 1, p. 107-117, 2001.

ADRIANO, J.R. ET. AL.. A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida? **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 5, n. 1, 2000.

AICHER, J. **Designing Healthy Cities: prescriptions, principles and practice**. Melbourne: Kreiger Publishing Company, 1998, 158p.

AKERMAN, M. ET. AL.. Avaliação em promoção da saúde: foco no "município saudável". **Revista de Saúde Pública**, vol.36, n.5, p. 638-646, 2002.

AKERMAN, M. & MALO, M.. Uma breve história da avaliação de municípios, comunidades e ambientes saudáveis no Brasil. In: AKERMAN, M. & MENDES, R. **Avaliação participativa de municípios, comunidades e ambientes saudáveis: a trajetória brasileira – memória, reflexões e experiências**. São Paulo: Mídia Alternativa, 2006, p. 11-18.

AKERMAN, M. & MENDES, R. Intersectorialidade e sustentabilidade nas políticas sociais: meros vocábulos? In: GASPAR, R.; AKERMAN, M. & GARIBE, R. (Orgs.). **Espaço urbano e inclusão social: a gestão pública na cidade de São Paulo (2001 – 2004)**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2006, p. 59-80.

AKERMAN, M.; MENDES, R. & BÓGUS, C.M. É possível avaliar um imperativo ético? **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 9, n. 3, p. 605-615, 2004.

ALMEIDA, E. S. Cidade/Município Saudável: a questão estratégica: O Compromisso Político. **Saúde e Sociedade**, vol. 6, n. 2, p. 71-81, 1997.

ANDERY, M.A.P.A.; MICHELETTO, N. & SÉRIO, T.M.A.P.. O modelo de seleção por consequências a partir dos textos de B. F. Skinner. In: TEIXEIRA, A.M.S. ET. AL. (Orgs.). **Ciência do comportamento: conhecer e avançar**, vol. 2. (1ª.edição). Santo André, SP: ESETec, 2002, p.151-163.

ANDERY, M.A.P.A.; MICHELETTO, N. & SÉRIO, T.M.A.P.. A análise de fenômenos sociais: esboçando uma proposta para a identificação de contingências entrelaçadas e metacontingências. **Revista Brasileira de Análise do Comportamento**, vol. 1, no. 2, p. 149-165, 2005.

ANDRADE, L.O.M. & BARRETO, I.C.H.C. Promoção da saúde e cidades/municípios saudáveis: propostas de articulação entre saúde e ambiente. In: MINAYO, M.C.S. & MIRANDA, A.C. **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002, pp. 151-171.

ARANTES, R.C. ET. AL. Processo saúde-doença e promoção da saúde: aspectos históricos e conceituais. **Revistas APS**, vol. 11, n. 2, p. 189-198, 2008.

ARDILA, R.. **Walden três: uma utopia científica**. Santo André, SP: ESETec, 2003, 167p.

ARONSON, R.; NORTON, B. & KEGLER, M.. Achieving a broad view of health: findings from the California healthy cities and communities evaluation. **Health Education and Behavior**, vol. 34, p. 441-451, 2007.

ARTEAGA, E.; RICE, M. & FRANCESCHINI, M.C.. Documenting the current state of the Healthy Municipalities, Cities and Communities initiative in the Americas. **Quarterly of Community Health Education**, vol. 28, n. 4, p. 277-288, 2008.

ASHTON, J. The origins of Healthy Cities. In: ASHTON, J. **Healthy Cities**. Philadelphia: Open University Press, 1992, p. 1-12.

AWOFESO, N. What's New About the "New Public Health"? **American Journal Public Health**, vol. 94, p. 705-709, 2004.

AYRES, J.R.. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.9, n.3, p.583-592, 2004.

BARATA, R.C.B. Epidemias. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 3., n. 1, p. 9-15, 1987

BARRAGÁN, J.. Contribuciones del utilitarismo contemporâneo a la ética de las decisiones públicas. **ISEGORIA**, vol. 18, p. 143-164, 1998.

BARTON, H. & TSOUROU, C. **Healthy urban planning**. London and New York: World Health Organization, 2000, 184p.

BAUM, W.M.. **Comprender o behaviorismo: comportamento, cultura e evolução**. (2ª.edição). Porto Alegre: Artmed, 2006, 312p.

BECKER, D. **No seio da família: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família**. 2001. 117 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fiocruz, Rio de Janeiro, 2001

BERTOLLI FILHO, C. A sociologia de Gilberto Freyre e a educação para a saúde. **Ciência & Educação**, v. 9, n. 1, p. 105-121, 2003a.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Editora Ática, 2003b, 71p.

BODSTEIN, R. ET. AL. Avaliação da implantação do programa de desenvolvimento integrado em Manguinhos: impasses na formulação de uma agenda local. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.9, no.3, p.593-604, 2004.

BORUCH, R.F. & PETROSINO, A. Meta-analysis, systematic reviews, and research syntheses. In: WHOLEY, J.S.; HATRY, H.P. & NEWCOMER, K.E. (Eds.). **Handbook of practical program evaluation**. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2004, p. 176-203.

BOYD, N.R. & WINDSOR, R.A. A meta-evaluation of nutrition education intervention research among pregnant women. **Health Education Quarterly**, vol. 20, n. 3, p. 327-345, 1993.

BRAGA, A.S.F. **O Debate entre deontologismo e consequencialismo: uma proposta de esclarecimento a partir de Kant e Rawls**. 2007. Tese (Doutorado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Filosofia, 2007, 272p.

BRITTO, N.A. **Oswaldo Cruz: a construção de um mito na ciência brasileira**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995, 144p.

BULLERJHANN, P. B.. **Análogos experimentais de fenômenos sociais: os efeitos das consequências culturais**. 2009. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento, 2009, 79p.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p.163–177, 2000.

BYDLOWSKI, C. B.; WESTPHAL, M. F. & PEREIRA, I. M. T. B. Promoção da Saúde: porque sim e porque ainda não! **Saúde e Sociedade**, 13, 1, 14-24, 2004.

CALDAS, R. A.. **Análogos experimentais de seleção e extinção de metacontingências**. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento, 2009, 82p.

CAMPOS, M.; GREIK, M.; VALE, T. História da ética. **CienteFico**, ano II, v.I, p.11, 2002.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, 31, 2, 209-213, 1997.

CARNEIRO, A. **A história do ambientalismo**. Porto Alegre: Editora Sagra Luzzatto, 2003, 128p.

CARVALHO, S.R.. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.9, n.3, p. 669-678, 2004a.

CARVALHO, S.R.. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.20, n.4, p. 1088-1095, 2004b.

CARVALHO, A.I. ET. AL. Concepts and approaches in the evaluation of health promotion. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.9, n.3, p. 521-529, 2004.

CARVALHO, S.R. & GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 13, suplemento 2, p. 2029-2040, 2008.

CARVALHO NETO, M.B.; ALVES, A.C.P. & BAPTISTA, M.Q.G.. A "consciência" como suposto antídoto para a violência. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, vol. IX, n. 1, p. 27-44, 2007.

CASTRIOTA, L.B. (Org.). **Urbanização brasileira: redescobertas**. Belo Horizonte: C/Arte, 2003, 304p.

CASTRO, M.L.S.B.. **A ética skinneriana e a tensão entre descrição e prescrição no Behaviorismo Radical**. 2007. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de São Carlos, Programa de Pós-Graduação em Filosofia, 2007, 148p.

CATANIA, A.C.. **Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição**. (4ª.edição). Porto Alegre: Artmed, 1999, 467p.

CECCIM, R. B. & FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CHATTERJI, M. Applying the Joint Committee's 1994 standards in international context: a case study of education evaluations in Bangladesh. **Teachers College Record**, vol. 107, n. 10, p. 2372-2400, 2005.

CHIESA, A.M. ET. AL. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. **Cogitare Enfermagem**, vol. 12, n. 2, p. 236-240, 2007.

CLEAVE-HOGG, D. & BYRNE, P.N. Evaluation of an innovation in a traditional medical school: a metaevaluation. **Evaluation & The Health Professions**, vol. 11, n. 2, p. 249-271, 1988.

COHEN, H.. Designing a behavioral program for a barrio in Tegucigalpa, Honduras. **Journal of the Experimental Analysis of Behavior**, vol. 61, p. 295-306, 1994.

COHEN, E. & FRANCO, R.. **Avaliação de projetos sociais**. (6ª.edição). Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2004, 312p.

COMPARATO, F.K. **Ética: direito, moral e religião no mundo moderno**. São Paulo: Companhia das Letras, 2006, p. 270-286.

CONTINI, M.L.J. Discutindo o conceito de promoção da saúde no trabalho do psicólogo que atua em educação. **Revista Psicologia, Ciência e Profissão**, vol. 20, n. 2, 46-59.

COOK, T.D. & GRUDER, C.L. Metaevaluation research. **Evaluation Quarterly**, vol. 2, n. 1, p. 5-51, 1978.

CORBURN, J.. **Toward the Healthy City: people, places, and the politics of urban planning**. London: The MIT Press, 2009, 282p.

CORTINA, A. & MARTÍNEZ, E. **Ética**. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

CORTINA, A. **Aliança e contrato: política, ética e religião**. São Paulo: Edições Loyola, 2008.

CORTINA, A. **Ética mínima: introdução à filosofia prática**. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

COSTA, N.R. **Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil**. Petrópolis: Editora Vozes, 1985, 121p.

COSTA, C.F. Razões para o utilitarismo: uma avaliação comparativa de pontos de vista éticos. **Ethic@**, vol. 1, n. 2, 2002, p. 155-174.

COURA, José R.. Endemias e meio ambiente no século XXI. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.8, n.3, p. 335-341, 1992.

CURTICE, L.; SPRINGETT, J. & KENNEDY, A.. Evaluation in urban setting: the challenge of Healthy Cities. In: ROOTMAN, I. ET. AL. (Eds.) **Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives**. Copenhagen: WHO Regional office for Europe, 2001, p. 309-334.

DAHL, R.A. **Poliarquia: participação e oposição**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2005.

DANNA, M.F. & MATOS, M.A.. **Ensinando observação: uma introdução**. (4ª.edição). São Paulo: Edicon, 1999, 144p.

DE MELO, C.M.. **A concepção de Homem no Behaviorismo Radical de Skinner: um compromisso com o bem da cultura**. 2004. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de São Carlos, Programa de Pós-Graduação em Filosofia, 2004, 106p.

DE ROSE, J.C.C.. O que é comportamento? In: BANACO, R.A. (Org.). **Sobre comportamento e cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em Análise do Comportamento e Terapia Cognitivista**. São Paulo: ARBytes Editora, 1997, p. 79-81.

DÍAZ, L.F. La metaevaluación y su método. **Ciencias Sociales**, 92-93, p. 171-192, 2001.

DITTRICH, A. & ABIB, J.A.D.. O sistema ético skinneriano e consequências para a prática dos analistas do comportamento. **Psicologia: reflexão e crítica**, vol. 17, n. 3, p. 427-433, 2004.

DITTRICH, A.. O problema da justificação racional dos valores na filosofia moral skinneriana. **Revista Psicolog**, ano 1, vol. 1, p. 21-26, 2008.

DITTRICH, A.. Análise de consequências como procedimento para decisões éticas. **Revista Perspectivas**, vol. 1, n. 1, p. 44-54, 2010.

DONCHIN ET. AL.. Implementation of the Healthy Cities' principles and strategies: an evaluation of the Israel Healthy Cities Network. **Health Promotion International**, vol. 21, n. 4, p. 266-273, 2006.

DUHL, L. Healthy cities: myth or reality. In: ASHTON, J. **Healthy Cities**. Philadelphia: Open University Press, 1992, p. 15-21.

ELLIS, J.. Contingencies and metacontingencies in correctional settings. In: LAMAL, P. (Ed.), **Behavioral analysis of societies and cultural practices**. New York: Hemisphere Publishing Corporation, 1991, p. 201-217.

ESCORES, S. & TEIXEIRA, L.A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. ET. AL. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, p. 333-384.

ESTEVES, J.. As críticas ao utilitarismo por Rawls. **Ethicá**, vol. 1., n. 1, 2002, p. 81-96.

FENNER, R.. **Orientação do trabalho em grupo para discussão da proposta de estabelecimento do FBRCS**. [online]. Disponível na internet via <http://189.28.128.179:8080/pisast/saude-ambiental/cidades-saudaveis/ii-encontro-nacional-de-redes-de-cidades-saudaveis/apresentacao-rogerio-orientacao-gts.pdf>. Arquivo acessado pela última vez no dia 12 de dezembro de 2010. 2010.

FERNANDEZ, J.C.A. ET. AL. Promoção da saúde: elemento instituinte? **Saúde e Sociedade** [online], vol.17, n.1, p. 153-164, 2008.

FERREIRA, J.R. & BUSS, P.M. O que o desenvolvimento local tem a ver com a Promoção da Saúde? In: ZANCAN, L.; BODSTEIN, R. & MARCONDES, W.B. (Orgs.) **Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência em Manguinhos – RJ**. Rio de Janeiro: ABRASCO/FIOCRUZ, 2002, p. 15-37.

FERREIRA, V.A. & MAGALHÃES, R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 23, n. 7, p. 1674-1681, 2007.

FIGUEIREDO, A.M. & GUILHEM, D.. **Ética e moral**. Interthesis, vol. 5, n. 1, p. 29-46, 2008.

FIRME, T.P. & LETICHEVSKY, A.C.. O Desenvolvimento da Capacidade de Avaliação no Século XXI: Enfrentando os desafios da Meta-Avaliação. **Meta: Avaliação**, v. 2, n. 5, p. 180-195, 2010.

FLYNN, P. Measuring health in cities. In: ASHTON, J. **Healthy Cities**. Philadelphia: Open University Press, 1992, p. 30-40.

FRECHTLING, J.A. **Logic modeling methods in program evaluation**. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2007, 146p.

FURTADO, M.A. **Promoção da Saúde e seu alcance biopolítico: a ênfase no discurso da autonomia**. 2010. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia, 2010, 133p.

FURTADO, J.P. & LAPERRIÈRE, H. A avaliação da avaliação. In: CAMPOS, R.O. & FURTADO, J.P. (Orgs.). **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2011, p. 19-39.

GALINHA, I. & RIBEIRO, J.. História e evolução do conceito de Bem-Estar Subjectivo. **Saúde e Doenças**, vol. 6, p. 203-214, 2005.

GARCIA, R.P.M.. **Meta-avaliação da aprendizagem na perspectiva da negociação comunicativa nos cursos de pós-graduação Latu-senso à distância na Bahia**. 2008. Tese (Doutorado). Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Educação, 2008, 250p.

GENDRON, S.. Transformative alliance between qualitative and quantitative approaches in health promotion research. In: ROOTMAN, I. ET. AL. **Evaluation in health promotion: principles and perspectives**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2001, p. 107-121.

GEORGHIOU, L. Meta-evaluation: evaluation of evaluations. **Scientometrics**, vol. 45, n. 3, p. 523-530, 1999.

GLENN, S.S. Contingencies and metacontingencies: relations among behavioral, cultural, and biological evolution. In: LAMAL, P.A. (Org.) **Behavioral Analysis of Societies and Cultural Practices**. New York: Hemisphere Publishing Corporation, p. 39-73, 1991.

GODFREY, C. Economic evaluation of health promotion. In: ROOTMAN, I. ET. AL. **Evaluation in health promotion: principles and perspectives**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2001, p. 149-170.

GÓMEZ, C.M. & MINAYO, M.C. Enfoque ecossistêmico de saúde: uma estratégia transdisciplinar. **INTERFACEHS**, vol. 1, n. 1, 2006, p. 1-19.

GOODSTADT, M.S. ET. AL. Evaluation in health promotion: synthesis and recommendations. In: ROOTMAN, I. ET. AL. **Evaluation in health promotion: principles and perspectives**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2001, p. 517-533.

GOUMANS, M. & SPRINGETT, J.. From projects to policy: Healthy Cities as a mechanism for policy change for health? **Health Promotion International**, vol. 12, n. 4, p. 311-322, 1997.

GREEN, G.. City health development planning. **Health Promotion International**, Vol. 24, suplemento 1, 2009.

GROSSMAN, E.; ARAÚJO, I.E. & ARAÚJO-JORGE, T.C. O design e a promoção da saúde nos laboratórios de pesquisa da Fiocruz. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, vol. 16, n. 2, p. 377-392, 2009.

GUIZARDI, F.L. & PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 11, n. 3, 797-805, 2006.

GUGELMIN, E.E. ET. AL. Agenda 21 local no Brasil. In: LITTLE, P.E. (Org.) **Políticas ambientais no Brasil: análises, instrumentos e experiências**. São Paulo: Peirópolis; Brasília, DF: IIEB, 2003, p. 89-111.

GUIMARÃES, M.A. **As conferências internacionais da promoção da saúde e contribuições para a formação em Saúde Pública no Brasil: a Faculdade de Saúde Pública como locus de estudo**. 2002. Dissertação. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 2002, 256p.

HALL, P. **Cidades do amanhã**. São Paulo: Perspectiva, 2009, 578p.

HANCOCK, T. & DUHL, L.. **Promoting health in the urban context**. Copenhagen: The WHO Healthy Cities Project Office, 1988.

HANCOCK, T.. The Healthy City: utopias e realities. In: ASHTON, J. **Healthy Cities**. Philadelphia: Open University Press, 1992, p. 22-29.

HARDIN, G. The Tragedy of the Commons. *Science*, Vol. 162, No. 3859, 1968, pp. 1243-1248

HARTMANN, R.C. & LOCH, C. Contribuições da psicologia ambiental para o planejamento urbano. In: KUHNEN, A.; CRUZ, R.M. & TAKASE, E. (Orgs.). **Interações pessoa-ambiente e saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009, pp. 79-94.

HARTZ, Z.M.A.. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 4, n. 2, p. 341-353, 1999.

HARTZ, Z.M.A. Princípios e padrões em metaavaliação: diretrizes para os programas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 11, n. 3, p. 733-738, 2006.

HARTZ, Z.M.A. & CONTANDRIOPOULOS, A.P. Do quê ao pra quê da meta-avaliação em saúde. In: HARTZ, Z.M.A.; FELISBERTO, E. & VIEIRA DA SILVA, L.M. (Orgs.). **Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, p. 27-45.

HARTZ, Z. M. A. ET. AL. From knowledge to action: challenges and opportunities for increasing the use of evaluation in health promotion policies and practices. In: POTVIN, L. & MCQUEEN, D. (Eds.). **Health promotion evaluation practices in the Americas**. New York: Springer, 2008, p. 101-120.

HARTZ, Z.M.A. ET. AL.. Multi-strategy in the evaluation of health promotion community interventions: an indicator of quality. In: POTVIN, L. & MCQUEEN, D. (Eds.). **Health promotion evaluation practices in the Americas**. New York: Springer, 2008, p. 253-267.

HAYAKAWA, L.Y.; INOUE, K.C. & SCOCHI, M.J. Município Saudável: o enfoque dos secretários municipais de Maringá, Paraná. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 3, n. 3, p. 287-294, 2004.

HEIDMANN, I.T.S.B. ET. AL. Promoção à saúde: Trajetória histórica de suas concepções. **Texto & Contexto Enfermagem**, vol. 15, n. 2, p. 352-358, 2006.

HINO, P. ET. AL. Geoprocessing in health area. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, vol. 14, n. 6, p. 939-943, 2006.

HORVAT, M. Meta-evaluation: evaluation of evaluations some points for discussion. **Scientometrics**, vol. 45, n. 3, p. 533-542, 1999.

HOUSE, E.R. & HOWE, K.R. **Values in evaluation and social research**. Thousand Oaks London: Sage Publications, 1999, 152p.

HOUSE, E.R. **Evaluación, ética y poder**. (3ª.ed.) Madrid: Ediciones Morata, 2000, 271p.

IANNI, A.M.Z. & QUITÉRIO, L.A.D. A questão ambiental urbana no programa de saúde da família: avaliação da estratégia ambiental numa política pública de saúde. **Ambiente & Sociedade**, Vol. IX, n. 1, p. 69-82, 2006.

JACOBI, P. **Cidade e meio ambiente: percepções e práticas em São Paulo**. (2ª edição). São Paulo: Annablume, 2006, 206p.

JOHNSON, S. **O mapa fantasma: como a luta de dois homens contra o cólera mudou o destino de nossas metrópoles**. Rio de Janeiro: ZAHAR, 2008, 272p.

KEINERT, T.M.M. Planejamento governamental e políticas públicas: a estratégia “Cidades Saudáveis”. **Saúde e Sociedade**, vol. 6, n. 2, p. 55-64, 1997.

KICKBUSCH, I. The Contribution of the World Health Organization to a New Public Health and Health Promotion. **American Journal Public Health**, Vol. 93, N. 3, p. 383-388, 2003.

KNOWLTON, L.W. & PHILLIPS, C.C.. **The logic model guidebook: better strategies for great results**. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, 2009, 150p.

KROPF, S.P. Carlos Chagas e os debates e controvérsias sobre a doença do Brasil (1909-1923). **História, ciências, saúde – Manguinhos**, vol. 16, suplemento 1, 2009, p. 205-227.

KUNKEL, J.H.. The Vico’s project: a cross cultural test of psychological propositions. **The psychological record**, 36, p. 451-466, 1986.

KUSHNER, J.A.. **Healthy Cities: the intersection of urban planning, law and health**. Durham, North Carolina: Carolina Academic Press, 2007, 225p.

LARA DA SILVA, K. **Promoção da saúde em espaços sociais da vida cotidiana**. 2009. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, 2009, 182p.

LAURENTI, R. Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 407-17, 1991.

LAWRENCE, R.J. & FUDGE, C.. Healthy Cities in a global and regional context. **Health Promotion International**, Vol. 24, suplemento 1, 2009.

LE CORBUSIER, C.E.J. **Planejamento Urbano**. São Paulo: Perspectiva, 2008, p. 200.

LEDESMA, M.P. Cuando lleguen los días de la cólera. In: MONTANARI, M. ET. AL. **Movimientos sociales, teoría e história**. Salamanca: Ediciones Universidad, 1993, 261p.

LEEuw, E.. Healthy Cities: urban social entrepreneurship for health. **Health Promotion International**, vol. 14, n. 3, p. 261-269, 1999.

LETICHEVSKY, A.C.; VELLASCO, M.M.B.R. & TANSCHKEIT, R. A fuzzy decision support system for meta-evaluation a new approach and a case study performed in Brazil. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em educação**, vol. 15, n. 56, p. 447-462, 2007.

LITTLE, P.E. Os desafios da política ambiental no Brasil. In: LITTLE, P.E. (Org.) **Políticas ambientais no Brasil: análises, instrumentos e experiências**. São Paulo: Peirópolis; Brasília, DF: IIEB, 2003, p. 13-21.

LOMBARD, D. ET. AL.. Behavioral community intervention to reduce the risk of skin cancer. **J Appl Behav Anal**, vol. 24, n. 4, p. 677–686, 1991.

LOPES DE SOUZA, M. **Mudar a cidade: uma introdução crítica ao planejamento e à gestão urbanos**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011, 560p

LOPES, C.E. & ABIB, J.A.D.. Teoria da percepção no Behaviorismo Radical. **Psicologia: teoria e pesquisa**, vol. 18, n. 2, p. 129-137.

MACHADO, M.F.A.S. ET. AL. Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no Programa Saúde da Família por meio da participação habilitadora. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.15, n.4, p. 2133-2143, 2010.

MALERBI, F.E.K.. Eventos privados: o sujeito faz parte de seu ambiente? In: BANACO, R.A. (Org.). **Sobre comportamento e cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em Análise do Comportamento e Terapia Cognitivista**. São Paulo: ARBytes Editora, 1997, p. 243-256.

MALTA, T.S. **Aplicação de Iodos ETE's na agricultura: estudo de caso do município de Rio das Ostras – RJ**. 2001. Dissertação. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2001, 68p.

MARCONDES, D. **Iniciação à história da Filosofia: dos pré-socráticos a Wittgenstein**. (2ª.edição). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998, 298p.

MARCONDES, D. **Textos básicos de ética: de Platão a Foucault**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda., 2009.

MARCONDES, W.B. A convergência de referências na Promoção da Saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.1, p.5-13, 2004.

MARINHO JR., I.P. Entre o utilitarismo reformado e o agnosticismo penal: uma crítica à crítica aos modelos de justificação da pena de prisão. **Revista Transdisciplinar de Ciências Penitenciárias**, vol. 4, n. 1, p. 115-135, 2005.

MATOS, M.A. Behaviorismo metodológico e behaviorismo radical. In: RANGÉ, B. (Org.) **Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas**. Campinas, SP: Editorial Psy, 1995, p. 27-34.

MATOS, M.A.. Com o quê o behaviorista radical trabalha? In: BANACO, R.A. (Org.) **Sobre comportamento e cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em Análise do Comportamento e Terapia Cognitivista**. São Paulo: ARBytes Editora, 1997, p. 45-53.

MATTOS, Ruben Araújo de. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.6, n.2, p. 377-389, 2001.

MCCRACKEN, A.L. Promovendo credibilidade com uma nova geração de modelos lógicos. **Ensaio: avaliação de políticas públicas em educação**, vol.14, n.53, pp. 479-485, 2006.

MCQUEEN, D.V. & ANDERSON, L.M. What counts as evidence: issues and debates. In: ROOTMAN, I. ET. AL. **Evaluation in health promotion: principles and perspectives**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2001, p. 63-81.

MCQUEEN, D. V. & JONES, C. M. Global perspectives on health promotion effectiveness: an introduction. In: MCQUEEN, D. V. & JONES, C. M. (Eds.). **Global perspectives on health promotion effectiveness**. New York: Springer Science, 2007, 3-11.

MELAZZO, E.S. & GUIMARÃES, R.B. (Orgs.). **Exclusão social em cidades brasileiras: um desafio para as políticas públicas**. São Paulo: Ed. UNESP, 2010, 304p.

MENDES, R.. **Cidades Saudáveis no Brasil e os Processos Participativos: os Casos de Jundiá e Maceió**. 2000. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 2000, 264p.

MENDES, I.A.C.. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol.12, n.3, p. 447-448, 2004.

MENOSSE, M.J. ET. AL. Interdisciplinaridade: um instrumento para a construção de um modelo assistencial fundamentado na promoção da saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, vol. 13, p. 252-256, 2005.

MENEZES, L. C. A. & JANNUZZI, P. M. Planejamento nos municípios brasileiros: um diagnóstico de sua institucionalização e seu grau de efetividade. In: VITTE, C. C. S. & KEINERT, T. M. M. (Orgs.). **Qualidade de vida, planejamento e gestão urbana: discussões teórico-metodológicas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009, p. 69-87.

MICHELETTO, N.. Há um lugar para o ambiente? In: BANACO, R.A. (Org.). **Sobre comportamento e cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em Análise do Comportamento e Terapia Cognitivista**. São Paulo: ARBytes Editora, 1997, p. 257-266.

MILL, J.S. **A liberdade: utilitarismo**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A. & BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, 5, 1, 7-18, 2000.

MORA, J.F.. **Dicionário de Filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 1998, 741p.

MUSZKAT, M.E. (Org.). **Mediação de conflitos: pacificando e prevenindo a violência**. São Paulo: Summus, 2003, 254p.

NAHAS, M. I. P. Indicadores intra-urbanos como instrumentos de gestão da qualidade de vida urbana em grandes cidades: uma discussão teórico-metodológica. In: VITTE, C. C. S. & KEINERT, T. M. M. (Orgs.). **Qualidade de vida, planejamento e gestão urbana: discussões teórico-metodológicas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009, p. 123-153.

NILSSON, N. & HOGBEN, D. Metaevaluation. In: HOUSE, E.R. (Ed.). **Philosophy of evaluation: new directions for program evaluation**. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1983, p. 83-97.

NOVAES, W. **A década do impasse: da Rio-92 à Rio + 10**. São Paulo: Estação Liberdade, Instituto Socioambiental, 2002, 382p.

NUNES, E.D. Henry Ernest Sigerist: pioneiro da história social da medicina e da sociologia médica. **Educ. Med. Salud**, vol. 26, n. 1, p. 70-81, 1992.

NUTBEAM, D. Evaluating health promotion—progress, problems and solutions. **Health Promotion International**, vol. 13, p. 27–44, 1998.

OLINDA, Q.B. & BRUNO DA SILVA, C.A. Retrospectiva do discurso sobre promoção da saúde e as políticas sociais. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, vol. 20, n. 2, p. 65-67, 2007.

OLIVEIRA, M.A.C. & EGRY, E.Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. **Rev.Esc.Enf.USP**, v. 34, n. 1, p. 9-15, 2000.

O'NEILL, M. & SIMARD, P.. Choosing indicators to evaluate Healthy Cities projects: a political task? **Health Promotion International**, Vol. 21 n. 2, 2006.

OPAS, Organização Pan-Americana de Saúde. **Guia dos Prefeitos para Promover Qualidade de Vida**. Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde, 1997, 69p.

PAIM, J.S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006, 154p.

PAIVA, C.H.A. Samuel Pessoa: uma trajetória científica no contexto do sanitarismo campanhista e desenvolvimento no Brasil. **História, ciências, saúde – Manguinhos**, vol. 13, n. 4, p. 794-831, 2006.

PAYNE, D.A. How I learned to love the standards. **American Journal of Evaluation**, vol. 9, n. 37, 1988.

PEDROSA, J.I.S.. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 9, n.3, p. 617-626, 2004.
PEREIRA, E.M. (Org.). **Planejamento urbano no Brasil**. Chapecó: Argos, 2008, 311p.

PEREIRA, T.S.. A relação entre ética e moral na teoria discursiva Habermasiana. **Ethic@**, v. 6, n. 2, p. 263-270, 2007.

PERRY, K.M. A reaction to and mental metaevaluation of the experimental learning evaluation project. **American Journal of Evaluation**, vol. 29, n. 3, p. 352-357, 2008.

PETERSEN, A.. The 'healthy' city, expertise, and the regulation of space. **Health & Place**, vol. 2, n. 3, p. 157-165, 1996.

PHILIPPI JR., A. & MALHEIROS, T.F. Saneamento e Saúde Pública: integrando homem e ambiente. In: PHILIPPI JR., A. (Ed.). **Saneamento, saúde e ambiente: fundamentos para um desenvolvimento sustentável**. Barueri, SP: Manole, 2005, p. 3-31.

POLAND, B.D.. Knowledge development and evaluation in, of and for Healthy Community initiatives. Part I: guiding principles. **Health Promotion International**, vol. 11, n. 3, p. 237-247, 1996a.

POLAND, B.D. Knowledge development and evaluation in, of and for Healthy Community initiatives. Part II: potential content foci. **Health Promotion International**, vol. 11, n. 4, p. 341-349, 1996b.

POTVIN, L.; HADDAD, S. & FROHLICH, K.L.. Beyond process and outcome evaluation: a comprehensive approach for evaluating health promotion programmes. In: ROOTMAN, I. ET. AL. **Evaluation in health promotion: principles and perspectives**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2001, p. 45-62.

POTVIN, L. & BALBO, L. From a theory group to a theory book. In: MCQUEEN, D.V. ET. AL. **Health & Modernity: the role of theory in health promotion**. Atlanta: Springer, 2007, p. 6-11.

POTVIN, L.; MANTOURA, P. & RIDDE, V. Evaluating equity in health promotion. In: MCQUEEN, D. V. & JONES, C. M. (Eds.). **Global perspectives on health promotion effectiveness**. New York: Springer Science, 2007, 367-384.

PRAESTGAARD, E. Meta-evaluation: evaluation of evaluations. **Scientometrics**, vol. 45, n. 3, p. 531-532, 1999.

PRESKILL, H. & RUSS-EFT, D.. **Building evaluation capacity: 72 activities for teaching and training**. Thousand Oaks , CA : Sage, 2005, 366p.

RACY, J.C.; MOURA JR., A.A. & SCARANO, P.R.. Teoria econômica e as relações sociais de produção. **Pesquisa & Debate**, volume 19, número 2 (34), p. 135-156, 2008.

RAEBURN, J. La Carta de Ottawa: reflexiones desde las antípodas. **Promotion & Education**, vol. 14, p. 58-59, 2007.

RAKOS, R. Propaganda as stimulus control: the case of Iraqi invasion of Kuwait. **Behavior and Social Issues**, 3, p. 35-62, 1993.

REIS, A.C.F. **Cidades criativas**. São Paulo: SESI-SP Editora, 2012, 235p.

RIBEIRO, R.J. Ética, política e cidadania: revistando a vida pública. In: COIMBRA, J.A.A. (Org.). **Fronteiras da ética**. São Paulo: Editora SENAC, 2002, p. 121-145.

RICHARDSON, B.W. John Snow, um representante da ciência e da arte médica na era vitoriana. Em: SNOW, J. **Sobre a maneira de transmissão do cólera**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999, pp. 37-58.

ROMANO, Roberto. Contra o abuso da ética e da moral. **Educação e Sociedade**, vol.22, n.76, pp. 94-105, 2001.

ROSEN, George. **Uma história de saúde pública**. Tradução: Marcos Fernandes da Silva, com a colaboração de José Ruben de Alcântara Bonfim. 3 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2006, 400p.

ROOTMAN, I. ET. AL. **Evaluation in health promotion: principles and perspectives**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2001, 554p.

ROOTMAN, I. ET. AL. A framework for health promotion evaluation. In: ROOTMAN, I. ET. AL. **Evaluation in health promotion: principles and perspectives**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2001, p. 7-38.

RUSS-EFT ET. AL.. **Evaluator competencies: standards for the practice of evaluation in Organizations**. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2008, 207p.

SAAN, H. Retorno a Ottawa 1986. **Promotion & Education**, vol. 14, p. 59-60, 2007.

SALAZAR, L. Feasibility for health promotion under various decision-making contexts. In: MCQUEEN, D. V. & JONES, C. M. (Eds.). **Global perspectives on health promotion effectiveness**. New York: Springer Science, 2007, 353-365.

SALAZAR, L. & ANDERSON, L. M. Health promotion in the Americas: divergent and common ground. In: POTVIN, L. & MCQUEEN, D. (Eds.). **Health promotion evaluation practices in the Americas**. New York: Springer, 2008, p. 13-23.

SANTOS, M.H.C.. Governabilidade, Governança e Democracia: criação de capacidade governativa e relações Executivo-Legislativo no Brasil Pós-Constituinte. **Dados**, vol. 40, n. 3, 1997.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social: trajetória da saúde pública**. São Paulo: Editora SENAC, 2002a, 165p.

SCLIAR, M. Políticas de saúde pública no Brasil: uma visão histórica. In: SCLIAR, M. ET. AL. **Histórias, políticas e revolta**. São Paulo: Scipione, 2002b, p. 45-63.

SEDGWICK-JELL, S.. Local authorities servicing health: rediscovering an historic role. In: BYWATERS, P. & MCLEOD, E.. **Working for equality in health**. London: Routledge, 1996, p. 111-123.

SÉRIO, T.M.A.P.. O behaviorismo radical e a psicologia como ciência. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, vol. 7, n. 2, 2005.

SÍCOLI, J.L. & NASCIMENTO, P.R. Promoção da saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface**, vol. 7, n. 12, p. 101-122, 2003.

SIDGWICK, H. **História da ética**. São Paulo: Ícone Editora, 2010, p. 220-231.

SIDMAN, M.. **Coerção e suas implicações**. Campinas, SP: Editora Livro Pleno, 1995, 330p.

SIMONASSI, L.E.. Aquisição de consciência como condição para a melhora de desempenho. In: BANACO, R.A. (Org.). **Sobre comportamento e cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em Análise do Comportamento e Terapia Cognitivista**. São Paulo: ARBytes Editora, 1997, p. 282-288.

SNOW, J. **Sobre a maneira de transmissão do cólera**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999, 250p.

SKINNER, B.F.. **O comportamento verbal**. São Paulo: Cultrix, 1978 (original de 1957), 557p.

SKINNER, B.F. **Contingencies of reinforcement: a theoretical analysis**. New York: Appleton-Century-Crofts, 1969.

SKINNER, B.F.. **Sobre o Behaviorismo**. São Paulo: Cultrix, 1991 (original de 1974), 216p.

SKINNER, B.F.. **Ciência e comportamento humano**. (9ª.edição). São Paulo: Martins Fontes, 1994 (original de 1953), 420p.

SKINNER, B.F.. **Para além da liberdade e da dignidade**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2000 (original de 1971), 181p.

SMITH, P. **Filosofia moral e política: principais questões, conceitos e teorias**. São Paulo: Madras, 2009, p. 160-184.

SOUZA, E.M. & GRUNDY, E.. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.20, n.5, p. 1354-1360, 2004.

SPRINGETT, J.. Participatory approaches to evaluation in health promotion. In: ROOTMAN, I. ET. AL. **Evaluation in health promotion: principles and perspectives**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2001, p. 83-105.

STOTZ, E.N. & ARAÚJO, J.W.G. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. **Saúde e Sociedade**, vol. 13, n. 2, p. 5-19, 2004.

STUFFLEBEAM, D.L.. **Metaevaluation**. Kalamazoo: Western Michigan University Center, 1974. (Occasional Paper, 3).

STUFFLEBEAM, D.L.. **Program evaluations metaevaluation checklist**. 1999. Downloaded em maio de 2008 em <http://www.wmich.edu/evalctr/checklists/program_metaeval.htm>

STUFFLEBEAM, D.L.. The metaevaluation imperative. **American Journal of Evaluation**, vol. 22, n. 3, p. 183-209, 2001.

STUFFLEBEAM, D.L. & SHINKFIELD, A.J. **Evaluation theory, models, & applications**. (1st ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2007, 736p.

TANNAHILL, A. Beyond evidence – to ethics: a decision-making framework for health promotion, public health and health improvement. **Health Promotion International**, vol. 23, n. 4, 2008.

TEIXEIRA, M.B. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde**. 2002. Dissertação (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2002, 105p.

TODOROV, J.C.. A psicologia como o estudo de interações. **Psicologia: teoria e pesquisa**, vol. 23, n. especial, p. 57-61, 2007.

TOURINHO, E.Z.. O conceito de comportamento encoberto no behaviorismo radical de B.F. Skinner. In: BANACO, R.A. (Org.). **Sobre comportamento e cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em Análise do Comportamento e Terapia Cognitivista**. São Paulo: ARBytes Editora, 1997, p. 267-271.

TOURINHO, E.Z.. Relações comportamentais como objeto da Psicologia: algumas implicações. **Interação em Psicologia**, vol. 10, n. 1, p. 1-8, 2006.

TOURINHO, E.Z.. **Subjetividade e relações comportamentais**. São Paulo: Paradigma, 2009, 212p.

TWISS, M.A.J. ET. AL.. Community Gardens: Lessons Learned From California Healthy Cities and Communities. **American Journal of Public Health**, Vol. 93, n. 9, 2003.

VALLA, V.V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 14, suplemento 2, pp. 7-18, 1998.

VANHOOF, J. & PETEGEM, P.V. Evaluating the quality of self-evaluations: the (mis)match between internal and external meta-evaluation. **Studies in Educational Evaluation**, 36, p. 20-26, 2010.

VÁSQUEZ, A.S. **Ética**. (31ª. edição). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010, 304p.

WESTPHAL, M.F. & MENDES, R.. Cidade Saudável: uma experiência de Interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista de Administração Pública**, vol. 34, n. 6, p. 47-61, 2000.

WESTPHAL, M.F. Promoção da Saúde e a qualidade de vida. In: FERNANDEZ, J.C.A. & MENDES, R. (Orgs.) **Promoção da saúde e gestão local**. São Paulo: HUCITEC, 2007, p. 13-40.

WHO, EUROPEAN HEALTHY CITIES NETWORK. **Phase V (2009–2013) of the WHO European Healthy Cities Network: goals and requirements**. Copenhagen, Denmark: WHO, 2009, 34p.

WORTHEN, B.R.; SANDERS, J.R. & FITZPATRICK, J.L. **Avaliação de programas: concepções e práticas**. São Paulo: Editora Gente, 2004, 730p.

YARBROUGH, D.B. ET. AL. **The program evaluation standards: a guide for evaluators and evaluation users**. (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage, 2011, 384p.

ZILIO, D. & CARRARA, K.. B. F. Skinner: teórico da ciência e teórico da moral? **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, vol. 61, n. 2, p. 1-11, 2009.

ZÚÑIGA, R.B. & LAPERRIÈRE, H. Avaliação comunitária: conflitos verticais e ambigüidades metodológicas. In: BOSI, M.L.M. & MERCADO, F.J. **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006, p. 118-144.

**APÊNDICE A - Artigos selecionados, contendo estudos avaliativos,
no contexto do Movimento Cidades e Municípios Saudáveis.**

TÍTULO	ANO	AUTORIA	FONTE
Evaluating the implementation of the WHO Healthy Cities Programme across Germany (1999-2002)	2010	Plumer, K.D.; Kennedy, L.; Trojan, A.L.F.	Health Promotion International, 25 (3), 342-354
Can a regional government's social inclusion initiative contribute to the quest for health equity?	2010	Baum, F.; Newman, L.; Biedrzycki, K.; Patterson, J.	Health Promotion International, 25 (4), 474-482
Health impact assessment in planning: development of the design for health HIA tools	2010	Forsyth, A.; Slotterback, C.S.; Krizek, K.J.	Environmental Impact Assessment Review, 30, 42-51
Emergy-based urban ecosystem health evaluation of the Yangtze River Delta urban cluster in China	2010	SU, M.	Procedia Environmental Sciences, 2, 689-695
Measurement of social capital as an indicator of community-based initiatives (CBI) in the Islamic Republic of Iran	2009	Sheikh, M.R.; Ali, S.Z.; Hussain, A.; Shehzadi, R.; Afzal, M.M.	Journal of Health, Organization and Management, 23 (4), 429-441
Evaluation of recreational preferences of urban residents in Artvin (Turkey) in relation to sustainable urban development	2009	Kurdoglu, B.C.; Karasah, B.; Yilmaz, H.	International Journal of Sustainable Development & World Ecology, 16 (2), 109-116
City leadership for health and sustainable development: The World Health Organization European Healthy Cities Network	2009	Tsouros, A.	Health Promotion International, 24 (S1), i4-i10
Health in the urban environment: a qualitative review of the Brighton and Hove WHO Healthy City Program	2009	Hall, C.; Davies, J.K.; Sherriff, N.	Journal of Urban Health, 87 (1), 8-28
Community participation and empowerment in Healthy Cities	2009	Heritage, Z. & Dooris, M.	Health Promotion International, 24 (S1), i45-i55
The introduction of health impact assessment in the WHO European Healthy Cities Network	2009	Ison, E.	Health Promotion International, 24 (S1), i64-i71
City health development planning	2009	Green, G.; Acres, J.; Price, C.; Tsouros, A.	Health Promotion International, 24 (S1), i72-i80
Equity and social determinants of health at a city level	2009	Ritsatakis, A.	Health Promotion International, 24 (S1), i81-90
Healthy urban planning in European cities	2009	Barton, H.; Grant, M.; Mitcham, C. & Tsourou, C.	Health Promotion International, 24 (S1), i91-i99
National networks of Healthy Cities in Europe	2009	Lafond, L.J.; Heritage, Z.	Health Promotion International, 24 (S1), i100-i107

Evaluation findings on community participation in the California Healthy Cities and Communities program	2009	Kegler, M.C.; Painter, J.E.; Twiss, J.M.; Aronson, R.; Norton, B.	Health Promotion International, 24 (4), 300-310
Effectiveness of a capacity-building program for community leaders in a healthy living environment: a randomized community-based intervention in rural Vietnam	2008	Hien, L.T.T.; Tanako, T.; Seino, K.; Ohnishi, M.; Nakamura, K.	Health Promotion International, 23 (4), 354-364
Strengthening Community Leadership: Evaluation findings from the California Healthy cities and Communities Program	2008	Kegler, M.C.; Norton, B.; Aronson, R.E.	Health Promotion Practice, 9 (2), 170-179
Achieving organizational change: findings from case studies of 20 California healthy cities and communities coalitions	2008	Kegler, M.C.; Norton, B.L.; Aronson, R.E.	Health Promotion International, 23 (2), 109-115
Knowledge translation strategies in a community-university partnership: examining local Quality of Life (QoL)	2008	Williams, A.; Holden, B.; Krebs, P.; Muhajarine, N.; Waygood, K.; Randall, J.; Spence, C.	Soc Ind Res, 85, 111-125
Changes in quality of life perceptions in Saskatoon, Saskatchewan: comparing survey results from 2001 and 2004	2008	Williams, A.; Kitchen, P.; Randall, J.; Muhajarine, N.	Soc Ind Res, 85, 5-21
Emergence model of social and human capital and its application to the Healthy Municipalities project in Northeast Brazil	2007	Yuasa, M.; De Sá, R.F.; Pincovsky, S.; Shimanouchi, N.	Health Promotion International, 22 (4), 292-298
Achieving a "Broad view of health": findings from the California Healthy Cities and Communities Evaluation	2007	Aronson, B.E.; Norton, B.L.; Kegler, M.C.	Health Education & Behavior, 34 (3), 441-452
Lessons learned from the application of a participatory evaluation methodology to Healthy Municipalities, Cities and Communities initiatives in selected countries of the Americas	2007	Rice, M.; Franceschini, M.C.	Promotion & Education, XIV (2), 68-73
Health promotion capacity mapping: the Korean situation	2007	Nam, E.W.; Engelhardt, K.	Health Promotion International, 22 (2), 155-162
What makes for sustainable Healthy Cities initiatives? – a review of the evidence from Noarlunga, Australia after 18 years	2006	Baum, F.; Jolley, G.; Hicks, R.; Saint, K.; Parker, S.	Health Promotion International, 21 (4), 259-265
Intra-urban differentials in child dental trauma in relation to Healthy Cities policies in Curitiba, Brazil	2006	Moysés, S.J.; Moysés, S.T.; McCarthy, M.; Sheiham, A.	Health & Place, 12, 48-64
Skill improvement among colalition members in the California Healthy Cities and Communities Program	2006	Kegler, M.C.; Norton, B.L.; Aronson, R.E.	Health Education Research, 22 (3), 450-457

The effectiveness of human impact assessment in the Finnish Healthy Cities Network	2006	Kauppinen, T.; Nelimarkka, K.; Perttola, K.	Public Health, 120, 1033-1041
Implementation of the Healthy Cities principles and strategies: an evaluation of the Israel Healthy Cities Network	2006	Donchin, M.; Shemesh, A.A.; Horowitz, P.; Daoud, N.	Health Promotion International, 21 (4), 266-273
Evaluation of the Healthy Village Program in Kapit District, Sarawak, Malaysia	2006	Kiyu, A.; Steinkuehler, A.A.; Hashim, J.; Hall, J.; Lee, P.F.S.; Taylor, R.	Health Promotion International, 21 (1), 13-18
Participatory research to enhance vision sharing for Healthy Town initiatives in Japan	2004	Takano, T.; Nakamura, K.	Health Promotion International, 19 (3), 299-307
Evaluación del Movimiento de Municipios por la salud. Playa, 2001	2003	Ramos, G.S.; López, M.B.	Revista Cubana de Salud Pública, 29 (2), 139-146
The Dar Es Salaam urba health Project, Tanzania: a multi-dimension evaluation	2002	Harpham, T.; Few, R.	Journal of Public Health Medicine, 24 (2), 112-119
Healthy city projects in developing countries: the first evaluation	2001	Harpham, T.; Burton, S.; Blue, I.	Health Promotion International, 16 (2), 111-125
The implementation and evaluation of a Healthy Communities process in Central Alberta: some implications for public health practice	2000	Smith, N.	Public Health Management Practice, 6 (2), 11-20
A participatory evaluation model for Healthier Communities: developing indicators for New Mexico	2000	Wallerstein, N.	Public Health Reports, 115, 199-115
Achieving wider participation in strategic health planning: experience from the consultation phase of Liverpool's City Health Plan	2000	Strobl, J.; Bruce, N.	Health Promotion International, 15 (3), 215-225
Lessons for health strategies in Europe: the evaluation of a national health strategy in England	2000	Fulop, N.; Elston, J.; Hensher, M.; Mckee, M.; Walters, R.	European Journal of Public Health, 1, 11-17
Assessing community change at multiple levels: the genesis of an evaluation framework for the California Healthy Cities Project	2000	Kegler, M.C.; Twiss, J.M.; Look, V.	Health Education & Behavior, 27 (6), 760-779
Power between evaluator and community: research relationships within New Mexico's healthier communities	1999	Wallerstein, N.	Social Science & Medicine, 49, 39-53

Healthy Cities Evaluation: the co-ordinators perspective	1999	Boonekamp, G.M.M.; Colomer, C.; Tomás, A.; Nuñez, A.	Health Promotion International, 14 (2), 103-110
Evaluation of healthy city projects: stakeholder analysis of two projects in Bangladesh	1999	Burton, S.	Environment and Urbanization, 11 (1), 41-52
Developing the effectiveness of an intersectoral food policy coalition through formative evaluation	1997	Hawe, P.; Stickney, E.K.	Health Education Research, 12 (2), 213-225
The implementation of the Healthy Cities Project in Developing Countries: lessons from Chittagong	1996	Werna, E.; Harpham, T.	Habitat intel, 20 (2), 221-228
Healthy research in cities: a case study on the translation of health research into action in the Netherlands	1996	Dam, J.T.	Health Promotion International, 11 (4), 265-276
The evaluation of healthy city projects in developing countries	1995	Werna, E.; Harpham, T.	Habitat intel, 19 (4), 629-641
The Valencian community healthy cities network: assessment of the implementation process	1994	Nuñez, A.; Colomer, C.; Peiro, R.; Alvarez-Dardet, C.	Health Promotion International, 9 (3), 189-198
Preliminary results of an evaluation of three Healthy Cities initiatives in the Montreal area	1994	Ouellet, F.; Durand, D.; Forget, G.	Health Promotion International, 9 (3), 153-159
Healthy cities Australia: the evaluation of the pilot project in Noarlunga, South Australia	1992	Baum, F.; Cooke, R.	Health Promotion International, 7 (3), 181-193
Healthy Cities (Australia) project: issues of evaluation for the New Public Health	1989	Baum, F.; Brown, V.A.	Communities Health Studies, XIII (2), 140-149

APÊNDICE B – FICHA ELABORADA PARA A COLETA DE DADOS

OBJETIVO DA AVALIAÇÃO	
CONTEXTO DE OCORRÊNCIA	
OBJETO DA AVALIAÇÃO	
ATORES ENVOLVIDOS	

INSUMOS	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADOS

APÊNDICE C – APLICAÇÃO DOS PARÂMETROS E DIRETRIZES DO JCSEE (2011), UTILIZANDO O APLICATIVO DESENVOLVIDO PARA A PESQUISA

Etapa 1 – Abrir Formulários de Preenchimento

The screenshot shows an Excel spreadsheet with the following table structure:

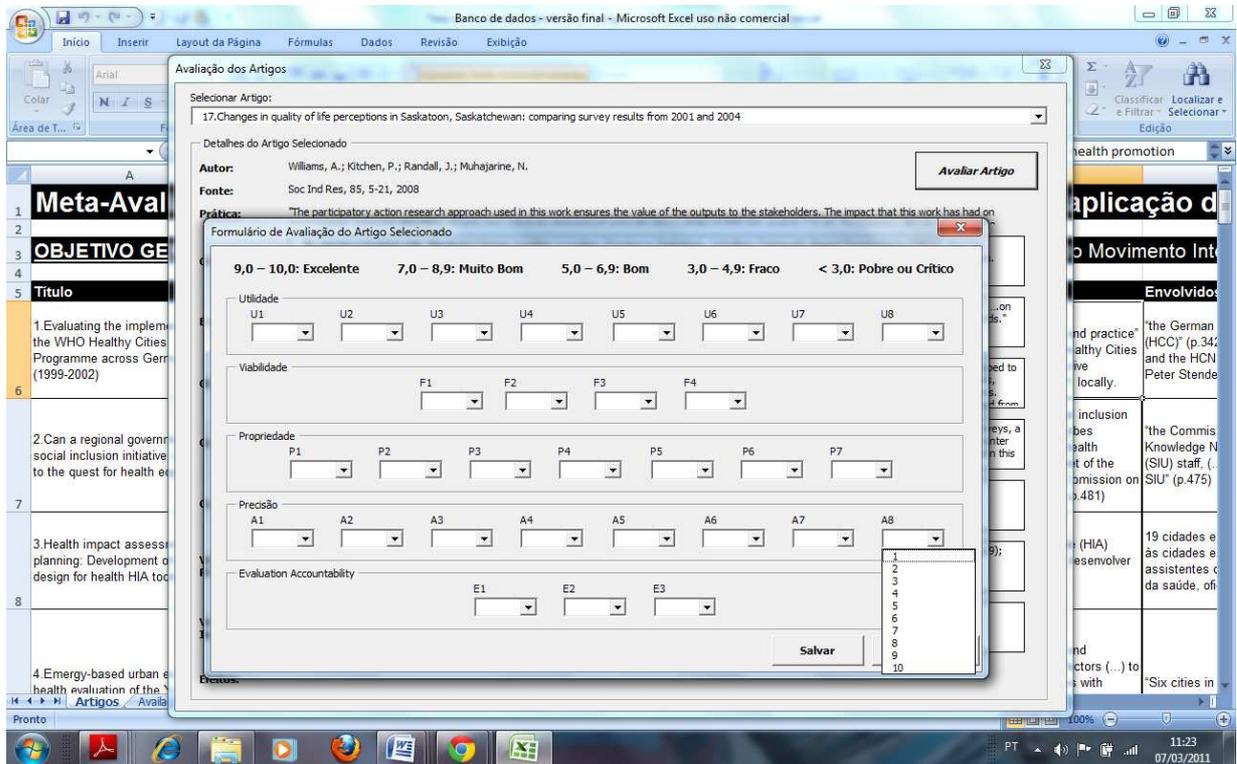
Objetivo	Título	Autor(es)	Fonte	Objetivo(s)	Envolvidos
1	1. Evaluating the implementation of the WHO Healthy Cities Programme across Germany (1999-2002)	Plumer, K.D.; Kennedy, L.; Trojan, A.L.F.	Health Promotion International, vol. 25, n. 3, 342-354, 2010	"to monitor progress and identify strengths and weaknesses associated with its implementation" (p.342); "and identification of lessons for health promotion practice" (p.344); "The research aim was to design an appropriate research tool to survey Healthy Cities Network Coordinators (HCC) across Germany to explore their individual and collective experiences relating to the implementation of the Healthy Cities Programme (HCP) locally."	"the German Healthy Cities (HCC)" (p.34) and the HCN Peter Stender
2	2. Can a regional government's social inclusion initiative contribute to the quest for health equity?	Baum, F.; Newman, L.; Biedrzycki, K.; Patterson, J.	Health Promotion International, vol. 25, n. 4, 474-482, 2010	"Our paper examines evidence from a rapid appraisal to determine whether a social inclusion initiative is a useful aspect of government action to reduce health inequity. It describes achievements in each specific area and the ways they can be expected to affect health inequity." (p.474); "the Social Inclusion Unit (Department of the Premier and Cabinet of the Government of South Australia), the Social Exclusion Knowledge Network of the Commission on the Social Determinants of Health, and the Australian Health Inequities Program" (p.481)	"the Commission on the Social Determinants of Health (SIU) staff, (...) (SIU)" (p.475)
3	3. Health impact assessment in planning: Development of the design for health HIA tools	Forsyth, A.; Slotterback, C.S.; Krizek, K.J.	Environmental Impact Assessment Review, n. 30, 42-51, 2010	"Introduzir e descrever uma série de ferramentas de avaliação de impacto na saúde (HIA) desenvolvidas para a prática de planejamento; examinar ferramentas disponíveis; desenvolver e testar novas e mais claras ferramentas."	19 cidades e as cidades assistentes da saúde, of
4	4. Energy-based urban ecosystem health evaluation of the Yangtze River Delta urban cluster in China	Su, Meirong	Procedia Environmental	"to measure and describe the urban ecosystem health status in terms of energy and materials metabolism, when combining with the classical urban ecosystem health factors (...) to identify regulatory directions for the improvement of the health status of those cities with"	"Six cities in

Etapa 2 – Selecionar o artigo com o estudo avaliativo a ser avaliado

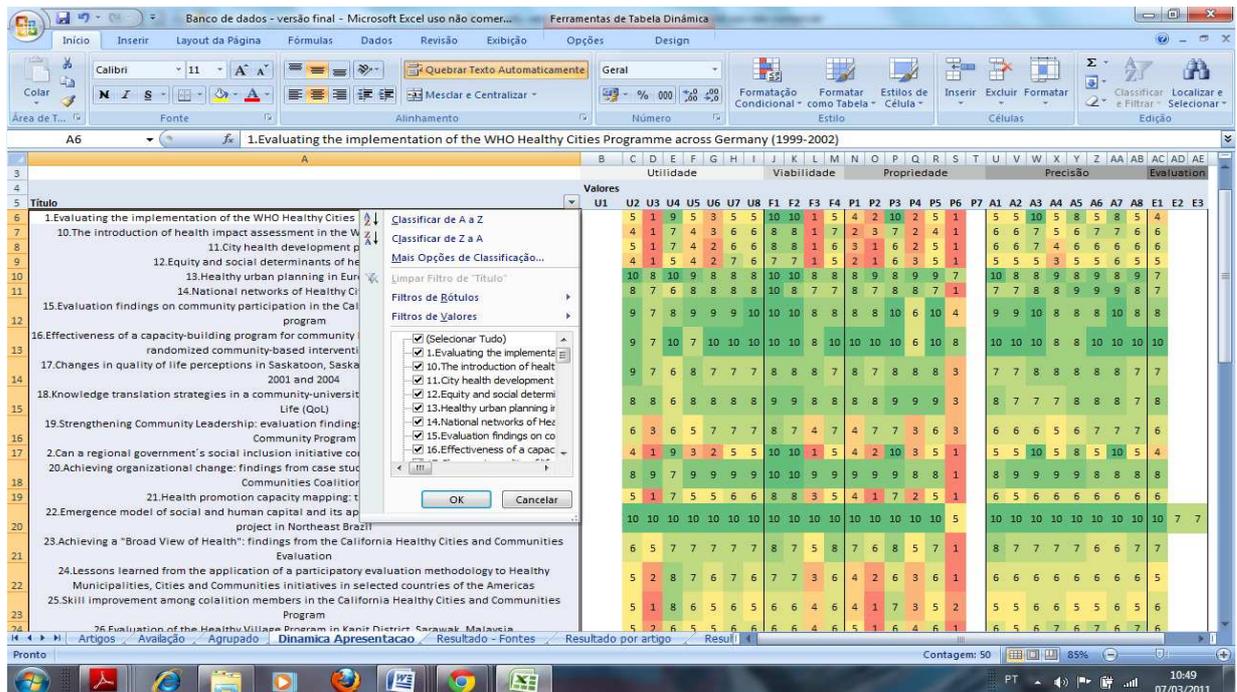
The screenshot shows the same Excel spreadsheet as in Step 1, but with a dialog box titled "Avaliação dos Artigos" open. The dialog box contains a list of article titles for selection:

- 1. Evaluating the implementation of the WHO Healthy Cities Programme across Germany (1999-2002)
- 2. Can a regional government's social inclusion initiative contribute to the quest for health equity?
- 3. Health impact assessment in planning: Development of the design for health HIA tools
- 4. Energy-based urban ecosystem health evaluation of the Yangtze River Delta urban cluster in China
- 5. Measurement of social capital as an indicator of community-based initiatives (CBI) in the Islamic Republic of Iran
- 6. Evaluation of recreational preferences of urban residents in Artvin (Turkey) in relation to sustainable urban development
- 7. Health in the Urban Environment: a qualitative review of the Brighton and Hove WHO Healthy City Program
- 8. City leadership for health and sustainable development: the World Health Organization European Healthy Cities Network

Etapa 3 – Preencher novo formulário, pontuando as diretrizes nos valores de 1 a 10



Produto gerado – Tabela dinâmica com o preenchimento de cores, de acordo com os critérios estabelecidos por Stufflebeam, em 1999.



ANEXO A – PARÂMETROS E DIRETRIZES ELABORADOS PELO JCSEE (2011)

PARÂMETROS E DIRETRIZES	DEFINIÇÕES
UTILITY	The utility standards are intended to increase the extent to which program stakeholders find evaluation processes and products valuable in meeting their needs.
U1 Evaluator Credibility	Evaluations should be conducted by qualified people who establish and maintain credibility in the evaluation context
U2 Attention to Stakeholders	Evaluations should devote attention to the full range of individuals and groups invested in the program and affected by its evaluation
U3 Negotiated Purposes	Evaluation purposes should be identified and continually negotiated based on the needs of stakeholders
U4 Explicit Values	Evaluations should clarify and specify the individual and cultural values underpinning purposes, processes, and judgments
U5 Relevant Information	Evaluation information should serve the identified and emergent needs of stakeholders
U6 Meaningful Processes and Products	Evaluations should construct activities, descriptions, and judgments in ways that encourage participants to rediscover, reinterpret, or revise their understandings and behaviors
U7 Timely and Appropriate Communicating and Reporting	Evaluations should attend to the continuing information needs of their multiple audiences
U8 Concern for Consequences and Influence	Evaluations should promote responsible and adaptive use while guarding against unintended negative consequences and misuse
FEASIBILITY	The feasibility standards are intended to increase evaluation effectiveness and efficiency
F1 Project Management	Evaluations should use effective project management strategies
F2 Practical Procedures	Evaluation procedures should be practical and responsive to the way the program operates
F3 Contextual Viability	Evaluations should recognize, monitor, and balance the cultural and political interests and needs of individuals and groups
F4 Resource Use	Evaluations should use resources effectively and efficiently
PROPRIETY	The propriety standards support what is proper, fair, legal, right and just in evaluations
P1 Responsive and Inclusive Orientation	Evaluations should be responsive to stakeholders and their communities
P2 Formal Agreements	Evaluation agreements should be negotiated to make obligations explicit and take into account the needs, expectations, and cultural contexts of clients and other stakeholders
P3 Human Rights and Respect	Evaluations should be designed and conducted to protect human and legal rights and maintain the dignity of participants and other stakeholders
P4 Clarity and Fairness	Evaluations should be understandable and fair in addressing stakeholder needs and purposes
P5 Transparency and Disclosure	Evaluations should provide complete descriptions of findings, limitations, and conclusions to all stakeholders, unless doing so would violate legal and propriety obligations
P6 Conflicts of Interests	Evaluations should openly and honestly identify and address real or perceived conflicts of interests that may compromise the evaluation

P7 Fiscal Responsibility	Evaluations should account for all expended resources and comply with sound fiscal procedures and processes
ACCURACY	The accuracy standards are intended to increase the dependability and truthfulness of evaluation representations, propositions, and findings, especially those that support interpretations and judgments about quality
A1 Justified Conclusions and Decisions	Evaluation conclusions and decisions should be explicitly justified in the cultures and contexts where they have consequences
A2 Valid Information	Evaluation information should serve the intended purposes and support valid interpretations
A3 Reliable Information	Evaluation procedures should yield sufficiently dependable and consistent information for the intended uses
A4 Explicit Program and Context Descriptions	Evaluations should document programs and their contexts with appropriate detail and scope for the evaluation purposes
A5 Information Management	Evaluations should employ systematic information collection, review, verification, and storage methods
A6 Sound Designs and Analyses	Evaluations should employ technically adequate designs and analyses that are appropriate for the evaluation purposes
A7 Explicit Evaluation Reasoning	Evaluation reasoning leading from information and analyses to findings, interpretations, conclusions, and judgments should be clearly and completely documented
A8 Communication and Reporting	Evaluation communications should have adequate scope and guard against misconceptions, biases, distortions, and errors
EVALUATION ACCOUNTABILITY	The evaluation accountability standards encourage adequate documentation of evaluations and a metaevaluative perspective focused on improvement and accountability for evaluation processes and products
E1 Evaluation Documentation	Evaluations should fully document their negotiated purposes and implemented designs, procedures, data, and outcomes
E2 Internal Metaevaluation	Evaluators should use these and other applicable standards to examine the accountability of the evaluation design, procedures employed, information collected, and outcomes
E3 External Metaevaluation	Program evaluation sponsors, clients, evaluators, and other stakeholders should encourage the conduct of external metaevaluations using these and other applicable standards

**ANEXO B – BASES DE DADOS DE RESUMOS SELECIONADAS
PARA A PESQUISA, DIVIDIDAS POR ÁREAS DE CONHECIMENTO**

ÁREA DO CONHECIMENTO	BASES DE DADOS
Multidisciplinares	<ul style="list-style-type: none"> • Web of Science • Academic Search Premier • General Science Abstracts Full Text • Scopus • Google Acadêmico
Ciências Biológicas e Ciências da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Web of Science • SciFinder Scholar (CAS Chemical Abstracts) • AGRICOLA Agricultural OnLine Access • AGRIS, CARIS • Biological Abstracts • CAB Abstracts • CINAHL • CSA Environmental Engineering Abstracts • Dentistry and Oral Sciences Source • FSTA Food Science and Technology Abstracts • General Science Abstracts Full Text • LILACS • MEDLINE PubMed (via BIREME) • MEDLINE PubMed (via National Library of Medicine) • MEDLINE PubMed (via OVID) • PsycINFO • Google Acadêmico • Scopus • SportDiscus
Ciências Agrárias	<ul style="list-style-type: none"> • Web of Science • SciFinder Scholar (CAS Chemical Abstracts) • AGRICOLA Agricultural OnLine Access • AGRIS, CARIS • Google Acadêmico • Biological Abstracts • Biological and Agricultural Index Plus • CAB Abstracts • CSA Environmental Engineering Abstracts • FSTA Food Science and Technology Abstracts • Scopus
Ciências Exatas e da Terra e Engenharias	<ul style="list-style-type: none"> • Web of Science • SciFinder Scholar (CAS Chemical Abstracts) • Applied Sciences and Technology Full Text • COMPENDEX EI Engineering Index • General Science Abstracts Full Text • SCOPUS • Google Acadêmico

<p>Ciências Sociais Aplicadas e Ciências Humanas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Web of Science • Google Acadêmico • Academic Search Premier • Art Full Text • Business Full Text • CSA National Criminal Justice Reference Service • CSA Social Services Abstracts • CSA Sociological Abstracts • EconLit • Education Full Text • ERIC (via CSA) • ERIC (via US Department of Education) • Humanities Abstracts Full Text • Information Science and Technology Abstracts:ISTA • Library and Information Science Abstracts: LISA • Library, Information Science and Technology Abstracts • Library Literature and Information Science Full Text • Philosopher's Index • PsylINFO • Scopus • SocIndex • Social Sciences Full Text • SportDiscus
--	---