



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ

**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DOUTORADO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO - SAÚDE COLETIVA**

SOLENA ZIEMER KUSMA

**AVALIAÇÃO DE EFETIVIDADE DE ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE:
VALIDAÇÃO DE UMA FERRAMENTA**

CURITIBA

2011

SOLENA ZIEMER KUSMA

**AVALIAÇÃO DE EFETIVIDADE DE ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE:
VALIDAÇÃO DE UMA FERRAMENTA**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Odontologia, Área de Concentração Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Simone Tetu Moysés

Co-orientador: Prof. Dr. Samuel Jorge Moysés

CURITIBA

2011

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central

K97a 2011	<p>Kusma, Solena Ziemer</p> <p>Avaliação de efetividade de estratégias da promoção de saúde : validação de uma ferramenta / Solena Ziemer Kusma ; orientadora: Simone Tetu Moysés ; co-orientador: Samuel Jorge Moysés. – 2011. 200 f. : il. ; 30 cm</p> <p>Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2011 Inclui bibliografias</p> <p>1. Saúde bucal. 2. Odontologia sanitária. 3. Promoção da saúde. 4. Atenção primária à saúde. I. Moysés, Simone Tetu. II. Moysés, Samuel Jorge. III. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. IV. Título.</p> <p>CDD 20. ed. – 617.6</p>
--------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Odontologia

TERMO DE APROVAÇÃO

SOLENA ZIEMER KUSMA

AVALIAÇÃO DE EFETIVIDADE DE ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: VALIDAÇÃO DE UMA FERRAMENTA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como parte dos requisitos parciais para a obtenção do Título de **Doutor em Odontologia**, Área de Concentração em **Saúde Coletiva**.

Orientador (a):

Prof^a Dr^a Simone Tetu Moysés
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, PUCPR

Prof. Dr. Samuel Jorge Moysés
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, PUCPR

Prof^a Dr^a Beatriz Helena Sottile França
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, PUCPR

Prof. Dr. Richard G. Watt
Programa de Pós-Graduação Dental Public Health, UCL

Prof. Dr. Paulo Savio Angeiras de Goes
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, UFP

Curitiba, 18 de fevereiro de 2011.

Dedico esta tese aos meus pais Carlos e Eliane, meus irmãos Karla, Carlos Jeferson e Carlos André, aos meus sobrinhos Karla Gabriela e Guilherme e ao meu cunhado André, com todo meu amor...

AGRADECIMENTOS

“Um sonho sonhado sozinho, é apenas um sonho. Um sonho sonhado juntos é o início de uma nova realidade...”

Esse é um momento muito especial, é um sonho que se tornou realidade, agradeço a todos aqueles que partilharam dessa etapa tão importante da minha vida pessoal e profissional.

Em primeiro lugar agradeço a **Deus**, meu paizinho amado, que esteve comigo em todos os momentos me dando forças, entusiasmo, sabedoria e discernimento.

Não tenho palavras suficientes para expressar meu profundo agradecimento a minha querida orientadora, **Simone Tetu Moysés**, além de professora, me auxiliando a trilhar esse caminho da pesquisa científica na promoção da saúde, foi uma grande amiga me apoiando em todos os momentos de angústia, fadiga, de tristezas e alegrias. Foram tantos momentos vividos, que é difícil expressar em tão poucas palavras tudo o que compartilhamos e vivemos nesses *nove anos* de parceria. Ela esteve presente em toda minha trajetória, me “lapidando” enquanto pesquisadora. À ela todo meu carinho, reconhecimento e afeição. Um agradecimento especial ao meu co-orientador, **Samuel Jorge Moysés**, sua sabedoria, idéias e críticas, sempre construtivas, foram imprescindíveis para o desenvolvimento e finalização dessa pesquisa.

Agradeço ao meu eterno Professor **Richard Watt**, que com disponibilidade e atenção norteou esta proposta de pesquisa, e hoje, vem de tão longe prestigiar e contribuir para o *grand finale* deste trabalho.

Ao Professor e amigo **Paulo Goes**, que com carinho, atenção e dedicação, sendo membro do nosso grupo de estudo, foi determinante durante a construção, aplicação e validação do instrumento, enriquecendo os resultados e achados desta tese.

À Professora **Beatriz Helena Sottile França**, que fez parte dessa conquista gentilmente aceitando fazer parte da minha banca, nos momentos de ansiedade intensa me motivou com seu entusiasmo, atenção e amizade.

À Professora e amiga **Márcia Olandoski**, que deu o norte a toda análise estatística dessa pesquisa. À Professora e amiga **Márcia Cubas**, que desde o primeiro momento desta tese esteve presente me aconselhando, dando “aquele” suporte emocional.

Às professoras **Luciana Reis A. Alanis** e **Evelise Machado de Souza** que participaram brilhantemente da minha qualificação da tese do doutorado.

Ao **Grupo AIPS** (Ações Intersetoriais de Promoção da Saúde) por todas as amizades construídas e conhecimento consolidado no campo de avaliação da Promoção da Saúde. Em especial à Dais, Ronice, Socorro e Rosane. **Dais**, com sua gentileza, amizade e carinho, participou da validação de face, uma das etapas mais importantes dessa pesquisa; **Ronice**, com sua capacidade técnica, experiência prática e generosidade no compartilhamento dos seus conhecimentos, enriqueceu minha trajetória nesse processo de doutoramento; **Socorro**, querida *Help*, que com seu enorme coração de mãe e jeitinho carinhoso sempre me motivou a persistir na busca dos meus objetivos. Em nome de **Rosane**, quero agradecer também à **Fernando**, **Iuri** e **Caio**, por toda hospitalidade, carinho, segurança e *sentimento de família* que me dispensaram nos dias em que estive em Recife na coleta de dados.

Agradeço a **Equipe da Secretaria de Saúde de Curitiba**, em nome do *Toni* e de todos os coordenadores de distritos da cidade que foram parceiros no suporte ao desenvolvimento desta pesquisa, principalmente na coleta de dados. À **Coordenação da Saúde Bucal de Recife**, na pessoa de **Bruno** e **Fábio**, por todo suporte e apoio durante a coleta de dados.

Aos meus colegas de doutorado, em especial, **Mariângela**, **Rafael**, **Lucimara**, **Maria Lúcia**, **Izabel**, **Roberto** e **Koch**, vocês foram meus parceiros e companheiros nessa longa jornada. Seus palpites e questionamentos durante nossos seminários enriqueceram este trabalho. **Mari** e **Rafa** vocês foram pessoas mais que especiais nesses três anos de convívio. Desde o primeiro momento me incentivaram para a carreira acadêmica, sendo fundamentais no “ponta pé inicial” da minha atividade docente. A **Neide**, secretária do PPGO, por todo suporte e amizade no decorrer dos anos de curso. Ao **João**, meu colega de mestrado do PPGTS, por todo apoio, “troca de figurinhas”, e oportunidade de fazer parte da sua história enquanto pesquisador. Aos colegas de mestrado da Saúde Coletiva **Gerson**, **Sandra** e **Edeny**, pelos palpites, sugestões, suporte e companheirismo.

À **Coordenação do Curso de Medicina** da PUCPR que me acolheu tão carinhosamente e oportunizou que eu pudesse transmitir o conhecimento adquirido ao longo de todos esses anos de estudo. Ao **Dr Emilton Lima Junior**, exemplo a ser seguido como ser humano, líder e profissional, me deu a oportunidade *mais desejada* da minha vida, ser docente na área da Epidemiologia e Saúde Coletiva. Como um pai carinhoso, sempre esteve me aconselhando e guiando nesta etapa da minha vida. À **Dra Lídia Ana Z Moura**, com seu entusiasmo, alegria e extrema

competência também me acolheu de maneira muito carinhosa nesse momento da minha vida. À **Márcia Borba** “quebrando todos os galhos” e agilizando meu processo de trabalho. Aos meus **alunos da medicina**, que compreenderam as minhas ausências, me apoiaram, participando ativamente do meu aprendizado, e sempre reconhecendo o meu trabalho com muito carinho.

À **Débora Chong**, minha grande amiga e companheira, que desde o início do doutorado e da minha vida como docente me ouviu, aconselhou, direcionou e apoiou. À **Cíntia**, querida amiga do coração, confidente, que desde a faculdade compartilhou os momentos importantes da minha vida. Nesses três anos cuidou do nosso consultório e dos meus pacientes nas minhas inúmeras ausências, a você todo meu carinho e consideração. Às queridas amigas de infância **Patricinha** e **Fabrina (Nêga)** vocês desde sempre me deram toda a motivação, carinho e suporte nessa longa jornada.

Às amigas de longe, minha querida **Raman**, amiga de mestrado, se tornou a minha irmã da Índia, que mesmo tão distante participou ativamente de todo o desenvolvimento dessa tese. E **Bruna**, amiga de Vitória, sua amizade foi tão especial, que mesmo à distância compartilhou de todos os sentimentos alegres e angustiantes dessa etapa da minha vida.

Às **Irmãs e Monjas do Mosteiro do Encontro**, por todo carinho, amizade e oração em todos esses anos de estudo. Vocês me acolheram sempre que precisei de “silêncio” para colocar os pensamentos e sentimentos em ordem.

Ao meu querido **Robson**, companheiro incansável, de *tantas* noites mal dormidas, que sempre com tanto carinho esteve ao meu lado me ouvindo, aconselhando e apoiando em todas as finalizações desta tese.

À minha amada **FAMÍLIA**, meus pais, Carlos e Eliane, por todo amor, confiança, motivação e investimento nessa longa trajetória de 25 anos da minha formação acadêmica. Aos meus irmãos Karla, Jeferson e Dedé, todo meu carinho e gratidão pela paciência com meus momentos de cansaço e estresse. À minha amada sobrinha e afilhada Bibi, inconstante e querendo atenção, é a razão da minha alegria de viver e vontade de superação. Ao meu cunhado André, por todo suporte e carinho, ao pequeno e amado sobrinho Guilherme, com seu olhar sorridente, cheio de ternura, enche meu coração de alegria. E à minha amada tia Adriana pelo exemplo e motivação na minha escolha profissional.

RESUMO

A necessidade de avaliar práticas de promoção da saúde com base em metodologias adequadas tem sido foco da atenção de pesquisas recentes. A existência de instrumentos confiáveis para avaliar a efetividade destas práticas é importante tanto para a maior compreensão na tomada de decisão quanto para a sustentabilidade de intervenções efetivas para a promoção da qualidade de vida da população. O objetivo deste estudo foi desenvolver uma ferramenta de avaliação de efetividade de estratégias de promoção da saúde, com ênfase em saúde bucal, para o contexto brasileiro. A metodologia utilizada compreendeu três fases. Inicialmente foi realizada uma revisão sistemática e de conceituação metodológica de conhecimentos sobre avaliação de promoção da saúde, da qual resultou a construção de um modelo teórico referencial. Em seguida, uma matriz com 23 descritores, que contemplam os pilares e valores da promoção da saúde, foi validada por meio da Técnica do Grupo Nominal, por um grupo de especialistas em saúde bucal. Esta matriz serviu como base para a elaboração do instrumento de avaliação proposto. A terceira fase do estudo compreendeu a validação da ferramenta, em dois diferentes contextos de atuação na Atenção Primária à Saúde no Brasil, nas cidades de Curitiba-PR e Recife-PE. A avaliação final da matriz resultou na construção de uma ferramenta válida de avaliação de estratégias de promoção da saúde bucal, a qual poderá apoiar o fortalecimento de capacidades locais e instrumentalizar profissionais e gestores da saúde para tomada de decisão nos diferentes territórios de atuação, com escolhas político-teóricas coerentes e baseadas nas melhores evidências disponíveis sobre a efetividade das intervenções planejadas.

Palavras-chave: promoção da saúde, avaliação de efetividade, atenção primária em saúde.

ABSTRACT

The need to evaluate health programs based on suitable methodologies has been the focus of attention of recent research. The existence of reliable instruments to identify the factors that influence the effectiveness of health promotion practice is important for greater understanding in decision making and for the development of effective interventions to promote quality of life. The aim of this study was to develop and validate an instrument to evaluate the effectiveness of health promotion strategies, with emphasis on oral health, for the Brazilian context. The methodology comprised three stages. First of all, a systematic review and methodological conceptualization of knowledge about the evaluation of health promotion were conducted, which resulted in the construction of a theoretical model of reference. Then, a matrix with 23 descriptors, which include the pillars and values of health promotion, was validated through Nominal Group Technique, by a group of experts in oral health. This matrix was the basis for establishing the proposed instrument. The last stage of the study was the instrument validation in two different settings of Primary Health Care in Brazil, in the cities of Curitiba-PR and Recife-PE. The final evaluation of the matrix resulted in the construction of an instrument to evaluate oral health promotion strategies effectiveness, which can support the building of local capacities and instrumentalize professionals teams and health managers for decision making in different activity areas, with coherent political-theoretical choices based on best available evidence on effectiveness of planned interventions

Key-Words: *health promotion, effectiveness evaluation, primary health care.*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 ARTIGO 1 PROMOÇÃO DA SAÚDE: PERSPECTIVAS AVALIATIVAS PARA A SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	14
3 ARTIGO 2 – VERSÃO PORTUGUÊS VALIDAÇÃO DE UM MODELO TEÓRICO E UMA MATRIZ DE DESCRITORES PARA AVALIAÇÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL	41
4 ARTIGO 2 – VERSÃO INGLÊS VALIDATION OF A THEORETICAL MODEL AND A MATRIX OF DESCRIPTORS FOR ORAL HEALTH PROMOTION EVALUATION	60
5 ARTIGO 3 – VERSÃO PORTUGUÊS ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE EFETIVIDADE DE PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL	79
6 ARTIGO 3 – VERSÃO INGLÊS ELABORATION AND VALIDATION OF AN INSTRUMENT FOR EFFECTIVENESS EVALUATION OF ORAL HEALTH PROMOTION	108
7 CONCLUSÃO	135
8 REFERÊNCIAS	137
APÊNDICE A PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ	139
APÊNDICE B OFICINA DE VALIDAÇÃO DE FACE – TÉCNICA DO GRUPO NOMINAL	140
APÊNDICE C INSTRUMENTO UTILIZADO PARA O PROCESSO DE VALIDAÇÃO INTERNA	152
APÊNDICE D VERSÃO FINAL DA FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO DE EFETIVIDADE DE ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL	164
ANEXO A NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS – CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA	181

ANEXO B NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS – HEALTH PROMOTION INTERNATIONAL.....	188
ANEXO C NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS – COMMUNITY DENTISTRY AND ORAL EPIDEMIOLOGY	197

1 INTRODUÇÃO

A Odontologia pública brasileira, como parte da Atenção Primária em Saúde e das ações de Vigilância em Saúde, é integrante de uma cadeia de produção social em saúde, e depara-se com desafios importantes para responder com efetividade às situações e problemáticas que exigem enfrentamento cotidiano. Tais desafios, de natureza teórico-metodológica, prática e avaliativa, se manifestam tanto na necessidade de demonstrar resolutividade na assistência clínica (tão necessária a maioria dos brasileiros), como na formulação de políticas intersetoriais sustentáveis, de natureza mais abrangente e que possam impactar positivamente os principais indicadores epidemiológicos de saúde bucal (Moysés, 2008).

Nos últimos anos, observa-se um esforço para promover uma maior integração da saúde bucal aos serviços de saúde em geral, possibilitando a sinergia de saberes e práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde, atuação sobre determinantes sociais do processo saúde-doença, prevenção de riscos e doenças, e a consequente incorporação de práticas baseadas em evidências de efetividade (ANS, 2007).

O pouco conhecimento sobre a efetividade de estratégias de promoção da saúde, com ênfase em saúde bucal, pode ser justificado em parte, pela inexistência de instrumentos válidos para tal finalidade. Alguns resultados de avaliação de ações em saúde bucal publicados apresentam valores limitados, são resultados focados em doenças e resultados clínicos, além de não serem passíveis de comparação (Watt *et al.*, 2006).

No Brasil, a dicotomia entre a teoria e a prática na área da promoção da saúde, aliada ao distanciamento entre o pensar da academia e o fazer da prestação de serviços, impõe limitações tanto no desenvolvimento de estratégias consistentes de promoção da saúde, quanto na construção de evidências de sua efetividade. Alguns aspectos ligados a esta realidade podem ser caracterizados pela incipiente cultura de avaliação; imprecisão conceitual relacionada à promoção da saúde, seus campos de ação e estratégias; freqüente fragmentação das ações em programas e intervenções; desconhecimento ou pouco domínio das metodologias de avaliação das ações em saúde na lógica da promoção da saúde, além da resistência à

avaliação por parte de alguns gestores. Isso implica na ausência de avaliação dos programas, dificultando sua readequação às demandas e aos ajustes técnicos, podendo comprometer o acesso a recursos que assegurem sua continuidade (Lima *et al.*, 2009). Faz-se necessário, portanto, promover esta articulação no domínio de conceitos e na utilização de estratégias de avaliação de promoção da saúde para a qualificação das práticas neste contexto.

A atual Política Nacional de Promoção de Saúde no Brasil aponta como responsabilidade das três esferas de governo o estabelecimento de instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto e implementação das estratégias desenvolvidas no país. Tal política tem como uma de suas diretrizes o incentivo à pesquisa em promoção da saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas, além da divulgação de iniciativas voltadas para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando metodologias participativas e o saber popular (Brasil, 2006). A Saúde Bucal pública brasileira, como decorrência da implementação de políticas de Promoção e Vigilância em Saúde Bucal, explicita a necessidade de se aprimorar e investir em estratégias avaliativas que permitam avaliar não somente os resultados e impacto das intervenções, como também o processo político e social para alcançar os objetivos estabelecidos (De Salazar, 2004).

A necessidade de avaliar programas e desenvolver metodologias adequadas tem sido foco da atenção de pesquisas recentes. A avaliação de ações de promoção da saúde representa um desafio metodológico e estratégico para a construção de evidências de efetividade de práticas que possam apoiar processos de gestão em saúde. A existência de instrumentos válidos para identificar os fatores que exercem influência na efetividade de práticas de promoção da saúde é importante tanto para a maior compreensão na tomada de decisão quanto para a elaboração de intervenções efetivas para a promoção da qualidade de vida da população local. Além disso, o processo avaliativo pode fortalecer capacidades para a ação, oportunizar reflexões, discussões coletivas e aprendizagens de indivíduos e grupos envolvidos, assumindo assim uma dimensão política e um fim social (De Salazar, 2007; Franco de Sá e Moysés, 2009).

O objetivo geral desta tese foi desenvolver uma ferramenta de avaliação de efetividade de estratégias de Promoção da Saúde, com ênfase em Saúde Bucal, no

contexto brasileiro, referenciada nas diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde, Política Nacional da Atenção Básica em Saúde e da Política Nacional de Saúde Bucal, contribuindo para a consolidação da vigilância em saúde bucal e instrumentalização de processos de gestão com base em evidências de efetividade na área da promoção da saúde.

Os objetivos específicos da tese foram:

- a) Revisar sistematicamente e promover a contextualização de estratégias metodológicas de avaliação de Promoção da Saúde consideradas relevantes no processo de construção e desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil;
- b) Propor uma matriz de descritores de Avaliação de Efetividade de Estratégias de Promoção da Saúde, com ênfase em Saúde Bucal, desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde em Sistemas Municipais de Saúde;
- c) Elaborar e validar uma ferramenta de referência para tomadores de decisões, envolvendo profissionais técnicos e gestores, sobre a avaliação de efetividade de programas vinculados à Política Nacional de Promoção da Saúde Bucal, em diferentes contextos de atuação na Atenção Primária em Saúde no Brasil.

Esta tese buscou suporte em diferentes metodologias propostas e utilizadas para a reflexão coletiva do contexto brasileiro. A troca de experiências e conhecimentos sobre metodologias de avaliação foi a base para a construção da ferramenta de avaliação de ações de Promoção de Saúde Bucal, vinculada à Política de Saúde Bucal no Brasil.

Três etapas foram propostas para a condução do processo de construção do instrumento e indicadores de avaliação.

A primeira etapa foi a sistematização e conceituação metodológica de Estratégias de Avaliação de Promoção de Saúde Bucal. Essa etapa previu uma compilação de conhecimentos relacionados à Promoção da Saúde no contexto nacional e internacional, Políticas Nacionais de Atenção Básica, Promoção da Saúde e da Saúde Bucal, além das informações relacionadas à avaliação de estratégias de Promoção da Saúde. Os resultados dessa etapa são apresentados no Artigo 1 desta tese, sob o título *“Promoção da Saúde: Perspectivas Avaliativas para a Saúde Bucal na Atenção Primária em Saúde”*.

Na segunda etapa foi realizada a validação semântica e validação de face de uma matriz de descritores. Considera-se que um processo de validação bem definido e documentado, com base em uma metodologia robusta, fornece evidência objetiva de que o método proposto é adequado ao uso pretendido (Barros, 2002). Para a validação da matriz de descritores foi utilizada a Técnica do Grupo Nominal (Jones e Hunter, 1995). Os resultados deste processo são apresentados no Artigo 2, intitulado *“Validação de um Modelo Teórico e uma Matriz de Descritores para Avaliação da Promoção da Saúde Bucal”*.

Na terceira etapa do estudo o instrumento proposto foi aplicado em diferentes contextos de atuação da Atenção Primária em Saúde no Brasil, nas cidades de Curitiba-PR e Recife-PE, para validação de conteúdo da matriz de indicadores. O processo incluiu a validação do constructo, consistência interna, e reprodutibilidade. Este processo norteou o desenvolvimento do formato final da ferramenta de avaliação de efetividade de estratégias de promoção da saúde bucal proposta. Esta etapa do estudo é apresentada no Artigo 3, intitulado *“Elaboração e Validação de um instrumento de Avaliação de Efetividade de Promoção da Saúde Bucal”*.

2 ARTIGO 1

O artigo foi submetido para o periódico “Cadernos de Saúde Pública”.

PROMOÇÃO DA SAÚDE: PERSPECTIVAS AVALIATIVAS PARA A SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE¹

RESUMO

A avaliação de ações de promoção da saúde é um desafio metodológico e estratégico para a construção de evidências de efetividade de práticas que possam apoiar processos de gestão em saúde. O emprego de métodos adequados de avaliação da promoção da saúde, baseado na análise participativa de processos e contextos locais, é indispensável para o sucesso das intervenções e para a formulação e implementação de políticas. A política pública de Promoção e Vigilância em Saúde Bucal no Brasil explicita a necessidade de se aprimorar e investir em estratégias avaliativas da efetividade de práticas de promoção da saúde bucal desenvolvidas no contexto da atenção primária à saúde que permitam avaliar não somente os resultados e impacto das intervenções, como também o processo político e social para alcançar os objetivos estabelecidos. Este artigo de revisão se propõe a sistematizar a literatura no campo da avaliação da efetividade de estratégias de promoção da saúde, definir um modelo teórico e propor uma matriz de descritores, explorando a base referencial que conforma os pilares e valores da promoção da saúde e práticas com potencialidade para reduzir situações de fragilidade de grupos populacionais, combater iniquidades sanitárias e ambientais e incorporar a participação e o controle social na gestão pública da saúde.

Palavras Chave: promoção da saúde, atenção primária em saúde, avaliação.

¹ Este artigo é parte integrante da Tese intitulada: “Avaliação de Efetividade de Estratégias de Promoção da Saúde: validação de uma ferramenta”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Área de Concentração – Saúde Coletiva da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

ABSTRACT

The evaluation of health promotion (HP) actions is a strategic and methodological challenge to build effectiveness evidence for practices that might support health management processes. The adoption of suitable evaluation HP methods, based on participative analysis processes and local contexts, is essential for success of interventions and policies formulation and implementation. The Promotion and Surveillance in Oral Health policy in Brazil clarifies the need to improve and invest in evaluating strategies for the effectiveness of oral health promotion practices developed in the primary health care context to evaluate, not only the results and impact of interventions, but also the political and social process to achieve the established goals. This article aims to systematize the evaluation effectiveness of health promotion strategies evidences, to define a theoretical framework and to purpose a matrix of descriptors, exploring the framework of health promotion and practices within the potentiality to reduce fragility of population groups, tackle inequalities and incorporate participation in public health management.

Key-words: *health promotion, primary health care, evaluation.*

1 INTRODUÇÃO

A área da saúde bucal no Brasil, como parte integrante da Atenção Primária à Saúde e das ações de Vigilância em Saúde, depara-se com desafios importantes para responder com efetividade às situações e problemáticas que exigem enfrentamento cotidiano. Tais desafios, de natureza teórico-metodológica, prática e avaliativa, se manifestam tanto na necessidade de demonstrar resolutividade na assistência clínica (tão necessária a maioria dos brasileiros), como na formulação de políticas intersetoriais sustentáveis, de natureza mais abrangente e que possam impactar positivamente os principais indicadores epidemiológicos de saúde bucal¹.

Nos últimos anos, observa-se um esforço para promover uma maior integração da saúde bucal aos serviços de saúde em geral, possibilitando a sinergia de saberes e práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde, atuação sobre determinantes sociais do processo saúde-doença, prevenção de riscos e doenças, e a consequente incorporação de práticas baseadas em evidências de efetividade².

Entretanto, boa parte das práticas anunciadas como de “promoção da saúde”, sobretudo no nível da atenção primária, ainda são limitadas a estratégias baseadas em modelos tradicionais de intervenções educativo-preventivas centradas em higiene bucal supervisionada, palestras, aplicações de fluoretos, desenvolvidas prioritariamente em ambientes escolares³. Algumas destas intervenções sabidamente apresentam problemas em sua operacionalização e na força de evidência científica, caracterizando ações divergentes e inconsistentes⁴. Revisões sistemáticas da literatura têm reafirmado a baixa força de evidências quanto ao impacto de intervenções preventivas/educativas convencionais no campo da odontologia⁵⁻⁹. Algumas das mais sérias limitações destas ações devem-se ao fato de não produzirem melhorias sustentáveis no médio e longo prazo na saúde bucal de populações, sendo paliativas em sua natureza, ignorando amplamente os fatores estruturais que determinam uma saúde bucal deficiente. Paradoxalmente, um dos possíveis resultados destas ações focalizadas em indivíduos é que as iniquidades, ao contrário de serem reduzidas, podem ser agravadas, já que aqueles que têm mais recursos (materiais, cognitivos, contextuais) estão mais aptos a serem

beneficiados pelas intervenções executadas. Esse não é um problema exclusivo da saúde bucal, pois outras áreas da saúde têm destacado as mesmas limitações da abordagem clínica preventiva ou das práticas educativas mais individualizadas^{10,11}.

Entender a promoção da saúde como estratégia para o processo de reformulação de práticas sanitárias emerge, portanto, como o ponto de partida para o enfrentamento de desafios. A promoção da saúde, além de ser uma das ações estratégicas da vigilância em saúde, é um dos eixos centrais estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para a construção de uma abordagem integral do processo saúde-doença¹².

Nesta linha, é lícito advogar por uma promoção da saúde bucal que busca alcançar melhoras sustentáveis neste campo de atividade humana, reduzindo iniquidades por meio de ações direcionadas a seus principais determinantes^{10,13}. Isto implica no desenvolvimento de ações multidimensionais e intercomplementares, de base populacional, que potencializem fatores protetivos (positivos) de saúde. Tais ações são comprometidas com o direito à saúde, à equidade e à cidadania, assim como voltadas ao desenvolvimento humano e a proteção social, mantendo uma fina sintonia com as necessidades e demandas de saúde de indivíduos e populações em territórios e grupos populacionais específicos, contextualizadas de acordo com suas condições de vida.

Desenvolver ações nesta direção exige o estabelecimento de uma agenda de políticas públicas saudáveis como referência central para a ação institucionalizada em saúde bucal, fortalecendo estruturas e processos comprometidos com a promoção da saúde. Além disso, é necessária uma proativa busca de conhecimento para fundamentar as práticas de promoção da saúde, o que impõe o investimento consistente no desenvolvimento da força de trabalho em saúde, e a capilarização com busca de legitimação social sobre a importância das estratégias de promoção da saúde bucal¹⁴.

Cabe aos serviços, então, ampliar o entendimento da promoção da saúde no contexto da atenção primária, estabelecendo-o como referência para todo o processo de trabalho, expandindo o conceito de saúde para além da assistência a pessoas doentes, promovendo a qualidade de vida por meio de intervenções sobre os fatores que colocam a população em risco¹⁵.

Semelhantes ações incluem os indivíduos, suas famílias, e os territórios geopopulacionais onde vivem e trabalham, tendo em conta um amplo arco de possibilidades individuais e comunitárias que passam por geração de trabalho e renda dignos, provimento de habitação e alimentação suficientes e saudáveis, saneamento adequado, lazer e cultura da paz e da não violência, dentre outros. Elas objetivam, por meio da defesa da saúde, fazer com que as condições de vida saudável sejam cada vez mais possíveis, favorecendo escolhas pessoais em prol da saúde. As cidades, os locais de trabalho, as escolas, os territórios operativos das Equipes de Saúde da Família, são exemplos de ambientes onde estas ações têm sido implementadas, visando o fortalecimento do protagonismo do nível local, incentivando a equidade, a colaboração intersetorial e a participação popular¹⁶⁻¹⁸.

Embora se reconheça avanços na incorporação de novos conhecimentos e nas práticas de promoção da saúde bucal na última década, na esfera pública, ainda assim um conjunto desafiador de problemas envolvendo o perfil epidemiológico das doenças bucais e a resolutividade da atenção permanece vivo no debate político, científico e de gestão de serviços.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em seu relatório "Saúde Bucal Mundial - 2003", enfatizou que, apesar de grandes melhorias no estado de saúde bucal de populações em período recente, problemas graves ainda persistem¹⁹. O relatório aponta como desafios principais no futuro a tradução do conhecimento já existente e experiências efetivas de prevenção de doenças e promoção da saúde em programas de ação estratégica apoiados nas evidências sobre melhores práticas, contextualizadas nos territórios de atuação.

A atual Política Nacional de Promoção de Saúde no Brasil aponta como responsabilidade das três esferas de governo o estabelecimento de instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto/implementação dos objetivos definidos na referida política. Os instrumentos deveriam estar centrados nos princípios e valores da promoção da saúde, incluindo a integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação, além da sustentabilidade. A política ainda aponta como uma de suas diretrizes o incentivo à pesquisa em promoção da saúde e a divulgação de iniciativas efetivas para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando metodologias participativas e o saber popular²⁰.

Nesta mesma perspectiva e como decorrência da implementação da Política Nacional de Saúde Bucal centrada na promoção e vigilância em saúde bucal, demanda-se o aprimoramento e investimento em estratégias avaliativas que suportem a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde bucal. Assim, avaliar práticas com o objetivo de apoiar a gestão da atenção primária em saúde implica no uso de metodologias que permitam avaliar não somente os resultados e impacto das intervenções, mas também o processo político e social para alcançar os objetivos de forma sustentável²¹.

Com base nessas premissas, este artigo objetiva sistematizar a literatura no campo da avaliação de efetividade de estratégias de promoção da saúde bucal, definir um modelo teórico e propor uma matriz de descritores, explorando a base referencial dos pilares e valores da promoção da saúde contextualizados nas práticas de atenção primária em saúde.

2 AVALIAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE: UM DESAFIO METODOLÓGICO E ESTRATÉGICO

A avaliação de ações de Promoção da Saúde traz um complexo desafio metodológico²². Avaliação constitui um recurso técnico e político relevante para a busca de reorientação da racionalidade das práticas de saúde²³. Pode ser considerada um julgamento sobre uma prática social ou qualquer dos seus componentes, em diferentes contextos e espaços sociais, com o objetivo de auxiliar na tomada de decisão informada, apoiando-se em métodos robustos que respondam adequadamente a formulações teórico-políticas que guiam as estratégias de intervenção na realidade. Quando a avaliação assume um caráter participativo ela cria um ambiente virtuoso, sendo a própria circunstância avaliativa um processo de empoderamento de sujeitos²⁴⁻²⁶.

A demanda por metodologias avaliativas robustas, adequadas aos objetivos, contextos e cenários específicos da atenção primária em saúde e da vigilância em saúde vem se tornando indispensável tanto para o sucesso dessas intervenções, como para a análise de processos locais e contextos para a formulação e implementação de práticas. Processos avaliativos de práticas de promoção da saúde podem dar suporte à construção de melhores práticas, produzindo e sistematizando conhecimentos, respondendo às demandas por novos referenciais e propostas de intervenção indutoras de mudanças em realidades locais de exclusão e dependência²⁷⁻²⁹.

Segundo De Salazar²¹, quando nos referimos à efetividade, estamos avaliando se uma intervenção serve para o que foi criada, quando funciona em condições reais não controladas. Nutbeam³⁰ caracteriza a promoção da saúde efetiva como “aquela que conduz a mudanças nos determinantes da saúde”. Para avaliar a efetividade das práticas, no contexto real de seu desenvolvimento, é preciso utilizar indicadores que incluam não apenas resultados em saúde, mas apropriação, viabilidade e sustentabilidade do processo político que produz mudança, bem como a capacidade coletiva, institucional e territorial (local) para intervir. Deve ainda incluir indicadores de fatores de risco e determinantes sociais em saúde, equidade, resultados intermediários associados, equilíbrio entre relações

de poder e participação social para decisões negociadas que decorrem de governança pública responsável, afetando em última instância a saúde da população. Mais ainda, para avaliar tais práticas é preciso reconhecer que o contexto sociopolítico tem efeito modificador nos resultados. Isto explica a dificuldade de fazer afirmações precisas sobre o benefício de uma prática, em termos de mudança real para as condições de vida e saúde de uma prática e a atribuição dos resultados a uma intervenção específica^{31,32}.

Intervenções de promoção da saúde bucal envolvem dimensões complexas, definidas pela variedade de contextos, grupos sociais e instituições, abrangendo a colaboração e participação de diferentes setores e atores no território e a utilização de múltiplas estratégias. Além disso, são intervenções em permanente mudança e com efeitos em longo prazo. Essa complexidade tem implicações diretas sobre a forma de medir seu impacto e efetividade, pela necessidade de mensurar princípios e valores e dificuldades de generalização e produção de resultados^{27,31}.

Logo, a valoração de sucesso de uma estratégia de promoção da saúde bucal deve centrar-se na sua utilidade, considerando os determinantes socioambientais associados à ganhos em saúde bem como na possibilidade de identificação de melhores práticas que expressem valores, possibilitem a construção de evidências, a compreensão do contexto e a identificação de práticas e processos organizacionais sustentáveis.

3 METODOLOGIAS AVALIATIVAS: TENDÊNCIAS DE AVALIAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

As características de estratégias de promoção da saúde têm direcionado o debate sobre quais as melhores abordagens metodológicas para o alcance dos objetivos de processos avaliativos dessas práticas. Abordagens centradas no referencial da epidemiologia clínica, focadas na representatividade da amostra, estandardização das intervenções, valoração da magnitude dos resultados e probabilidade baseados em testes de significância estatística e controle de fatores de confusão, não obrigatoriamente possibilitam a valoração da efetividade de práticas complexas³¹, como as de promoção da saúde bucal. Por conseguinte, o processo avaliativo de tais práticas não envolve apenas a coleta, análise e interpretação de dados quantitativos para comparação de resultados, mas também a triangulação metodológica visando ações múltiplas e complexas associadas ao desenvolvimento da avaliação³³⁻³⁵. Há consenso sobre a necessidade de combinação de diferentes enfoques e métodos na avaliação de estratégias de promoção da saúde que permitam a análise de seu fundamento teórico como prática social, do processo de implementação, impacto e resultados em curto, médio e longo prazo. A integração de técnicas avaliativas, como a triangulação de métodos, fontes e pesquisadores; a utilização de enfoques quantitativos, participativos e qualitativos com foco em abordagens participativas e narrativas; bem como a articulação da avaliação para processos de documentação, sistematização e monitoramento, com base em sistemas de informação tradicionalmente vinculados aos sistemas de vigilância em saúde, têm caracterizado as tendências metodológicas para avaliação de efetividade de promoção da saúde^{36,37}.

Mais que uma abordagem política e estratégica, a avaliação de práticas de promoção da saúde será mais efetiva quanto mais participativa forem as metodologias utilizadas, buscando envolver no processo avaliativo quem teve ou tem alguma interferência na implementação da prática avaliada e que pode influenciar seus resultados¹⁰. Entretanto, o envolvimento de diferentes atores sociais pode gerar conflitos de interesses no processo avaliativo, uma vez que os interlocutores passam a ser alvo da observação e devem tomar parte de todas as etapas da investigação: na sua concepção, na definição do problema, na

territorialização, no levantamento de dados, nas análises do material coletado e na elaboração dos resultados³². Conseqüentemente, o processo avaliativo pode fortalecer capacidades para a ação e busca de interesses comuns, tornar oportunas reflexões e aprendizagens de indivíduos e grupos envolvidos, assumindo sua dimensão política e um fim social^{29,38}.

Metodologias participativas são utilizadas com o objetivo de ampliar a transparência das ações avaliadas e possibilitar aos envolvidos um repensar que possa facilitar mudanças³². Segundo a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), a avaliação participativa implica em um processo contínuo de reflexão sobre o que foi realizado e obtido para orientar e modificar a ação futura. Essa reflexão se dá pela criação de ciclos contínuos de planejamento, monitoramento e avaliação. Mais que julgar o mérito de uma iniciativa de promoção de saúde, a proposta de uma metodologia participativa na condução de processos avaliativos é aprender com a iniciativa e com os atores envolvidos, documentar e analisar as mudanças ocorridas e aplicar as melhorias necessárias em longo prazo, favorecendo o empoderamento e autonomia baseada na participação em um processo sustentável de desenvolvimento de capacidades, incorporando as lições aprendidas ao processo de tomada de decisões³⁹.

Assim, a definição de aspectos metodológicos depende: do objetivo da avaliação e sua utilidade; das características da estratégia a ser avaliada, o que inclui não apenas aspectos técnicos e materiais, mas também a influência dos atores que a desenvolvem; da condição e envolvimento do avaliador, considerando as possibilidades de uma abordagem de avaliação participativa (avaliação interna), ou avaliação não participativa (avaliação externa); bem como do tipo de ações necessárias para alcançar os objetivos da avaliação, definidos pela delimitação da pergunta de avaliação, estratégias para coleta das informações e uso da informação/conhecimento produzido³⁵.

Desenvolver capacidades em processos avaliativos é reiterar a centralidade da participação como conceito de promoção da saúde, disseminado por meio da Carta de Ottawa como: *“um processo de capacitação das pessoas para aumentar o controle sobre sua saúde e melhorá-la”*⁴⁰. Desenvolver capacidades implica num processo de médio e longo prazos que deve ser reinventado localmente e de acordo com o contexto do entorno^{29,41}. Requer o estabelecimento de estruturas de

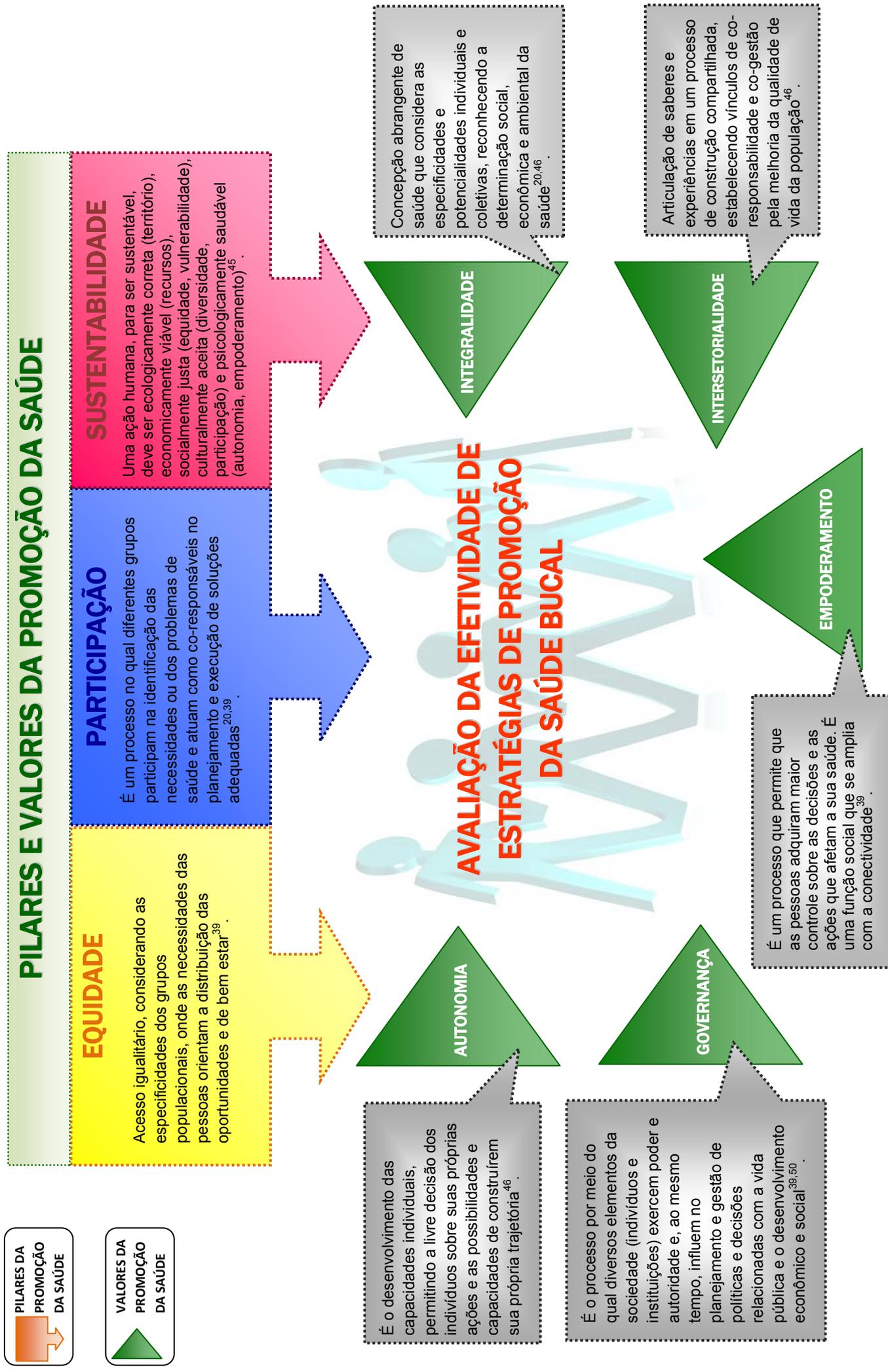
incentivos positivos e consistentes, pois significa crescer por intermédio das capacidades existentes, mais do que produzir novas. Desse modo, envolver profissionais da equipe de saúde bucal no processo de avaliação de estratégias de promoção da saúde bucal desenvolvidas em seus territórios de atuação caracteriza-se como uma estratégia metodológica importante para a qualificação das práticas.

4 EXPLORANDO PILARES E VALORES DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

A literatura sobre promoção da saúde e avaliação de estratégias de promoção da saúde explora princípios e valores referenciais para a construção, desenvolvimento, avaliação de práticas promotoras da saúde, além dos dilemas implicados com a avaliação de tais princípios e valores. A sistematização desta literatura permitiu a construção de um modelo teórico, apresentado na Figura 1, que contempla os pilares e valores da promoção da saúde, o qual pode servir de base para a definição de princípios e estratégias avaliativas de práticas de promoção da saúde em diferentes contextos, incluindo aquelas produzidas nos territórios da atenção primária em saúde. A definição conceitual de pilares e valores foi sugerida por Takeda e Harzheim, em 2006⁴².

Neste modelo, os pilares entendidos como as bases teóricas para a indicação de valores da avaliação incluem a **equidade**, a **participação** e a **sustentabilidade**. Tais pilares seriam o esteio para os valores definidos como a âncora moral para as estratégias de promoção da saúde, que incluem a **autonomia**, o **empoderamento**, a **integralidade**, a **intersectorialidade** e a **governança**.

Figura 1. Modelo Teórico dos Pilares e Valores da Promoção da Saúde



Aspectos conceituais relativos a estes pilares e valores são apresentados a seguir:

4.1 EQUIDADE

A equidade, sendo princípio ético e conceito seminal, está na base de práticas de promoção da saúde. Alcançar equidade se constitui em um dos recursos fundamentais para a saúde e para a qualidade de vida. Por isso, o grande desafio da promoção da saúde bucal é a mudança de cenário, no qual ainda prevalecem as iniquidades sociais e de saúde, com deterioração das condições de vida da maioria da população, com o aumento de riscos para a saúde e diminuição dos recursos para enfrentá-los⁴³.

A equidade centra-se na ideia de que todos devem ter justa oportunidade de obter seu pleno potencial e ninguém deveria ficar em desvantagem para alcançá-lo, se isto puder ser evitado. O reconhecimento das diferenças injustas que existem na sociedade em relação à saúde e a ação responsável sobre elas é ponto fundamental para a compreensão do conceito da equidade na perspectiva da promoção da saúde⁴⁴.

4.2 PARTICIPAÇÃO

É um processo em que diferentes grupos participam na identificação das necessidades ou dos problemas de saúde e atuam como corresponsáveis no planejamento e execução de soluções adequadas^{20,39}.

A participação envolve dimensões de negociação, informação, avaliação e monitoramento voltadas ao desenvolvimento de estratégias resolutivas de atenção em saúde. A promoção da saúde pressupõe a organização coletiva e a busca de interesses comuns, envolvendo diferentes atores sociais, entidades e associações, sujeitos e lideranças parlamentares e outras representações sociais na construção de ações integradas⁴⁴.

4.3 SUSTENTABILIDADE

Uma ação humana, para ser sustentável, deve ser ecologicamente correta, pensada na relação do homem com seu território e/ou ambiente; economicamente viável, com adequada utilização dos recursos disponíveis; socialmente justa, quando prioriza a vulnerabilidade de pessoas e grupos e busca equidade; culturalmente aceita, quando valoriza a diversidade e a participação; e psicologicamente saudável, favorecendo a autonomia e o empoderamento⁴⁵.

Na promoção da saúde, a sustentabilidade deve estar referida a um complexo sistema de relações que envolve atores e instituições na busca de soluções mais amplas e duradouras, e observar com mais atenção o conceito em relação aos arranjos societários que vão se estabelecendo e que podem permitir a longevidade das iniciativas. Aponta a necessidade de buscar caminhos articulados e de construir novas institucionalidades que ganhem potencia e qualidade para enfrentar os desafios do cenário atual da atenção em saúde⁴⁴.

4.4 AUTONOMIA

A conquista progressiva da autonomia, tida como um componente desejável da promoção da saúde, é o desenvolvimento pessoal das capacidades permitindo a livre decisão dos sujeitos sobre suas próprias ações e as possibilidades de construir sua própria trajetória⁴⁶. É fundamental reconhecer cada sujeito como um cidadão portador de direitos que deve ser respeitado em sua singularidade e ouvido quanto às suas necessidades em saúde⁴⁴. Autonomia relaciona-se à ideia de liberdade, protagonismo, proatividade social, redes de proteção e cuidado recíproco, respeito à subjetividade e pluralidade de visões de mundo e comportamentos no âmbito local⁴⁷.

4.5 EMPODERAMENTO

O empoderamento (tradução de *empowerment*), às vezes também denominado potencialização é um processo que permite que as pessoas adquiram maior controle sobre as decisões e as ações que afetam a sua saúde³⁹.

A noção de empoderamento remete ao fortalecimento independente das populações, portanto não pode ser concedido ou estimulado por relações assimétricas de poder. É uma estratégia importante de promoção da saúde que pode ajudar a transformar a realidade por meio do fortalecimento econômico, político, social e cultural dos múltiplos atores sociais que, em conjunto, possam compreender a determinação do processo saúde-doença e conquistar o direito à vida com ética e dignidade humana^{28,43}.

É, pois, um processo dinâmico do desenvolvimento político e tomada de consciência crítica de uma população, envolvendo respeito recíproco, a participação solidária e o cuidado do grupo, por meio dos quais se compartilha saberes e poderes^{29,48,49}.

4.6 GOVERNANÇA

É o processo pelo qual diversos elementos da sociedade (indivíduos e instituições) exercem poder e autoridade e, ao mesmo tempo, influem no planejamento e gestão de políticas públicas, como estratégias de promoção da saúde, afetando decisões relacionadas com a vida pública e o desenvolvimento social e humano^{39,50}.

4.7 INTEGRALIDADE

Concepção abrangente de saúde que considera as especificidades e potencialidades individuais e coletivas, reconhecendo a determinação social, econômica e ambiental da saúde^{20,46}.

A integralidade deve ser assumida como um eixo norteador de novas formas de produção social da saúde, sendo paralelamente uma nova forma de gestão de cuidados nas instituições de saúde, permitindo o surgimento de experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais^{51,52}.

4.8 INTERSETORIALIDADE

Ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde implicam na articulação de saberes e experiências em um processo de construção compartilhada, de troca e construção coletiva com base em diferentes lugares, culturas institucionais e linguagens. Impõe o equacionamento muitas vezes conflitivo de relações de poder e de distintas perspectivas de práticas entre diversos sujeitos e setores envolvidos na tentativa de enfrentar questões sanitárias, mas cuja superação e transcendência permite soluções inovadoras e duradouras, tanto quanto o estabelecimento de vínculos de corresponsabilidade e cogestão para a melhoria da qualidade de vida de forma democrática e resolutiva^{3,46}.

5 OPERACIONALIZANDO CONCEITOS

Como traduzir tais conceitos para nortear processos avaliativos de estratégias de promoção da saúde bucal desenvolvidas nos contextos da atenção primária em saúde no Brasil?

A prática reflexiva inicial exige que se construa, mediante os pilares e valores da promoção da saúde, referenciais para que sejam exploradas as complexas características de práticas com potencial para atuar sobre determinantes ampliados da saúde bucal e provocar mudanças sustentáveis no perfil da condição de saúde das populações cobertas. Talvez um bom ponto de partida seja a identificação do que *não é* promoção da saúde: concepções e práticas que caminham para lados opostos aos reconhecidos pilares e valores da promoção da saúde descritos anteriormente. Por exemplo, práticas que não busquem a garantia do direito à saúde com equidade, que não contemplem oportunidades de participação real daqueles mais diretamente interessados em seus resultados, bem como práticas pontuais, desconectadas e descompromissadas da realidade local sendo, portanto, não sustentáveis.

Sistematizar os conhecimentos, valendo-se do modelo teórico proposto, em uma ferramenta de avaliação da efetividade de práticas de promoção da saúde bucal, considerando sua adequação aos pilares e valores identificados, traduz-se em um esforço para operacionalizar conceitos. Pode ser um importante suporte para o desenvolvimento de capacidades locais e instrumentalização de profissionais e gestores da saúde para o reconhecimento de ações com potencialidade para promover saúde bucal e para a tomada de decisão informada nos diferentes territórios de atuação.

Assim, por esse processo de sistematização, apresenta-se a seguir uma matriz inicial de descritores, definidos por Deslandes e Lemos⁵³ como o conteúdo, os pontos críticos e as características significativas consideradas como foco central para a avaliação. Tais descritores foram organizados em três grandes dimensões relacionadas aos principais ganhos esperados: a saúde bucal, a construção de políticas públicas saudáveis e o desenvolvimento humano e social.

A **Saúde Bucal** foi aqui entendida como um resultado de ações que compreendem a saúde como um recurso para a vida com qualidade, determinada pelas condições sociais e ambientais de vida na comunidade, e construída mediante a relação positiva da boca humana com o corpo biológico de homens e mulheres e deles com o corpo social⁵⁴. **Políticas Públicas Saudáveis** compreendem ações que favoreçam, por meio de estratégias populacionais, a criação de um ambiente social e físico de apoio, potencializador da saúde, possibilitando e facilitando que as pessoas façam escolhas saudáveis³⁹. Como ganho ampliado, o **Desenvolvimento Humano e Social** foi aqui considerado como ações favorecedoras para que a sociedade seja composta cada vez mais por sujeitos felizes, saudáveis, criativos, produtivos e que promovam o cuidado e a paz, com saúde bucal⁵⁵.

A Tabela 01 apresenta a matriz de descritores e dimensões sistematizadas para avaliação de estratégias de promoção da saúde bucal desenvolvidas nos territórios da atenção primária à saúde.

Tabela 1. Matriz de Descritores e Dimensões Avaliativas

Saúde Bucal	Políticas Públicas Saudáveis	Desenvolvimento Humano e Social
<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconhecimento dos Determinantes Sociais da Saúde no desenvolvimento da estratégia avaliada 2. Reconhecimento de Fatores Comuns de Risco 3. Acesso ao perfil epidemiológico de doenças e agravos bucais antes e durante o desenvolvimento da estratégia 4. Comparação e reconhecimento de resultados alcançados 5. Os resultados potencializam a definição de novos objetivos da estratégia 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Priorização de grupos mais vulneráveis 2. Participação equânime da população alvo 3. Parceria entre diferentes atores sociais (profissionais, instituições e líderes comunitários) 4. Parceria entre diferentes profissionais de saúde no território 5. Parceria com outras atividades de promoção da saúde no território 6. Reconhecimento e apoio da estratégia pela gerência de saúde local, distrital e municipal 7. Recursos específicos alocados para o desenvolvimento da estratégia 8. Previsão de avaliações de processo e resultados ao longo do desenvolvimento da estratégia 9. Pactuação e reconhecimento dos resultados pela Unidade de Saúde local 10. Pactuação e reconhecimento dos resultados pelo Conselho Local de Saúde 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconhecimento de valores da população alvo para o desenvolvimento da estratégia 2. Participação da comunidade na definição de prioridades, objetivos, condução e avaliação da estratégia 3. Oportunização de avaliação e discussão dos resultados gerados pela estratégia 4. Mudanças no processo de condução da estratégia a partir de sugestões da comunidade; 5. Divulgação da estratégia para a comunidade local 6. Protagonismo compartilhado da estratégia 7. Desenvolvimento de ações de educação permanente para profissionais de saúde e diferentes atores sociais 8. Manutenção dos resultados e benefícios da estratégia

Essa matriz pode nortear a construção de indicadores que permitem mensurar e qualificar a adequação das práticas avaliadas aos pilares e valores da promoção da saúde, além de apoiar técnicos e gestores na formulação de novas práticas balizadas e com potencial para provocar mudanças no perfil de saúde bucal da população brasileira.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Avaliar estratégias de promoção da saúde bucal é um desafio apontado por gestores, técnicos e pesquisadores envolvidos com a Atenção Primária à Saúde. A avaliação dessas práticas pressupõe uma abordagem metodológica participativa e definida com base no reconhecimento de fatores contextuais complexos relacionados ao perfil social, político, cultural e organizacional onde as práticas se desenvolvem.

Potencializar estratégias de promoção da saúde bucal para alcançar melhores resultados é parte das diretrizes da atual Política Nacional de Saúde Bucal e Vigilância em Saúde Bucal. A construção de referenciais consistentes para avaliação de tais estratégias, baseados nos pilares e valores da promoção da saúde, pode apoiar processos avaliativos que permitam o reconhecimento, fortalecimento e mudanças nas estratégias com potencial para promover a saúde bucal.

É importante a validação de instrumentos que possam se tornar ferramentas úteis e relevantes para a construção de capacidades locais e instrumentalizar profissionais e gestores da saúde para tomada de decisão nos diferentes territórios de atuação. Dessa forma, escolhas político-teóricas coerentes e baseadas nas melhores evidências disponíveis sobre a efetividade das intervenções planejadas podem ser contextualizadas na atenção primária em saúde.

7 REFERÊNCIAS

1. Moysés SJ. O futuro da Odontologia, no Brasil e no mundo, sob o ponto de vista da Promoção da Saúde (Opinião). *Revista Brasileira de Odontologia*. 2008;16(1):10-3.
2. ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, Brasil. Manual Técnico - Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar. 2a. ed. Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ministério da Saúde.; 2007.
3. Moretti AC, Teixeira FF, Suss FMB, Lima LSM, Bueno RE, Moysés SJ, et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). *Ciências & Saúde Coletiva*. 2010 junho;15 suplemento 1:1827-34.
4. Santos APPD, Nadanovski P, Oliveira BHD. Survey of Brazilian governmental health agencies shows conflicting recommendations concerning oral hygiene practices for children. *Cadernos de Saúde Pública*. 2010;26(7):1457-63.
5. Brown L. Research in Dental Health Education and Health Promotion: a review of the literature. *Health Education Quarterly*. 1994;21:83-102.
6. Schou L, Locker D. Oral Health: a review of the effectiveness of health education and health promotion. Amsterdam: Dutch Centre for Health Promotion and Health Education. 1994.
7. Kay L, Locker D. Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1996;24:231-5.
8. Sprod A, Andreson R, Treasure ET. *Effective Oral Health Promotion. Literature Review*. Cardiff: Health Promotion Wales 1996.
9. Kay L, Locker D. *A systematic review of the effectiveness of health promotion aimed at promoting oral health*. London: Health Education Authority. 1997.
10. Watt RG. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *Bulletin of the World Health Organization*. 2005;83(9):711-8.

11. Watt RG. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2007;35:1-11.
12. Brasil, Ministério da Saúde. *Vigilância em Saúde no SUS - Fortalecendo a capacidade de resposta aos velhos e o novos desafios* Brasília - DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. 2006.
13. Watt RG, Harnett R, Daly B, Fuller SS, Kay E, Morgan A, et al. Evaluating Oral Health Promotion: need for quality outcomes measures. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2006 February;34(1):11-7.
14. Scriven A, Speller V. Global issues and challenges beyond Ottawa: the way forward. *Promotion & Education*. 2007 December;14(4):194-8.
15. Brasil. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal 2004.
16. Westphal MF, Mendes R. Cidade Saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersectorialidade. *Revista de Administração Pública - RAP*. 2000 Novembro / Dezembro;34(6):47-62.
17. Naidoo J, Wills J. *Evaluation in Health Promotion*. Health Promotion - Foundations for Practice. 2a. ed. London: Baillière Tindall 2003. p. 369-89.
18. Pedrosa JldS. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004;9:617-26.
19. Petersen PE. Priorities for research for Oral Health in the 21 st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dental Health*. 2005;22(2):71-4.
20. Brasil. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília - DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde 2006 Contract No.: 978-85-334-1426-6.
21. De Salazar L. *Evaluación de Efectividad en Promoción de la Salud*. Guia de Evaluación Rápida. Santiago de Cali: CEDETES, CDC, OPAS; 2004.

22. McQueen DV, Jones CM. Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness. New York: Springer; 2007.
23. Ayres JR. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004;9:583-92.
24. Brandão D, Silva RR, Palos CM. Da construção de capacidade avaliatória em iniciativas sociais: algumas reflexões. *Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação*. 2005;13(48):361-73.
25. Hartz ZMA, Silva LMV. Avaliação em Saúde: dos Métodos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Salvador / Rio de Janeiro: EDUFBA / Fiocruz; 2005.
26. Kleba ME, Wendhausen ÁLP. O processo de pesquisa como espaço e processo de empoderamento. *Interface (Botucatu)*. 2010;14(33):427-36.
27. Moysés SJ, Moysés ST, Krempel MC. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004;9(3):627-41.
28. Westphal MF, Wallerstein N. Saúde, Desenvolvimento e Equidade. *Promotion & Education*. [Editorial]. 2007;Supplement 1 2007:31-2.
29. Franco de Sá R, Moysés ST. O processo avaliativo em Promoção de Saúde como estratégia de empoderamento e de desenvolvimento de capacidades. *Boletim Técnico do Senac: a revista da educação profissional*. 2009 mai/ago;35(2):29-35.
30. Nutbean D. Eficácia de la promoción de la salud: las preguntas que debemos responder. In: Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, editor. *La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud*. Madrid: Ministerio de la Salud y Consumo; 1999. p. 1-11.
31. De Salazar L. Evaluación de Efectividad en Promoción de la Salud y Salud Pública. In: De Salazar L, editor. *Efectividad en Promociós de la Salud y Salud Pública*. Cali, Colombia: Programa Editorial Universidad del Valle; 2009. p. 60-81.
32. Westphal MF, Mendes R. Avaliação Participativa e a Efetividade da Promoção da Saúde: Desafios e Oportunidades. *Boletim Técnico do Senac: a revista da educação profissional*. 2009 mai/ago;35(2):17-27.

33. Potvin L, Chabot P. Splendor and misery of epidemiology for the evaluation of health promotion. *Rev Bras Epidemiologia*. 2002;5(Suplemento 1):91-102.
34. Souza EMD. Evaluation methods in health promotion programmes: the description of a triangulation in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2521-32.
35. Potvin L, Bisset S. There is more to methodology than method. In: Potvin L, McQueen DV, editors. *Health Promotion Evaluation Practices in the America: values and research*. New York: Springer; 2008. p. 63-77.
36. UIPES. La evidencia de La efectividad de la promoción de la salud. Configurando la salud pública em uma nueva Europa. Informe de la Unión Internacional de Promoción de la Salud e Educación para la Salud para la Comisión Europea. Evidencias Ld, editor. Madrid: Rumagraf; 2000.
37. CEDETES. Guia para sistematización de intervenciones en promoción de la salud y salud pública. Cali: Universidade del Valle 2008.
38. De Salazar L. Feasibility For Health Promotion Under Various Decision-Making Contexts. In: McQueen DV, Jones CM, editors. *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness*. 1a. ed. New York: Springer; 2007. p. 353-65.
39. OPAS. Guia de Evaluación Participativa para municipios y comunidades saludables. Lima: OPAS - Organización Panamericana de la Salud; 2005.
40. OMS - Organização Mundial de Saúde. Carta de Ottawa - Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Ottawa: Organização Mundial da Saúde 1986 21 de Novembro de 1986.
41. Gaetani F. Desafios à gestão na cooperação internacional. Brasília: PNUD. 2005.
42. Takeda S, Harzheim E. Valores, Princípios e Atributos de um sistema de saúde orientado pela APS, OPAS, 2006. *Problematizando os Atributos Fundamentais da APS/ESF - Grupo de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde*. Porto Alegre - RS: UFRGS; 2008.
43. Heidmann ITSB, Almeida MCPd, Boehs AE, Wosny AdM, Monticelli M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2006;15:352-8.

44. Castro AMd, Sperandio AMG, Gosh CS, Rocha DG, Cruz DKA, Malta DC, et al. Curso de Extensão para gestores do SUS em promoção da saúde. 1ª ed. Brasília: CEAD/FUB; 2010.
45. United Nations. Report of the World Summit on Sustainable Development. Johannesburg, South Africa 2002 26th August - 4th September Contract No.: 92-1-104521-5
46. Westphal MF. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. In: Minayo MCdS, Campos GWdS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, editors. Tratado de Saúde Coletiva. 1a. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ; 2006. p. 635-67.
47. Santos L, Da Ros M, Crepaldi M. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. Revista de Saúde Pública. 2006;40(2):346-52.
48. Carvalho S. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. Cadernos de Saúde Pública. 2004;20(4):1088-95.
49. Oakley P, Clayton A. Monitoramento e avaliação de empoderamento. São Paulo: Instituto Pólis; 2003.
50. UN Habitat. The Global Campaign on Urban Governance: Concept Paper. Nairobi, Kenya: United Nations Human Settlements Programme, UN-HABITAT 2002 March Contract No.: 92-1-131638-3.
51. Hartz ZMdA. Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2009;14(Suplemento 1):1625-7.
52. Pinheiro R, Silva Jr A, Mattos R. Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO; 2008.
53. Deslandes SF, Lemos MP. Construção participativa de descritores para avaliação dos núcleos de prevenção de acidentes e violência, Brasil. Revista Panamericana de Salud Pública. 2008;24:441-8.

54. Moysés SJ. Saúde Bucal. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato L, editors. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008. p. 705-34.

55. Hancock T, editor. Conceptual model healthy community. II Oficina de Ações Intersetoriais de Promoção da Saúde; 2009; Recife - PE.

ARTIGO 2 – VERSÃO PORTUGUÊS

O artigo será submetido para o periódico “Health Promotion International”.

VALIDAÇÃO DE UM MODELO TEÓRICO E UMA MATRIZ DE DESCRITORES PARA AVALIAÇÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL²

RESUMO

Avaliação em promoção da saúde tem sido um desafio metodológico e estratégico. A utilização de metodologias de avaliação adequadas nesta área, com base numa análise participativa dos processos e contextos locais, está se tornando essencial para o sucesso das intervenções, e para apoiar novas políticas públicas com potencial para mudar as vulnerabilidades, as desigualdades sanitárias e ambientais, e também apoiar o controle social e participação. Este artigo descreve o processo de definição de um modelo teórico e a validação de face de uma matriz de descritores para avaliar estratégias de promoção da saúde bucal no contexto da atenção primária em saúde. O procedimento metodológico compreendeu a revisão sistemática da literatura, a definição de domínios de promoção da saúde, e descritores-chave que compõem a matriz, a qual passou por um processo de validação de face realizado através da Técnica do Grupo Nominal com o apoio de um painel de especialistas. Os resultados da revisão sistemática fornecem uma compilação de conhecimentos relacionados à promoção da saúde nas políticas nacionais e internacionais, servindo de base para a definição de descritores-chave, definidos pelo grupo de especialistas, distribuídos em três domínios principais: (1) Saúde Bucal, (2) Políticas Públicas Saudáveis e (3) Desenvolvimento Humano e Social. O desafio futuro é construir um instrumento de fácil utilização na avaliação de

² Este artigo é parte integrante da Tese intitulada: “Avaliação de Efetividade de Estratégias de Promoção da Saúde: validação de uma ferramenta”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Área de Concentração – Saúde Coletiva da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

efetividade para profissionais de odontologia e para equipe de saúde bucal atuando na Atenção Primária em Saúde.

Palavras-chave: promoção da saúde; instrumento de avaliação; efetividade; atenção primária em saúde.

1 INTRODUÇÃO

O paradigma da promoção da saúde tem atraído a atenção de muitos teóricos, técnicos, acadêmicos e políticos de todo o mundo. Centros acadêmicos e instituições de pesquisa, governos, agentes de saúde pública e políticas sociais, e as agências internacionais, tem ampliado o debate sobre esta importante abordagem, levando em consideração o seu significado, alcance e a efetividade (De Salazar, 2009a).

A promoção da saúde amplia a visão tradicional da saúde pública, abrangendo a complexidade das trocas sociais, ligando a saúde com os contextos social, cultural, político e econômico. Considerada como um conceito político, a promoção da saúde reafirma a saúde como um imperativo ético e um direito do cidadão (Akerman et al., 2004). Ela está ligada com o desenvolvimento justo e sustentável, e um empoderamento local na defesa de políticas públicas que combatam as desigualdades (Jackson et al, 2006; De Salazar, 2009b).

Intervenções de promoção da saúde abrangem dimensões complexas, definidas pela variedade de contextos, grupos sociais e instituições, envolvendo a colaboração e participação de diferentes pessoas e usando várias estratégias, com resultados diferentes. Estas características têm implicações diretas sobre a forma de medir o impacto e a efetividade de tais intervenções (Moysés et al., 2004). A avaliação da promoção da saúde tem sido, portanto, um desafio metodológico e estratégico (McQueen e Jones, 2007). A utilização de metodologias de avaliação apropriadas e robustas nessa área, com base em uma análise participativa dos processos e contextos locais, está se tornando essencial para o sucesso das intervenções, e para apoiar novas políticas públicas com potencial para alterar as vulnerabilidades, as desigualdades sanitárias e ambientais, e também apoiar o controle social e participação (McQueen e Jones, 2007; Westphal e Wallerstein, 2007).

A atual Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil definiu como responsabilidade dos três níveis de governo (nacional, estadual e municipal), a criação de ferramentas e indicadores para o monitoramento e avaliação da implementação e do impacto das práticas de promoção da saúde sustentável, com

foco nos seus princípios e valores. Esses incluem equidade, responsabilidade sanitária, participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação (Brasil, 2006).

O campo da política de saúde bucal, práticas e vigilância de promoção da saúde bucal, com base na abordagem da atenção primária em saúde, têm sido um desafio para os tomadores de decisão e investigadores para investir e melhorar as estratégias de avaliação, onde o foco não seja apenas em resultados, mas também na política e processo social para atingir os objetivos propostos (De Salazar, 2004). O desenvolvimento de uma ferramenta de avaliação da promoção da saúde é essencial para identificar as melhores e sustentáveis práticas na promoção da saúde bucal e apoiar políticas baseadas em evidência e a tomada de decisão em diferentes territórios de atuação.

Mais do que uma abordagem política e estratégica, a avaliação será efetiva quando suas metodologias forem construídas de maneira participativa, buscando envolver no processo de avaliação os aspectos que apresentaram alguma interferência na execução da prática avaliada e que podem influenciar os resultados (Watt et al., 2004). Desta forma, o desafio colocado por esta pesquisa foi o de reforçar os conhecimentos institucionais e interpessoais e práticas para construir um instrumento de avaliação. A ferramenta pretende se tornar uma referência para avaliar a eficácia das estratégias de promoção da saúde bucal desenvolvidas por sistemas municipais de saúde no Brasil, onde a Política Nacional de Saúde Bucal foi implementada.

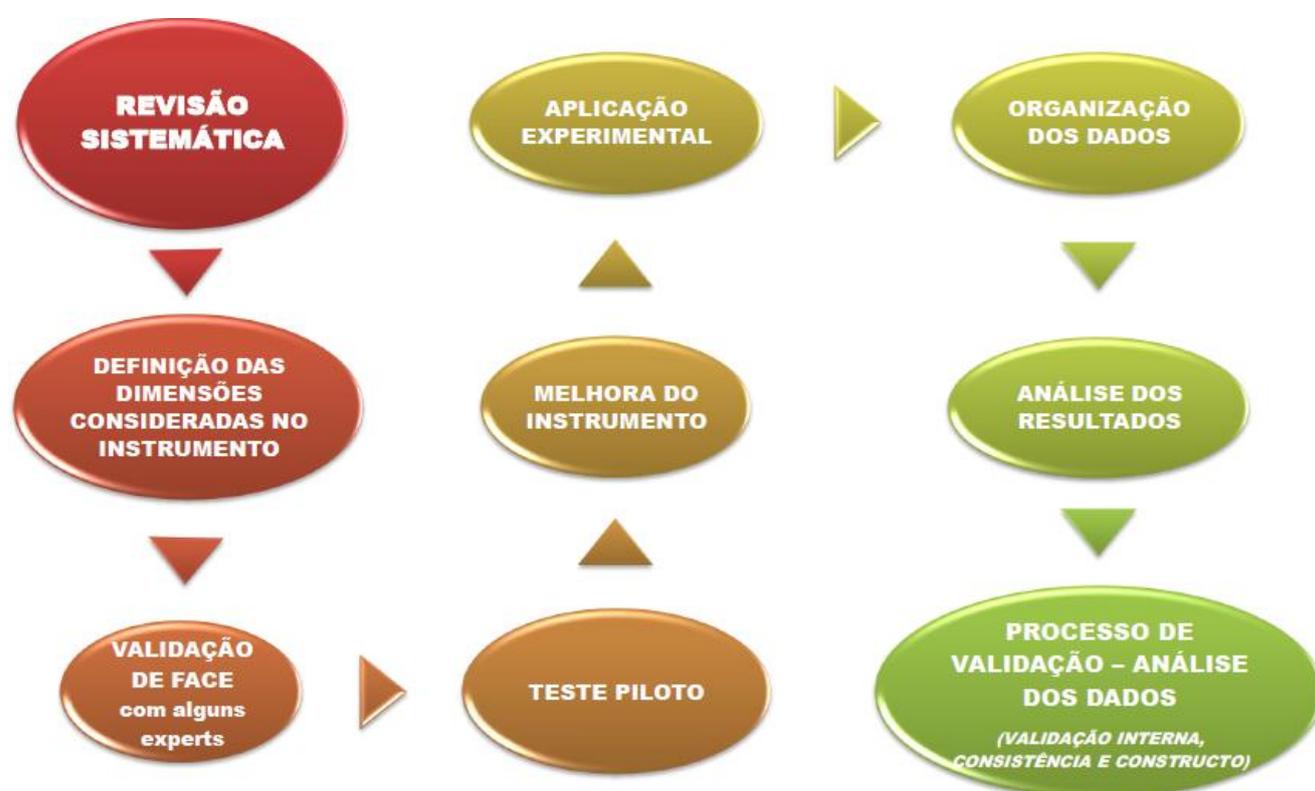
A validade de um instrumento deve fornecer evidência objetiva de que o método proposto é adequado à sua utilização (Goes et al., 2006). Validade diz respeito ao fato do indicador realmente medir o atributo subjacente (Bowling, 1997). A validação de face, nesse sentido, se concentra na análise do significado e relevância do que foi medido, incluindo perspectivas semânticas e conceituais (Goes et al., 2006).

Este artigo descreve o processo de definição de um modelo teórico e a validação de face de uma matriz de descritores para avaliar as estratégias de promoção da saúde bucal no contexto da atenção primária em saúde.

2 MÉTODO

O presente estudo seguiu a metodologia proposta por Bowling (1997), Leal (2004), e Goes (2006) para construir e validar uma matriz de descritores para avaliar as estratégias de promoção da saúde bucal (Figura 1).

Figura 1. Quadro para a elaboração, organização e validação de um instrumento de pesquisa (Goes, 2006)



Os procedimentos metodológicos descritos neste artigo abrangem a revisão sistemática da literatura, a definição dos domínios da promoção da saúde que compõem a matriz, e a validação de face realizada com o apoio de um painel de especialistas.

Uma seqüência detalhada dos procedimentos é descrita a seguir:

1. Definição de Atributos - Nesta etapa, o referencial teórico sobre avaliação da promoção da saúde foi definido com base em uma revisão sistemática da literatura sobre promoção da saúde, atenção primária em saúde, promoção da saúde bucal e avaliação da promoção da saúde. A literatura foi organizada

com foco nos princípios, pilares e valores que pudessem caracterizar as estratégias de promoção da saúde.

A gama de descritores inicialmente proposta foi baseada nos pilares e valores da promoção da saúde. De acordo com Takeda e Harzheim (2008) pilares são considerados como as bases teóricas para a indicação de valores da avaliação, enquanto que valores podem ser definidos como a âncora moral para as estratégias de promoção da saúde.

2. Elaboração de uma lista de descritores relacionados com os pilares e valores da promoção da saúde, agrupados em três dimensões principais, expressando o campo de ação da promoção da saúde ordenados por critérios lógicos. A partir deste processo, o formato inicial da matriz a ser testada foi construído.
3. A Técnica do Grupo Nominal (TGN) foi escolhida para conduzir a primeira fase da validação de face da matriz inicialmente proposta, por meio da validação semântica. Esta é uma técnica de pensamento divergente-convergente, em que ocorre tanto a produção de idéias individuais, como a partir da discussão presencial, um esclarecimento do assunto a ser validado para o grupo, bem como a priorização das idéias por meio de voto independente (Jones e Hunter, 1995).

Essa técnica é chamada de *nominal* porque, durante a sessão, o grupo ainda não tem uma interação como acontece usualmente num trabalho em equipe. É uma técnica que visa sintetizar as informações e, assim, chegar a um consenso. Consiste em reunir um grupo de especialistas no assunto, que pode contribuir com a criatividade, síntese, e geração de idéias (Jones e Hunter, 1995; Brasil, 2004; Nunes, 2008). Os grupos nominais permitem uma ampla participação e interação entre seus membros, contribuindo não só para troca de informações, mas também para o amadurecimento de opiniões fundamentadas na crítica e na sistematização de idéias, facilitando a tomada de decisão baseada no consenso do grupo (Souza et al., 2005; Fagundes et al., 2007).

Dezesseis profissionais de saúde foram convidados a participar do grupo nominal, identificados por sua possível contribuição para a matriz proposta. Este grupo incluiu:

- 3 pesquisadores internacionais sobre a avaliação da promoção da saúde;
- 1 membro do Centro Colaborador do Ministério da Saúde em Vigilância em Saúde Bucal;
- 1 pesquisador nacional sobre a avaliação da promoção da saúde;
- 1 gerente regional de saúde pública;
- 3 gestores locais de saúde bucal envolvidos no planejamento e desenvolvimento de promoção da saúde na atenção primária em saúde municipal;
- 1 coordenador de saúde bucal Municipal;
- 1 autoridade de saúde, coordenadora de uma unidade de saúde da família;
- 2 profissionais de odontologia que trabalham em unidades de saúde; e
- 3 alunos de pós-graduação que trabalham com promoção da saúde.

Todos os convidados identificados receberam a matriz de descritores e um documento com o modelo teórico e as instruções sobre a técnica de validação para se orientarem. Como previsto por Jones e Hunter (1995), a validação foi realizada em duas rodadas:

- I. A primeira rodada envolveu a análise independente da matriz original pelo grupo convidado. Cada um dos participantes qualificou os descritores de maneira qualitativa e quantitativa. Para a avaliação qualitativa, cada descritor foi classificado de acordo com sua relevância e importância como *essencial*, *necessário* ou *desnecessário*. Para a avaliação quantitativa, os mesmos descritores foram avaliados com uma pontuação de 0 a 6: 0 = sem importância, 1 = quase sem importância, 2 = pouco importante, 3 = importância média, 4 = importante, 5 = muito importante; e 6 = o mais importante. Os resultados foram apresentados aos participantes da TGN na forma descritiva (distribuição de freqüências).
- II. A segunda rodada foi um encontro presencial. O grupo de especialistas explorou os resultados da primeira rodada, com base na apresentação da síntese das avaliações qualitativas e quantitativas feitas independentemente na primeira rodada. Cada avaliador revisou a avaliação individual qualitativa e

quantitativa e confirmou ou alterou a classificação atribuída inicialmente e apresentou-a ao grupo. As discussões terminaram quando o grupo obteve, consensualmente, a matriz de descritores mais adequada para as metas.

Além dos procedimentos recomendados pela TGN, uma análise temática (Potter et al, 2004;. Perry e Linsley, 2006; Deslandes e Lemos, 2008) foi utilizada para analisar os argumentos e explicações geradas pelo grupo de especialistas para produzir o consenso. A discussão foi gravada em áudio (com o consentimento dos participantes), transcritas e os argumentos levantados no debate foram analisados e utilizados para preparar a versão final da matriz de descritores.

4. Delimitação da população a quem se destina o instrumento.

Esta pesquisa foi realizada em conformidade com as normas para pesquisa envolvendo seres humanos e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (Protocolo CONEP 0068.0.084.097-10).

3 RESULTADOS

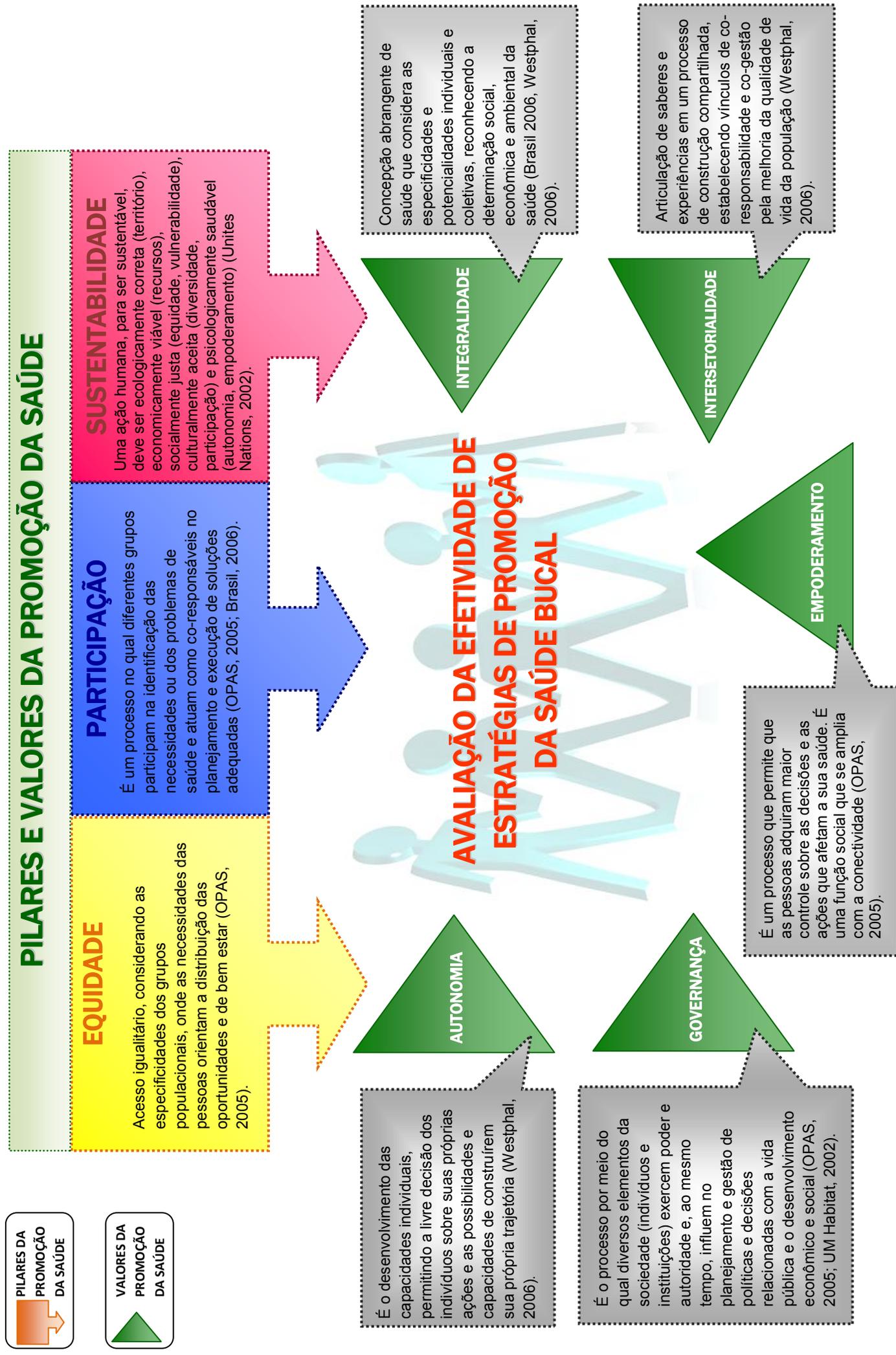
O modelo teórico é apresentado na Figura 2. Ele fornece uma compilação dos conhecimentos relacionados à promoção da saúde nas políticas nacionais e internacionais, a Política Nacional de Atenção Básica, Política Nacional da Promoção da Saúde e Política Nacional da Saúde Bucal, além de informações relacionadas com a avaliação de estratégias de promoção da saúde.

No Modelo Teórico proposto foram considerados como pilares a **equidade**, a **participação** e a **sustentabilidade**. Os valores incluíram a **autonomia**, o **empoderamento**, a **integralidade**, a **intersetorialidade** e a **governança**.

Três dimensões estratégicas foram estabelecidas como base para a construção de descritores de avaliação:

- **Saúde Bucal**: entendida como um resultado de ações que compreendem a saúde como um recurso para a vida com qualidade, determinada pelas condições sociais e ambientais de vida na comunidade, e construída a partir da relação positiva da boca humana com o corpo biológico de homens e mulheres e destes com o corpo social (Moysés, 2008).
- **Políticas Públicas Saudáveis**: compreendem ações que favoreçam, por meio de estratégias populacionais, a criação de um ambiente social e físico de apoio, potencializador da saúde, possibilitando e facilitando que as pessoas façam escolhas saudáveis (OPAS, 2005).
- **Desenvolvimento Humano e Social**: abrange ações favorecedoras para que a sociedade seja composta cada vez mais por sujeitos felizes, saudáveis, criativos, produtivos e que promovam o cuidado e a paz, com saúde bucal (Hancock, 2009). Isso inclui a capacitação da comunidade e de informação, educação e ações de comunicação.

Figura 2. Modelo Teórico



A partir deste conjunto de pilares, valores, e para cada dimensão, os descritores foram criados para compor uma ferramenta para avaliar a complexidade de uma estratégia de promoção da saúde bucal. Os descritores, compreendidos, por Deslandes e Lemos (2008), como conteúdo, pontos críticos e características significativas, foram considerados o foco central para a avaliação de uma estratégia de promoção da saúde bucal e levaram ao desenvolvimento de indicadores que podem ser utilizados para medir, de forma válida, a performance, qualidade e efetividade da promoção da saúde bucal desenvolvidas por equipes de saúde locais em seus territórios de atuação.

Uma lista de descritores para cada dimensão foi submetida a uma validação, por especialistas, utilizando a Técnica do Grupo Nominal. Na primeira rodada da TGN, os participantes receberam uma lista de 25 descritores (tabela 1). Os especialistas avaliaram de forma independente, considerando qualitativamente e quantitativamente cada descritor. Durante a reunião presencial, os resultados foram apresentados e explorados. Todos os descritores foram reconsiderados de acordo com sua relevância em cada dimensão, e alguns deles foram reconhecidos como duplicados ou foram transferidos para outras dimensões, por consenso, conforme apresentado em negrito na tabela 1.

Tabela 1 - Descritores para avaliar estratégias de promoção da saúde bucal *.

PRIMEIRA RODADA	DESCRITORES FINAIS
<i>Saúde Bucal</i>	<i>Saúde Bucal</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Acompanhamento do perfil epidemiológico de doenças e agravos bucais antes e durante o desenvolvimento da estratégia, 2. Comparação e reconhecimento de resultados alcançados, 3. Reconhecimento dos resultados / impacto da estratégia de promoção da saúde bucal com a população alvo, 4. Definição de novos objetivos potencializados pelos resultados. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atuação sobre Determinantes Sociais da Saúde, 2. Reconhecimento dos Fatores Comuns de Risco, 3. Acompanhamento do perfil epidemiológico de doenças e agravos bucais antes e durante o desenvolvimento da estratégia, 4. Comparação e reconhecimento de resultados alcançados, 5. Definição de novos objetivos potencializados pelos resultados.
<i>Políticas Públicas Saudáveis</i>	<i>Políticas Públicas Saudáveis</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Priorização de grupos mais vulneráveis, 2. Participação da comunidade na definição de prioridades, objetivos, condução e avaliação da estratégia, 3. Participação equânime da população alvo, 4. Participação de diferentes atores sociais (profissionais, instituições e líderes comunitários), 5. Parceria entre diferentes atores sociais e diferentes profissionais de saúde no território, 6. Vinculação com outras atividades de promoção da saúde no território, 7. Reconhecimento e apoio da estratégia pela gerência de saúde local, distrital e municipal, 8. Recursos específicos alocados para o desenvolvimento da estratégia, 9. Previsão de avaliações de processo e resultados ao longo do desenvolvimento da ação, 10. Pactuação e reconhecimento dos resultados pela Unidade de Saúde, 11. Pactuação e reconhecimento dos resultados pelo Conselho Local de Saúde. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Priorização de grupos mais vulneráveis, 2. Participação equânime da população alvo, 3. Participação de diferentes atores sociais (profissionais, instituições e líderes comunitários), 4. Parceria entre diferentes atores sociais e diferentes profissionais de saúde no território, 5. Vinculação com outras atividades de promoção da saúde no território, 6. Reconhecimento e apoio da estratégia pela gerência de saúde local, distrital e municipal, 7. Recursos específicos alocados para o desenvolvimento da estratégia, 8. Previsão de avaliações de processo e resultados ao longo do desenvolvimento da ação, 9. Pactuação e reconhecimento dos resultados pela Unidade de Saúde, 10. Pactuação e reconhecimento dos resultados pelo Conselho Local de Saúde.

Desenvolvimento Humano e Social

1. Respeito aos valores da população alvo,
2. Participação da comunidade na definição de prioridades, objetivos, condução e avaliação da estratégia,
3. Oportunização de avaliação e discussão dos resultados gerados pela ação,
4. Mudanças no processo de condução da estratégia a partir de sugestões da comunidade,
5. Divulgação da estratégia para a comunidade local,
6. Protagonismo compartilhado da estratégia,
7. **Participação de diferentes atores sociais (profissionais, instituições e líderes comunitários),**
8. Manutenção dos resultados e benefícios da estratégia,
9. **Atuação sobre Determinantes Sociais da Saúde,**
10. **Reconhecimento dos Fatores Comuns de Risco.**

Desenvolvimento Humano e Social

1. Respeito aos valores da população alvo,
2. **Participação da comunidade na definição de prioridades, objetivos, condução e avaliação da estratégia,**
3. **Oportunização de avaliação e discussão dos resultados gerados pela ação,**
4. Mudanças no processo de condução da estratégia a partir de sugestões da comunidade,
5. Divulgação da estratégia para a comunidade local,
6. Protagonismo compartilhado da estratégia,
7. **Desenvolvimento de capacidades para diferentes atores sociais,**
8. Manutenção dos resultados e benefícios da estratégia.

*O negrito define os descritores que foram reorganizados depois do consenso dos especialistas.

Dois descritores, o descritor 3 da dimensão da saúde bucal, "reconhecer os resultados / impacto da estratégia de promoção de saúde bucal com a população-alvo", e o descritor 2 da dimensão de políticas públicas saudáveis "a participação comunitária na definição de prioridades, metas, condução e avaliação", foram considerados pelo grupo de especialistas como contemplados na dimensão do desenvolvimento humano e social. Assim, eles foram eliminados das dimensões originais.

O descritor 7 da dimensão do desenvolvimento humano e social "parceria de diferentes atores sociais (profissionais, instituições e líderes comunitários)" foi considerado mais apropriado e relevante na dimensão das políticas públicas saudáveis.

Da mesma forma, os descritores 9 e 10 da dimensão do desenvolvimento humano e social, "determinantes sociais da saúde" e "reconhecimento da

abordagem dos fatores de risco comum”, foram transferidos para a dimensão da saúde bucal.

Durante o debate, um novo descritor foi sugerido para a dimensão do desenvolvimento humano e social (descritor 7) apresentado na Tabela 1 na coluna Descritores Final, "Desenvolvimento de educação permanente aos profissionais de saúde e os diversos atores sociais".

A população-alvo para utilizar a ferramenta foi definida como os dentistas e profissionais da equipe de saúde bucal atuando na Atenção Primária em Saúde no contexto brasileiro.

4 DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Este trabalho apresenta o processo de definição de um modelo teórico e a validação de uma matriz de descritores para avaliação de estratégias de promoção da saúde bucal.

O desenvolvimento de um modelo teórico para a promoção da saúde exige uma adaptação dos princípios e valores com os contextos social, econômico e político, onde as expectativas do público e preferências devem ser consideradas. A maneira como as pessoas são capazes de perceber as estruturas, criar coerência e compilar todo o conhecimento tem um impacto central na compreensão da promoção da saúde (Erickson e Lindstrom, 2008).

Assim, identificar descritores-chave como base para a construção de uma matriz de descritores de avaliação de efetividade exige a inclusão de princípios e valores que envolvem a complexidade das práticas de promoção da saúde (Watt et al., 2006). No Brasil, a promoção da saúde tem procurado estabelecer-se com uma perspectiva interdisciplinar, que prioriza a cooperação multisetorial e o diálogo democrático e participativo com as várias partes envolvidas em várias ações de mudança social. Transcendendo os limites do setor saúde, a promoção da saúde volta-se para novos projetos e proposições para a promoção da qualidade de vida, valorizando a capacidade inerente de agentes sociais para refletir criticamente sobre o contexto e os determinantes econômicos, sociais, culturais e ambientais da saúde (Westphal e Wallerstein, 2007).

Para manter a consistência da análise de avaliação, a validação da informação recolhida representa um dos aspectos mais importantes. Portanto, o desenvolvimento e a validação de uma matriz de descritores são fundamentais para a construção de indicadores robustos e metodologias de avaliação (Goes et al., 2006). Os resultados apresentados neste estudo descrevem a definição de uma matriz de 23 descritores, com a participação de especialistas, como constructos centrais para o desenvolvimento de indicadores relevantes para a avaliação da efetividade das estratégias de promoção da saúde bucal que visam apoiar a Política Nacional de Saúde Bucal. Este estudo é a *primeira iniciativa* de construir um instrumento de avaliação da promoção da saúde bucal.

A TGN permitiu uma ampla participação e interação entre os especialistas, contribuindo não somente para troca de informações, mas também para o amadurecimento de opiniões fundamentadas na crítica e sistematização de idéias, facilitando a tomada de decisões baseadas em consenso (Fagundes et al., 2007). Assim, o grupo nominal foi um espaço privilegiado para a validação do referencial teórico, dos descritores e dos critérios de avaliação discutidos neste estudo.

O desafio para futuras pesquisas e práticas é construir e validar uma Ferramenta de Avaliação de Estratégias de Promoção da Saúde Bucal. Isso requer uma validação de conteúdo e constructo que deverá resultar em um instrumento de fácil utilização para dentistas e toda equipe de saúde bucal atuando na Atenção Primária em Saúde no contexto brasileiro.

5 REFERÊNCIAS

Akerman, M., Mendes, R. and Bógus, C. M. (2004) É possível avaliar um imperativo ético? *Ciência & Saúde Coletiva*, **9**, 605-615.

Brasil (2004) Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal, Brasília.

Brasil (2006) Política Nacional de Promoção da Saúde. In S. B. T. B. d. Saúde (ed), *Série Pactos pela Saúde 2006*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília - DF.

Bowling, A. (1997) Measuring Health - a review of quality of life measurement scales In A. Bowling (ed), *Theory of Measurement* Open University Press, Buckingham Philadelphia

De Salazar, L. (2004) *Evaluación de Efectividad en Promoción de la Salud. Guía de Evaluación Rápida*. CEDETES, CDC, OPAS, Santiago de Cali.

De Salazar, L. (2009a) Evaluación de Efectividad en Promoción de la Salud y Salud Pública. In L. De Salazar (ed), *Efectividad en Promociós de la Salud y Salud Pública*. Programa Editorial Universidad del Valle, Cali, Colombia.

De Salazar, L. (2009b) Desafíos Metodológicos, políticos y éticos de la evaluación. In L. De Salazar (ed), *Efectividad en Promoción de la Salud y Salud Pública*. Programa Editorial Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Deslandes, S. F. and Lemos, M. P. (2008) Construção participativa de descritores para avaliação dos núcleos de prevenção de acidentes e violência, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, **24**, 441-448.

Eriksson, M. and Lindstrom, B. (2008) A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promot. Int.*, **23**, 190-199. 10.1093/heapro/dan014.

Fagundes, N. C., Santos, C. C., Ayres, I. B. S., Baptista, R. F. and Santos, V. M. G. (2007) Construindo uma proposta de avaliação de estágios curriculares na Rede SUS - BA. *Revista Baiana de Saúde Pública*, **31**, 87-93.

Goes, P. S. A., Fernandes, L. M. d. A. and Lucena, L. B. S. (2006) Validação de Instrumentos de Coleta de Dados. In J. L. F. Antunes and M. A. Peres (eds), *Fundamentos de Odontologia - Epidemiologia da Saúde Bucal*. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.

Hancock, T. (2009) Conceptual model healthy community, *II Oficina de Ações Intersetoriais de Promoção da Saúde*, Recife - PE.

Jackson, S. F., Perkins, F., Khandor, E., Cordwell, L., Hamann, S. and Buasai, S. (2006) Integrated health promotion strategies: a contribution to tackling current and future health challenges. *Health Promot. Int.*, **21**, 75-83. 10.1093/heapro/dal054.

Jones, J. and Hunter, D. (1995) Consensus methods for medical and health services research. *British Medical Journal*, **311**, 376-80.

Leal, R. B. (2004) Elaboração e Validação de um Instrumento para avaliar a qualidade de vida do respirador oral, *Faculdade de Odontologia*. Universidade de Pernambuco, Recife – Pernambuco.

McQueen, D. V. and Jones, C. M. (2007) *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness*. Springer, New York.

Moysés, S. J., Moysés, S. T. and Krempel, M. C. (2004) Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. *Ciência & Saúde Coletiva*, **9**, 627-641.

Moysés, S. J. (2008) Saúde Bucal. In L. Giovanella, S. Escorel and L. Lobato (eds), *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

Nunes, P. (2008) Técnica do Grupo Nominal.

OPAS (2005) *Guia de Evaluación Participativa para municipios y comunidades saludables*. OPAS - Organización Panamericana de la Salud, Lima.

Perry, J. and Linsley, S. (2006) The use of the nominal group technique as an evaluative tool in the teaching and summative assessment of the inter-personal skills of student mental health nurses. *Nurse education today*, **26**, 346-353.

Potter, M., Gordon, S. and Hamer, P. (2004) The nominal group technique: a useful consensus methodology in physiotherapy research. *New Zealand Journal of Physiotherapy*, **32**, 126-130.

Souza, L. E. P. F., Hartz, Z. M. A. and Silva, L. M. V. (2005) Conferência de Concenso sobre a imagem-objetivo da Descentralização da Atenção à Saúde no Brasil. In Z. M. A. Hartz and L. M. V. Silva (eds), *Avaliação em Saúde: dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde*. EDUFBA / Fiocruz, Salvador / Rio de Janeiro.

Takeda, S. and Harzheim, E. (2008) Valores, Princípios e Atributos de um sistema de saúde orientado pela APS, OPAS, 2006., *Problematizando os Atributos Fundamentais da APS/ESF - Grupo de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde*. UFRGS, Porto Alegre - RS.

UN Habitat (2002) The Global Campaign on Urban Governance: Concept Paper, *Campaign Secretariat*. United Nations Human Settlements Programme, UN-HABITAT, Nairobi, Kenya.

United Nations (2002) Report of the World Summit on Sustainable Development, Johannesburg, South Africa.

Watt, R. G., Harnett, R., Daly, B., Fuller, S. S., Kay, E., Morgan, A., Munday, P., Nowjack-Raymer, R. and Treasure, E. T. (2004) *Oral Health Promotion - Evaluation Toolkit*. Stephen Hancocks Limited, London.

Watt, R. G., Harnett, R., Daly, B., Fuller, S. S., Kay, E., Morgan, A., Munday, P., Nowjack-Raymer, R. and Treasure, E. T. (2006) Evaluating Oral Health Promotion: need for quality outcomes measures. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, **34**, 11-17.

Westphal, M. F. and Wallerstein, N. (2007) Saúde, Desenvolvimento e Equidade. *Promotion & Education*, **Supplement 1 2007**, 31-32.

3 ARTIGO 2 – VERSÃO INGLÊS

This article will be submitted to the periodic “Health Promotion International”.

VALIDATION OF A THEORETICAL MODEL AND A MATRIX OF DESCRIPTORS FOR ORAL HEALTH PROMOTION EVALUATION¹

ABSTRACT

Health promotion evaluation has been a methodological and strategic challenge. The use of appropriate evaluation methodologies in this area, based on a participatory analysis of processes and local contexts, is becoming essential to the success of interventions, and to support new public policies with potential to change vulnerabilities, sanitary and environmental inequalities, and also support social control and participation. This article describes the process of defining a theoretical framework and the face validity of a descriptors matrix to evaluate oral health promotion strategies in the context of primary health care. The methodological procedure encompasses the systematic review, the definition of health promotion domains, and key descriptors that composed the matrix, which face validity was conducted through the Nominal Group Technique with support of an expert’s panel. The results of the systematic review provided a compilation of knowledge related to health promotion in the national and international policies, and a range of key descriptors were defined by the experts group and distributed in three main domains: (1) Oral Health, (2) Healthy Public Policies and (3) Human and Social Development. The future challenge is to build an easy-to-use instrument of effectiveness evaluation for dental professionals and the oral health team working in Primary Health Care.

¹ This article is part of the thesis entitled: "Effectiveness Evaluation of Health Promotion Strategies: validation of a tool," presented to the Post-Graduation Program in Dentistry, Concentration Area – Public Health at Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Key-words: health promotion; evaluation instrument; effectiveness; primary health care.

1 INTRODUCTION

The paradigm of health promotion has attracted the attention of many theorists, practitioners, academicians and politicians all over the world. Academic centers and research institutions, governments, stakeholders of public health and social policies, and international agencies have expanded the debate on this important approach, taking into consideration its meaning, scope, and effectiveness (De Salazar, 2009a).

Health promotion expands the traditional view of public health, spanning the complexity of social exchanges by connecting health to the social, cultural, political, and economic contexts. Considered as a political concept, health promotion reaffirms health as an ethical imperative and a duty of the citizen (Akerman *et al.*, 2004). It is linked with a sustainable and fair development and a local empowerment in the defense of public policies that tackle inequalities (Jackson *et al.*, 2006; De Salazar, 2009b).

Health promotion interventions encompass complex dimensions, defined by the variety of contexts, social groups, and institutions, involving collaboration and participation of different people and using multiple strategies, with multiple results. These features have direct implications on how to measure the impact and the effectiveness of such interventions (Moysés *et al.*, 2004). Health promotion evaluation has been, therefore, a methodological and strategic challenge (McQueen and Jones, 2007). The use of appropriate and robust evaluation methodologies in this area, based on a participatory analysis of processes and local contexts, is becoming essential to the success of interventions, and to support new public policies with the potential to change vulnerabilities, sanitary and environmental inequalities, and also support social control and participation (McQueen and Jones, 2007; Westphal and Wallerstein, 2007).

The current National Health Promotion Policy in Brazil defined the responsibility of the three government levels (national, state and municipal), the establishment of tools and indicators for monitoring and evaluating the implementation, and the impact of sustainable health promotion practices, with focus on its main principles and values. These include equity, sanitary responsibility, social

participation, intersectorality, information, education, and communication (Brasil, 2006).

In the field of oral health policy, oral health promotion practices and surveillance, based on primary health care approach, have been a challenge to decision makers and researchers for investing and improving evaluation strategies that focus not only on outcomes, but also on the political and social process to achieve the proposed goals (De Salazar, 2004). The development of a health promotion evaluation tool is essential to identify the best and sustainable practices on oral health promotion and to support evidence-based policies and decision making in different fields.

More than a political and strategic approach, the evaluation will be effective when it is more participative in the construction of its methodologies, seeking to involve in the evaluation process those aspects that had some interference in the implementation of the assessed practice and that can influence the outcomes (Watt *et al.*, 2004). In this way, the challenge posed by this research was to reinforce institutional and interpersonal knowledge and practices to build an evaluation tool. The tool will intend to become a reference to evaluate the effectiveness of oral health promotion strategies developed by municipal primary health care systems in Brazil where the National Oral Health Policy has been implemented.

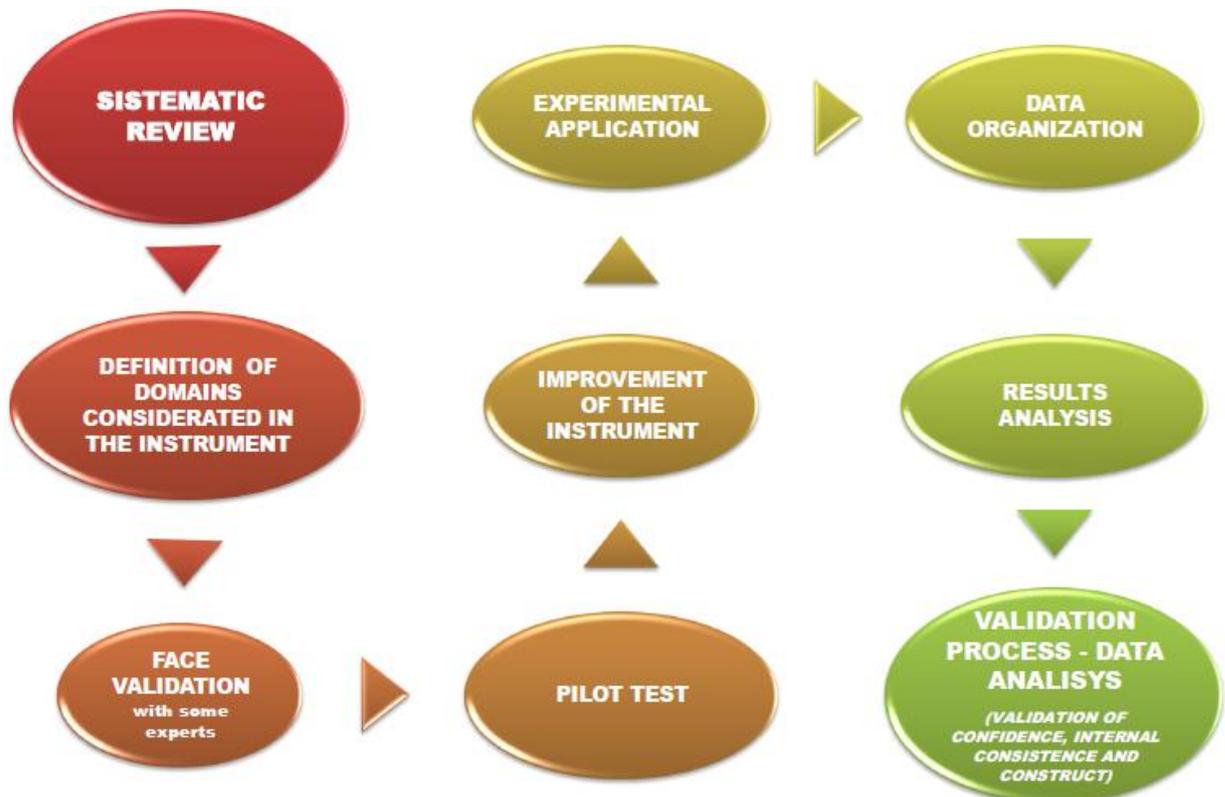
The validity of an instrument must provide objective evidence that the proposed method is suitable for their intended use (Goes *et al.*, 2006). Validity is concerned with whether the indicator actually does measure the underlying attribute (Bowling, 1997). The face validity, in this way, focuses on the analysis of the significance and relevance of what has been measured, including semantic and conceptual perspectives (Goes *et al.*, 2006).

This article describes the process of defining a theoretical framework and the face validity of a matrix of descriptors to evaluate oral health promotion strategies in the context of primary health care.

2 METHOD

The present study followed the methodology proposed by Bowling (1997), Leal (2004), and Goes (2006) to build and validate a matrix of descriptors to evaluate oral health promotion strategies (Figure1).

Figure 1. Framework for elaboration, organization, and validation of a research tool (Goes, 2006)



The methodological procedures described in this article encompasses the systematic review, the definition of the health promotion domains that composed the matrix, and the face validity conducted with the support of a panel of experts.

A detailed sequence of procedures is described as follows:

1. Attribute Definition - In this stage, the theoretical reference about health promotion evaluation was defined based on a systematic literature review about health promotion, primary health care, oral health promotion, and health promotion evaluation. The literature was organized with focus on principles, pillars, and values that could characterize the health promotion strategies.

The range of descriptors originally proposed was based on the health promotion **pillars** and **values**. According Takeda and Harzheim (2008), the pillars are considered as the theoretical basis for specifying the evaluation values, while values are defined as the moral anchor for the health promotion strategies.

2. Preparation of a list of descriptors linked with the health promotion pillars and values, grouped into three main dimensions expressing the field action of health promotion ordered by logical criteria. From this process, the initial form of the matrix to be tested was built.
3. The Nominal Group Technique (NGT) was chosen to conduct the first phase of the face validity of the initial matrix proposed, through the semantic validity. This is a technique of divergent / convergence thinking, in which there is both the production of individual ideas, and the discussion and clarification on the group, as well as the prioritization of ideas by independent voting (Jones and Hunter, 1995).

The NGT aims to synthesize information and thereby an agreement. It consists in gathering a group of experts in the subject who could contribute with creativity, synthesis, and generate ideas (Jones and Hunter, 1995; Brazil, 2004; Nunes, 2008). The nominal groups allows wide participation and interaction among members, contributing not only to exchange of information but also to the maturing of views grounded in criticism and systematization of ideas, thereby facilitating decision making based on group consensus (Souza *et al.*, 2005; Fagundes *et al.*, 2007).

Sixteen health professionals were invited to participate in the NGT, identified by their expected contribution to the proposed matrix. This group included:

- 3 international researchers on health promotion evaluation;
- 1 member of the Ministry of Health Collaborating Center on Oral Health Surveillance;
- 1 national researcher on health promotion evaluation;
- 1 regional public health manager;
- 3 local oral public health managers involved in planning and development of health promotion in municipal primary health care;
- 1 municipal oral health coordinator;

- 1 health authority, coordinator of a family health care unit;
- 2 dental professionals working on municipal primary health care units; and
- 3 post graduation students working with health promotion.

All the identified guests received the matrix and a document with the theoretical model and instructions about the validation technique to orient themselves. As predicted by Jones and Hunter (1995), the validation took place in two rounds.

- I. The first round encompassed the independent analysis of the original matrix by the guest group. Each one qualified the descriptors qualitatively and quantitatively. For the qualitative assessment, each descriptor was classified according to their relevance and importance as *essential*, *necessary*, or *unnecessary*. For the quantitative assessment, the same descriptors are evaluated with a score from 0 to 6: 0 = without importance; 1 = almost without importance; 2 = little importance; 3 = average importance; 4 = important; 5 = very important; and 6 = most important.

These results were presented in a descriptive form for the participants of the NGT, showing frequency distribution.

- II. The second round was a face-to-face meeting. The group of experts explored the results of the first round, based on the presentation of the synthesis of qualitative and quantitative assessments made independently in the first round. Each evaluator revised the individual qualitative and quantitative assessment and confirmed or changed the rating initially assigned and presented it to the group. The discussions ended when the group got, consensually, the matrix of descriptors most appropriate for the goals.

In addition to the procedures recommended by the NGT, a thematic analysis (Potter *et al.*, 2004; Perry and Linsley, 2006; Deslandes and Lemos, 2008) was used to analyze the arguments and explanations generated by the group of experts to produce the consensus. The discussion was recorded on audio (with the consent of participants), transcribed, and the arguments raised in the debate were analyzed and used to prepare the final version of the matrix of descriptors and indicators.

4. Delimitation of the population to whom the instrument was intended.

This research was conducted in accordance with standards for research involving humans and was approved by the Ethics Committee in Research of the Pontifical Catholic University of Parana (*CONEP* Protocol 0068.0.084.097-10).

3 RESULTS

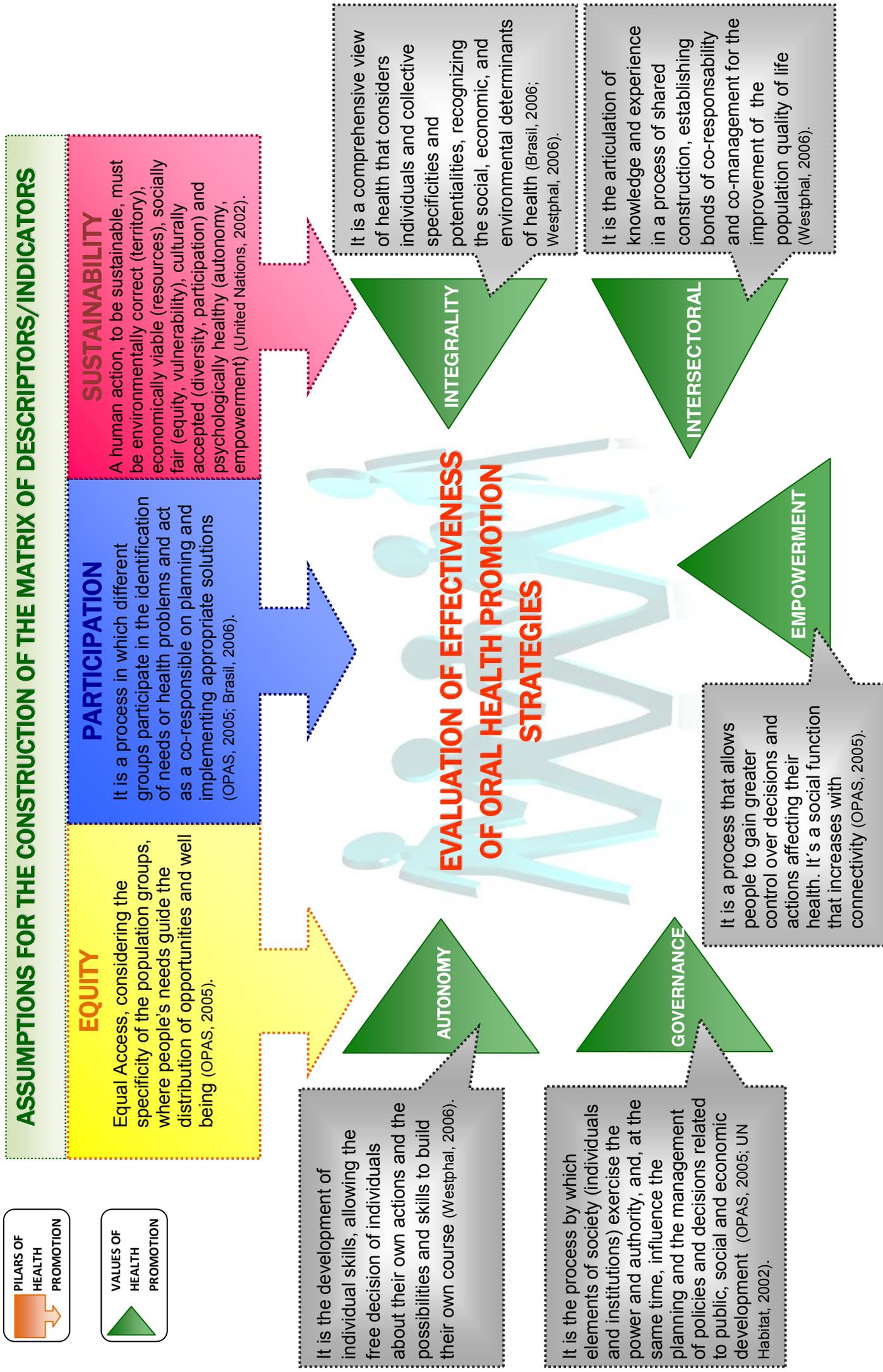
A theoretical framework is shown in Figure 2. It provides a compilation of knowledge related to health promotion in the national and international policies such as, the National Primary Health Care, Health Promotion, and Oral Health Policies, in addition to information related to the evaluation of strategies for health promotion.

In the Theoretical Model proposed the pillars were considered as *equity, participation, and sustainability*. The values included *autonomy, empowerment, integrality, intersectorality, and governance*.

Three strategic dimensions were set to be the basis for the construction of evaluation descriptors:

- **Oral Health:** understood as a result of actions that realize health as a resource for life with quality, determined by social and environmental conditions of life in the community, and built upon the positive relationship of the human mouth with the biological and social body (Moysés, 2008).
- **Healthy Public Policy:** to promote, through population strategies, the creation of a social and physical environment of support, thereby improving the health potential, and enabling and facilitating people to make healthy choices (OPAS, 2005).
- **Human and Social Development:** encompasses favorable actions for the society to increasingly comprise happy, healthy, creative, and productive subjects, and promotes care and peace (Hancock, 2009). This includes community empowerment and information, education and communication actions.

Figure 2. Theoretical Model



From this set of pillars, values, and for each dimension, descriptors were created to compose a tool to evaluate the complexity of an oral health promotion strategy. The descriptors, understood, by Deslandes and Lemos (2008), as the content, critical points, and significant features that was considered to be the central focus for the evaluation of an oral health promotion strategy, led to the development of indicators that could be used to measure, in a valid manner, the performance, quality, and effectiveness of oral health promotion developed by local health teams in their operative territories.

Initially, researchers proposed a list of descriptors for each dimension, which was submitted to a latter validation by experts using the NGT. In the first round of the NGT, the participants received a list of 25 descriptors (Table 1). The experts evaluated independently, qualitatively, and quantitatively each descriptor. During the face-to-face meeting, the results of the first round were presented and explored. All the descriptors were considered according to their relevance in each dimension, and some of them were recognized as duplicates or were reassigned to other dimensions by consensus, as shown in bold letters in table 1

Table 1 – Descriptors to evaluate Oral Health Promotion Strategies*.

FIRST ROUND	FINAL DESCRIPTORS
<p style="text-align: center;"><i>Oral Health</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Assess the epidemiological profile of oral diseases and disorders before the start and during the strategy, 2. Compare the results to base line data recorded, 3. Recognize the results / impact of the oral health promotion strategy with the targeted population, 4. Results can support new goals of the oral health promotion strategy. 	<p style="text-align: center;"><i>Oral Health</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Social determinants of health, 2. Recognition of the common risk-factor approach, 3. Assess the epidemiological profile of oral diseases and disorders before the start and during the strategy, 4. Compare the results to base line data recorded, 5. Results can support new goals of the oral health promotion strategy.
<p style="text-align: center;"><i>Healthy Public Policies</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prioritization of the most vulnerable social groups to work with, 2. Community participation on the setting of priorities, goals, conduction, and evaluation, 3. Equitable participation of the targeted population, 4. Partnership of different social actors (professionals, institutions and community leaders) 5. Partnership of different health professionals in the territory, 6. Link with other activities in the territory, 7. Recognition and endorsement of the strategy by local, district, and municipal management, 8. Resources allocated to the strategy, 9. Provision of process and result evaluation during the strategy, 10. Dissemination and discussion of the results of the strategy at local health unit , 11. Dissemination and discussion of the results of the strategy at local health council. 	<p style="text-align: center;"><i>Healthy Public Policies</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prioritization of the most vulnerable social groups to work with, 2. Equitable participation of the targeted population, 3. Partnership of different social actors (professionals, institutions and community leaders), 4. Partnership of different health professionals in the territory, 5. Link with other activities in the territory, 6. Recognition and endorsement of the strategy by local, district, and municipal management, 7. Resources allocated to the strategy, 8. Provision of process and result evaluation during the strategy, 9. Dissemination and discussion of the results of the strategy at local health unit, 10. Dissemination and discussion of the results of the strategy at local health council.

<i>Human and Social Development</i>	<i>Human and Social Development</i>
1. Values of local / targeted population,	1. Values of local / targeted population,
2. Community participation in the setting of priorities, goals, conduction, and evaluation,	2. Community participation in the setting of priorities, goals, conduction, and evaluation,
3. Community opportunity to evaluate and discuss the results achieved by the strategy,	3. Community opportunity to evaluate and discuss the results achieved by the strategy,
4. Community suggestions for change,	4. Community suggestions for change,
5. Communication to the local community,	5. Communication to the local community,
6. Shared protagonist function,	6. Shared protagonist function,
7. Partnership of different social actors (professionals, institutions, and community leaders),	7. Development of permanent education for health professionals and different social actors,
8. Maintenance of the results and benefits of the strategy,	8. Maintenance of the results and benefits of the strategy.
9. Social determinants of health,	
10. Recognition of the common risk-factor approach.	

*Bold letters defined the descriptors that were reorganized after the experts consensus.

Two descriptors, descriptor 3 of oral health dimension, “Recognize the results / impact of the oral health promotion strategy with the targeted population”, and descriptor 2 of healthy public policies’ dimension, “Community participation on the setting of priorities, goals, conduction, and evaluation”, were considered by the experts’ group to be already contemplated at the human and social development dimension. Thus, they were eliminated from the original dimensions.

Descriptor 7 of the human and social development dimension, “Partnership of different social actors (professionals, institutions, and community leaders)”, was considered to be more appropriate and relevant in the healthy public policies dimension.

In the same way, descriptors 9 and 10 of the human and social development dimension, “Social determinants of health” and “Recognition of the common risk-factor approach”, were relocated to the oral health dimension.

During the discussion, a new descriptor was suggested for the human and social development dimension (descriptor 7) presented in Table 1 on the Final

Descriptors' column, "Development of permanent education for health professionals and different social actors".

The target population to use the tool was defined as the dental professionals and the oral health team working in Primary Health Care in the Brazilian context.

4 DISCUSSION AND CONCLUSION

This paper presents the process of defining a theoretical framework and the validation of a matrix of descriptors for oral health promotion evaluation strategies.

The development of a theoretical framework for health promotion requires an adaptation of principles and values to the social, economic, and political contexts, where public expectations and preferences must be considered. The way people are able to perceive structures, create coherence and keep everything together has a central impact on health promotion understanding (Erickson and Lindstrom, 2008).

Thus, to identify key descriptors as the base for building a matrix of effectiveness evaluation descriptors requires the inclusion of principles and values that encompass the complexity of health promotion practices (Watt *et al.*, 2006). In Brazil, health promotion has sought to establish itself as an interdisciplinary perspective, which prioritizes multi sectoral cooperation and democratic and participatory dialogue with the various stakeholders involved in multiple actions of social change. Transcending the limits of the health sector, it turns to new designs and propositions for promoting quality of life, valuing the inherent ability of social agents to reflect critically on the context and the economic, social, cultural and environmental determinants of health (Westphal and Wallerstein, 2007).

For consistency of evaluation analysis, the validity of the information collected represents one of the most important aspects. Therefore, the development and the validation of a matrix of descriptors are fundamental to the building of robust indicators and evaluation methodologies (Goes *et al.*, 2006). The results presented in this study describe the definition of a matrix of 23 descriptors, with the participation of experts, as central constructs for the development of relevant indicators for the evaluation of effectiveness of oral health promotion strategies that aim to support the National Oral Health Policy. This study is the first initiative to build an oral health promotion evaluation tool.

The NGT allowed a wide participation and interaction among experts, thereby contributing not only to exchange of information but also to the maturing of views grounded in critical and systematization of ideas, facilitating decision making based on consensus (Fagundes *et al.*, 2007). Thus, the nominal groups were the privileged

space for the validation of the theoretical framework, descriptors, and evaluation criteria discussed in this study.

The challenge for future research and practice is to develop and validate an Evaluation of Oral Health Promotion Toolkit. This requires content and constructs validation that must result in an easy-to-use instrument for dental professionals and the oral health team working in primary health care in the Brazilian context.

5 REFERENCES

Akerman, M., Mendes, R. and Bógus, C. M. (2004) Is it possible to assess an ethical imperative? *Ciência & Saúde Coletiva*, **9**, 605-615.

Brazil (2004) National Policy on Oral Health. Ministry of Health, Health Care Department, National Coordination of Oral Care, Brasília - DF.

Brazil (2006) National Policy on Health Promotion. In S. B. T. B. D. Health (ed), *Health Covenants Series 2006*. Ministry of Health, Health Surveillance Department, Health Care Department, Brasília - DF.

Bowling, A. (1997) Measuring Health - a review of quality of life measurement scales. In A. Bowling (ed), *Theory of Measurement*. Open University Press, Buckingham Philadelphia.

De Salazar, L. (2004) *Evaluación de Efectividad en Promoción de la Salud. Guía de Evaluación Rápida*. CEDETES, CDC, OPAS, Santiago de Cali.

De Salazar, L. (2009a) Evaluación de Efectividad en Promoción de la Salud y Salud Pública. In L. De Salazar (ed), *Efectividad en Promoción de la Salud y Salud Pública*. Programa Editorial Universidad del Valle, Cali, Colombia.

De Salazar, L. (2009b) Desafíos Metodológicos, políticos y éticos de la evaluación. In L. De Salazar (ed), *Efectividad en Promoción de la Salud y Salud Pública*. Programa Editorial Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Deslandes, S. F. and Lemos, M. P. (2008) Participatory development of descriptors for evaluation of violence and accident prevention centers in Brazil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, **24**, 441-448.

Eriksson, M. and Lindstrom, B. (2008) A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promot. Int.*, **23**, 190-199. 10.1093/heapro/dan014.

Fagundes, N. C., Santos, C. C., Ayres, I. B. S., Baptista, R. F. and Santos, V. M. G. (2007) Building a proposal for evaluate the curricular practice in SUS Network - Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, **31**, 87-93.

Goes, P. S. A., Fernandes, L. M. d. A. and Lucena, L. B. S. (2006) Validation of Data Collection Instruments. In J. L. F. Antunes and M. A. Peres (eds), *Dentistry Fundamentals – Epidemiology of Oral Health*. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.

Hancock, T. (2009) Conceptual model healthy community, *II Workshop on Intesectorial Action for Health Promotion*. Recife - PE.

Jackson, S. F., Perkins, F., Khandor, E., Cordwell, L., Hamann, S. and Buasai, S. (2006) Integrated health promotion strategies: a contribution to tackling current and future health challenges. *Health Promot. Int.*, **21**, 75-83. 10.1093/heapro/dal054.

Jones, J. and Hunter, D. (1995) Consensus methods for medical and health services research. *British Medical Journal*, **311**, 376-80.

Leal, R. B. (2004) Elaboration and Validation of an Instrumento to Evaluate the mouth breathers' quality of life, *Dentistry Faculty*. University of Pernambuco, Recife – Pernambuco.

McQueen, D. V. and Jones, C. M. (2007) *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness*. Springer, New York.

Moysés, S. J., Moysés, S. T. and Krempel, M. C. (2004) Assessing the building process of health promotion publicpolicies: the experience of Curitiba. *Ciência & Saúde Coletiva*, **9**, 627-641.

Moysés, S. J. (2008) Oral Health. In L. Giovanella, S. Escorel and L. Lobato (eds), *Policies and Health System in Brazil*. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

Nunes, P. (2008) *Nominal Group Technique*.

OPAS (2005) *Guía de Evaluación Participativa para municipios y comunidades saludables*. OPAS - Organización Panamericana de la Salud, Lima.

Perry, J. and Linsley, S. (2006) The use of the nominal group technique as an evaluative tool in the teaching and summative assessment of the inter-personal skills of student mental health nurses. *Nurse education today*, **26**, 346-353.

Potter, M., Gordon, S. and Hamer, P. (2004) The nominal group technique: a useful consensus methodology in physiotherapy research. *New Zealand Journal of Physiotherapy*, **32**, 126-130.

Souza, L. E. P. F., Hartz, Z. M. A. and Silva, L. M. V. (2005) Consensus Conference on the picture-objective of the Health Care Decentralization in Brazil. In Z. M. A. Hartz and L. M. V. Silva (eds), *Health Evaluation: from Theoretical Models to the Practice of Health Systems and Programmes*. EDUFBA / Fiocruz, Salvador / Rio de Janeiro.

Takeda, S. and Harzheim, E. (2008) Values, Principals and Attributes of a Health System oriented from Primary Health Care, OPAS, 2006., *Questioning the Fundamental Attributes of Primary Health Care / Family Health Strategy – Primary Health Care group Research*. UFRGS, Porto Alegre - RS.

UN Habitat (2002) The Global Campaign on Urban Governance: Concept Paper, *Campaign Secretariat*. United Nations Human Settlements Programme, UN-HABITAT, Nairobi, Kenya.

United Nations (2002) Report of the World Summit on Sustainable Development, Johannesburg, South Africa.

Watt, R. G., Harnett, R., Daly, B., Fuller, S. S., Kay, E., Morgan, A., Munday, P., Nowjack-Raymer, R. and Treasure, E. T. (2004) *Oral Health Promotion - Evaluation Toolkit*. Stephen Hancocks Limited, London.

Watt, R. G., Harnett, R., Daly, B., Fuller, S. S., Kay, E., Morgan, A., Munday, P., Nowjack-Raymer, R. and Treasure, E. T. (2006) Evaluating Oral Health Promotion: need for quality outcomes measures. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, **34**, 11-17.

Westphal, M. F. and Wallerstein, N. (2007) Health, Development and e Equity. *Promotion & Education*, **Supplement 1 2007**, 31-32.

4 ARTIGO 3 – VERSÃO PORTUGUÊS

O artigo será submetido ao periódico “Community Dentistry and Oral Epidemiology”.

ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE EFETIVIDADE DE PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL¹

RESUMO

A existência de instrumentos confiáveis para identificar os fatores que exercem influência na efetividade de práticas de promoção da saúde é importante tanto para a maior compreensão na tomada de decisão quanto para a elaboração de intervenções efetivas para a promoção da qualidade de vida da população. O objetivo deste estudo foi elaborar e validar um instrumento de avaliação de efetividade de estratégias de promoção da saúde bucal desenvolvidas na atenção primária em saúde em diferentes contextos no Brasil. O processo de construção e validação do instrumento proposto iniciou pela elaboração do conteúdo e formato do mesmo, seguido de validação do constructo, consistência interna, e de sua reprodutibilidade. O instrumento foi testado com cirurgiões dentistas das cidades de Curitiba-PR (n=123) e Recife-PE (n=87), que trabalhavam em Atenção Primária à Saúde. O instrumento elaborado baseou-se em uma matriz de 23 descritores, com questões definidas como indicadores afirmativos, cujas respostas foram organizadas em uma escala Likert em 5 níveis. Foram utilizados os testes de *Kruskal-Wallis*, *Spearman* e o *coeficiente de Phi* para validação de constructo, *alpha de Cronbach*, para a avaliação da consistência interna, análise fatorial exploratória para avaliar a dimensionalidade dos indicadores; e o teste de *Kappa*, para a análise da reprodutibilidade do instrumento. Na validação do constructo, evidenciou-se

¹ Este artigo é parte integrante da Tese intitulada: “Avaliação de Efetividade de Estratégias de Promoção da Saúde: validação de uma ferramenta”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Área de Concentração – Saúde Coletiva da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

correlação significativa ($p < 0,01$) entre a avaliação subjetiva e objetiva das estratégias. O instrumento demonstrou ter adequada consistência interna, com valores de *alpha de Cronbach* padronizado variando entre 0,88 e 0,89 para cada uma das dimensões do instrumento. A análise da dimensionalidade dos indicadores comprovou que os mesmos estavam de acordo com os pilares e valores da promoção da saúde a partir da extração de quatro fatores, com uma variância total de 51,45% explicada por esse resultado. A análise da reprodutibilidade apresentou 82,6% dos indicadores com concordância estatística significativa. Esse processo de validação permitiu construir um instrumento válido para avaliar e discriminar quando uma estratégia de promoção da saúde contempla ou não os princípios e valores da promoção da saúde.

Palavras Chave: promoção da saúde, saúde bucal, avaliação de efetividade, validação de instrumento

1 INTRODUÇÃO

O pouco conhecimento sobre a efetividade de estratégias de promoção da saúde, com ênfase em saúde bucal, pode ser justificado em parte, pela inexistência de instrumentos válidos para tal finalidade. Alguns resultados de avaliação publicados apresentam valores limitados, são resultados clínicos e focados em doenças, além de não serem passíveis de comparação (1).

A promoção da saúde baseia-se em um conceito ampliado de saúde, vinculado à qualidade e condições de vida das pessoas. Ela representa uma estratégia mediadora entre o indivíduo e seu ambiente, combinando a escolha pessoal com a responsabilidade social pela saúde, resultando em um futuro saudável (2-4). Sendo assim, a conquista de melhor saúde transcende ações desenvolvidas no interior do Setor Saúde e envolve os demais setores relacionados à vida humana, o que implica em práticas que conduzam à melhorias da qualidade de vida mais eficazes e sustentáveis. Eficácia e sustentabilidade são, portanto, a base da efetividade da promoção da saúde (5). Segundo Salazar (2004), quando nos referimos à efetividade, avaliamos se uma intervenção serve para o que foi criada, quando funciona sob condições reais não controladas (6). Nutbeam (1999) caracteriza a “promoção da saúde eficaz como aquela que conduz a mudanças nos determinantes da saúde” (7). Por suas características, a avaliação da efetividade de práticas de promoção da saúde torna-se um desafio metodológico e estratégico.

No Brasil, a dicotomia entre a teoria e a prática na área da promoção da saúde, aliada ao distanciamento entre o pensar da academia e o fazer da prestação de serviços, impõe limitações tanto no desenvolvimento de estratégias consistentes de promoção da saúde, quanto na construção de evidências de sua efetividade. Alguns aspectos ligados a esta realidade podem ser caracterizados pela incipiente cultura de avaliação; imprecisão conceitual relacionada à promoção da saúde, seus campos de ação e estratégias; freqüente fragmentação das ações em programas e intervenções; desconhecimento ou pouco domínio das metodologias de avaliação das ações em saúde na lógica da promoção da saúde, além da resistência à avaliação por parte de alguns gestores. Isso implica na ausência de avaliação dos programas, o que dificulta sua readequação às demandas e aos ajustes técnicos,

podendo comprometer o acesso a recursos que assegurem sua continuidade (5). Faz-se necessário, portanto, promover esta articulação no domínio de conceitos e na utilização de estratégias de avaliação de promoção da saúde para a qualificação das práticas neste contexto.

A atual Política Nacional de Promoção de Saúde no Brasil aponta como responsabilidade das três esferas de governo o estabelecimento de instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto e implementação das estratégias desenvolvidas no país. Tal política tem como uma de suas diretrizes o incentivo à pesquisa em promoção da saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas, além da divulgação de iniciativas voltadas para profissionais de saúde, gestores e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando metodologias participativas e o saber popular (8). A Saúde Bucal pública brasileira, como decorrência da implementação de políticas de Promoção e Vigilância em Saúde Bucal, reforça também a necessidade de se aprimorar e investir em estratégias avaliativas que permitam avaliar não somente os resultados e impacto das intervenções, como também o processo político e social para alcançar os objetivos estabelecidos (6).

A necessidade de avaliar programas e desenvolver metodologias adequadas tem sido foco da atenção de pesquisas recentes. A existência de instrumentos confiáveis para identificar os fatores que exercem influência na efetividade de práticas de promoção da saúde é importante tanto para a maior compreensão na tomada de decisão quanto para a elaboração de intervenções efetivas para a promoção da qualidade de vida da população local. Além disso, o processo avaliativo pode fortalecer capacidades para a ação, oportunizar reflexões e aprendizagens de indivíduos e grupos envolvidos, assumindo assim uma dimensão política e um fim social (9, 10).

A qualidade de tais instrumentos depende das características do contexto a ser aplicado, mas também das particularidades da população a ser avaliada (11). A abordagem da identificação e avaliação do contexto das práticas de promoção da saúde tem sido amplamente defendida por oferecer oportunidades para situar a prática a ser avaliada na dinamicidade de seu contexto social. Além de favorecer a análise do impacto de contingências contextuais em intervenções específicas, a contextualização, como estratégia avaliativa, favorece a identificação de fatores

cruciais no contexto organizacional que influenciam diretamente o desenvolvimento das intervenções, o que pode indicar a necessidade de tornar o contexto mais favorável para melhorar a saúde das pessoas (12-14).

Desta forma, o objetivo deste estudo foi elaborar e validar um instrumento de avaliação de efetividade de estratégias de promoção da saúde bucal desenvolvidas na atenção primária à saúde em diferentes contextos de organização de serviços no Brasil.

2 METODOLOGIA

O processo de elaboração e validação do instrumento proposto seguiu a sequência metodológica adaptada de Bowling (1997), Leal (2004), e Goes (2006), sintetizadas nas fases descritas a seguir (15-17):

2.1 ELABORAÇÃO DO CONTEÚDO E FORMATO DO INSTRUMENTO

O desenvolvimento do conteúdo do instrumento foi baseado em uma matriz de 23 descritores relacionados a princípios e valores da promoção da saúde, distribuídos em três dimensões, a qual foi validada por um grupo de *experts* por meio da técnica do grupo nominal, durante os meses de março e abril de 2010.

As dimensões, caracterizadas como campos de ação de estratégias de promoção da saúde, compreenderam:

1. **Saúde Bucal**, entendida como um resultado de ações que compreendem a saúde como um recurso para a vida com qualidade, determinada pelas condições sociais e ambientais de vida na comunidade, e construída a partir da relação positiva da boca humana com o corpo biológico de homens e mulheres e destes com o corpo social (18).
2. **Políticas Públicas Saudáveis**, que favoreçam, por meio de estratégias populacionais, a criação de um ambiente social e físico de apoio, potencializador da saúde, possibilitando e facilitando que as pessoas façam escolhas saudáveis (19).
3. **Desenvolvimento Humano e Social**, compreendendo ações favorecedoras para que a sociedade seja composta cada vez mais por sujeitos felizes, saudáveis, criativos, produtivos e que promovam o cuidado e a paz (20). Isto inclui o fortalecimento comunitário e ações de informação, educação e comunicação.

A matriz de descritores foi organizada de modo a contemplar os princípios e valores acordados pelo grupo de especialistas como essenciais para avaliação de práticas de promoção da saúde, com ênfase em saúde bucal. As questões que

compuseram o instrumento de avaliação foram definidas como indicadores afirmativos, cujas respostas eram de múltipla escolha, organizadas em uma escala Likert em 5 níveis. Cada afirmação corresponde ao nível de concordância ou não concordância ao indicador. As escalas foram transformadas em escores de 1 a 5, com cada um dos 23 indicadores de mesmo peso, de modo que o escore total do instrumento resulta da soma simples de todos os itens. Sendo assim, a soma de 115 pontos (condição mais favorável) indica que a estratégia avaliada contemplou totalmente os princípios e valores da promoção da saúde e, a menor, soma de 23 pontos (condição menos favorável) indica que a estratégia avaliada não contemplou os princípios e valores da promoção da saúde.

Os indicadores pretenderam mensurar os aspectos observáveis e aspectos que só podem ser percebidos indiretamente em uma estratégia. Trata-se de definir referências empíricas que permitam medir, de forma válida, o cumprimento, a qualidade e a efetividade das ações propostas (21) pelas estratégias de promoção da saúde bucal desenvolvidas pelas equipes locais de saúde nos seus territórios operativos. Portanto, para garantir a participação de atores diretamente envolvidos com as estratégias a serem avaliadas, foi previamente definido que o instrumento de avaliação deveria ser respondido por cirurgiões dentistas atuando na Atenção Primária em Saúde no contexto brasileiro.

Uma vez definido pelos pesquisadores o instrumento a ser validado, este foi submetido à leitura criteriosa e avaliação semântica por três profissionais especialistas no assunto com o objetivo de verificar a clareza das questões formuladas. Foram consideradas algumas sugestões quanto à forma de redação e ordenamento das frases (indicadores) e escala (respostas afirmativas), bem como a formatação final do instrumento.

Além dos indicadores objetivos, o instrumento foi composto por uma sessão subjetiva, onde o respondente deveria inicialmente descrever a estratégia de promoção da saúde bucal a ser avaliada, considerando os atores envolvidos (com quem), onde e como a estratégia era desenvolvida. Para sua validação formal, o instrumento foi acompanhado de um texto explicativo do objeto de pesquisa e do termo de consentimento livre e esclarecido.

2.1.1 Análise da Sessão Subjetiva

As questões subjetivas que descreviam a estratégia de promoção de saúde a ser avaliada foram analisadas com base em um algoritmo para “Correção amostral de questões discursivas” utilizado para correção de questões discursivas (22).

Para assegurar a objetividade e aplicação do mesmo critério no julgamento das respostas, inicialmente três pesquisadores envolvidos no desenvolvimento do instrumento definiram critérios de correção, atribuição de valor e classificação da estratégia descrita. A partir da correção de uma subamostra de 10% do total (21 instrumentos), escolhidos aleatoriamente, foram identificadas palavras-chave representando princípios e valores da promoção da saúde (Empoderamento, Integralidade, Interdisciplinaridade, Participação, Vulnerabilidade, Sustentabilidade, Humanização, Vínculo, Trabalho em equipe, Intersetorialidade, Co-responsabilidade, compreensão conceitual da Promoção da Saúde) presentes nos textos analisados, as quais representavam a tendência de respostas que poderiam caracterizar as estratégias a serem avaliadas como de promoção da saúde bucal. As cinco palavras mais frequentes - *empoderamento, integralidade, interdisciplinaridade, participação e vulnerabilidade* - serviram como chave de correção para a análise do total da amostra.

Definiu-se que as estratégias seriam classificadas de acordo com o número de palavras ou significado recorrentes no texto conforme parâmetros abaixo:

- *Princípios e Valores da promoção da saúde não contemplados* – aparecimento de 0 ou 1 palavra ou significado (escore 0)
- *Princípios e Valores da promoção da saúde parcialmente contemplados* – aparecimento de 2 ou 3 palavras ou significado (escore 1)
- *Princípios e Valores da promoção da saúde totalmente contemplados* – aparecimento de 4 ou 5 palavras ou significado (escore 2)

Desta classificação foi construída uma variável categórica com escores variando de 0 a 2.

2.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Participaram da pesquisa cirurgiões dentistas atuantes na Atenção Primária em Saúde nas cidades de Curitiba – PR e Recife – PE. A escolha dessas duas cidades se deu pela significativa diferença de contexto organizacional e social onde são desenvolvidas ações de atenção primária em saúde. Pretendeu-se, com isso, contemplar a análise de possíveis influências contextuais na prática avaliativa. Os dados foram coletados entre julho e outubro de 2010. Ao todo foram 210 profissionais convidados a responder o instrumento. Destes, 123 profissionais eram de Curitiba e 87 profissionais eram de Recife.

Os participantes da pesquisa foram caracterizados de acordo com o sexo, idade, tempo de formado e tempo de trabalho na Atenção Primária em Saúde, forma de contrato de trabalho (concurado / contratado), se possuía alguma especialidade e se atuava em unidade de saúde no modelo de atenção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou de Unidade Básica de Saúde (UBS).

Esta pesquisa foi desenvolvida conforme as normas de pesquisa envolvendo seres humanos e obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná sob o Protocolo CONEP 0068.0.084.097-10, aprovado em 28 de abril de 2010.

2.3 PROCESSO DE VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO

O instrumento foi submetido a um processo de validação, que incluiu validação do constructo, consistência interna e reprodutibilidade.

2.3.1 Validação do Constructo

Para analisar a validade do constructo, inicialmente foi utilizado o coeficiente de correlação de *Spearman* com o objetivo de analisar a associação do escore da variável da sessão subjetiva, com cada um dos 23 indicadores objetivos ($p \leq 0,05$). Na seqüência, realizaram-se uma análise exploratória descritiva da média, valores mínimos e máximos, e desvio padrão encontrados nos escores da somatória total de cada instrumento avaliado objetivamente. O teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis* possibilitou a comparação dos *ranks* de escores encontrados em cada categoria na

análise subjetiva e objetiva do instrumento. Devido à pequena diferença de valores observada no escore final obtido da sessão objetiva com base nos valores de quartis, utilizou-se o gráfico da Curva ROC para o estabelecimento do ponto de corte para a construção de uma variável dicotômica indicando as estratégias que contemplassem ou não os princípios e valores da promoção da saúde. A análise de constructo foi finalizada com a aplicação de um teste de correlação, coeficiente de *phi*, entre duas variáveis dicotômicas nominais - aquela construída com base na sessão objetiva dos indicadores descritas anteriormente, e aquela construída a partir da sessão subjetiva, agora transformada pela agregação dos valores 0 e 1.

2.3.2 Consistência Interna

A consistência interna foi analisada por meio do coeficiente *alpha-Cronbach* padronizado, sendo considerados adequados os valores de alfa $\geq 0,70$.

2.3.3 Dimensionalidade dos Indicadores

A dimensionalidade dos indicadores foi analisada a partir de uma análise fatorial exploratória. Essa é uma análise estatística que auxilia a representação, de uma maneira simplificada, de um grande número de relacionamentos entre um grupo de variáveis (indicadores). Ela possibilita a compreensão das relações entre as variáveis, entendendo os constructos que lhes são subjacentes (23). Desta forma, foi possível identificar a adequação dos indicadores propostos à dimensões relacionadas aos princípios e valores da promoção da saúde.

2.3.4 Reprodutibilidade

Para verificar a reprodutibilidade do instrumento, após seu preenchimento, 21 respondentes aceitaram participar de um segundo preenchimento da sessão objetiva (10% do total da amostra), realizada após intervalo de 10 a 20 dias. A reprodutibilidade foi analisada por meio da estimativa do Coeficiente de Concordância de *Kappa*.

Em todas as análises foi adotado o nível de significância de 5%.

3 RESULTADOS

As características dos participantes dessa etapa de validação do instrumento são apresentadas na tabela 1. A maioria dos respondentes era do sexo feminino (81,9% do total dos participantes), com média de idade de 40,8 anos. Em relação ao tempo de formado, a média geral foi de 17,6 anos. Tendo em vista o tempo de serviço na Atenção Primária em Saúde, a média foi de 13 anos. Todos os participantes da pesquisa eram servidores públicos municipais ou estaduais, que ingressaram no serviço público por meio de concurso. A especialidade mais freqüente foi Saúde Coletiva (61,9% dos participantes da pesquisa).

Tabela 1 - Caracterização dos participantes do estudo

		Participantes da Validação					
		Curitiba-PR		Recife-PE		Total	
		(n=123)		(n=87)		(n=210)	
		n	%	n	%	n	%
Sexo	Feminino	101	82,1	71	81,6	172	81,9
	Masculino	22	17,9	16	18,4	38	18,1
Média de Idade		40,9		40		40,8	
Média tempo de Formado		17,9		17,2		17,6	
Média tempo de trabalho na Atenção Primária em Saúde		13,9		11,4		13	
Especializações	Saúde Coletiva	60	48,8	70	80,5	130	61,9
	Estratégia Saúde da Família	49	39,8	86	98,9	135	64,3
	Unidade Básica de Saúde	74	60,2	1	1,1	75	35,7

No total, 135 dentistas participantes do estudo atuavam em Unidades de Saúde que faziam parte do modelo da ESF, enquanto 75 atuavam em UBS. Aproximadamente 100% dos dentistas participantes da cidade de Recife atuavam em Unidades ESF.

A grande maioria das estratégias avaliadas pela análise subjetiva (80,0%) foi classificada como estratégias que não contemplavam, ou contemplavam apenas

parcialmente, os princípios e valores da promoção da saúde. A promoção da saúde bucal relatada, em muitos casos, envolvia práticas pontuais centradas em escovação supervisionada, aplicação de flúor e palestras no ambiente escolar, caracterizando-se assim mais como práticas de prevenção de doenças bucais de que promoção da saúde. As estratégias classificadas como ações que contemplavam totalmente os princípios e valores da promoção da saúde descreviam ações realizadas em parceria com outros profissionais de saúde, bem como setores diferentes ao setor saúde. Exemplos dessas estratégias incluem ações multidisciplinares com a participação da equipe de saúde bucal no combate ao câncer de pele e câncer de boca em uma comunidade de pescadores de Recife, e a atuação integrada da equipe de saúde bucal em Curitiba no Programa Saúde na Escola (PSE), ação governamental de parceria entre o Ministério da Saúde e Ministério da Educação, onde as ações de promoção da saúde são planejadas e desenvolvidas por profissionais dos dois setores.

A comparação do perfil das estratégias avaliadas em relação ao modelo de atenção nas Unidades de Saúde evidenciou uma tendência de que as unidades que do total de unidades que contemplavam os princípios e valores da promoção da saúde nas estratégias avaliadas (n=40) 80% eram unidades que atuavam dentro da ESF ($p<0,01$). Associação significativa também foi encontrada na comparação das estratégias avaliadas nos diferentes contextos. Considerando o perfil subjetivo das estratégias avaliadas relatado pelos profissionais, em Recife, apenas 5,7% das estratégias não contemplavam os princípios e valores da promoção da saúde, comparado com 26% das estratégias em Curitiba ($p<0,01$) (tabela 02).

Tabela 2 - Princípios e Valores da Promoção da Saúde

		Princípios e Valores da Promoção da Saúde								Valor de <i>p</i>
		<i>Escore 0</i> (n=37)		<i>Escore 1</i> (n=133)		<i>Escore 2</i> (n=40)		Total (n=210)		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Local de Atuação dos dentistas (Unidades de Saúde)	ESF	11	8,1	92	68,1	32	23,7	135	100,0	0,00
	UBS	26	34,7	41	54,7	8	10,7	75	100,0	
Cidades	CURITIBA	32	26,0	67	54,7	24	19,5	123	100,0	0,00
	RECIFE	5	5,7	66	75,9	16	18,4	87	100,0	

3.1 RESULTADOS DA VALIDAÇÃO DO CONSTRUCTO

A validação do constructo se deu primeiramente pela análise do coeficiente de correlação entre indicadores objetivos e subjetivos (teste de *Spearman*). Os resultados alcançados nessa análise mostram que do total de 23 indicadores, 13 indicadores (56,5%) tiveram uma correlação significativa com os escores estabelecidos pela análise subjetiva do instrumento ($p \leq 0,05$). Isso representa um resultado positivo para a validação do instrumento, tendo em vista que é evidenciado na literatura que ao se realizarem os testes de correlação, estes coeficientes não devem ser muito elevados, pois do contrário não haveria necessidade de desenvolver uma nova medida (17).

A análise exploratória descritiva apresentada na tabela 3 descreve a média, valores mínimos e máximos e desvio padrão encontrados nos escores da somatória total do instrumento avaliado objetivamente, relacionando-os com os escores da sessão subjetiva.

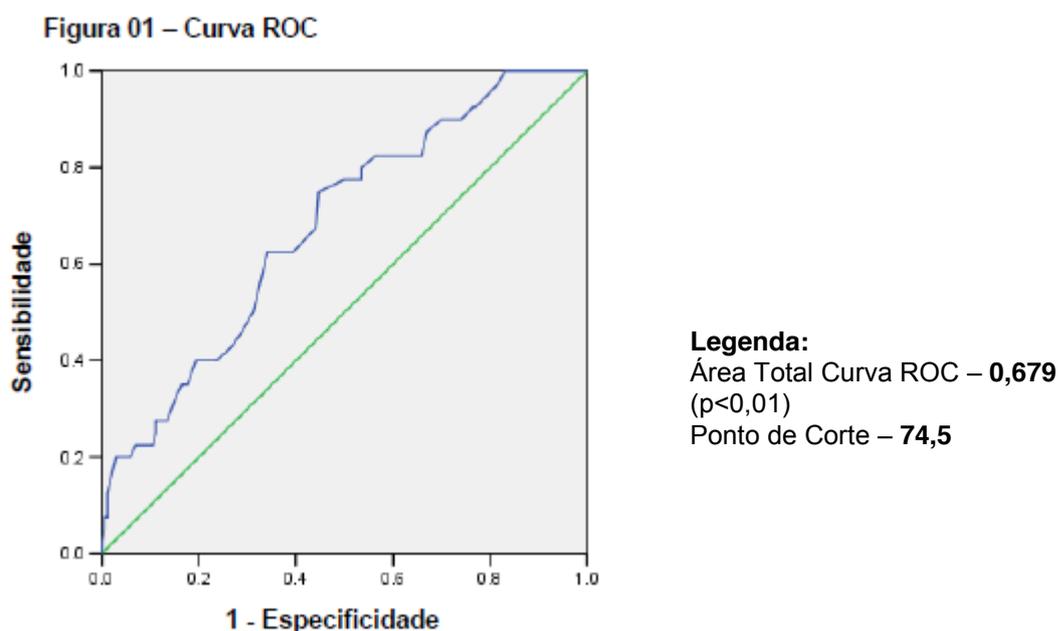
Tabela 3 - Análise Exploratória Descritiva

Análise Subjetiva Escore das Estratégias		Média	Valor Mínimo	Valor Máximo	Desvio Padrão
Princípios e Valores da Promoção da Saúde	Totalmente Contemplados (<i>escore 2</i>)	83,5	60	113	14,43
	Parcialmente Contemplados (<i>escore 1</i>)	73,1	27	112	14,79
	Não Contemplados (<i>escore 0</i>)	73,0	36	107	16,52

Verificando-se mais detalhadamente esses resultados, fica evidente que as estratégias que não contemplaram e as que contemplaram parcialmente os princípios e valores da promoção da saúde pela análise subjetiva apresentaram valor de média igual na análise objetiva, a partir dos indicadores, ou seja, quando se verifica a pontuação alcançada por estas estratégias não é possível diferenciá-las.

Para confirmar tal achado, foi utilizado o teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis*, possibilitando a comparação de *ranks* de escores finais objetivos encontrados para cada escore definido pela análise subjetiva do instrumento. Os resultados apontam média de escores objetivos muito próximos entre os escores 0 e 1 da classificação subjetiva (98,2 e 98,4, respectivamente), e diferença significativa em relação ao escore 2 (135,9) ($p < 0,01$).

Sendo assim, ficou confirmada a semelhança entre os grupos caracterizados como escore 0 e 1. Optou-se, então, por agrupar estes escores tanto na classificação objetiva como na classificação subjetiva, resultando em variáveis dicotômicas que caracterizassem “estratégias que não contemplavam os princípios e valores da promoção da saúde” (escore 1) e aquelas “estratégias que contemplavam os princípios e valores da promoção da saúde” (escore 2). Para a definição da linha de corte para a classificação objetiva utilizou-se a Curva ROC, apresentada na figura 1.



A partir do resultado encontrado, definiu-se como *estratégia que não contempla os pilares e valores da promoção da saúde* (escore 1) aquela que alcançasse valores de escore total entre 23 a 74 na somatória total dos pontos alcançados na resposta objetiva do instrumento, e como *estratégia que contempla os pilares e valores da promoção da saúde* (escore 2) aquela que atingisse valores entre 75 a 115. A partir desta classificação, observou-se, pela análise objetiva dos indicadores propostos, que, do total da amostra (n=210), 80,9% das estratégias foram classificadas como não contemplando os princípios e valores da promoção da saúde e apenas 19,1% foram classificadas como contemplando estes princípios e valores.

Finalmente, o teste de coeficiente de *phi* foi utilizado para analisar a correlação entre as variáveis relativas às análises subjetiva e objetiva do perfil das estratégias avaliadas. O valor de correlação foi de 0,24. A diferença encontrada entre os grupos foi significativa ($p < 0,01$), sendo que das 170 estratégias classificadas como escore 1 na análise subjetiva, 94 (55,3%) estavam também classificadas neste escore para análise objetiva; e das 40 estratégias classificadas como escore 2 na análise subjetiva, 30 (75,0%) foram classificadas no mesmo escore na análise objetiva.

3.2 RESULTADO DA ANÁLISE DE CONSISTÊNCIA INTERNA

Na análise de consistência interna, medida pelo coeficiente *Alpha de Cronbach*, o valor do alfa total do instrumento foi de 0,89, com os valores para 23 indicadores variando entre 0,88 a 0,89, confirmando que nenhum deles poderia aumentar o valor de alfa quando excluídos, conforme apresenta a tabela 4.

Tabela 4 - Análise da Consistência Interna

Ítems da Escala	Consistência Interna		
	Média (dp)	Correlação Total (padronizada)	Alpha de Cronbach se o item for retirado
1. Determinantes Sociais da Saúde	4,13±1,17	0,35	0,89
2. Reconhecimento dos Fatores Comuns de Risco	3,97±0,70	0,46	0,89
3. Acesso ao perfil epidemiológico de doenças e agravos bucais antes e durante o desenvolvimento da estratégia	3,40±1,52	0,45	0,89
4. Comparação e reconhecimento de resultados alcançados	3,12±1,65	0,41	0,89
5. Os resultados potencializam a definição de novos objetivos	3,05±1,35	0,60	0,88
6. Priorização de grupos mais vulneráveis	3,91±0,81	0,48	0,88
7. Participação equânime da população alvo	3,69±0,89	0,50	0,88
8. Participação de diferentes profissionais, instituições e líderes comunitários	2,68±1,26	0,52	0,88
9. Parceria entre diferentes atores sociais e diferentes profissionais de saúde no território	2,88±1,58	0,49	0,88
10. Parceria com outras atividades de promoção de saúde do território	3,20±1,23	0,53	0,88
11. Reconhecimento e apoio da estratégia pela gerência de saúde local, distrital e municipal	4,25±0,74	0,21	0,89
12. Recursos específicos alocados para o desenvolvimento da estratégia	3,22±1,30	0,22	0,89
13. Previsão de avaliações de processo e resultados ao longo do desenvolvimento da ação	3,02±1,29	0,69	0,88
14. Pactuação e reconhecimento dos resultados pela Unidade de Saúde	3,87±1,03	0,41	0,89
15. Pactuação e reconhecimento dos resultados pelo Conselho Local de Saúde	2,65±1,21	0,44	0,89
16. Valores da população alvo	3,55±1,00	0,54	0,88
17. Participação da comunidade na definição de prioridades, objetivos, condução e avaliação	2,03±1,29	0,68	0,88
18. Oportunização de avaliação e discussão dos resultados gerados pela ação	2,28±1,38	0,59	0,88
19. Mudanças no processo de condução da estratégia a partir de sugestões da comunidade	3,39±1,33	0,51	0,88
20. Divulgação da estratégia para a comunidade local	3,84±0,91	0,33	0,89
21. Protagonismo compartilhado da estratégia	3,67±0,93	0,56	0,88
22. Desenvolvimento de capacidades para diferentes atores sociais	2,83±1,18	0,56	0,88
23. Manutenção dos resultados e benefícios da estratégia	3,25±1,57	0,61	0,88

A consistência interna também foi analisada em relação às diferentes dimensões que compõem o instrumento. A dimensão que apresentou maior consistência interna foi a de “Desenvolvimento Social e Humano”, com um alfa de 0,81, seguida pela dimensão “Políticas Públicas Saudáveis”, com um alfa de 0,76, e por fim a dimensão “Saúde Bucal”, com alfa de 0,66. Nesta última dimensão se o indicador “Determinantes Sociais da Saúde” fosse retirado do instrumento, o alfa da dimensão subiria para 0,70.

3.3 RESULTADOS DA ANÁLISE DA DIMENSIONALIDADE DOS INDICADORES

A dimensionalidade dos indicadores, avaliada por meio de análise fatorial exploratória, distribuiu os 23 indicadores em quatro diferentes fatores. Com uma variância total dos escores de 51,45% explicada por este resultado. Os fatores obtidos pelo carregamento dos indicadores foram denominados como Fator 1 - *Equidade / Participação*, Fator 2 - *Sustentabilidade*, Fator 3 - *Integralidade*, e Fator 4 - *Governança / Empoderamento*. Os resultados desta análise são apresentados na tabela 5.

Tabela 5 - Análise Fatorial Exploratória

	Carga do Fator			
	F1	F2	F3	F4
	Equidade / Participação	Sustentabilidade	Integralidade	Governança / Empoderamento
1. Mudanças no processo de condução da estratégia a partir de sugestões da comunidade	0,742			
2. Participação de diferentes profissionais, instituições e líderes comunitários	0,740			
3. Participação da comunidade na definição de prioridades, objetivos, condução e avaliação	0,734			
4. Parceria entre diferentes atores sociais e diferentes profissionais de saúde no território	0,727			
5. Oportunização de avaliação e discussão dos resultados gerados pela ação	0,612			
6. Desenvolvimento de capacidades para diferentes atores sociais	0,519			
7. Parceria com outras atividades de promoção de saúde do território	0,474			
8. Previsão de avaliações de processo e resultados ao longo do desenvolvimento da ação	0,430			
9. Participação equânime da população alvo	0,381			
10. Divulgação da estratégia para a comunidade local	0,361			
11. Comparação e reconhecimento de resultados alcançados		0,853		
12. Os resultados potencializam a definição de novos objetivos		0,753		
13. Acesso ao perfil epidemiológico de doenças e agravos bucais antes e durante o desenvolvimento da estratégia		0,686		
14. Manutenção dos resultados e benefícios da estratégia		0,503		
15. Determinantes Sociais da Saúde			0,745	
16. Priorização de grupos mais vulneráveis			0,705	
17. Valores da população alvo			0,653	
18. Reconhecimento dos Fatores Comuns de Risco			0,505	
19. Protagonismo compartilhado da estratégia			0,476	
20. Pactuação e reconhecimento dos resultados pela Unidade de Saúde				0,767
21. Reconhecimento e apoio da estratégia pela gerência de saúde local, distrital e municipal				0,706
22. Pactuação e reconhecimento dos resultados pelo Conselho Local de Saúde				0,628
23. Recursos específicos alocados para o desenvolvimento da estratégia				0,498
Eigenvalues	4,013	2,897	2,563	2,361
% Variância	17,446	12,597	11,145	10,266

Rotação Varimax.

3.4 RESULTADO DA ANÁLISE DE REPRODUTIBILIDADE

Na reprodutibilidade, analisada por meio da estimativa do Coeficiente de Concordância de *Kappa*, os resultados encontrados, para cada um dos 23 indicadores, variou de 0,391 (significando uma concordância regular), a 1,00 (concordância perfeita). Foi observado que 82,6% dos indicadores apresentaram uma concordância com significância estatística ($p < 0,05$).

4 DISCUSSÃO

O presente estudo descreve as etapas do processo de construção e validação de um instrumento que tem como objetivo avaliar a efetividade de estratégias de promoção da saúde bucal. Embora alguns estudos identifiquem avaliações pontuais da efetividade de práticas de prevenção e de promoção da saúde bucal (24), ainda existe carência de evidências consistentes que possam nortear as equipes de saúde bucal no contexto brasileiro. Tais evidências se constroem por meio da relação entre a teoria, as observações empíricas e a prática, sendo dinâmicas e sensíveis ao contexto onde se desenvolvem. Por isso, processos avaliativos devem ser permanentes, oportunizando o fortalecimento do fundamento teórico que norteia as práticas, bem como a ampliação do conhecimento mais completo e atualizado das experiências avaliadas (12, 25).

Até o momento, esse é o primeiro estudo que buscou desenvolver um instrumento específico para avaliar práticas de promoção da saúde bucal. Para tanto, as etapas aplicadas no presente estudo seguiram recomendações e metodologias empregadas em estudos de validação publicados nacional e internacionalmente (11, 26-29).

De um modo geral as características dos participantes da presente pesquisa apresentaram semelhanças quando comparados entre os dois contextos (Curitiba e Recife), tanto em relação à média de idade dos participantes, como ao tempo de formado e de trabalho na atenção primária em saúde. Isto pode ter implicações não observáveis neste estudo sobre o impacto destas variáveis no processo de avaliação de práticas de promoção da saúde.

Tendo em vista modelo de atenção das unidades de saúde (ESF ou UBS), foi possível verificar uma tendência de que as Unidades atuando no modelo ESF favorecem a prática de estratégias de promoção da saúde bucal embasadas nos pilares e valores da promoção da saúde. Esse resultado pode indicar que a ESF é um recurso facilitador de ações de promoção da saúde. Como um modelo de atuação baseado no reconhecimento territorial e na integração com a comunidade e a identificação de seus problemas, e ESF estimula a busca de soluções para atenção integral à saúde e o surgimento de iniciativas com os recursos e parcerias dentro de suas áreas de abrangência (30). A interdisciplinaridade é estimulada na

ESF, sendo que este pode ser considerado como o primeiro passo para construção de ações intersetoriais nos territórios de atuação, um dos valores da promoção da saúde (31). Uma equipe que tem a oportunidade de trocar experiências e saberes na resolução de problemas tem maior chance de ampliar sua atuação intersetorial e desenvolver estratégias de promoção da saúde sustentáveis em seu território.

A promoção da saúde bucal, na grande maioria dos relatos realizados pelos dentistas na sessão subjetiva do instrumento, envolvia práticas pontuais de atuação, tais como escovação supervisionada, aplicação de flúor e palestras no ambiente escolar, caracterizando-se assim como práticas mais de prevenção de doenças bucais que de promoção da saúde. Revisões da literatura têm reafirmado as limitadas evidências de impacto de intervenções preventivas / educativas no campo da odontologia (32-37). Algumas das limitações destas ações ressaltadas nestes estudos dizem respeito ao fato de: não atingirem melhorias que sejam sustentáveis na saúde bucal, sendo paliativas em sua natureza, ignorando amplamente os fatores subjacentes que determinam uma saúde bucal pobre. Como resultado destas ações, as desigualdades, ao contrário de serem reduzidas, podem ser agravadas, já que aqueles indivíduos que tem mais recursos estão mais aptos a serem beneficiados pelas intervenções executadas. Esse não é um problema exclusivo da saúde bucal. Outras áreas da saúde têm destacado as mesmas limitações da abordagem clínica preventiva (3, 38). Entretanto, é importante considerar que uma atividade educativa bem estruturada, baseada nos princípios e valores da promoção da saúde, especialmente no estímulo à construção da autonomia e empoderamento, pode ser promotora da saúde, ao passo que uma ação que aconteça na comunidade com a intencionalidade de promover saúde pode se transformar numa atividade prescritiva e reforçar a dependência.

Essa análise permitiu verificar que o principal desafio a ser enfrentado pelo campo da saúde pública é modificar o modo de compreender e de fazer saúde. Para estruturar a construção de ações efetivas de promoção da saúde bucal, pautada na atuação dos determinantes sociais da saúde bucal e combate às iniquidades (30), uma nova agenda de capacitações e educação permanente com foco em promoção da saúde deve ser incorporada pela gerência de saúde bucal. Alguns temas podem surgir da aplicação do instrumento sugerido por esta pesquisa, já que o mesmo pode ser utilizado como uma estratégia educativa e indutora de uma prática reflexiva.

Os resultados encontrados na análise de consistência interna indicam que o instrumento apresenta uma consistência adequada. O indicador que aponta como característica principal os *determinantes sociais da saúde*, da dimensão “Saúde Bucal” seria o mais propenso a ser retirado do instrumento, tendo em vista o resultado da sua consistência interna isolado na dimensão. Entretanto, a importância deste indicador como indutor de práticas integradoras da saúde bucal, com a compreensão ampliada dos determinantes associados ao desenvolvimento de problemas bucais, reforça a necessidade de sua manutenção nesta dimensão. Para que se desenvolva e concretize uma estratégia de promoção da saúde bucal resolutiva e sustentável, é primordial que a mesma esteja conectada à discussão nacional e internacional sobre determinantes sociais da saúde. Isto reforça o reconhecimento de que o contexto, as oportunidades de educação, emprego, moradia são as causas das causas da iniquidade em saúde existente. (39, 40).

A disponibilização de um instrumento avaliativo consistente e adequadamente validado é de grande importância para orientar a tomada de decisão informada sobre os caminhos necessários para a construção e qualificação de práticas de promoção da saúde bucal resolutivas na atenção primária em saúde.

5 CONCLUSÕES

O presente estudo apresentou o processo de elaboração e validação de um instrumento que avalia a efetividade das práticas de promoção da saúde bucal no contexto brasileiro. O artigo apresenta uma adequada validação do constructo, da consistência interna, da dimensionalidade entre os 23 indicadores propostos e da reprodutibilidade. Este processo de validação permitiu construir um instrumento que serve para avaliar e discriminar quando uma estratégia de promoção da saúde contempla ou não os princípios e valores da promoção da saúde, inferindo sobre seu impacto no perfil de saúde bucal de populações. No entanto, a utilização eficaz do instrumento de avaliação validado nesta pesquisa, exige o compromisso de que estratégias de capacitação e/ou educação permanente em promoção da saúde aconteçam continuamente para todos os integrantes das equipes de saúde bucal responsáveis pelo desenvolvimento de estratégias promocionais. Com base no instrumento validado, a avaliação das práticas de promoção da saúde desenvolvida na atenção básica servirá como referencial concreto para tomada de decisão baseada em evidências de efetividade.

6 REFERÊNCIAS

1. Watt RG, Harnett R, Daly B, Fuller SS, Kay E, Morgan A, et al. Evaluating oral health promotion: Need for quality outcomes measures. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2006;34: 11-17.
2. OMS - Organização Mundial de Saúde. Carta de Ottawa - primeira conferência internacional de promoção da saúde. Ottawa: Organização Mundial da Saúde, 1986.
3. Watt RG. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *Bulletin of the World Health Organization* 2005;83: 711-18.
4. Jackson SF, Perkins F, Khandor E, Cordwell L, Hamann S, Buasai S. Integrated health promotion strategies: A contribution to tackling current and future health challenges. *Health Promot Int* 2006;21: 75-83.
5. Lima VLGP, Barroso MAB, Campos NZR. Efetividade das práticas de promoção da saúde. *Boletim Técnico do Senac: a revista da educação profissional* 2009;32: 73-79.
6. De Salazar L. Evaluación de efectividad en promoción de la salud. Guia de evaluación rápida. Santiago de Cali: CEDETES, CDC, OPAS; 2004.
7. Nutbean D. Eficácia de la promoción de la salud: Las preguntas que debemos responder. In: Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, editor: La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Madrid: Ministério de la Salud y Consumo; 1999: 1-11.
8. Brasil. Política nacional de promoção da saúde. In: Saúde SBTBd, editor: Série Pactos pela Saúde 2006, 2a. edition. Brasília - DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2006; 52.
9. De Salazar L. Feasibility for health promotion under various decision-making contexts. In: McQueen DV, Jones CM, editors: Global perspectives on health promotion effectiveness, 1a. edition. New York: Springer; 2007: 353-65.

10. Franco de Sá R, Moysés ST. O processo avaliativo em promoção de saúde como estratégia de empoderamento e de desenvolvimento de capacidades. Boletim Técnico do Senac: a revista da educação profissional 2009;35: 29-35.
11. Santos MS, Reis RS, Rodriguez-Añez CR, Fermino RC. Desenvolvimento de um instrumento para avaliar barreiras para prática de atividade física em adolescentes. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde 2009;14: 76-85.
12. De Salazar L. Conceptos, posiciones y controversias en evaluación en promoción de la salud y salud pública - promoción de la salud y salud pública. In: De Salazar L, editor: Efectividad en promoción de la salud y salud pública. Cali, Colombia: Programa Editorial Universidad del Valle; 2009: 39-48.
13. Poland B, Krupa G, McCall D. Settings for health promotion: An analytic framework to guide intervention design and implementation. Health Promotion Practice 2009;10: 505-16.
14. De Salazar L. Desafíos metodológicos, políticos y éticos de la evaluación. In: De Salazar L, editor: Efectividad en promoción de la salud y salud pública. Cali, Colombia: Programa Editorial Universidad del Valle; 2009: 129-35.
15. Bowling A. Measuring health - a review of quality of life measurement scales In: Bowling A, editor: Theory of measurement 2 edition. Buckingham Philadelphia Open University Press; 1997: 9-15.
16. Leal RB. Elaboração e validação de um instrumento para avaliar a qualidade de vida do respirador oral. Recife - Pernambuco: Universidade de Pernambuco; 2004.
17. Goes PSA, Fernandes LMdA, Lucena LBS. Validação de instrumentos de coleta de dados. In: Antunes JLF, Peres MA, editors: Fundamentos de odontologia - epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006: 390-97.
18. Moysés SJ. Saúde bucal. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato L, editors: Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008: 705-34.
19. OPAS. Guia de evaluación participativa para municipios y comunidades saludables. Lima: OPAS - Organización Panamericana de la Salud; 2005: 220.

20. Hancock T. Conceptual model healthy community. II Oficina de Ações Intersectoriais de Promoção da Saúde. Recife - PE, 2009.
21. Deslandes SF, Lemos MP. Construção participativa de descritores para avaliação dos núcleos de prevenção de acidentes e violência, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2008;24: 441-48.
22. Brasil, Ministério da Educação. Sistema de avaliação da educação superior. Exame nacional de desempenho de estudantes. Brasília - DF: Ministério da Educação, INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2010.
23. Leech N, Barrett K, Morgan GA. Exploratory factor analysis and principal components analysis. *Spss for intermediate statistics: Use and interpretation*, 2 edition. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 2005: 73-87.
24. Watt RG, Harnett R, Daly B, Fuller SS, Kay E, Morgan A, et al. Oral health promotion - evaluation toolkit. London: Stephen Hancocks Limited; 2004.
25. Potvin L, Haddad S, Frohlich K. Beyond process and outcome evaluation: A comprehensive approach for evaluating health promotion programmes. In: Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, McQueen DV, Potvin L, Springett J, et al., editors: *Evaluation in health promotion: Principles and perspectives*: World Health Organization, Regional Publications; 2001.
26. Borges VLF, Medeiros SF. Validação de questionário para avaliar a função sexual feminina após menopausa. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2009;31: 293-99.
27. Reis RS, Hino AAF, Rodriguez-Añez CR. Perceived stress scale. *Journal of Health Psychology* 2010;15: 107-14.
28. Correr CJ, Pontarolo R, Melchioris AC, Rossignoli P, Fernández-Limmós F, Radominski RB. Tradução para o português e validação do instrumento diabetes quality of life measure (dqol-brasil). *Arq Bras Endocrinol Metab* 2008;52: 515-22.
29. Dwyer J, Allison K, Goldenberg E, Fein A, Yoshida K, Boutilier M. Adolescent girls' perceived barriers to participation in physical activity. *Adolescent* 2006;41: 75-89.

30. Moysés ST, Kusma S. Promoção de saúde e intersectorialidade na abordagem familiar. In: Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ, editors: Saúde bucal das famílias - trabalhando com evidências, 1a. edition. Curitiba: Editora Artes Médicas; 2007: 247-57.
31. Moretti AC, Teixeira FF, Suss FMB, Lima LSM, Bueno RE, Moysés SJ, et al. Intersectorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (pr). *Ciências & Saúde Coletiva* 2010;15 suplemento 1: 1827-34.
32. Brown L. Research in dental health education and health promotion: A review of the literature. *Health Education Quarterly* 1994;21: 83-102.
33. Schou L, Locker D. Oral health: A review of the effectiveness of health education and health promotion. Amsterdam: Dutch Centre for Health Promotion and Health Education 1994.
34. Kay L, Locker D. Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 1996;24: 231-35.
35. Sprod A, Anderson R, Treasure ET. Effective oral health promotion. Literature review. Cardiff: Health Promotion Wales, 1996.
36. Kay L, Locker D. A systematic review of the effectiveness of health promotion aimed at promoting oral health. London: Health Education Authority., 1997.
37. Yevlakhova D, Satur J. Models for individual oral health promotion and their effectiveness: A systematic review. *Australian Dental Association* 2009;54: 190-97.
38. Watt RG. From victim blaming to upstream action: Tackling the social determinants of oral health inequalities. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2007;35: 1-11.
39. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet* 2008;372: 1661-69.

40. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. In: Final Report, Executive Summary, editors: World Health Organization, 2008; 34.

5 ARTIGO 3 – VERSÃO INGLÊS

This article will be submitted to the periodic “Community Dentistry and Oral Epidemiology”.

ELABORATION AND VALIDATION OF AN INSTRUMENT FOR EFFECTIVENESS EVALUATION OF ORAL HEALTH PROMOTION¹

ABSTRACT

The existence of reliable instruments to identify the factors that influence the effectiveness of health promotion practice is important for greater understanding in decision-making and for the development of effective interventions to promote quality of life. The aim of this study was to develop and validate an instrument to evaluate the effectiveness of oral health promotion strategies developed on Primary Health Care in different contexts in Brazil. The construction and validation of the proposed tool initiated with its content and format preparation. The instrument was tested with dentists from Curitiba-PR (n = 123) and Recife-PE (n = 87), who worked on Primary Health Care. The developed instrument was based on a matrix of 23 key descriptors, with affirmatives organized on a Likert scale of 5 levels. The statistical tests of Kruskal-Wallis, Spearman and Phi coefficient were used for the construct validation; the alpha Cronbach was used for the internal consistency analysis; exploratory factor analysis to assess the dimensionality of the indicators; and the Kappa test, for the analysis of the reproducibility. In the construct validation, significant correlation ($p < 0,01$) was observed between the subjective and the objective evaluation of the strategies considered. The instrument showed appropriate internal consistency, with values for alpha Cronbach between 0,88 to 0,89. The analysis of the dimensionality of the indicators confirmed that they were in agreement with the pillars and values of health promotion, the exploratory factor analysis extracted four factors, with 51,45%

¹ This article is part of the thesis entitled: "Effectiveness Evaluation of Health Promotion Strategies: validation of a tool," presented to the Post-Graduation Program in Dentistry, Concentration Area – Public Health at Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

total variance explained by this result. The analysis for reproducibility showed 82,6% of indicators with significant concordance. This validation process enabled the building of a suitable instrument to evaluate and discriminate whether a health promotion strategy contemplates the principles and values of health promotion, or not.

Key words: health promotion, oral health, effectiveness evaluation, validation

1 INTRODUCTION

The few knowledge of the effectiveness of health promotion strategies, with emphasis on oral health, can be partly justified by the absence of valid instruments for this purpose. Some published evaluation results present limited values. These are clinical results focused on diseases: besides they are not subject to comparison (1).

Health promotion is based on a broader concept of health, linked to quality of life and people's living conditions. It represents a mediating strategy between the individual and its environment, combining personal choice with social responsibility for health, resulting in a healthy future (2, 4). Thus, the achievement of better health transcends the actions developed within the Health Sector and involves the other sectors related to human life, which are implied in practices that lead to improvements in quality of life more sustainable and effective. Effectiveness and sustainability are, therefore, the basis of the effectiveness of health promotion (5). According to Salazar (2004), when we refer to effectiveness, we evaluate whether an intervention is to what it was created, when operating under not controlled real conditions (6). Nutbeam (1999) describes "effective health promotion as one that leads to changes in the determinants of health" (7). For its characteristics, effectiveness evaluation of health promotion practices becomes a methodological and strategic challenge.

In Brazil, the dichotomy between theory and practice in the area of health promotion, coupled with the gap between the academic thinking and the doing of service providers, imposes limitations on both, the development of consistent strategies for health promotion, and in the construction of evidence in their effectiveness. Some aspects associated to this reality can be characterized by the incipient culture of evaluation, conceptual imprecision related to health promotion, its fields of action and strategies, frequent fragmentation of actions in programs and interventions, and lack of or little domain of evaluation methodologies for actions in health in a logic of health promotion, beyond the resistance to evaluation by some managers. This implies the lack of program evaluation, which makes it difficult to readjust to demands and technical adjustments that could compromise the access to resources to ensure its continuity (5). It is necessary therefore, to promote this

articulation in the domain of concepts and in the use of evaluation strategies of health promotion for qualifying practices in this context.

The current National Policy of Health Promotion in Brazil points as responsibility of the three spheres of government the establishment of instruments and indicators for monitoring, and evaluation of impact and implementation of strategies developed in the country. This policy has as one of its guidelines the incentive to research in health promotion, evaluating efficiency, effectivity, effectiveness, and security of provided actions, beyond the dissemination of initiatives aimed at health professionals, managers and users of SUS (Brazilian Unified Health System), considering participatory methodologies and popular knowledge (8). The Brazilian public Oral Health, as a result of Promotion and Surveillance policy implementation in Oral Health, also reinforces the necessity to improve and invest in evaluative strategies that enable to evaluate not only the results and impact of interventions, but also the political and social process to achieve the goals set (6).

The necessity to evaluate programs and develop suitable methodologies has been the focus of recent research. The existence of reliable instruments to identify the factors that influence the effectiveness of health promotion practices is important, both, for greater understanding in decision-making, and for the development of effective interventions to promote quality of life in local population. Moreover, the evaluative process can reinforce capabilities for action, enable reflections and learning of individuals and groups involved, thus assuming a political dimension and a social purpose (9, 10).

The quality of such instruments depends not only on the characteristics of the context to be applied, but also on the particularities of population being evaluated (11). The approach of identifying and evaluating the context of practices in health promotion has been widely postulated for other opportunities to situate the practice to be evaluated in the dynamics of their social context. Beyond favoring the impact analysis of contextual contingencies in specific interventions, the contextualization, as an evaluative strategy, favors the identification of crucial factors in the organizational context that directly influence the development of interventions, which may indicate the necessity to make the most favorable context to improve people's health (12-14).

Thereby, the aim of this study was to develop and validate an instrument to evaluate effectiveness of oral health promotion strategies developed in the Primary Health Care in different contexts of service organization in Brazil.

2 METHOD

The elaboration and validation process of proposed instrument followed the adapted methodological sequence from Bowling (1997), Leal (2004), and Goes (2006), summarized in the steps described below (15-17):

2.1 PREPARATION OF INSTRUMENT CONTENT AND FORMAT

The instrument content development was based on a matrix of 23 descriptors related to principles and values of health promotion, distributed in three dimensions, which was validated by an experts group through the nominal group technique during the months of March and April 2010.

The dimensions, characterized as action fields for health promotion strategies, included:

1. **Oral Health**, understood as a result of actions that comprehend health as a resource for life with quality, determined by social and environmental conditions of life in the community, and built from the positive relation between the human mouth and biological and social body (18).
2. **Healthy Public Policies**, which favor, through populational strategies, the creation of a social and physical environment of support, acting as a health enhancer, enabling and facilitating people to make healthy choices (19).
3. **Human and Social Development**, comprehending favorable actions for the society to increasingly comprise happy, healthy, creative and productive subjects, and that promotes care and peace (20). This includes strengthening community and actions of information, education and communication.

The matrix of descriptors was organized in a way to contemplate the principles and values agreed by the experts group as essential for evaluation of health promotion practices, with emphasis on oral health. The questions that compounded the evaluation instrument were defined as affirmative indicators, to which answers were by multiple choice, arranged in a 5 levels Likert scale. Each statement corresponds to the level of agreement or disagreement to the indicator. The scales were transformed into scores from 1 to 5, each of the 23 indicators with the same weight, so the total score of instrument results from the simple sum of all items. Thus,

the total sum of 115 points (most favorable condition) indicates that the evaluated strategy fully contemplates the principles and values of health promotion, and the minimum sum of 23 points (less favorable condition) indicates that the evaluated strategy does not contemplate the principles and values of health promotion.

The indicators intended to measure the observable aspects and aspects that can only be perceived indirectly in a strategy. It is to define empirical references that enable to measure, in a valid way, the accomplishment, quality and effectiveness of proposed actions (21) by oral health promotion strategies developed by local health teams in their operating territories. Therefore, to ensure the participation of those actors directly involved in strategies to be evaluated, it was predetermined that the instrument should be answered by dentists working in Primary Health Care in the Brazilian context.

Once defined by the researchers as the instrument to be validated, this was submitted to careful reading and semantic evaluation by three experts, to verify the clarity of formulated questions. Some suggestions about form of writing and arrangement of sentences (indicators), scale (affirmative responses), as well as the final formatting of instrument were considered.

Besides the objective indicators, the instrument was compounded by a subjective session, where the respondent should initially describe the oral health promotion strategy to be evaluated, considering the actors involved (with whom), and where and how the strategy was developed. For their formal validation, the instrument was accompanied by an explanatory text of research object and term of consent.

2.1.1 Subjective Session Analysis

The subjective questions that described the health promotion strategy to be evaluated were analyzed based on an algorithm for "sample correction of discursive questions" used for the correction of discursive questions (22).

To ensure the objectivity and application of same criteria in the judgment responses, three researchers initially involved in developing the instrument set the correction criteria, value attribution and classification of described strategy. From the correction of a subsample of 10% of total (21 instruments), chosen randomly were

identified keywords representing the principles and values of health promotion (Empowerment, Integrality, Interdisciplinarity, Participation, Vulnerability, Sustainability, Humanization, Entail, Teamwork, Intersectorality, Co-responsibility, conceptual understanding of Health Promotion) present in the texts analyzed, which represented the trend of responses that could characterize the strategies to be evaluated as oral health promotion strategy. The five most frequent words – empowerment, integrality, interdisciplinarity, participation and vulnerability – served as correction keys for analysis of total sample.

It was defined that the strategies would be classified according to the number of recurrent words or meaning in the text, as per the parameters below:

- Principles and values of health promotion not contemplated – appearance of 0 or 1 word or meaning (score 0)
- Principles and values of health promotion partially contemplated – appearance of 2 or 3 words or meaning (score 1)
- Principles and values of health promotion fully contemplated – appearance of 4 or 5 words or meaning (score 2)

From this classification was built a categorical variable with scores varying from 0 to 2.

2.2 STUDY POPULATION

The research participants were dentists working in Primary Health Care in the cities of Curitiba – PR and Recife – PE. The choice of these two cities was due to the significant difference in organizational and social context in which the actions in Primary Health Care are developed. It was intended, therefore, to contemplate the analysis of possible contextual influences on evaluative practice. Data were collected between July and October 2010. In total, 210 professionals were invited to answer the instrument. Of these, 123 were dentists from Curitiba and 87 were dentists from Recife.

Research participants were classified according to sex, age, graduation time and experience time at the Primary Health Care, the work contract form (based on public exam / contractor), if participant has any specialty, and if he or she acts in a

health unit under care model of Family Health Strategy (ESF) or Basic Health Unit (UBS).

This research was conducted in accordance with standards for research involving humans and was approved by the Ethics Committee in Research of Pontifical Catholic University of Parana, under the *CONEP* Protocol 0068.0.084.097-10, approved on April 28th, 2010.

2.3 PROCEDURE FOR INSTRUMENT VALIDATION

The instrument was submitted to a validation process, which included construct validation, internal consistency and reproducibility.

2.3.1 Construct Validation

To examine the validity of construct the *Spearman* correlation coefficient was initially used with the aim to analyze the association between the variable score of subjective session, with each of 23 objective indicators ($p \leq 0.05$). Subsequently, it was realized that an exploratory descriptive analysis of mean, minimum and maximum values, and standard deviation was found in the scores of total sum of each instrument evaluated objectively. The nonparametric test *Kruskal-Wallis* allowed the comparison of score ranks found in each category in subjective and objective analysis of the instrument. Due to the small difference in values observed in the final score obtained from objective session based on the values of quartiles, the ROC curve chart was used to establish the cut-point to build a dichotomous variable indicating the strategies that contemplate or not the principles and values of health promotion. The construct analysis was completed by applying a correlation test, *phi* coefficient, between two nominal dichotomous variables – those based on objective session of indicators described above, and those from the subjective session, now transformed by aggregation of values – 0 and 1.

2.3.2 Internal Consistency

Internal consistency was analyzed through the standardized *Cronbach's alpha* coefficient, considering the alpha values $\geq 0,70$ adequate.

2.3.3 Dimensionality of the Indicators

The dimensionality of the indicators was analyzed from an exploratory factor analysis. This is a statistical analysis which helps the representation of a large number of relationships between a group of variables (indicators) in a simplified way. It enables the understanding of relationships between variables, and the constructs that underlie them (23). Wherefore, it was possible to identify the suitability of the proposed indicators to the dimensions related to the pillars and values of health promotion.

2.3.4 Reproducibility

To verify the reproducibility of instrument, after its fulfillment, 21 respondents agreed to participate in a second objective session fulfillment (10% of total sample), realized after intervals of 10 to 20 days. Reproducibility was analyzed by estimative of *Kappa* Concordance Coefficient.

In every analysis the significance level of 5% was adopted.

3 RESULTS

The characteristics of participants in this instrument validation stage are presented in Table 1. Most respondents were female (81,9% of total participants), with an age mean of 40,8 years. Regarding the time of graduation, the general mean was 17,6 years. Given the time of service in Primary Health Care, the mean was 13 years. All research participants were state or city public employees, who entered in the public service through public exam. The Public Health specialty was the most frequent (61,9% of research participants).

Table 1 – Characteristics of Participants

		Validation Participants					
		Curitiba-PR (n=123)		Recife-PE (n=87)		Total (n=210)	
		n	%	n	%	n	%
Sex	Female	101	82,1	71	81,6	172	81,9
	Male	22	17,9	16	18,4	38	18,1
Mean of Age		40,9		40		40,8	
Graduation Mean of Time		17,9		17,2		17,6	
Work Mean of Time in Primary Health Care		13,9		11,4		13	
Specialties	Public Health	60	48,8	70	80,5	130	61,9
	Family Health Strategy	49	39,8	86	98,9	135	64,3
	Basic Health Unit	74	60,2	1	1,1	75	35,7

In total, 135 dentist participants in the study worked in health units that were part of ESF model, while 75 worked in UBS. Almost 100% of the participating dentists from Recife worked in ESF units.

Most of the strategies evaluated by subjective analysis (80,0%) were classified as strategies that did not contemplate, or only partially contemplated the principles and values of health promotion. The oral health promotion reported in many cases involved specific practices focusing on supervised brushing, fluoride application and

lectures in the school environment, characterized more as prevention practices of oral diseases than health promotion. The strategies classified as actions that fully contemplate the principles and values of health promotion described actions performed in partnership with other health professionals, as well as different sectors of health sector. Examples of these strategies include multidisciplinary actions with participation of oral health team in tackling skin and mouth cancer in a Recife fishing community, the integrated performance of oral health team in Curitiba in the Health Program in School (PSE), and partnership government action between the Ministry of Health and Ministry of Education, where actions of health promotion are planned and developed by professionals from both sectors.

The comparison of evaluated strategies profile in relation to the model of care in Health Units showed, a tendency for that from the total of the health unities that contemplates the principles and values of health promotion (n=40), 80% was Family Health Strategy model (p <0,01). A significant association was also found in comparison of evaluated strategies in different contexts. Considering the subjective profile of evaluated strategies reported by professionals in Recife, only 5,7% of strategies did not contemplate the principles and values of health promotion, compared with 26% of strategies in Curitiba (p <0,01) (Table 2).

Table 2 – Principals and Values of Health Promotion

		Principles and Values of Health Promotion								<i>p</i> Value
		Score 0 (n=37)		Score 1 (n=133)		Score 2 (n=40)		Total (n=210)		
		n	%	N	%	N	%	n	%	
Dentist's Operating Local (Health Units)	ESF	11	8,1	92	68,1	32	23,7	135	100,0	0,00
	UBS	26	34,7	41	54,7	8	10,7	75	100,0	
Cities	CURITIBA	32	26,0	67	54,7	24	19,5	123	100,0	0,00
	RECIFE	5	5,7	66	75,9	16	18,4	87	100,0	

3.1 RESULTS OF CONSTRUCT VALIDATION

The construct validation was made initially by correlation coefficient analysis between objective and subjective indicators (*Spearman* test). The analysis results show that of total 23 indicators, 13 indicators (56,5%) had a significant correlation with scores established by subjective analysis of instrument (p ≤ 0,05). This represents a positive result for the instrument validation, a view of which is evidenced

in the literature when correlation tests are performed. These coefficients should not be very high, because otherwise there would be no necessity to develop a new measure (17).

A descriptive exploratory analysis presented in Table 3 describes the mean, minimum and maximum values and standard deviation found in the scores of total sum of instrument objectively evaluated, relating them with scores of subjective session.

Table 3 – Descriptive Exploratory Analysis

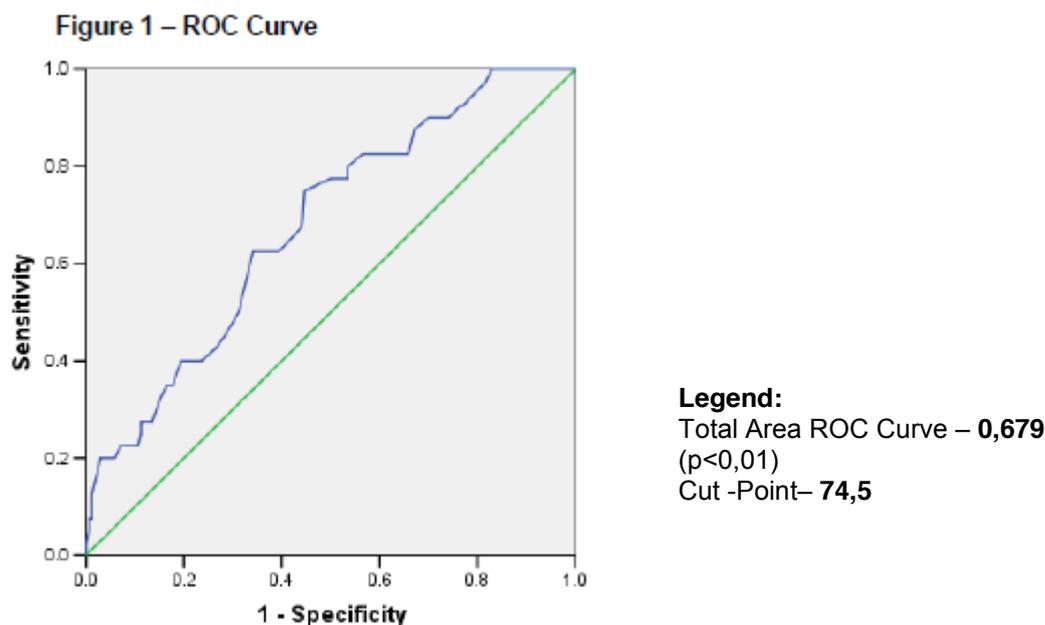
Subjective Analysis Strategies Score		Mean	Minimum Value	Maximum Value	Standard Deviation
Principles and Values of Health Promotion	Fully Contemplated (score 2)	83,5	60	113	14,43
	Partially Contemplated (score 1)	73,1	27	112	14,79
	Not Contemplated (score 0)	73,0	36	107	16,52

Verifying these results in depth, it is evident that strategies which are not contemplated and that which partially contemplate the principles and values of health promotion by subjective analysis showed the same mean value in the objective analysis, from the indicators, in other words, when a score achieved by these strategies is verified, it is not possible to differentiate them.

To confirm such a finding, we used the *Kruskal-Wallis* nonparametric test, allowing the rank comparison of objective final scores found for each score defined by the subjective analysis of instrument. The results show objective mean scores very close, between 0 and 1 of subjective classification (98.2 and 98.4, respectively), and significant difference compared to score 2 (135.9) ($p < 0.01$).

Thus, the similarity between the groups characterized as score 0 and 1 was confirmed. It was decided to group these scores in both, objective classification and subjective classification, resulting in dichotomous variables that characterize "strategies that did not contemplate the principles and values of health promotion" (score 1) and those "strategies that contemplate the principles and values of health

promotion" (score 2). To define the cut-point for objective classification, the ROC curve was used, as shown in Figure 1.



From the results found, the strategy was defined as one that does not contemplate the pillars and values of health promotion (score 1), one which reached values of total score between 23 and 74 in total sum of achieved points in the objective response of instrument, and as a strategy that contemplates the pillars and values of health promotion (score 2) that reached values between 75 and 115. From this classification, it was observed, by objective analysis of proposed indicators, that of total sample ($n = 210$), 80,9% of strategies were classified as not contemplating the principles and values of health promotion and only 19,1% were classified as contemplating these principles and values.

Finally, the *phi* coefficient test was used to analyze the correlation between the variables related to subjective and objective analysis of evaluated strategies profile. The correlation value was 0,24. The difference found between the groups was significant ($p < 0.01$), being that of 170 strategies classified as a score 1 in subjective analysis, 94 (55,3%) were also classified in this score for objective analysis, and of 40 strategies classified as score 2 in subjective analysis, 30 (75,0%) were classified in the same score in objective analysis.

3.2 RESULTS OF INTERNAL CONSISTENCY ANALYSIS

In the analysis of internal consistency measured by Cronbach's alpha coefficient, the total alpha value of instrument was 0.89, with values for 23 indicators varying from 0.88 to 0.89, confirming that none of them could increase the alpha value when excluded, as shown in table 4.

Table 4 - Results of Internal Consistency Analysis

Scale Items	Internal Consistency		
	Mean (dp)	Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item deleted
1. Social Determinants of Health	4,13±1,17	0,35	0,89
2. Recognition of the Common risk-factor	3,97±0,70	0,46	0,89
3. Assess the epidemiological profile of oral diseases and disorders before the start and during the strategy	3,40±1,52	0,45	0,89
4. Compare the results with base line data recorded	3,12±1,65	0,41	0,89
5. Results can support new goals of the oral health promotion strategy	3,05±1,35	0,60	0,88
6. Prioritization of the most vulnerable social groups to work with	3,91±0,81	0,48	0,88
7. Equitable participation of the targeted population	3,69±0,89	0,50	0,88
8. Partnership of different social actors (professionals, institutions and community leaders)	2,68±1,26	0,52	0,88
9. Partnership of different health professionals in the territory	2,88±1,58	0,49	0,88
10. Link with other activities in the territory	3,20±1,23	0,53	0,88
11. Recognition and endorsement of the strategy by local, district, and municipal management	4,25±0,74	0,21	0,89
12. Resources allocated to the strategy	3,22±1,30	0,22	0,89
13. Provision of process and result evaluation during the strategy	3,02±1,29	0,69	0,88
14. Dissemination and discussion of strategy results at local health unit	3,87±1,03	0,41	0,89
15. Dissemination and discussion of strategy results at local health council	2,65±1,21	0,44	0,89
16. Values of local / targeted population	3,55±1,00	0,54	0,88
17. Community participation in the setting of priorities, goals, conduction, and evaluation	2,03±1,29	0,68	0,88
18. Community opportunity to evaluate and discuss the results achieved by the strategy	2,28±1,38	0,59	0,88
19. Community suggestions for change	3,39±1,33	0,51	0,88
20. Communication to the local community	3,84±0,91	0,33	0,89
21. Shared protagonist function	3,67±0,93	0,56	0,88
22. Development of permanent education for health professionals and different social actors	2,83±1,18	0,56	0,88
23. Maintenance of strategy results and benefits	3,25±1,57	0,61	0,88

Internal consistency was also analyzed for different dimensions that compound the instrument. The dimension which presented the highest internal consistency was "Social and Human Development", with an alpha of 0.81, followed by dimension "Healthy Public Policy", with an alpha of 0.76, and finally the dimension "Oral Health" with an alpha of 0.66. In this last dimension, if the indicator "Social Determinants of Health" was removed from instrument, the alpha of dimension would increase to 0,70.

The dimensionality of the indicators was analyzed from an exploratory factor analysis. This is a statistical analysis which helps the representation of a large number of relationships between a group of variables (indicators) in a simplified way. It enables the understanding of relationships between variables, and the constructs that underlie them (23). Wherefore, it was possible to identify the suitability of the proposed indicators to the dimensions related to the pillars and values of health promotion

3.3 RESULTS OF THE DIMENSIONALITY OF THE INDICATORS ANALYSIS

The dimensionality of the indicators analyzed by an exploratory factor analysis, distributed the 23 indicators in four different factors. The total variance of the scores was explained by 51,45% from the results. The factors obtained by the loading of the indicators had been named as Factor 1 – Equity / Participation, Factor 2 – Sustainability, Factor 3 – Integrality, and Factor 4 – Governance / Empowerment. The results are showned in table 5.

Table 5 – Exploratory Factor Analysis

	Load Factor			
	F1 Equity / Participation	F2 Sustainability	F3 Integrity	F4 Governance / Empowerment
1. Community suggestions for change	0,742			
2. Partnership of different social actors (professionals, institutions and community leaders)	0,740			
3. Community participation in the setting of priorities, goals, conduction, and evaluation	0,734			
4. Partnership of different health professionals in the territory	0,727			
5. Community opportunity to evaluate and discuss the results achieved by the strategy	0,612			
6. Development of permanent education for health professionals and different social actors	0,519			
7. Link with other activities in the territory	0,474			
8. Provision of process and result evaluation during the strategy	0,430			
9. Equitable participation of the targeted population	0,381			
10. Communication to the local community	0,361			
11. Compare the results with base line data recorded		0,853		
12. Results can support new goals of the oral health promotion strategy		0,753		
13. Assess the epidemiological profile of oral diseases and disorders before the start and during the strategy		0,686		
14. Maintenance of strategy results and benefits		0,503		
15. Social Determinants of Health			0,745	
16. Prioritization of the most vulnerable social groups to work with			0,705	
17. Values of local / targeted population			0,653	
18. Recognition of the Common risk-factor			0,505	
19. Shared protagonist function			0,476	
20. Dissemination and discussion of strategy results at local health unit				0,767
21. Recognition and endorsement of the strategy by local, district, and municipal management				0,706
22. Dissemination and discussion of strategy results at local health council				0,628
23. Resources allocated to the strategy				0,498
Eigenvalues	4,013	2,897	2,563	2,361
% Variance	17,446	12,597	11,145	10,266

Varimax Rotation

3.4 RESULTS OF REPRODUCIBILITY ANALYSIS

In the reproducibility analyzed by estimative of *Kappa* Concordance Coefficient, the results found for each of 23 indicators, ranged from 0,391 (which means a regular concordance) to 1,0 (perfect concordance). It was observed that 82,6% of indicators showed a statistic significant concordance ($p < 0,05$).

4 DISCUSSION

The present study describes the stages of construction and validation of an instrument that aims to evaluate the effectiveness of oral health promotion strategies. Although some studies identify specific evaluations of the effectiveness of prevention practices and oral health promotion (24), there are still shortages of consistent evidence that can guide oral health teams in the Brazilian context. Such evidences are constructed using the relationship between theory, empirical observations and practice, being dynamic and context-sensitive where they are developing. Hence, evaluative processes should be permanent, enabling the reinforcement of theoretical foundation that guides the practice and expansion of knowledge, more complete and updated with evaluated experiences (12, 25).

So far, this is the first study that sought to develop a specific instrument to evaluate oral health promotion practices. To do so, the stages applied in this study followed recommendations and methodologies used in validation studies published nationally and internationally (11, 26-29).

In general the characteristics of participants in this study showed similar comparison between the two contexts (Curitiba and Recife), both with regard to mean age of the participants and the time of graduation and working in primary health care. This may have not observable implications in this study about the impact of these variables in the evaluation of health promotion practices.

In view of care model of health units (ESF or UBS), it was possible to verify a tendency that the units operating in the ESF model favor the practice of oral health promotion strategies based in the pillars and values of health promotion. This result may indicate that the ESF is a facilitator resource for health promotion actions. As an operating model based on the territorial recognition and in the integration with community and identification of its problems, the ESF stimulates the search for solutions to a full health care and the emergence of initiatives and partnerships within their coverage areas (30). Interdisciplinarity is encouraged in the ESF, and this can be considered the first step to building intersectoral actions in the operating territories: one of the values of health promotion (31). A team that has the opportunity to exchange experiences and knowledge in problem solving are more likely to

expand its intersectoral operations and develop sustainable health promotion strategies in its territory.

The oral health promotion in majority of reports made by dentists in subjective session of instrument involve specific performance practices such as supervised brushing, fluoride application and lectures in the school environment, characterizing it as more practical prevention of oral diseases than health promotion. Literature reviews have reaffirmed the limited evidences of preventive / educational intervention's impact in the dentistry field (32-37). Some limitations of these actions highlighted in these studies relate to the fact that they do not reach improvements which are sustainable in oral health, being palliative in nature, largely ignoring the underlying factors that determine poor oral health. As a result of these actions, inequities, rather than being reduced, may be aggravated, since those individuals who have more resources are more likely to be benefited by the implemented interventions. This is not an exclusive problem of oral health. Other health areas have highlighted the same limitations of clinical preventive approach (3, 38). However, it is important to consider that a well-structured educational activity, based on the principles and values of health promotion, especially in the incentive to building of autonomy and empowerment, can be a health promoter, while an action that occurs in the community with the intention to promote health can become a prescriptive activity and reinforce the dependency.

This analysis allows verify that the main challenge being faced by the public health field is to modify the way of understanding and promoting health. To structure the construction of effective actions in oral health promotion, based on the performance of social determinants of oral health and tackling inequalities (30), a new agenda for training and continuing education with focus on health promotion must be incorporated into the oral health management. Some themes may arise from the application of the instrument suggested by this research, since it can be used as an educational strategy and inducer for a reflexive practice.

The results found in the analysis of internal consistency indicate that the instrument has a proper consistency. The indicator that points as the main characteristic the social determinants of health, of "Oral Health" dimension, would be more likely to be removed from the instrument, considering the result of their internal consistency isolated in the dimension. However, the importance of this indicator as

an inducer of oral health integrative practices, with a broader understanding of the determinants associated with the development of oral problems reinforces the necessity for its maintenance in this dimension. For the development and achievement of a resolute and sustainable oral health promotion strategy, it is essential that it be connected to national and international discussion on social determinants of health. This reinforces the recognition that the context, the opportunities for education, employment, and housing are *the causes of causes* for inequity in current health (39, 40).

The availability of an evaluative instrument consistently and appropriately validated is of great importance to guide informed decision making about the necessary paths to building and qualification of resolute oral health promotion practices in primary health care.

5 CONCLUSION

The present study describes a process of development and validation of an instrument that evaluates the effectiveness of oral health promotion practices in Brazilian context. The article presented a proper validation of the construct, internal consistency, dimensionality between 23 indicators proposed and reproducibility. This validation process enables to construct an instrument used to evaluate and discriminate when a health promotion strategy, contemplates whether or not the principles and values of health promotion, inferring about its impact on oral health status of populations. However, the effective use of an evaluation instrument validated in this research requires a commitment that capacity building strategies and/or permanent education in health promotion occur continuously for all members of oral health teams, responsible for developing promotional strategies. Based on the validated instrument, the evaluation of health promotion practices developed in primary care will serve as concrete references to decision-making on basis of evidence of effectiveness.

6 REFERENCES

1. Watt RG, Harnett R, Daly B, Fuller SS, Kay E, Morgan A, et al. Evaluating oral health promotion: Need for quality outcomes measures. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2006;34: 11-17.
2. OMS - Organização Mundial de Saúde. Carta de Ottawa - primeira conferência internacional de promoção da saúde. Ottawa: Organização Mundial da Saúde, 1986.
3. Watt RG. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *Bulletin of the World Health Organization* 2005;83: 711-18.
4. Jackson SF, Perkins F, Khandor E, Cordwell L, Hamann S, Buasai S. Integrated health promotion strategies: A contribution to tackling current and future health challenges. *Health Promot Int* 2006;21: 75-83.
5. Lima VLGP, Barroso MAB, Campos NZR. Efetividade das práticas de promoção da saúde. *Boletim Técnico do Senac: a revista da educação profissional* 2009;32: 73-79.
6. De Salazar L. Evaluación de efectividad en promoción de la salud. Guia de evaluación rápida. Santiago de Cali: CEDETES, CDC, OPAS; 2004.
7. Nutbean D. Eficácia de la promoción de la salud: Las preguntas que debemos responder. In: Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, editor: La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Madrid: Ministério de la Salud y Consumo; 1999: 1-11.
8. Brasil. Política nacional de promoção da saúde. In: Saúde SBTBd, editor: Série Pactos pela Saúde 2006, 2a. edition. Brasília - DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2006; 52.
9. De Salazar L. Feasibility for health promotion under various decision-making contexts. In: McQueen DV, Jones CM, editors: Global perspectives on health promotion effectiveness, 1a. edition. New York: Springer; 2007: 353-65.

10. Franco de Sá R, Moysés ST. O processo avaliativo em promoção de saúde como estratégia de empoderamento e de desenvolvimento de capacidades. Boletim Técnico do Senac: a revista da educação profissional 2009;35: 29-35.
11. Santos MS, Reis RS, Rodriguez-Añez CR, Fermino RC. Desenvolvimento de um instrumento para avaliar barreiras para prática de atividade física em adolescentes. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde 2009;14: 76-85.
12. De Salazar L. Conceptos, posiciones y controversias en evaluación en promoción de la salud y salud pública - promoción de la salud y salud pública. In: De Salazar L, editor: Efectividad en promoción de la salud y salud pública. Cali, Colombia: Programa Editorial Universidad del Valle; 2009: 39-48.
13. Poland B, Krupa G, McCall D. Settings for health promotion: An analytic framework to guide intervention design and implementation. Health Promotion Practice 2009;10: 505-16.
14. De Salazar L. Desafíos metodológicos, políticos y éticos de la evaluación. In: De Salazar L, editor: Efectividad en promoción de la salud y salud pública. Cali, Colombia: Programa Editorial Universidad del Valle; 2009: 129-35.
15. Bowling A. Measuring health - a review of quality of life measurement scales In: Bowling A, editor: Theory of measurement 2 edition. Buckingham Philadelphia Open University Press; 1997: 9-15.
16. Leal RB. Elaboração e validação de um instrumento para avaliar a qualidade de vida do respirador oral. Recife - Pernambuco: Universidade de Pernambuco; 2004.
17. Goes PSA, Fernandes LMdA, Lucena LBS. Validação de instrumentos de coleta de dados. In: Antunes JLF, Peres MA, editors: Fundamentos de odontologia - epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006: 390-97.
18. Moysés SJ. Saúde bucal. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato L, editors: Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008: 705-34.
19. OPAS. Guia de evaluación participativa para municipios y comunidades saludables. Lima: OPAS - Organización Panamericana de la Salud; 2005: 220.

20. Hancock T. Conceptual model healthy community. II Oficina de Ações Intersectoriais de Promoção da Saúde. Recife - PE, 2009.
21. Deslandes SF, Lemos MP. Construção participativa de descritores para avaliação dos núcleos de prevenção de acidentes e violência, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2008;24: 441-48.
22. Brasil, Ministério da Educação. Sistema de avaliação da educação superior. Exame nacional de desempenho de estudantes. Brasília - DF: Ministério da Educação, INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2010.
23. Leech N, Barrett K, Morgan GA. Exploratory factor analysis and principal components analysis. *Spss for intermediate statistics: Use and interpretation*, 2 edition. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 2005: 73-87.
24. Watt RG, Harnett R, Daly B, Fuller SS, Kay E, Morgan A, et al. Oral health promotion - evaluation toolkit. London: Stephen Hancocks Limited; 2004.
25. Potvin L, Haddad S, Frohlich K. Beyond process and outcome evaluation: A comprehensive approach for evaluating health promotion programmes. In: Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, McQueen DV, Potvin L, Springett J, et al., editors: *Evaluation in health promotion: Principles and perspectives*: World Health Organization, Regional Publications; 2001.
26. Borges VLF, Medeiros SF. Validação de questionário para avaliar a função sexual feminina após menopausa. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2009;31: 293-99.
27. Reis RS, Hino AAF, Rodriguez-Añez CR. Perceived stress scale. *Journal of Health Psychology* 2010;15: 107-14.
28. Correr CJ, Pontarolo R, Melchioris AC, Rossignoli P, Fernández-Limmós F, Radominski RB. Tradução para o português e validação do instrumento diabetes quality of life measure (dqol-brasil). *Arq Bras Endocrinol Metab* 2008;52: 515-22.
29. Dwyer J, Allison K, Goldenberg E, Fein A, Yoshida K, Boutilier M. Adolescent girls' perceived barriers to participation in physical activity. *Adolescent* 2006;41: 75-89.

30. Moysés ST, Kusma S. Promoção de saúde e intersectorialidade na abordagem familiar. In: Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ, editors: Saúde bucal das famílias - trabalhando com evidências, 1a. edition. Curitiba: Editora Artes Médicas; 2007: 247-57.
31. Moretti AC, Teixeira FF, Suss FMB, Lima LSM, Bueno RE, Moysés SJ, et al. Intersectorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (pr). Ciências & Saúde Coletiva 2010;15 suplemento 1: 1827-34.
32. Brown L. Research in dental health education and health promotion: A review of the literature. Health Education Quarterly 1994;21: 83-102.
33. Schou L, Locker D. Oral health: A review of the effectiveness of health education and health promotion. Amsterdam: Dutch Centre for Health Promotion and Health Education 1994.
34. Kay L, Locker D. Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. Community Dentistry and Oral Epidemiology 1996;24: 231-35.
35. Sprod A, Anderson R, Treasure ET. Effective oral health promotion. Literature review. Cardiff: Health Promotion Wales, 1996.
36. Kay L, Locker D. A systematic review of the effectiveness of health promotion aimed at promoting oral health. London: Health Education Authority., 1997.
37. Yevlahova D, Satur J. Models for individual oral health promotion and their effectiveness: A systematic review. Australian Dental Association 2009;54: 190-97.
38. Watt RG. From victim blaming to upstream action: Tackling the social determinants of oral health inequalities. Community Dentistry and Oral Epidemiology 2007;35: 1-11.
39. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. The Lancet 2008;372: 1661-69.

40. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. In: Final Report, Executive Summary, editors: World Health Organization, 2008; 34

6 CONCLUSÃO

Avaliar estratégias de promoção da saúde bucal é um desafio apontado por gestores, técnicos e pesquisadores envolvidos com a Atenção Primária à Saúde. A avaliação destas práticas pressupõe uma abordagem metodológica participativa e definida com base no reconhecimento de fatores contextuais complexos relacionados ao perfil social, político, cultural e organizacional onde as práticas se desenvolvem.

Potencializar estratégias de promoção da saúde bucal para alcançar melhores resultados é parte das diretrizes da atual Política Nacional de Saúde Bucal e Vigilância em Saúde Bucal. Neste ponto foi identificada a lacuna teórico-prática para o desenvolvimento da presente tese, onde a construção de referenciais consistentes para avaliação destas estratégias, baseados nos pilares e valores da promoção da saúde, pode apoiar processos avaliativos que permitam o reconhecimento, fortalecimento e reorientação das estratégias com potencial para promover a saúde bucal.

Sendo assim, a tese apresentou a elaboração e validação de uma ferramenta que avalia a efetividade de estratégias de promoção da saúde bucal no contexto brasileiro.

Para a consolidação de tal instrumento, foi definido um modelo teórico que serviu como base para a validação de 23 descritores chave, por meio da Técnica do Grupo Nominal com a participação de especialistas em saúde bucal. Esta matriz de descritores foi a peça fundamental no desenvolvimento de indicadores relevantes para avaliação de efetividade de estratégias de promoção de saúde bucal que objetiva dar suporte a Política Nacional de Promoção da Saúde.

A Técnica do Grupo Nominal permitiu a participação e integração de especialistas, contribuindo não somente para a troca de informações, mas também para o amadurecimento de opiniões fundamentadas na crítica e sistematização de idéias, facilitando a tomada de decisão baseada no consenso. Assim, grupos nominais foram considerados espaços privilegiados para a validação do modelo teórico, descritores e critérios de avaliação discutidos nesse estudo (Fagundes *et al.*, 2007).

Uma vez o instrumento elaborado, esse foi submetido a um processo de validação de seu conteúdo. Com os resultados obtidos por meio dessa validação, tornou-se possível apresentar de maneira conclusiva, uma adequada validação do constructo, da consistência interna, da dimensionalidade e da reprodutibilidade dos 23 indicadores propostos. Este processo permitiu a consolidação de um instrumento servirá para avaliar e discriminar quando uma estratégia de promoção da saúde contempla ou não os princípios e valores da promoção da saúde, inferindo sobre seu impacto no perfil de saúde bucal de populações.

No entanto, a utilização eficaz do instrumento de avaliação validado nesta pesquisa exige o compromisso de que estratégias de capacitação e/ou educação permanente em promoção da saúde aconteçam continuamente para todos os integrantes das equipes de saúde bucal, responsáveis pelo desenvolvimento de estratégias promocionais. Com base no instrumento validado, a avaliação das práticas de promoção da saúde desenvolvida na atenção básica servirá como referencial concreto na tomada de decisão baseada em evidências de efetividade.

7 REFERÊNCIAS

ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR; BRASIL. *Manual Técnico - Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar*. 2a. ed. Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ministério da Saúde., 2007.

BARROS, C. B. Mensagem recebida por <BIOLÓGICO> em Jul / Dez 2002.

BRASIL. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília - DF, p.52. 2006

DE SALAZAR, L. *Evaluación de Efectividad en Promoción de la Salud. Guia de Evaluación Rápida*. Santiago de Cali: CEDETES, CDC, OPAS, 2004.

DE SALAZAR, L. Feasibility For Health Promotion Under Various Decision-Making Contexts. In: MCQUEEN, D. V.; JONES, C. M. (Ed.). *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness*. New York: Springer, 2007. Cap.20. p. 353-365.

FAGUNDES, N. C. *et al.* Construindo uma proposta de avaliação de estágios curriculares na Rede SUS - BA. *Revista Baiana de Saúde Pública* [S.l.], v. 31, n. Suplemento 1, p. 87-93, Junho 2007.

FRANCO DE SÁ, R.; MOYSÉS, S. T. O processo avaliativo em Promoção de Saúde como estratégia de empoderamento e de desenvolvimento de capacidades. *Boletim Técnico do Senac: a revista da educação profissional* [S.l.], v. 35, n. 2, p. 29-35, mai/ago 2009.

JONES, J.; HUNTER, D. Consensus methods for medical and health services research, 1996. p. 46-58.

LIMA, V. L. G. P. *et al.* Efetividade das Práticas de Promoção da Saúde. *Boletim Técnico do Senac: a revista da educação profissional* [S.l.], v. 32, n. 2, p. 73-79, maio/ago 2009.

MOYSÉS, S. J. O futuro da Odontologia, no Brasil e no mundo, sob o ponto de vista da Promoção da Saúde (Opinião). *Revista Brasileira de Odontologia* [S.l.], v. 16, n. 1, p. 10-13, 2008.

WATT, R. G. *et al.* Evaluating Oral Health Promotion: need for quality outcomes measures. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* [S.l.], v. 34, n. 1, p. 11-17, February 2006.

APÊNDICE A PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
Núcleo de Bioética
Comitê de Ética em Pesquisa
Ciência com Consciência

PARECER CONSUBSTANCIADO DE PROTOCOLO DE PESQUISA

Parecer Nº **0003845/10**

Protocolo CEP Nº **5536**

Título do projeto **AVALIAÇÃO DE EFETIVIDADE DE ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: VALIDAÇÃO DE UMA FERRAMENTA**

Grupo
Versão **1**

Protocolo CONEP **0068.0.084.097-10**

Pesquisador responsável **SOLENA ZIEMER KUSMA**

Instituição **PUCPR-CCBS - Curitiba**

Objetivos

OBJETIVO GERAL

Desenvolver uma ferramenta de avaliação de efetividade de estratégias de Promoção da Saúde, com ênfase em Saúde Bucal, no contexto brasileiro, referenciada nas diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde, Política Nacional de Atenção Básica e da Política Nacional de Saúde Bucal, contribuindo para a consolidação da vigilância em saúde bucal e instrumentalização de processos de gestão com base em evidências de efetividade na área da Promoção da Saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Revisar sistematicamente estratégias metodológicas propostas nacional e internacionalmente para a avaliação de políticas de Promoção da Saúde;
- Promover a contextualização de estratégias metodológicas de avaliação de Promoção da Saúde consideradas relevantes no processo de construção e desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil;
- Propor uma matriz de Indicadores de Avaliação de Efetividade de Estratégias de Promoção da Saúde, com ênfase em Saúde Bucal desenvolvidas na Atenção Primária em Sistemas Municipais de Saúde;
- Validar uma ferramenta de referência para tomadores de decisões, envolvendo profissionais técnicos e gestores, sobre a avaliação de efetividade de projetos vinculados à Política Nacional de Promoção da Saúde Bucal;
- Validar a metodologia proposta em diferentes contextos de atuação da Atenção Primária no Brasil.

Comentários e considerações

A hipótese operativa deste projeto estabelece que a construção de metodologias de avaliação e monitoramento das estratégias de Promoção de Saúde Bucal, além de um imperativo político e estratégico, será tanto mais efetiva quanto mais participativos forem os processos de construção coletiva de tais metodologias. Deste modo, o problema de pesquisa claramente pode ser definido como o esforço de conformação e consolidação de saberes e práticas interinstitucionais e interpessoais, capaz de dar concretude e sustentabilidade aos processos de Promoção de Saúde Bucal.

Termo de consentimento livre e esclarecido e/ou Termo de compromisso para uso de dados.

TCLE: adequado.
TCUD: não se aplica.

Conclusões

O projeto está de acordo com as determinações da RES. 196/96, do CNS.

Devido ao exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR, de acordo com as exigências das Resoluções Nacionais 196/96 e demais relacionadas a pesquisas envolvendo seres humanos, em reunião realizada no dia: **28/04/2010**, manifesta-se por considerar o projeto **Aprovado**.

Situação Aprovado

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução 196/96, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios anuais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP-PUCPR de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas.

Se a pesquisa, ou parte dela for realizada em outras instituições, cabe ao pesquisador não iniciá-la antes de receber a autorização formal para a sua realização. O documento que autoriza o início da pesquisa deve ser carimbado e assinado pelo responsável da instituição e deve ser mantido em poder do pesquisador responsável, podendo ser requerido por este CEP em qualquer tempo.

SUBMISSÃO ONLINE

Curitiba, 28 de Abril de 2010.

Você já pode submeter o seu projeto em qualquer versão, via internet.

Prof. MSc. **Neim Ake Filho**
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
PUC PR

Acesse: www.pucpr.br/cep



**APÊNDICE B OFICINA DE VALIDAÇÃO DE FACE – TÉCNICA DO GRUPO
NOMINAL**

AValiação DA EFETIVIDADE DE ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL



**- OFICINA DE VALIDAÇÃO -
MATRIZ DE INDICADORES**

Doutoranda: Solena Ziemer Kusma
Orientadora: Simone Tetu Moysés
Co-Orientador: Samuel Jorge Moysés

AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DE ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL

– MATRIZ DE INDICADORES –

⇒ REFERENCIAL TEÓRICO

A avaliação de ações de Promoção da Saúde tem se caracterizado como um desafio metodológico e estratégico na construção de evidências da efetividade de práticas (McQueen e Jones, 2007). A atual Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil aponta como responsabilidade das três esferas de governo o estabelecimento de instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação da implementação/impacto dos objetivos definidos pela mesma (Brasil, 2006). O emprego de metodologias adequadas de avaliação em Promoção da Saúde, baseadas na análise de processos e contextos locais, vêm se tornando indispensáveis para o sucesso das intervenções e para a formulação e implementação de políticas (Westphal e Wallerstein, 2007). Como decorrência da implementação de políticas de promoção e vigilância em saúde bucal no Brasil (BRASIL, 2004. Relatório final da 3a. Conferência Nacional de Saúde Bucal. "Acesso e qualidade superando a exclusão social; BRASIL, 2004. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal; BRASIL, 2006. Cadernos de Atenção Básica nº 17 - Saúde Bucal; Saúde da Família), há necessidade de se aprimorar e investir em estratégias avaliativas que permitam aferir não somente os resultados e impactos das intervenções, como também o processo político e social para alcançar os objetivos estabelecidos (de Salazar, 2004).

A proposta contida na presente matriz é apoiar o desenvolvimento de uma ferramenta de avaliação participativa da efetividade de estratégias de promoção da saúde bucal desenvolvidas no contexto de práticas de atenção básica à saúde bucal no Brasil, tendo como objetivo construir capacidades locais e instrumentalizar profissionais e gestores da saúde para tomada de decisão nos diferentes territórios de atuação. Avaliar a efetividade de uma prática, no sentido

utilizado aqui, consiste no exame da relação entre o grau de implementação da mesma e seus impactos medidos em termos de uma mudança real nas condições de vida das populações atingidas (Westphal e Mendes, 2009). Avaliar práticas de promoção da saúde pressupõe um processo participativo, buscando envolver no processo avaliativo pessoas que tiveram alguma interferência na implementação da prática avaliada, capazes de influenciar os resultados desta ação.

A Matriz de Indicadores é uma peça fundamental no desenvolvimento e aplicação da metodologia de avaliação das estratégias de Promoção de Saúde Bucal vinculadas a Atenção Básica de Saúde dos municípios do país. Sua validação inicial, envolvendo a participação de especialistas, tanto na avaliação de práticas de promoção da saúde quanto na atenção básica, favorece a busca de diferentes perspectivas na construção de indicadores relevantes para o processo de avaliação que pretende apoiar a condução da Política Nacional de Saúde Bucal.

A Matriz de Indicadores inicialmente proposta tem como base referencial os **pilares e valores** da Promoção da Saúde. Os pilares, considerados como as bases teóricas para a indicação de valores da avaliação (Takeda, 2008), incluem a *equidade*, a *participação* e a *sustentabilidade*. Os valores, definidos como a âncora moral para as estratégias de promoção da saúde (Takeda, 2008), incluem a *autonomia*, o *empoderamento*, a *integralidade*, a *intersetorialidade* e a *governança*, conforme figura 1 do Modelo Lógico abaixo. Três dimensões estratégicas foram definidas para servir de base para a construção de indicadores de avaliação:

- **Desenvolvimento Humano e Social**, compreendendo ações favorecedoras para que a sociedade seja composta cada vez mais por sujeitos felizes, saudáveis, criativos, produtivos e que promovam o cuidado e a paz (Hancock, 2009). Isto inclui o fortalecimento comunitário e ações de informação, educação e comunicação.
- **Políticas Públicas Saudáveis**, que favoreçam, por meio de estratégias populacionais, a criação de um ambiente social e físico de apoio, potencializador da saúde, possibilitando e facilitando que as pessoas façam escolhas saudáveis (OPAS, 2005).

- **Saúde Bucal**, entendida como um resultado de ações que compreendem a saúde como um recurso para a vida com qualidade, determinada pelas condições sociais e ambientais de vida na comunidade, e construída a partir da relação positiva da boca humana com o corpo biológico de homens e mulheres e destes com o corpo social (Moysés, 2008).

Os indicadores pretendem mensurar em que medida as estratégias de promoção de saúde bucal desenvolvidas pelas equipes locais de saúde nos seus territórios operativos contemplam os pilares e valores da promoção da saúde nas dimensões citadas.



⇒ OBJETIVO DA OFICINA DE VALIDAÇÃO:

- Validar uma Matriz de Indicadores que posteriormente fará parte de uma ferramenta de referência para profissionais e tomadores de decisões sobre a avaliação da efetividade de estratégias de Promoção da Saúde Bucal desenvolvidas na Atenção Básica em Sistemas Municipais de Saúde onde esteja sendo implementada a Política Nacional de Saúde Bucal.

⇒ **MÉTODOS DA OFICINA DE VALIDAÇÃO:**

A metodologia eleita para o desenvolvimento da validação da Matriz de Indicadores proposta é a **Técnica do Grupo Nominal**. Essa é uma técnica de pensamento divergente/convergente, em que há tanto a produção individual de idéias, quanto a discussão e esclarecimento em grupo, bem como a priorização das idéias por meio de votação independente (Jones e Hunter, 1996).

A validação da matriz de indicadores proposta se dará em duas rodadas.

1º) Envio do documento inicial para todos os especialistas selecionados e convidados para a validação. Cada indivíduo, sem qualquer discussão prévia, qualificará os indicadores de forma independente. Cada um dos indicadores será avaliado em termos qualitativos e quantitativos. Na avaliação qualitativa, cada indicador é classificado de acordo com a sua pertinência e importância como *indispensável, necessário ou dispensável*, conforme o quadro abaixo:

AVALIAÇÃO QUALITATIVA		
INDISPENSÁVEL	NECESSÁRIO	DISPENSÁVEL

Na avaliação quantitativa, os mesmos indicadores são avaliados com a nota de 0 a 6 conforme o quadro abaixo:

AVALIAÇÃO QUANTITATIVA	
NOTAS	CLASSIFICAÇÃO
0	SEM IMPORTÂNCIA
1	QUASE SEM IMPORTÂNCIA
2	POUCA IMPORTÂNCIA
3	MÉDIA IMPORTÂNCIA
4	IMPORTANTE
5	MUITO IMPORTANTE
6	IMPORTANTÍSSIMO

2º) Reunião presencial, onde o grupo de especialistas poderá explorar os resultados da primeira rodada, pois será apresentada a síntese quali-quantitativa das avaliações feitas de modo independente na primeira rodada. Cada avaliador agora poderá revisar sua avaliação quali-quantitativa individual e confirmar ou alterar a classificação atribuída inicialmente. As discussões prosseguirão até que seja possível construir consensualmente a matriz de indicadores considerada mais

adequada para os objetivos propostos. Esta etapa ocorrerá no dia 15 de março, em Curitiba.

MATRIZ DE INDICADORES – Validação de indicadores

I – DIMENSÃO: DESENVOLVIMENTO HUMANO E SOCIAL

INDICADORES	AVALIAÇÃO QUALITATIVA	AVALIAÇÃO QUANTITATIVA
I-a Os valores da comunidade local são respeitados, por meio de consulta direta, para o planejamento e desenvolvimento da estratégia de promoção de saúde bucal avaliada. (equidade / autonomia / empoderamento)	<input type="checkbox"/> INDISPENSÁVEL <input type="checkbox"/> NECESSÁRIO <input type="checkbox"/> DISPENSÁVEL	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5
I-b Há participação da comunidade local/população alvo na definição de prioridades, segundo seus interesses locais, na implementação da estratégia de promoção de saúde bucal avaliada. (participação / autonomia)	<input type="checkbox"/> INDISPENSÁVEL <input type="checkbox"/> NECESSÁRIO <input type="checkbox"/> DISPENSÁVEL	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5
I-c A população alvo tem oportunidade para avaliar e discutir os resultados gerados pela estratégia de promoção de saúde bucal avaliada. (participação / sustentabilidade / autonomia)	<input type="checkbox"/> INDISPENSÁVEL <input type="checkbox"/> NECESSÁRIO <input type="checkbox"/> DISPENSÁVEL	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5
I-d A estratégia de promoção de saúde bucal avaliada oportuniza mudanças processuais na sua condução a partir de sugestões da população participante. (participação / sustentabilidade / empoderamento / governança)	<input type="checkbox"/> INDISPENSÁVEL <input type="checkbox"/> NECESSÁRIO <input type="checkbox"/> DISPENSÁVEL	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5
I-e A estratégia de promoção de saúde bucal avaliada é divulgada amplamente para a comunidade local. (sustentabilidade / governança / intersetorialidade)	<input type="checkbox"/> INDISPENSÁVEL <input type="checkbox"/> NECESSÁRIO <input type="checkbox"/> DISPENSÁVEL	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5

<p>I-f As funções/papéis de protagonismo na condução da estratégia de promoção de saúde bucal avaliada são compartilhadas entre vários sujeitos envolvidos. (equidade / sustentabilidade / governança)</p>	<input type="checkbox"/> INDISPENSÁVEL <input type="checkbox"/> NECESSÁRIO <input type="checkbox"/> DISPENSÁVEL	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5
<p>I-g Diferentes instâncias profissionais, instituições e lideranças na comunidade participam de forma cooperativa no desenvolvimento da estratégia de promoção de saúde bucal avaliada. (participação / integralidade / intersetorialidade)</p>	<input type="checkbox"/> INDISPENSÁVEL <input type="checkbox"/> NECESSÁRIO <input type="checkbox"/> DISPENSÁVEL	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5
<p>I-h A estratégia de promoção de saúde bucal avaliada apresenta estratégias para a manutenção dos resultados e benefícios obtidos. (sustentabilidade / governança)</p>	<input type="checkbox"/> INDISPENSÁVEL <input type="checkbox"/> NECESSÁRIO <input type="checkbox"/> DISPENSÁVEL	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5
<p>I-i A estratégia de promoção de saúde bucal avaliada estimula o reconhecimento dos determinantes sociais da Saúde Bucal. (equidade / integralidade / intersetorialidade)</p>	<input type="checkbox"/> INDISPENSÁVEL <input type="checkbox"/> NECESSÁRIO <input type="checkbox"/> DISPENSÁVEL	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5
<p>I-j A estratégia de promoção de saúde bucal avaliada estimula o reconhecimento de fatores comuns de risco à saúde bucal e geral. (equidade / participação / autonomia / integralidade / intersetorialidade)</p>	<input type="checkbox"/> INDISPENSÁVEL <input type="checkbox"/> NECESSÁRIO <input type="checkbox"/> DISPENSÁVEL	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5

II – DIMENSÃO: POLÍTICAS PÚBLICAS

INDICADORES	AVALIAÇÃO QUALITATIVA	AVALIAÇÃO QUANTITATIVA		
<p>II-a A estratégia de promoção de saúde bucal avaliada prioriza grupos sociais mais vulneráveis e/ou famílias fragilizadas no território. (equidade / integralidade)</p>	<input type="checkbox"/> INDISPENSÁVEL <input type="checkbox"/> NECESSÁRIO <input type="checkbox"/> DISPENSÁVEL	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<p>II-b Há participação da comunidade local/população alvo na definição de prioridades, objetivos, condução e avaliação da estratégia de promoção de saúde bucal avaliada. (participação / sustentabilidade / autonomia)</p>	<input type="checkbox"/> INDISPENSÁVEL <input type="checkbox"/> NECESSÁRIO <input type="checkbox"/> DISPENSÁVEL	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<p>II-c A estratégia de promoção de saúde bucal avaliada desenvolve práticas que garantem a participação equânime da população alvo (horário de desenvolvimento das atividades, local de fácil acesso, período do ano). (equidade / participação)</p>	<input type="checkbox"/> INDISPENSÁVEL <input type="checkbox"/> NECESSÁRIO <input type="checkbox"/> DISPENSÁVEL	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<p>II-d A estratégia de promoção de saúde bucal avaliada é desenvolvida em parceria com diferentes atores sociais da comunidade (US, escola, empresa, universidade, outras secretarias municipais além da saúde). (participação / autonomia / intersetorialidade)</p>	<input type="checkbox"/> INDISPENSÁVEL <input type="checkbox"/> NECESSÁRIO <input type="checkbox"/> DISPENSÁVEL	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<p>II-e A estratégia de promoção de saúde bucal avaliada envolve a participação de diferentes profissionais de saúde que atuam no território (médico, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta, educador físico, psicólogo, fonoaudiólogo, farmacêutico). (participação / integralidade / intersetorialidade)</p>	<input type="checkbox"/> INDISPENSÁVEL <input type="checkbox"/> NECESSÁRIO <input type="checkbox"/> DISPENSÁVEL	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

<p>II-f A estratégia de promoção de saúde bucal avaliada está articulada a outras iniciativas desenvolvidas no território para promover saúde. (intersectorialidade)</p>	<input type="checkbox"/> INDISPENSÁVEL <input type="checkbox"/> NECESSÁRIO <input type="checkbox"/> DISPENSÁVEL	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5
<p>II-g A estratégia de promoção de saúde bucal avaliada é reconhecida e apoiada pela gerência local / distrital / municipal. (sustentabilidade / governança)</p>	<input type="checkbox"/> INDISPENSÁVEL <input type="checkbox"/> NECESSÁRIO <input type="checkbox"/> DISPENSÁVEL	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5
<p>II-h Recursos financeiros / humanos / infra-estrutura específicos são alocados para o desenvolvimento da estratégia de promoção de saúde bucal avaliada no território (Recursos SMS / Recursos externos). (sustentabilidade / intersectorialidade)</p>	<input type="checkbox"/> INDISPENSÁVEL <input type="checkbox"/> NECESSÁRIO <input type="checkbox"/> DISPENSÁVEL	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5
<p>II-i Avaliações de processo e resultados são previstos e realizados ao longo do desenvolvimento da estratégia de promoção de saúde bucal avaliada. (participação / autonomia / empoderamento)</p>	<input type="checkbox"/> INDISPENSÁVEL <input type="checkbox"/> NECESSÁRIO <input type="checkbox"/> DISPENSÁVEL	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5
<p>II-j Os resultados da estratégia de promoção de saúde bucal avaliada são previstos e pactuados no planejamento local da Unidade de Saúde. (participação / autonomia / governança)</p>	<input type="checkbox"/> INDISPENSÁVEL <input type="checkbox"/> NECESSÁRIO <input type="checkbox"/> DISPENSÁVEL	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5
<p>II-l A estratégia de promoção de saúde bucal avaliada e seus resultados são divulgados e discutidos no Conselho Local de Saúde. (sustentabilidade / governança / intersectorialidade)</p>	<input type="checkbox"/> INDISPENSÁVEL <input type="checkbox"/> NECESSÁRIO <input type="checkbox"/> DISPENSÁVEL	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5

III – DIMENSÃO: SAÚDE BUCAL

INDICADORES	AVALIAÇÃO QUALITATIVA	AVALIAÇÃO QUANTITATIVA		
<p>III-a O perfil epidemiológico de doenças e agravos bucais foi avaliado antes do início da estratégia de promoção de saúde bucal avaliada e influenciou seu planejamento e desenvolvimento. (equidade / governança)</p>	<input type="checkbox"/> INDISPENSÁVEL <input type="checkbox"/> NECESSÁRIO <input type="checkbox"/> DISPENSÁVEL	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<p>III-b O perfil epidemiológico de doenças e agravos bucais da população alvo tem apresentado melhora em relação aos dados iniciais registrados antes do início do desenvolvimento da estratégia de promoção de saúde bucal avaliada. (equidade / governança / sustentabilidade)</p>	<input type="checkbox"/> INDISPENSÁVEL <input type="checkbox"/> NECESSÁRIO <input type="checkbox"/> DISPENSÁVEL	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<p>III-c Mudanças no perfil epidemiológico de doenças e agravos bucais após o desenvolvimento da estratégia de promoção de saúde bucal avaliada induziram/apoiaram a definição de novos objetivos. (governança / sustentabilidade)</p>	<input type="checkbox"/> INDISPENSÁVEL <input type="checkbox"/> NECESSÁRIO <input type="checkbox"/> DISPENSÁVEL	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<p>III-d A estratégia de promoção de saúde bucal avaliada prevê ações para que a população alvo acompanhe e reconheça os resultados/impacto em seu perfil epidemiológico de doenças e agravos bucais. (empoderamento / participação / autonomia / governança)</p>	<input type="checkbox"/> INDISPENSÁVEL <input type="checkbox"/> NECESSÁRIO <input type="checkbox"/> DISPENSÁVEL	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

**APÊNDICE C INSTRUMENTO UTILIZADO PARA O PROCESSO DE
VALIDAÇÃO INTERNA**



AVALIAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL

Convidamos a participar da validação deste instrumento de avaliação de estratégias de promoção da saúde bucal desenvolvidas na Atenção Básica em municípios brasileiros. O instrumento é parte de uma ferramenta que pretende apoiar profissionais e gestores da saúde para tomada de decisão sobre estratégias promotoras de saúde bucal nos diferentes territórios de atuação.

A Matriz de Indicadores, construída com base nos pilares e valores da promoção da saúde, apresenta 23 indicadores em 3 dimensões estratégicas: Saúde Bucal, Políticas Públicas Saudáveis e Desenvolvimento Humano e Social.

Solicitamos inicialmente que descreva de forma breve uma estratégia de promoção da saúde bucal que conhece ou participa, desenvolvida em seu território de atuação. Em seguida, responda cada indicador com uma marcação "X" na opção mais adequada para a estratégia descrita.

Agradecemos sua participação!

IDENTIFICAÇÃO DO DENTISTA

IDADE: _____

SEXO: FEMININO MASCULINO

- Há quantos anos você é formado(a)? _____

- Há quantos anos você trabalha no Sistema Único de Saúde? _____

- Qual é o seu vínculo com a Secretaria Municipal de Saúde?

Concursado(a) Contratado(a) – CLT

- Sua Unidade de Saúde é parte da Estratégia Saúde da Família e Comunidade? SIM NÃO

- Se SIM, qual é a proporção Equipe Saúde da Família/Equipe de Saúde BUCAL? _____

- Especialidade: (você pode assinalar mais de uma alternativa)

Saúde Coletiva Pediatria Dentística Periodontia Prótese

Cirurgia Radiologia Endodontia Outra

Não tenho especialização

I – DIMENSÃO: SAÚDE BUCAL

<p>1. A EPSB reconhece e atua sobre os determinantes sociais da saúde (DSS) bucal.</p> <p>Pilares/Valores: - <i>Equidade</i> - <i>Integralidade</i> - <i>Intersetorialidade</i></p>	<p>A EPSB...</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não reconhece e não atua sobre os DSS bucal <input type="checkbox"/> Reconhece apenas fatores individuais envolvidos na determinação da saúde bucal, mas não atua sobre os mesmos <input type="checkbox"/> Reconhece fatores individuais, estilo de vida, condições de vida e de trabalho envolvidos na determinação da saúde bucal, mas não atua sobre os mesmos <input type="checkbox"/> Atua sobre os DSS bucal, mas não os reconhece <input type="checkbox"/> Reconhece e atua sobre os DSS bucal
<p>2. A EPSB reconhece e atua sobre os fatores comuns de risco à saúde bucal e geral.</p> <p>Pilares/Valores: - <i>Equidade</i> - <i>Participação</i> - <i>Autonomia</i> - <i>Integralidade</i> - <i>Intersetorialidade</i></p>	<p>A EPSB...</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não reconhece e não atua sobre os fatores comuns de risco <input type="checkbox"/> Reconhece alguns fatores comuns de risco, mas não atua sobre eles <input type="checkbox"/> Atua sobre os fatores comuns de risco, mas não os reconhece <input type="checkbox"/> Reconhece e atua sobre alguns fatores comuns de risco <input type="checkbox"/> Sempre reconhece e sempre atua sobre os fatores comuns de risco
<p>3. A EPSB investigou antes do seu início o perfil epidemiológico de doenças e agravos bucais e essa investigação influenciou seu planejamento e desenvolvimento.</p> <p>Pilares/Valores: - <i>Equidade</i> - <i>Governança</i></p>	<p>O perfil epidemiológico...</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Foi investigado e influenciou de maneira decisiva no planejamento e desenvolvimento da estratégia <input type="checkbox"/> Foi investigado e teve pouca influência no planejamento e desenvolvimento da estratégia <input type="checkbox"/> Foi investigado, mas não influenciou no planejamento e desenvolvimento da estratégia <input type="checkbox"/> Não foi investigado, mas o planejamento e desenvolvimento da estratégia foram influenciados por uma percepção individual do perfil epidemiológico do território <input type="checkbox"/> Não foi investigado antes do início da estratégia e também não influenciou seu planejamento e desenvolvimento

4. A EPSB provoca melhora do perfil epidemiológico prévio em relação ao perfil atual.

Pilares/Valores:

- *Equidade*
- *Sustentabilidade*
- *Governança*

- Grande melhora pode ser observada no perfil epidemiológico com o desenvolvimento da estratégia
- Foi observada uma discreta melhora no perfil epidemiológico com o desenvolvimento da estratégia
- Não existem melhoras observadas no perfil epidemiológico depois do desenvolvimento da estratégia
- O perfil epidemiológico piorou depois do desenvolvimento da estratégia
- Não existem dados sobre o perfil epidemiológico disponíveis para comparação de resultados

5. Mudanças no perfil epidemiológico após o desenvolvimento da EPSB são reconhecidas e potencializaram a definição de novos objetivos.

Pilares/Valores:

- *Sustentabilidade*
- *Governança*

As mudanças provenientes da ação...

- Não são reconhecidas, pois não existem dados sobre o perfil epidemiológico disponíveis
- Nunca são reconhecidas na definição de novos objetivos
- São reconhecidas, mas não potencializaram a definição de novos objetivos
- São reconhecidas e potencializam a definição de novos objetivos
- Sempre são reconhecidas e potencializam de maneira decisiva na definição de novos objetivos

II – DIMENSÃO: POLÍTICAS PÚBLICAS SAUDÁVEIS

1. A EPSB reconhece, prioriza e desenvolve ações para grupos sociais mais vulneráveis e/ou famílias fragilizadas no território.

Pilares/Valores:
 - *Equidade*
 - *Integralidade*

A EPSB...

- Não reconhece, não prioriza e não desenvolve ações para grupos/famílias mais vulneráveis
- Não reconhece e não prioriza os grupos/famílias mais vulneráveis, mas desenvolve ações voltadas para a comunidade local onde esses grupos/famílias possam participar
- Reconhece grupos/famílias mais vulneráveis, mas não prioriza o desenvolvimento das ações para tais grupos
- Reconhece e prioriza grupos/famílias mais vulneráveis e procura desenvolver ações voltadas para tais grupos
- Foi construída com base no reconhecimento e na priorização de grupos/famílias mais vulneráveis no território e suas ações foram definidas à partir disto

2. A EPSB desenvolve práticas que garantem a participação equânime da população alvo.

Pilares/Valores:
 - *Equidade*
 - *Participação*

A EPSB...

- Desenvolve uma diversidade de práticas que garantem a participação equânime da população alvo
- Desenvolve alguma prática que garante a participação equânime da população alvo
- Procura desenvolver práticas que garantam a participação equânime da população alvo, mas não consegue efetivar essa participação
- Não desenvolve práticas que garantam a participação equânime da população alvo
- Nunca pensou em desenvolver e não desenvolve práticas que garantam a participação equânime da população alvo

<p>3. A EPSB envolve a participação de diferentes profissionais de saúde (profissionais que não aqueles da equipe de saúde bucal) que atuam no território.</p> <p>Pilares/Valores: - <i>Participação</i> - <i>Integralidade</i> - <i>Intersetorialidade</i></p>	<p>A EPSB...</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nunca envolve a participação de profissionais de saúde de outras áreas, sendo desenvolvida apenas pela Equipe de Saúde Bucal <input type="checkbox"/> Envolve a participação de poucos profissionais de saúde de outras áreas (um ou dois) em momentos pontuais da estratégia <input type="checkbox"/> Envolve a participação de muitos profissionais de saúde de outras áreas (três ou mais) em momentos pontuais da estratégia <input type="checkbox"/> Envolve a participação de poucos profissionais de saúde de outras áreas (um ou dois) em todos os momentos da estratégia <input type="checkbox"/> Sempre envolve a participação de muitos profissionais de saúde de outras áreas (três ou mais) em todos os momentos da estratégia
<p>4. Diferentes instâncias profissionais (gestores, técnicos), instituições e lideranças na comunidade participam de forma cooperativa no desenvolvimento da EPSB.</p> <p>Pilares/Valores: - <i>Participação</i> - <i>Integralidade</i> - <i>Intersetorialidade</i></p>	<p>A EPSB...</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> É baseada na parceira de forma cooperativa entre diferentes instâncias profissionais, instituições e líderes comunitários atuantes no território <input type="checkbox"/> Envolve a participação de forma cooperativa de diferentes instâncias profissionais e líderes comunitários, mas não de diferentes instituições <input type="checkbox"/> Envolve a participação de forma cooperativa de diferentes instâncias profissionais e instituições, mas não de líderes comunitários <input type="checkbox"/> Envolve a participação de forma cooperativa de diferentes instituições e lideranças na comunidade, mas não de diferentes instâncias profissionais <input type="checkbox"/> É desenvolvida apenas pela Equipe de Saúde Bucal
<p>5. A EPSB está articulada a outras iniciativas desenvolvidas no território para promover saúde.</p> <p>Valor: - <i>Intersetorialidade</i></p>	<p>A EPSB...</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não está articulada a outras iniciativas de promoção da saúde no território <input type="checkbox"/> Está articulada pontualmente a somente uma outra iniciativa de promoção da saúde no território <input type="checkbox"/> Está articulada pontualmente a outras iniciativas de promoção da saúde no território <input type="checkbox"/> Está articulada a outras iniciativas de promoção da saúde no território, porém nem sempre esta articulação é garantida em todas as atividades <input type="checkbox"/> Está totalmente articulada a outras iniciativas de promoção da saúde no território, em diferentes momentos das iniciativas

<p>6. A EPSB é reconhecida e apoiada pela gerência de saúde local / distrital / municipal.</p> <p>Pilares/Valores: - <i>Sustentabilidade</i> - <i>Governança</i></p>	<p>A EPSB...</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> É totalmente reconhecida e sempre apoiada pela gerência de saúde <input type="checkbox"/> É reconhecida e apoiada pela gerência de saúde <input type="checkbox"/> É reconhecida, mas não apoiada pela gerência de saúde <input type="checkbox"/> É apoiada, mas não reconhecida pela gerência de saúde <input type="checkbox"/> Não é reconhecida, nem apoiada pela gerência de saúde
<p>7. A EPSB prevê a alocação de Recursos específicos (recursos humanos, financeiros e de infra-estrutura) para o seu desenvolvimento.</p> <p>Pilares/Valores: - <i>Sustentabilidade</i> - <i>Governança</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não há recursos específicos alocados para o desenvolvimento da estratégia avaliada <input type="checkbox"/> Somente recursos humanos são alocados para o desenvolvimento da estratégia avaliada <input type="checkbox"/> Recursos humanos e de infra-estrutura são alocados para o desenvolvimento da estratégia avaliada, mas não recursos financeiros <input type="checkbox"/> Recursos humanos e financeiros são alocados para o desenvolvimento da estratégia avaliada, mas não recursos de infra-estrutura <input type="checkbox"/> Há garantia de recursos específicos (humanos, financeiros e de infra-estrutura) alocados para o desenvolvimento da estratégia avaliada
<p>8. A EPSB prevê e realiza avaliações de processo e resultados ao longo do seu desenvolvimento.</p> <p>Pilares/Valores: - <i>Sustentabilidade</i> - <i>Empoderamento</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não são previstas, nem realizadas avaliações ao longo do desenvolvimento da estratégia <input type="checkbox"/> Avaliações são previstas, mas não realizadas, ao longo do desenvolvimento da estratégia <input type="checkbox"/> Avaliações são previstas e realizadas esporadicamente ao longo do desenvolvimento da estratégia <input type="checkbox"/> Avaliações são previstas e realizadas ao longo do desenvolvimento da estratégia <input type="checkbox"/> Avaliações são previstas e realizadas continuamente ao longo do desenvolvimento da estratégia

<p>9. A EPSB e seus resultados são reconhecidos e pactuados no planejamento local da Atenção Básica da Unidade de Saúde.</p> <p>Pilares/Valores: - <i>Participação</i> - <i>Sustentabilidade</i> - <i>Autonomia</i> - <i>Governança</i></p>	<p>A EPSB e seus resultados...</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> São totalmente reconhecidos e pactuados continuamente no planejamento local <input type="checkbox"/> São reconhecidos e pactuados no planejamento local <input type="checkbox"/> São reconhecidos, mas nunca pactuados no planejamento local <input type="checkbox"/> São pactuados, mas nunca reconhecidos no planejamento local <input type="checkbox"/> Nunca são reconhecidos, nem pactuados no planejamento local
<p>10. A EPSB e seus resultados são reconhecidos e discutidos no Conselho Local de Saúde.</p> <p>Pilares/Valores: - <i>Sustentabilidade</i> - <i>Governança</i> - <i>Intersetorialidade</i></p>	<p>A EPSB e os resultados...</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não são reconhecidos, nem discutidos no Conselho Local de Saúde <input type="checkbox"/> São reconhecidos, mas nunca discutidos no Conselho Local de Saúde <input type="checkbox"/> São reconhecidos, mas pouco discutidos no Conselho Local de Saúde <input type="checkbox"/> São reconhecidos e discutidos no Conselho Local de Saúde <input type="checkbox"/> São amplamente reconhecidos e sempre discutidos no Conselho Local de Saúde

III – DIMENSÃO: DESENVOLVIMENTO HUMANO E SOCIAL

<p>1. A EPSB considera, por meio de consulta direta, e respeita os valores da comunidade local para o seu planejamento e desenvolvimento.</p> <p>Pilares/Valores: - <i>Equidade</i> - <i>Autonomia</i> - <i>Empoderamento</i></p>	<p>Os valores da comunidade local...</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não são considerados, por meio de consulta direta, nem respeitados no planejamento e desenvolvimento da estratégia <input type="checkbox"/> São considerados, por meio de consulta direta, mas não respeitados no planejamento e desenvolvimento da estratégia <input type="checkbox"/> Não são considerados, por meio de consulta direta, mas são respeitados no planejamento e desenvolvimento da estratégia <input type="checkbox"/> São considerados, por meio de consulta direta, e respeitados no planejamento e desenvolvimento da estratégia <input type="checkbox"/> São amplamente considerados, por meio de consulta direta, e respeitados direcionando o planejamento e desenvolvimento da estratégia
<p>2. A EPSB possibilita a participação da comunidade local/população alvo na definição de prioridades e objetivos, na sua implementação e sua avaliação.</p> <p>Pilares/Valores: - <i>Participação</i> - <i>Autonomia</i></p>	<p>A comunidade/população alvo...</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não participa na definição de prioridades e objetivos, implementação e avaliação da estratégia <input type="checkbox"/> A comunidade/população alvo participa somente na definição de prioridades e objetivos, mas não participa da implementação e avaliação da estratégia <input type="checkbox"/> A comunidade/população alvo participa somente na implementação e avaliação da estratégia, mas não participa na definição de prioridades e objetivos <input type="checkbox"/> É participativa na definição de prioridades e objetivos, implementação e avaliação da estratégia <input type="checkbox"/> É muito participativa em todos os momentos da estratégia: definição de prioridades e objetivos, implementação e avaliação
<p>3. A EPSB possibilita à população alvo avaliar e discutir os resultados gerados por sua ação.</p> <p>Pilares/Valores: - <i>Participação</i> - <i>Sustentabilidade</i> - <i>Autonomia</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Os resultados são continuamente avaliados e discutidos pela população alvo <input type="checkbox"/> Os resultados são avaliados e discutidos pela população alvo em momentos pontuais <input type="checkbox"/> Os resultados são discutidos, mas não avaliados pela população alvo <input type="checkbox"/> Os resultados são avaliados, mas não discutidos pela população alvo <input type="checkbox"/> Os resultados não são avaliados, nem discutidos pela população alvo

<p>4. A EPSB possibilita mudanças no seu processo de condução a partir de sugestões da população participante.</p> <p>Pilares/Valores: - <i>Participação</i> - <i>Sustentabilidade</i> - <i>Empoderamento</i> - <i>Governança</i></p>	<p>As sugestões da população...</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sempre são consideradas como base para mudanças no processo de condução da estratégia <input type="checkbox"/> São consideradas pontualmente como base para mudanças no processo de condução da estratégia <input type="checkbox"/> São consideradas, mas não influenciam em mudanças no processo de condução da estratégia <input type="checkbox"/> Não são consideradas como base para mudanças no processo de condução da estratégia <input type="checkbox"/> Nunca são solicitadas
<p>5. A EPSB é divulgada amplamente para a comunidade local.</p> <p>Pilares/Valores: - <i>Sustentabilidade</i> - <i>Governança</i> - <i>Intersetorialidade</i></p>	<p>A EPSB...</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não é divulgada na comunidade local <input type="checkbox"/> É muito pouco divulgada na comunidade local <input type="checkbox"/> É pouco divulgada na comunidade local <input type="checkbox"/> É divulgada na comunidade local <input type="checkbox"/> É muito divulgada na comunidade local
<p>6. A EPSB compartilha as funções/papéis de protagonismo na sua condução entre vários sujeitos envolvidos.</p> <p>Pilares/Valores: - <i>Equidade</i> - <i>Sustentabilidade</i> - <i>Governança</i></p>	<p>O protagonismo das ações...</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> É muito compartilhado entre os sujeitos envolvidos <input type="checkbox"/> É compartilhado entre os sujeitos envolvidos <input type="checkbox"/> É pouco compartilhado entre os sujeitos envolvidos <input type="checkbox"/> É muito pouco compartilhado entre os sujeitos envolvidos <input type="checkbox"/> Não é compartilhado entre os sujeitos envolvidos
<p>7. A EPSB favorece o desenvolvimento de capacidades para diferentes atores sociais da comunidade.</p> <p>Pilares/Valores: - <i>Participação</i> - <i>Autonomia</i> - <i>Intersetorialidade</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> O desenvolvimento de capacidades locais não é parte das ações da estratégia avaliada <input type="checkbox"/> Existem muito poucas oportunidades para o desenvolvimento de capacidades de atores sociais vinculados a estratégia avaliada <input type="checkbox"/> São oferecidas oportunidades para o desenvolvimento de capacidades, mas para um número restrito de pessoas <input type="checkbox"/> São oferecidas oportunidades para o desenvolvimento de capacidades para boa parte dos atores sociais vinculados a estratégia avaliada <input type="checkbox"/> Sempre são oferecidas muitas oportunidades para o desenvolvimento de capacidades para todos os atores sociais vinculados a estratégia avaliada

8. A EPSB apresenta mecanismos de manutenção dos resultados e benefícios obtidos.

Pilares/Valores:
- *Sustentabilidade*
- *Governança*

A EPSB...

- Não apresenta mecanismos para a manutenção dos resultados e dos benefícios obtidos
- Apresenta muito poucos mecanismos para a manutenção dos resultados e benefícios obtidos
- Apresenta mecanismos para a manutenção dos benefícios obtidos, mas não apresenta mecanismos de manutenção dos resultados
- Apresenta mecanismos para a manutenção dos resultados, mas não apresenta mecanismos de manutenção dos benefícios obtidos
- Apresenta diferentes mecanismos para a manutenção dos resultados e dos benefícios obtidos

APÊNDICE D VERSÃO FINAL DA FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO DE EFETIVIDADE DE ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL



Kusma, Solena Ziemer

Avaliação de Efetividade de Estratégias de Promoção da Saúde Bucal: Ferramenta de Avaliação / Solena Ziemer Kusma, Simone Tetu Moysés, Samuel Jorge Moysés. - Curitiba - PR, 2010. 31p. 18x18 cm

1. *Promoção da Saúde* 2. *Avaliação de Efetividade* 3. *Atenção Primária em Saúde*

Projeto Gráfico: Fabiano Barreto

ISBN 978-85-911674-0-1



9 788591 167401

Introdução

A avaliação de ações de Promoção da Saúde é um desafio metodológico e estratégico para a construção de evidências de efetividade de práticas que possam apoiar processos de gestão em saúde (McQueen e Jones, 2007).

O emprego de metodologias adequadas de avaliação em Promoção da Saúde, é indispensável para o sucesso das intervenções e para a formulação e implementação de políticas. Baseadas na análise participativa de processos e contextos locais, que permitam avaliar não somente os resultados e impacto das intervenções, como também o processo político e social para alcançar os objetivos de forma sustentável (De Salazar, 2004; Westphal e Wallerstein, 2007).

A atual Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil aponta como responsabilidade das três esferas de governo o estabelecimento de instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação da implementação e impacto de seus objetivos (Brasil, 2006).

A política pública de Promoção e Vigilância em Saúde Bucal no Brasil reforça a necessidade de se aprimorar e investir em estratégias avaliativas da efetividade de práticas de promoção da saúde bucal desenvolvidas no contexto da Atenção Primária à Saúde que suportem a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde bucal.

Objetivos da ferramenta



O objetivo desta ferramenta é apoiar a avaliação de estratégias de promoção da saúde bucal desenvolvidas no contexto de práticas de Atenção Primária à Saúde. Sua utilização pretende:

Ser uma estratégia educativa e de reflexão;

Construir capacidades locais para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde bucal;

Instrumentalizar profissionais e gestores da saúde na tomada de decisão nos diferentes territórios de atuação.

Quem pode utilizar a ferramenta?

Considerando o processo avaliativo como uma ação compartilhada, esta ferramenta pode ser utilizada por promotores de saúde bucal, Cirurgiões Dentistas, Técnicos em Saúde Bucal, Auxiliares em Saúde Bucal e Gestores de Saúde atuando na Atenção Primária à Saúde no contexto brasileiro.

O que contém essa ferramenta?

Esta ferramenta é composta por guias relevantes para a condução da avaliação. Inicialmente, um Modelo Teórico explicita os pilares e valores da Promoção da Saúde que norteiam a construção da matriz de indicadores a ser utilizada para a avaliação das estratégias de promoção da saúde bucal. A seção seguinte apresenta o Glossário, com o detalhamento sobre cada dimensão e indicadores que compõe o Instrumento de avaliação. Exemplos de prática são usados para ilustrar aspectos possíveis de serem contemplados nas

estratégias avaliadas. Finalmente é apresentado o Instrumento de Avaliação, dividido em três dimensões e vinte e três indicadores.

4 | FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO



Desenvolvimento da Ferramenta de Avaliação

Esta seção apresenta um resumo da metodologia utilizada para construção desta ferramenta de avaliação de estratégias de promoção da saúde bucal.

Três etapas foram propostas para a condução do processo de construção do instrumento e indicadores de avaliação de Promoção da Saúde Bucal no Brasil:

- 1- *Sistematização e conceituação metodológica de Estratégias de Avaliação de Promoção da Saúde Bucal na esfera nacional e internacional;*
- 2- *Painel de validação da matriz de descritores de Avaliação de Promoção da Saúde Bucal;*
- 3- *Validação e finalização da matriz de indicadores proposta em Unidades de Saúde selecionadas em diferentes contextos brasileiros.*

A primeira etapa compreendeu a sistematização da literatura relacionada à Promoção da Saúde no contexto nacional e internacional, Políticas Nacionais de Atenção Básica, Promoção da Saúde e de Saúde Bucal, além

da literatura sobre avaliação de estratégias de Promoção da Saúde. Desta sistematização foi construído o Modelo Teórico, baseado nos pilares e valores da Promoção da Saúde, que serviram de base para a definição de dimensões e descritores de estratégias de promoção da saúde bucal a serem avaliados.

Na segunda etapa foi realizada a validação semântica e organização da matriz de descritores proposta com base na Técnica do Grupo Nominal (Jones e Hunter, 1996), a qual incluiu a participação e interação de um grupo de experts que contribuíram para a validação da matriz à partir do consenso. Participaram desta fase 16 profissionais pesquisadores, gestores no âmbito nacional, regional e local, além de profissionais vinculados a equipes de saúde bu-

cal atuando na Atenção Primária à Saúde. Da análise final por um grupo de consultores foi organizada a matriz de indicadores e sua descrição conceitual (apresentada no Glossário), além da escala de mensuração.

Na terceira etapa do estudo a ferramenta proposta foi aplicada em diferentes contextos de atuação da Atenção Primária no Brasil, nas cidades de Curitiba-PR e Recife-PE, para validação de conteúdo da matriz de indicadores. O processo incluiu a validação do constructo, consistência interna, dimensionalidade dos indicadores e reprodutibilidade. Este processo norteou o desenvolvimento do formato final desta ferramenta de avaliação.

Modelo Teórico

O **Modelo Teórico** é o referencial para a construção da matriz de indicadores de avaliação de estratégias de promoção da saúde bucal, sendo desenvolvido com base nos pilares e valores da Promoção da Saúde. Os **pilares**, considerados como as bases teóricas para a indicação de valores da avaliação, incluem a equidade, a participação e a sustentabilidade. Os **valores**, definidos como a âncora moral para as estratégias de promoção da saúde, incluem a autonomia, o empoderamento, a integralidade, a interseccionalidade e a governança.

Três dimensões estratégicas nortearam a construção de indicadores de avaliação:

Saúde Bucal, entendida como um resultado de ações que compreendem a saúde como um recurso para a vida com qualidade, determinada pelas condições sociais e ambientais de vida na comunidade, e construída a partir da relação positiva da boca humana com o corpo biológico de homens e mulheres e destes com o corpo social (Moysés, 2008).

Políticas Públicas Saudáveis, que favoreçam, por meio de estratégias populacionais, a criação de um ambiente social e físico de apoio, potencializador da saúde, possibilitando e facilitando que as pessoas façam escolhas saudáveis (OPAS, 2005).

Desenvolvimento Humano e Social, compreendendo ações favorecedoras para que a sociedade seja composta cada vez mais por sujeitos felizes, saudáveis, criativos, produtivos e que promovam o cuidado e a paz (Hancock, 2009), com saúde bucal.

6 | FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO

Matriz de Descritores/ Dimensões

Matriz de Descritores/ Dimensões

Saúde Bucal	Políticas Públicas Saudáveis	Desenvolvimento Humano e Social
Atuação sobre determinantes Sociais da Saúde;	Priorização de grupos mais vulneráveis;	Respeito aos valores da população alvo;
Reconhecimento dos Fatores Comuns de Risco;	Participação equânime da população alvo;	Participação da comunidade na definição de prioridades, objetivos, condução e avaliação da estratégia;
Acompanhamento do perfil epidemiológico de doenças e agravos bucais antes e durante o desenvolvimento da estratégia;	Participação de diferentes profissionais, instituições e líderes comunitários;	Oportunização de avaliação e discussão dos resultados gerados pela ação;
Comparação e reconhecimento de resultados alcançados, e	Parceria entre diferentes atores sociais e diferentes profissionais de saúde no território;	Mudanças no processo de condução da estratégia a partir de sugestões da comunidade;
Definição de novos objetivos potencializados pelos resultados.	Vinculação com outras atividades de promoção da saúde no território;	Divulgação da estratégia para a comunidade local;
	Reconhecimento e apoio da estratégia pela gerência de saúde local, distrital e municipal;	Protagonismo compartilhado da estratégia;
	Recursos específicos alocados para o desenvolvimento da estratégia;	Desenvolvimento de capacidades para diferentes atores sociais; e
	Previsão de avaliações de processo e resultados ao longo do desenvolvimento da ação;	Manutenção dos resultados e benefícios da estratégia.
	Pactuação e reconhecimento dos resultados pela Unidade de Saúde e Conselho Local de Saúde.	

8 | FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO



Indicadores

1ª Dimensão Saúde Bucal

Anote as suas respostas no espaço reservado, para somá-las ao fim do questionário.

1
Pilares / Valores
Equidade
Integralidade
Intersetorialidade

A Estratégia de Promoção da Saúde Bucal (EPSB) reconhece e atua sobre os determinantes sociais da saúde (DSS) bucal.
A EPSB...

1. Não reconhece e não atua sobre os DSS bucal
2. Reconhece apenas fatores individuais envolvidos na determinação da saúde bucal, mas não atua sobre os mesmos
3. Reconhece fatores individuais, estilo de vida, condições de vida e de trabalho envolvidos na determinação da saúde bucal, mas não atua sobre os mesmos
4. Atua sobre os DSS bucal, mas não os reconhece
5. Reconhece e atua sobre os DSS bucal

Resposta: ____

2
Pilares / Valores
Equidade
Participação
Autonomia
Integralidade
Intersetorialidade

A EPSB reconhece e atua sobre os fatores comuns de risco à saúde bucal e geral.
A EPSB...

1. Não reconhece e não atua sobre os fatores comuns de risco
2. Reconhece alguns fatores comuns de risco, mas não atua sobre eles
3. Atua sobre os fatores comuns de risco, mas não os reconhece
4. Reconhece e atua sobre alguns fatores comuns de risco
5. Sempre reconhece e sempre atua sobre os fatores comuns de risco

Resposta: ____



3

Pilares / Valores
Equidade
Governança

A EPSB investigou antes do seu início o perfil epidemiológico de doenças e agravos bucais e essa investigação influenciou seu planejamento e desenvolvimento.

O perfil epidemiológico...

1. Não foi investigado antes do início da estratégia e também não influenciou seu planejamento e desenvolvimento
2. Não foi investigado, mas o planejamento e desenvolvimento da estratégia foram influenciados por uma percepção individual do perfil epidemiológico do território
3. Foi investigada, mas não influenciou no planejamento e desenvolvimento da estratégia
4. Foi investigado e teve pouca influência no planejamento e desenvolvimento da estratégia
5. Foi investigado e influenciou de maneira decisiva no planejamento e desenvolvimento da estratégia

Resposta: ____

4

Pilares / Valores
Equidade
Sustentabilidade
Governança

A EPSB provoca melhora do perfil epidemiológico prévio em relação ao perfil atual.

1. Não existem dados sobre o perfil epidemiológico disponíveis para comparação de resultados
2. O perfil epidemiológico piorou depois do desenvolvimento da estratégia
3. Não existem melhoras observadas no perfil epidemiológico depois do desenvolvimento da estratégia
4. Foi observada uma discreta melhora no perfil epidemiológico com o desenvolvimento da estratégia
5. Grande melhora pode ser observada no perfil epidemiológico com o desenvolvimento da estratégia

Resposta: ____

10 | FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO



5

Pilares / Valores
Sustentabilidade
Governança

Mudanças no perfil epidemiológico após o desenvolvimento da EPSB são reconhecidas e potencializaram a definição de novos objetivos.

As mudanças provenientes da ação...

1. Não são reconhecidas, pois não existem dados sobre o perfil epidemiológico disponíveis
2. Nunca são reconhecidas na definição de novos objetivos
3. São reconhecidas, mas não potencializaram a definição de novos objetivos
4. São reconhecidas e potencializam a definição de novos objetivos
5. Sempre são reconhecidas e potencializam de maneira decisiva a definição de novos objetivos

Resposta: ____



Indicadores

2ª Dimensão Políticas Públicas Saudáveis

1

Pilares / Valores
Equidade
Integralidade

A EPSB reconhece, prioriza e desenvolve ações para grupos sociais mais vulneráveis e/ou famílias fragilizadas no território.

A EPSB...

1. Não reconhece, não prioriza e não desenvolve ações para grupos/famílias mais vulneráveis
2. Não reconhece e não prioriza os grupos/famílias mais vulneráveis, mas desenvolve ações voltadas para a comunidade local onde esses grupos/famílias possam participar
3. Reconhece grupos/famílias mais vulneráveis, mas não prioriza o desenvolvimento das ações para tais grupos
4. Reconhece e prioriza grupos/famílias mais vulneráveis e procura desenvolver ações voltadas para tais grupos
5. Foi construída com base no reconhecimento e na priorização de grupos/famílias mais vulneráveis no território e suas ações foram definidas a partir disso

Resposta: ____

2

Pilares / Valores
Equidade
Participação

A EPSB desenvolve práticas que garantem a participação equânime da população alvo.

A EPSB...

1. Nunca pensou em desenvolver e não desenvolve práticas que garantam a participação equânime da população alvo
2. Não desenvolve práticas que garantam a participação equânime da população alvo
3. Procura desenvolver práticas que garantam a participação equânime da população alvo, mas não consegue efetivar essa participação
4. Desenvolve alguma prática que garante a participação equânime da população alvo
5. Desenvolve uma diversidade de práticas que garantem a participação equânime da população alvo

Resposta: ____

12 | FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO



3

Pilares / Valores
Participação
Integralidade
Intersetorialidade

A EPSB envolve a participação de diferentes profissionais de saúde (profissionais que não aqueles da equipe de saúde bucal) que atuam no território.

A EPSB...

1. Nunca envolve a participação de profissionais de saúde de outras áreas, sendo desenvolvida apenas pela Equipe de Saúde Bucal
2. Envolve a participação de poucos profissionais de saúde de outras áreas (um ou dois) em momentos pontuais da estratégia
3. Envolve a participação de muitos profissionais de saúde de outras áreas (três ou mais) em momentos pontuais da estratégia
4. Envolve a participação de poucos profissionais de saúde de outras áreas (um ou dois) em todos os momentos da estratégia
5. Sempre envolve a participação de muitos profissionais de saúde de outras áreas (três ou mais) em todos os momentos da estratégia

Resposta: ____

4

Pilares / Valores
Participação
Governança
Integralidade
Intersetorialidade

Diferentes instâncias profissionais (gestores e técnicos), instituições e lideranças na comunidade participam de forma cooperativa no desenvolvimento da EPSB.

A EPSB...

1. É desenvolvida apenas pela Equipe de Saúde Bucal
2. Envolve a participação de forma cooperativa de diferentes instituições e lideranças na comunidade, mas não de diferentes instâncias profissionais
3. Envolve a participação de forma cooperativa de diferentes instâncias profissionais e instituições, mas não de líderes comunitários
4. Envolve a participação de forma cooperativa de diferentes instâncias profissionais e líderes comunitários, mas não de diferentes instituições
5. É baseada na parceria de forma cooperativa entre diferentes instâncias profissionais, instituições e líderes comunitários atuantes no território

Resposta: ____



5

Pilares / Valores
Intersetorialidade

A EPSB está articulada a outras iniciativas desenvolvidas no território para promover saúde.

A EPSB...

1. Não está articulada a outras iniciativas de promoção da saúde no território
2. Está articulada pontualmente a somente uma outra iniciativa de promoção da saúde no território
3. Está articulada pontualmente a outras iniciativas de promoção da saúde no território
4. Está articulada a outras iniciativas de promoção da saúde no território, porém nem sempre esta articulação é garantida em todas as atividades
5. Está totalmente articulada a outras iniciativas de promoção da saúde no território, em diferentes momentos das iniciativas

Resposta: ____

6

Pilares / Valores
Sustentabilidade de
Governança

A EPSB é reconhecida e apoiada pela gerência de saúde local / distrital / municipal.

A EPSB...

1. Não é reconhecida, nem apoiada pela gerência de saúde
2. É apoiada, mas não reconhecida pela gerência de saúde
3. É reconhecida, mas não apoiada pela gerência de saúde
4. É reconhecida e apoiada pela gerência de saúde
5. É totalmente reconhecida e sempre apoiada pela gerência de saúde

Resposta: ____

14 | FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO



7

Pilares / Valores
Sustentabilidade de
Governança

A EPSB prevê a alocação de recursos específicos (recursos humanos, financeiros e de infra-estrutura) para o seu desenvolvimento.

1. Não há recursos específicos alocados para o desenvolvimento da estratégia avaliada
2. Somente recursos humanos são alocados para o desenvolvimento da estratégia avaliada
3. Recursos humanos e de infra-estrutura são alocados para o desenvolvimento da estratégia avaliada, mas não recursos financeiros
4. Recursos humanos e financeiros são alocados para o desenvolvimento da estratégia avaliada, mas não recursos de infra-estrutura
5. Há garantia de recursos específicos (humanos, financeiros e de infra-estrutura) alocados para o desenvolvimento da estratégia avaliada

Resposta: ____

8

Pilares / Valores
Sustentabilidade de
Empoderamento

A EPSB prevê e realiza avaliações de processo e resultados ao longo do seu desenvolvimento.

1. Não são previstas, nem realizadas avaliações ao longo do desenvolvimento da estratégia
2. Avaliações são previstas, mas não realizadas, ao longo do desenvolvimento da estratégia
3. Avaliações são previstas e realizadas esporadicamente ao longo do desenvolvimento da estratégia
4. Avaliações são previstas e realizadas ao longo do desenvolvimento da estratégia
5. Avaliações são previstas e realizadas continuamente ao longo do desenvolvimento da estratégia

Resposta: ____

9

Pilares / Valores
Participação
Sustentabilidade
Autonomia
Governança

A EPSB e seus resultados são reconhecidos e pactuados no planejamento local da Atenção Básica da Unidade de Saúde.

A EPSB e seus resultados...

1. Nunca são reconhecidos, nem pactuados no planejamento local
2. São pactuados, mas nunca reconhecidos no planejamento local
3. São reconhecidos, mas nunca pactuados no planejamento local
4. São reconhecidos e pactuados no planejamento local
5. São totalmente reconhecidos e pactuados continuamente no planejamento local

Resposta: ____

10

Pilares / Valores
Sustentabilidade
Governança
Intersetorialidade

A EPSB e seus resultados são reconhecidos e discutidos no Conselho Local de Saúde.

A EPSB e seus resultados...

1. Não são reconhecidos, nem discutidos no Conselho Local de Saúde
2. São reconhecidos, mas nunca discutidos no Conselho Local de Saúde
3. São reconhecidos, mas pouco discutidos no Conselho Local de Saúde
4. São reconhecidos e discutidos no Conselho Local de Saúde
5. São amplamente reconhecidos e sempre discutidos no Conselho Local de Saúde

Resposta: ____

16 | FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO

Indicadores

3ª Dimensão Desenvolvimento Humano e Social

1

Pilares / Valores
Equidade
Autonomia
Empoderamento

A EPSB considera, por meio de consulta direta, e respeita os valores da comunidade local para o seu planejamento e desenvolvimento.

Os valores da comunidade local...

1. Não são considerados, por meio de consulta direta, nem respeitados no planejamento e desenvolvimento da estratégia
2. São considerados, por meio de consulta direta, mas não respeitados no planejamento e desenvolvimento da estratégia
3. Não são considerados, por meio de consulta direta, mas são respeitados no planejamento e desenvolvimento da estratégia
4. São considerados, por meio de consulta direta, e respeitados no planejamento e desenvolvimento da estratégia
5. São amplamente considerados, por meio de consulta direta, e respeitados direcionando o planejamento e desenvolvimento da estratégia

Resposta: ____

2

Pilares / Valores
Participação
Autonomia

A EPSB possibilita a participação da comunidade local/população alvo na definição de prioridades e objetivos, na sua implementação e sua avaliação.

A comunidade/população alvo...

1. Não participa na definição de prioridades e objetivos, implementação e avaliação da estratégia
2. A comunidade/população alvo participa somente na definição de prioridades e objetivos, mas não participa da implementação e avaliação da estratégia
3. A comunidade/população alvo participa somente na implementação e avaliação da estratégia, mas não participa na definição de prioridades e objetivos
4. É participativa na definição de prioridades e objetivos, implementação e avaliação da estratégia
5. É muito participativa em todos os momentos da estratégia: definição de prioridades e objetivos, implementação e avaliação

Resposta: ____



3

Pilares / Valores
Participação
Sustentabilidade
Autonomia

A EPSB possibilita à população alvo avaliar e discutir os resultados gerados por sua ação.

1. Os resultados não são avaliados, nem discutidos pela população alvo
2. Os resultados são avaliados, mas não discutidos pela população alvo
3. Os resultados são discutidos, mas não avaliados pela população alvo
4. Os resultados são avaliados e discutidos pela população alvo em momentos pontuais
5. Os resultados são continuamente avaliados e discutidos pela população alvo

Resposta: ___

4

Pilares / Valores
Participação
Sustentabilidade
Empoderamento
Governança

A EPSB possibilita mudanças no seu processo de condução a partir de sugestões da população participante.

As sugestões da população...

1. Nunca são solicitadas
2. Não são consideradas como base para mudanças no processo de condução da estratégia
3. São consideradas, mas não influenciam em mudanças no processo de condução da estratégia
4. São consideradas pontualmente como base para mudanças no processo de condução da estratégia
5. Sempre são consideradas como base para mudanças no processo de condução da estratégia

Resposta: ___

18 | FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO



5

Pilares / Valores
Sustentabilidade
Governança
Intersetorialidade

A EPSB é divulgada amplamente para a comunidade local.

A EPSB...

1. Não é divulgada na comunidade local
2. É muito pouco divulgada na comunidade local
3. É pouco divulgada na comunidade local
4. É divulgada na comunidade local
5. É muito divulgada na comunidade local

Resposta: ___

6

Pilares / Valores
Equidade
Sustentabilidade
Governança

A EPSB compartilha as funções/papéis de protagonismo na sua condução entre vários sujeitos envolvidos.

O protagonismo das ações...

1. Não é compartilhado entre os sujeitos envolvidos
2. É muito pouco compartilhado entre os sujeitos envolvidos
3. É pouco compartilhado entre os sujeitos envolvidos
4. É compartilhado entre os sujeitos envolvidos
5. É muito compartilhado entre os sujeitos envolvidos

Resposta: ___



7

Pilares/ Valores
Participação
Autonomia
Intersetorialidade

A EPSB favorece o desenvolvimento de capacidades para diferentes atores sociais da comunidade.

1. O desenvolvimento de capacidades locais não é parte das ações da estratégia avaliada
2. Existem muito poucas oportunidades para o desenvolvimento de capacidades para atores sociais vinculados a estratégia avaliada
3. São oferecidas oportunidades para o desenvolvimento de capacidades, mas para um número restrito de pessoas
4. São oferecidas oportunidades para o desenvolvimento de capacidades para boa parte dos atores sociais vinculados a estratégia avaliada
5. Sempre são oferecidas muitas oportunidades para o desenvolvimento de capacidades para todos os atores sociais vinculados a estratégia avaliada

Resposta: ____

8

Pilares / Valores
Sustentabilidade
Governança

A EPSB apresenta mecanismos de manutenção dos resultados e benefícios obtidos.

A EPSB...

1. Não apresenta mecanismos para a manutenção dos resultados e dos benefícios obtidos
2. Apresenta muito poucos mecanismos para a manutenção dos resultados e benefícios obtidos
3. Apresenta mecanismos para a manutenção dos benefícios obtidos, mas não apresenta mecanismos de manutenção dos resultados
4. Apresenta mecanismos para a manutenção dos resultados, mas não apresenta mecanismos de manutenção dos benefícios obtidos
5. Apresenta diferentes mecanismos para a manutenção dos resultados e dos benefícios obtidos

Resposta: ____

20 | FERRAMENTA DE AVALIAÇÃO

Escala de Adequação

Some os valores de suas respostas da Matriz de Indicadores e depois verifique seu resultado.

De 23 até 74

A estratégia avaliada **não contempla** os Pilares e Valores da Promoção da Saúde Bucal em Atenção Básica.

Sugestão: Utilize a matriz de indicadores como instrumento de reflexão e planejamento para práticas dos pilares e valores da promoção da saúde.

De 75 até 115

A estratégia avaliada **contempla** os Pilares e Valores da Promoção da Saúde Bucal em Atenção Básica.

Sugestão: Procure fortalecer a sustentabilidade da prática avaliada.



Referências

BRASIL. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília. 2004

BRASIL. Política Nacional de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília - DF, p.52. 2006

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

CASTRO, A.M.; SPERANDIO, A.M.G.; GOSH, C.S.; ROCHA, D.G.; CRUZ, D.K.A.; MALTA, D.C. et al. Curso de Extensão para gestores do SUS em promoção da saúde. 1ª ed. Brasília: CEAD/FUB; 2010.

DE SALAZAR, L. Evaluación de Efectividad en Promoción de la Salud. Guia de Evaluación Rápida. Santiago de Cali: CEDETES, CDC, OPAS, 2004.

FRANCO DE SÁ, R.; MOYÉS, S.T. O processo avaliativo em Promoção de Saúde como estratégia de empoderamento e de desenvolvimento de capacidades. Boletim Técnico do Senac: a revista da educação profissional, v.35, n.2, p.29-35, 2009.

HANCOCK, T. Conceptual model of healthy community. In: II Oficina de Ações Intersetoriais de Promoção da Saúde, Recife - PE. 2009.

JONES, J.; HUNTER, D. Consensus methods for medical and health services research. British Medical Journal, v.311, p.376-80, 1995.

MCQUEEN, D. V.; JONES, C. M. Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness. New York: Springer, 2007.

MOYÉS, S.J. Saúde Bucal. In: Giovannella L, Escorel S, Lobato L, editors. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; p. 705-34, 2008.

OPAS - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; MINISTERIO DE SALUD. Guia de Evaluación Participativa para municipios y comunidades saludables. Lima: OPAS, 2005. (Proyecto Amares).

TAKEDA, S.; HARZHEIM, E. Valores, Principios e Atributos de um sistema de saúde orientado pela APS. OPAS, 2006. Problematizando os Atributos Fundamentais da APS/ESF - Grupo de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde. Porto Alegre - RS: UFRGS, 2008.

UNITED NATIONS. Report of the World Summit on Sustainable Development. Johannesburg, South Africa: 26th August - 4th September. p.173. 2002.

UN HABITAT. The Global Campaign on Urban Governance: Concept Paper. United Nations Human Settlements Programme, UN-HABITAT. Nairobi, Kenya: March, p.28. 2002.

WESTPHAL, M. F. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. In: MINAYO, M. C. D. S. et al (Ed.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ, 2006. p. 635-667.

WESTPHAL, M. F.; WALLERSTEIN, N. Saúde, Desenvolvimento e Equidade. Promotion & Education [S.l.], v. Supplement 1 2007, p. 31-32, 2007.

Glossário

Esta sessão da ferramenta, denominada *Glossário*, apresenta o significado de cada um dos indicadores do instrumento de avaliação, bem como exemplifica ações e/ou atividades que auxiliam na contemplação dos pilares e valores da estratégia de promoção da saúde a ser avaliada.

Glossário



1ª Dimensão Saúde Bucal

Saúde Bucal, entendida como um resultado de ações que compreendem a saúde como um recurso para a vida com qualidade, determinada pelas condições sociais e ambientais de vida na comunidade, e construída a partir da relação positiva da boca humana com o corpo biológico de homens e mulheres e destes com o corpo social (Moysés, 2008).

1. A Estratégia de Promoção da Saúde Bucal (EPSB) avaliada reconhece e atua sobre os determinantes sociais da saúde (DSS) bucal.

Os valores e pilares contemplados nesse indicador são: *equidade, integralidade e intersetorialidade*.

O indicador refere-se ao reconhecimento e atuação da estratégia avaliada sobre DSS, incluindo não apenas fatores ligados ao indivíduo, mas também ao estilo de vida, suporte familiar e comunitário, condições de vida e de trabalho, aspectos culturais e ambientais.

São exemplos de ações as iniciativas que prevêm o desenvolvimento comunitário como hortas comunitárias, atividades para geração de renda e alfabetização.

2. A EPSB avaliada reconhece e atua sobre os fatores comuns de risco à saúde bucal e geral.

Os valores e pilares contemplados nesse indicador são: *equidade, participação, autonomia, empoderamento, integralidade e intersetorialidade*.

O indicador refere-se ao reconhecimento da saúde bucal como parte da saúde geral, priorizando o desenvolvimento de ações que buscam atuar de forma integral sobre fatores de risco a doenças e agravos do corpo e da boca.

São exemplos de estratégias que estimulam o reconhecimento de fatores comuns de risco: controle de tabagismo, ações direcionadas à violência, à autoestima, ações voltadas

à alimentação saudável, controle do consumo de álcool e drogas.

3. A EPSB investigou antes do seu início o perfil epidemiológico de doenças e agravos bucais e essa influenciou seu planejamento e desenvolvimento.

Os valores e pilares contemplados nesse indicador são: *equidade e governança*.

O indicador refere-se à investigação do retrato das doenças e agravos bucais da comunidade local antes do início da estratégia de promoção da saúde, priorizando assim ações voltadas para as condições mais prevalentes.

São exemplos de ações: a consulta prévia sobre o perfil epidemiológico de cárie dentária, doença periodontal, trauma

GLOSSÁRIO | 3

Glossário



dental, câncer bucal, fluorose, etc.

4. A EPSB provoca melhoria do perfil epidemiológico prévio em relação ao perfil atual.

Os valores e pilares contemplados nesse indicador são: *equidade, sustentabilidade e governança*.

O indicador refere-se às comparações realizadas a partir dos dados previamente investigados e resultados alcançados com a estratégia de promoção de saúde bucal.

5. Mudanças no perfil epidemiológico após o desenvolvimento da EPSB são reconhecidas e potencializaram a definição de novos objetivos.

Os valores e pilares contemplados nesse indicador são: *sustentabilidade e governança*.

O indicador refere-se à utilização dos resultados alcançados pela estratégia avaliada como base para a definição de novos objetivos e qualificação da ação.

São exemplos de ação: utilização da avaliação para o redirecionamento da estratégia e para a tomada de decisão.

Glossário



2ª Dimensão Políticas Públicas Saudáveis

Políticas Públicas Saudáveis, que favoreçam, por meio de estratégias populacionais, a criação de um ambiente social e físico de apoio, potencializador da saúde, possibilitando e facilitando que as pessoas façam escolhas saudáveis (OPAS, 2005).

1. A EPSB reconhece, prioriza e desenvolve ações para grupos sociais mais vulneráveis e/ou famílias fragilizadas no território.

Os valores e pilares contemplados nesse indicador são: **equidade e integralidade**.

O indicador refere-se à busca equidade no cuidado em saúde, priorizando ações voltadas a grupos populacionais que mais precisam de atenção. Sabe-se que grupos como de idosos, mulheres, crianças, adolescentes, negros podem ser considerados em alguns territórios como os mais fragilizados da população em geral.

São considerados exemplos de estratégias para grupos mais vulneráveis: diferenciação de ações para grupos de crianças dependendo de seu risco biológico

e social à cárie, ações de proteção contra câncer bucal em idosos, controle de doenças periodontais em grupos de hipertensos e diabéticos.

2. A EPSB desenvolve práticas que garantem a participação equânime da população alvo.

Os valores e pilares contemplados nesse indicador são: **equidade e participação**.

O indicador refere-se à garantia do direito da população local participar da estratégia avaliada, conforme suas necessidades.

São exemplos de ações que garantem a participação equânime: ações desenvolvidas em dia (data) e horário adequado, local de fácil acesso, divulgação, período do ano pertinente.

3. A EPSB envolve a participação de diferentes profissionais de saúde (profissionais que não aqueles da equipe de saúde bucal) que atuam no território.

Os valores e pilares contemplados nesse indicador são: **participação, integralidade e intersetorialidade**.

O indicador refere-se à integração de diferentes saberes em saúde para a condução da estratégia, sendo importante considerar que as necessidades de saúde bucal são parte integrante da saúde geral do indivíduo. São ações integrais multidisciplinares que envolvam outros profissionais que não aqueles da Equipe de Saúde Bucal (como médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, educadores físicos, psicólogos,

GLOSSÁRIO | 5

Glossário



fonoaudiólogos, farmacêuticos).

São exemplos de envolvimento de diferentes profissionais na EPSB: as ações voltadas para o suporte ao autocuidado e fortalecimento da auto-estima da família desenvolvidas juntamente com enfermeiras, médicos, educadores físicos, psicólogos, etc.

4. Diferentes instâncias profissionais, instituições e lideranças na comunidade participam de forma cooperativa no desenvolvimento da EPSB.

Os valores e pilares contemplados nesse indicador são: **participação, governança, integralidade e intersetorialidade**.

O indicador refere-se à integração de diferentes atores sociais participantes no desenvolvimento da estratégia avaliada por meio de ações em parceria com pessoas, organizações e movimentos sociais, favorecendo a co-respon-

sabilidade na promoção de saúde bucal.

São exemplos de participação cooperativa as parcerias entre os diferentes setores: saúde, educação, saneamento, transporte, alimentação, entre outros, parcerias com entidades de classe profissionais, parcerias com líderes comunitários.

5. A EPSB está articulada a outras iniciativas desenvolvidas no território para promover saúde.

O valor contemplado nesse indicador é a **intersetorialidade**.

O indicador refere-se ao desenvolvimento da articulação de ações da estratégia de promoção de saúde bucal com outras estratégias desenvolvidas no mesmo território, possibilitando assim a atuação integral e potencialização de resultados.

São exemplos as estratégias de controle de fatores de risco comuns, com foco em grupos como os de gestantes,

idosos, diabéticos.

6. A EPSB é reconhecida e apoiada pela gerência de saúde local/distrital/municipal.

Os valores e pilares contemplados nesse indicador são: **sustentabilidade e governança**.

O indicador refere-se ao reconhecimento e apoio da estratégia pelas autoridades e gestores locais e municipais de saúde. Este reconhecimento e apoio potencializa sua sustentabilidade e governança.

São exemplos a participação de gestores em atividades promovidas pela EPSB, o reconhecimento e utilização de resultados no planejamento local.

7. A EPSB prevê alocação de recursos específicos (recursos humanos, financeiros e de infraestrutura) para o seu desenvolvimento.

Os valores e pilares contemplados nesse indicador são: **sustentabilidade e intersetorialidade**.

Glossário



O indicador refere-se à disponibilidade e garantia de recursos para o desenvolvimento da estratégia, sejam eles humanos (com alocação de profissionais e voluntários capacitados para o desenvolvimento da ação), financeiros (com dinheiro empenhado para o desenvolvimento da ação) e/ou de infra-estrutura (com a disponibilização de um ambiente adequado para o desenvolvimento da ação).

8. A EPSB prevê e realiza avaliações de processo e resultados ao longo do seu desenvolvimento.

Os valores e pilares contemplados nesse indicador são: **sustentabilidade**

e **empoderamento**.

O indicador refere-se à previsão de avaliações ao longo do desenvolvimento da estratégia. Avaliações são essenciais para a qualificação e sustentabilidade de qualquer estratégia de promoção de saúde.

9. A EPSB e seus resultados são reconhecidos e pactuados no planejamento local da Atenção Básica da Unidade de Saúde.

Os valores e pilares contemplados nesse indicador são: **participação, sustentabilidade, autonomia, governança**.

O indicador refere-se à inclusão dos resultados da estratégia de promoção de saúde bucal na pauta de pactuação local

da Atenção Básica na Unidade de Saúde.

10. A EPSB e seus resultados são reconhecidos e discutidos no Conselho Local de Saúde.

Os valores e pilares contemplados nesse indicador são: **sustentabilidade, governança e intersetorialidade**.

O indicador refere-se à inclusão da estratégia de promoção de saúde bucal na pauta de discussão das reuniões ou encontros do Conselho Local de Saúde.

GLOSSÁRIO | 7

Glossário



3ª Dimensão **Desenvolvimento Humano e Social**

Desenvolvimento Humano e Social, compreendendo ações favorecedoras para que a sociedade seja composta cada vez mais por sujeitos felizes, saudáveis, criativos, produtivos e que promovam o cuidado e a paz (Hancock, 2009), com saúde bucal.

1. A EPSB considera, por meio de consulta direta, e respeita os valores da comunidade local para o seu planejamento e desenvolvimento.

Os valores e pilares contemplados nesse indicador são: **equidade, autonomia e empoderamento**.

O indicador refere-se ao reconhecimento, por meio de metodologias participativas, e respeito aos hábitos, cultura e particularidades locais da comunidade, utilizando esta informação para apoiar o planejamento e desenvolvimento da estratégia.

São exemplos de ações para a consulta direta: reuniões com grupos de convivência com a comunidade, com líderes e instituições que atuam no território, como ONGs, escolas, igrejas, empresas.

2. A EPSB possibilita a participação da comunidade local/população alvo na definição de prioridades e objetivos, na sua implementação e sua avaliação.

Os valores e pilares contemplados nesse indicador são: **participação e autonomia**.

O indicador refere-se à intensidade do envolvimento e participação da comunidade local, de maneira sistemática, com o objetivo de conhecer os problemas locais e propor soluções concretas adequadas às suas necessidades. Essa estratégia permite que a ação se torne muito mais aceita pela comunidade, refletindo seus desejos e necessidades de maneira mais sensível.

São exemplos de oportunidades de participação: reuniões sistemáticas com atores chave da

comunidade com o objetivo de conhecer os problemas sociais e elaborar planos, projetos e estratégias concretas para seu enfrentamento.

3. A EPSB possibilita à população alvo avaliar e discutir os resultados gerados por sua ação.

Os valores e pilares contemplados nesse indicador são: **participação, sustentabilidade e autonomia**.

O indicador refere-se às oportunidades formais / momentos agendados de divulgação e discussão dos resultados gerados pela estratégia. Para que exista sustentabilidade de qualquer estratégia é necessário que a população alvo seja informada de qualquer resultado alcançado. Essa é uma oportunidade para a reflexão sobre a ação e para o fortaleci-

Glossário



mento de parcerias. São exemplos de oportunidades para avaliação: apresentações da estratégia e seus resultados em reuniões de líderes comunitários e grupos operativos.

4. A EPSB possibilita mudanças no seu processo de condução a partir de sugestões da população participante.

Os valores e pilares contemplados nesse indicador são: **participação, sustentabilidade, empoderamento e governança**

O indicador refere-se à garantia de espaços de trocas e de integração de saberes no campo de práticas populares de saúde, possibilitando mudanças no processo de desenvolvimento da ação. Quanto mais a população alvo se sentir envolvida na ação, maior é a percepção da sua relevância. Quanto mais relevante for a ação, maior será a adesão da população.

São exemplos de estratégias para busca de sugestões: banco

de sugestões, questionamentos diretos ao usuário por sugestões de mudanças, grupos focais para partilha e troca de saberes.

5. A EPSB é divulgada amplamente para a comunidade local.

Os valores e pilares contemplados nesse indicador são: **sustentabilidade, governança e intersetorialidade**.

O indicador refere-se ao desenvolvimento de estratégias de comunicação e divulgação da ação desenvolvida. Valores e pilares de efetividade de uma estratégia podem ser assegurados se a comunidade local conhece e acompanha o desenvolvimento da ação. A comunicação faz toda a diferença na adesão dos participantes e parceiros.

São exemplos de estratégias de divulgação: cartazes de divulgação, comunicação verbal de atores chaves (líderes de grupos comunitários, agentes comunitários, padres, pastores, etc.)

6. A EPSB compartilha as funções/papéis de protagonismo na sua condução entre vários sujeitos envolvidos.

Os valores e pilares contemplados nesse indicador são: **equidade, sustentabilidade e governança**

Protagonista: pessoa que de qualquer acontecimento desempenha ou ocupa o primeiro lugar, ou o papel mais importante (Fonte: Dicionário Michaelis).

O indicador refere-se à condução compartilhada de liderança, ou seja, que a tomada de decisão e condução da ação sejam feitas por participantes dos diferentes segmentos: gestores / profissionais / usuários. São exemplos de condução compartilhada: um membro da equipe de saúde bucal lidera uma ação de promoção de saúde bucal em conjunto com um membro da comunidade local; o gestor local compartilha o protagonismo na condução de uma estratégia com uma instituição privada (empresas, escolas) que atua no território.

GLOSSÁRIO | 9

Glossário



7. A EPSB favorece o desenvolvimento de capacidades para diferentes atores sociais da comunidade.

Os valores e pilares contemplados nesse indicador são: **participação, autonomia e intersetorialidade**.

O indicador refere-se ao desenvolvimento de capacidades de diferentes atores sociais da comunidade para o planejamento, implementação, desenvolvimento e avaliação da ação. Os atores podem ser: membros da equipe da Unidade de Saúde, escolas, empresas, universidades, outras instituições governamentais e não governamentais.

Podem ser consideradas ações educativas como palestras ou encontros regulares de desenvolvimento de capacidades que promovem a integração de orientações técnicas e atividades de educação em saúde, capacitações com foco no desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde.

8. A EPSB apresenta mecanismos de manutenção dos resultados e benefícios obtidos.

Os valores e pilares contemplados nesse indicador são: **sustentabilidade e governança**.

O indicador refere-se a um processo sistemático e participativo de

registro, avaliação, divulgação de resultados, de reconhecimento e valorização dos benefícios alcançados.

São exemplos de mecanismos de manutenção dos resultados e benefícios obtidos: monitoramento e avaliações periódicas, momentos de celebração dos benefícios com os sujeitos envolvidos, apresentação e discussão de resultados com a gestão da Unidade de Saúde e Conselho Local de Saúde.

Modelo Teórico *Pilares e Valores da Promoção da Saúde*

Pilares

Equidade

A equidade, sendo princípio ético e conceito seminal, está na base de práticas de promoção da saúde. Envolve o acesso igualitário, considerando as especificidades dos grupos populacionais, onde as necessidades das pessoas orientam a distribuição das oportunidades de bem-estar (OPAS, 2005). O reconhecimento das diferenças injustas que existem na sociedade em relação à saúde e a ação responsável sobre elas é ponto fundamental para a compreensão do conceito da equidade na perspectiva da promoção da saúde (Castro et al., 2010).

Participação

É um processo no qual diferentes grupos participam na identificação das necessidades ou dos problemas de saúde e atuam como corresponsáveis no planejamento e execução de soluções adequadas (OPAS, 2005; Brasil, 2006).

Sustentabilidade

Uma ação humana, para ser sustentável, deve ser ecologicamente correta, pensada na relação do homem com seu território e/ou ambiente; economicamente viável, com adequada utilização dos recursos disponíveis; socialmente justa, quando prioriza a vulnerabilidade de pessoas e grupos e busca equidade; culturalmente aceita, quando valoriza a diversidade e oportuniza a participação; e psicologicamente saudável, favorecendo a autonomia e o empoderamento (United Nations, 2002).



Valores

Governança

É o processo por meio do qual diversos elementos da sociedade (indivíduos e instituições) exercem poder e autoridade e, ao mesmo tempo, influem no planejamento e gestão de políticas públicas, como estratégias de promoção da saúde, afetando decisões relacionadas com a vida pública e o desenvolvimento social e humano (OPAS, 2005; UN Habitat, 2001).

Autonomia

A conquista progressiva da autonomia, concebida como um componente desejável da promoção da saúde, é o desenvolvimento pessoal das capacidades, permitindo a livre decisão dos sujeitos sobre suas próprias ações e as possibilidades de controlar sua própria trajetória (Westphal, 2006).

Empoderamento

É um processo que permite que as pessoas adquiram maior controle sobre as decisões e as ações que afetam a sua saúde (OPAS, 2005). É um processo dinâmico de desenvolvimento político e tomada de consciência crítica de uma população, envolvendo respeito recíproco, a participação coletiva e o cuidado do grupo, por meio do qual se compartilham saberes e poderes (Carvalho, 2004; Franco de Sá e Melo, 2004).

Intersetorialidade

É a articulação de saberes e experiências em um processo de construção compartilhada, estabelecendo vínculos de coresponsabilidade e coexistência pela melhoria da qualidade de vida da população (Westphal, 2006).

Integralidade

Concepção abrangente de saúde que considera as especificidades e potencialidades individuais e coletivas, reconhecendo a determinação social, econômica e ambiental da saúde (Brasil, 2006; Westphal, 2006).

ANEXO A NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS – CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ESCOPO E POLÍTICA

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins.

1 FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTESE SEÇÕES:

- 1.1 Revisão** - revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.2 Artigos** - resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.3 Notas** - nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);
- 1.4 Resenhas** - resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);
- 1.5 Cartas** - crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração);
- 1.6 Debate** - artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.7 Fórum - seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial.

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês.

2.3 Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

2.4 A contagem de palavras inclui o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) e do Workshop ICTPR.

3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- a) [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](#)
- b) [ClinicalTrials.gov](#)
- c) [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](#)
- d) [Netherlands Trial Register \(NTR\)](#)
- e) [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](#)
- f) [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](#)

4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. COLABORADORES

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do International Committee of Medical Journal Editors, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

7. AGRADECIMENTOS

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas que não preencheram os critérios para serem co-autores.

8. REFERÊNCIAS

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>).

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (Ex. EndNote[®]), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. NOMENCLATURA

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da World Medical Association.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo).

10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. PROCESSO DE SUBMISSÃO *ONLINE*

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/>.

Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.2 Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.3 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. ENVIO DO ARTIGO

12.1 A submissão *online* é feita na área restrita do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS). O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o *link* "Submeta um novo artigo".

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP.

O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título corrido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumo, *abstract* e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 O título completo (no idioma original e em inglês) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 O título corrido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível: <http://decs.bvs.br/>.

12.7 *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha ou Cartas, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do *abstract* em inglês. O resumo pode ter no máximo 1100 caracteres com espaço.

12.8 *Agradecimentos*. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumo e *abstract*; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer

outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 *Ilustrações.* O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 *Tabelas.* As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 *Figuras.* Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 *Formato vetorial.* O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 *Finalização da submissão.* Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 *Confirmação da submissão.* Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

15. PROVA DE PRELO

15.1 Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader[®]. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

ANEXO B NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS – HEALTH PROMOTION INTERNATIONAL

Health Promotion International

INFORMATION FOR AUTHORS

1 SUBMISSION OF MANUSCRIPTS

From 1st March 2008: please see the **NEW** online submission instructions.

Articles must be submitted in English. The total word count should not be over 4500 words (including abstract but excluding tables, figures and references), together with no more than four 'key' words to aid literature searching. Where relevant, the country where the research was undertaken should be included in the title of the manuscript. Please state clearly on the article the total word count; the word count should include the summary but not the references or tables/figures. Over-length articles will not be considered.

The Editorial Office will correspond directly with authors on the acceptability of their papers. Authors may not submit manuscripts that are under consideration for publication elsewhere.

Manuscripts must be submitted online via <http://mc.manuscriptcentral.com/hpi>

Manuscripts must be clearly and concisely written in English. The Editors reserve the right to reject without review those that cannot adequately be assessed because of a poor standard of English. Authors whose first language is not English are encouraged to have their manuscript checked by a native English speaker. If you have difficulty with this you can obtain further help and information.

2 REFERENCES

2.1 Reference list: References should be listed at the end of the main text and reference citations should be inserted in the text using the author-date system described below. The list of references should be in alphabetical order of surnames. References by the same author(s) should be in chronological order. The normal form of listed references is author's surname, initials; year in parenthesis; article title; journal name in full, volume number and page numbers. For example: Bunton, R. and Macdonald, G. (eds) (1992) *Health Promotion: Disciplines and Diversity*. Routledge, London.

2.2 Author-date citations: References should be cited in the text using the author-date system, whereby the surname of the author and year of publication of the reference are used in the text. For example: 'Reports by Author (Author, 1989) have confirmed...' or '...as reported earlier (Author and Author, 1985; Author *et al.*, 1998)'. *Do not* place text other than the author and date within the parentheses.

Online references should be cited as in example 1, below. Please see examples 2 and 3 for papers that have been published online in more than one version. The initial version of a paper published in this way can be cited by the Digital Object Identifier (doi) but, if available, the reference should also include the citation of the final version. Authors should check all references carefully, and in particular ensure that all references in the Reference section are cited in the text. Note that multiple references or page spans under one number are not allowed. Personal communications, unpublished results, manuscripts submitted or in preparation, statistical packages, computer programs and web sites should be cited in the text only, NOT included in the References section. Accession numbers may be cited either within the text or in the form of a reference.

Xu, L. S., Pan, B. J., Lin, J. X., Chen L. P., Yu, S. H. and Jones, J. (2000) Creating health-promoting schools in rural China: A project started from deworming. *Health Promotion International*, **15**, 197-206.

Salmon, J., Ball, K., Crawford, D., Booth, M., Telford, A., Hume, C., Jolley, D. and Worsley, A. (2005) Reducing sedentary behaviour and increasing physical activity among 10-year-old children: overview and process evaluation of the 'Switch-Play' intervention. *Health Promotion International*, January 24, 2005: 10.1093/heapro/dah502.

Messerlian, C., Derevensky, J. and Gupta, R. (2005) Youth gambling problems: a public health perspective. *Health Promotion International*, **20**, 69-79. First published on January 28, 2005: 10.1093/heapro/dah509.

3 PROOFS

Authors are sent page proofs. Please provide an e-mail address to enable page proofs to be sent as PDF files via e-mail. To avoid delays in publication, proofs should be checked immediately for typographical errors.

4 OPEN ACCESS OPTION AUTHORS

Health Promotion International authors have the option, at an additional charge, to make their paper freely available online immediately upon publication, under the *Oxford Open* initiative. After your manuscript is accepted, as part of the mandatory licence form required of all corresponding authors, you will be asked to indicate whether or not you wish to pay to have your paper made freely available immediately. If you do not select the Open Access option, your paper will be published with standard subscription-based access and you will not be charged.

For those selecting the Open Access option, the charges for *Health Promotion International* vary depending on the institution at which the Corresponding author is based.

* Visit <http://www.oxfordjournals.org/jnls/devel/> for list of qualifying countries.

The above Open Access charges are in addition to any page charges and colour charges that might apply.

If you choose the Open Access option you will also be asked to complete an Open Access charge form online. You will be automatically directed to the appropriate version of the form depending on whether you are based at an institution with an online subscription to *Health Promotion International*. Therefore please make sure that you are using an institutional computer when accessing the form. To check whether you are based at a subscribing institution please use the Subscriber Test link for *Health Promotion International*. Orders from the UK will be subject to a VAT charge at the standard UK rate. For orders from elsewhere in the EU you or your institution should account for VAT by way of a reverse charge. Please provide us with your or your institution's VAT number.

5 LICENCE TO PUBLISH / OFFPRINTS

It is a condition of publication in the Journal that authors grant an exclusive licence to Oxford University Press. This ensures that requests from third parties to reproduce articles are handled efficiently and consistently and will also allow the article to be as widely disseminated as possible. In granting an exclusive licence, authors may use their own material in publications provided that the Journal is acknowledged as the original place of publication, and Oxford University Press is notified in writing and in advance. In consideration for granting an exclusive licence, the publisher will provide free online access to your article. Printed offprints may be ordered at extra cost at the proof stage.

Orders from the UK will be subject to a 17.5% VAT charge. For orders from elsewhere in the EU you or your institution should account for VAT by way of a reverse charge. Please provide us with your or your institution's VAT number.

6 COMMUNICATIONS

Editorial Office contact information:

Ms Robyn Perlstein BSc (hons); Grad Dip Diet; APD

Health Promotion International Journal Administrator

Faculty of Health, Medicine, Nursing and Behavioural Sciences

Room ad2.211, Denny Lascelles Building

Deakin University

Geelong Waterfront Campus

Victoria, Australia 3220

Phone + 61 3 52 278724 / + 61 3 52 278724

<http://heapro.oxfordjournals.org/>

Email: hpij@deakin.edu.au

7 FOUNDING

Please submit a separate title page (to be designated as “Title Page”) with author address and contact details, funding sources, word count and any acknowledgements.

For the funding statement the following rules should be followed:

- The sentence should begin: ‘This work was supported by ...’
- The full official funding agency name should be given, i.e. ‘the National Cancer Institute at the National Institutes of Health’ or simply ‘National Institutes of Health’ not ‘NCI’ (one of the 27 substitutions) or ‘NCI at NIH’ (full RIN-approved list of UK funding agencies) Grant numbers should be complete and accurate and provided in brackets as follows: ‘[grant number ABX CDXXXXXX]’
- Multiple grant numbers should be separated by a comma as follows: ‘[grant numbers ABX CDXXXXXX, EFX GHXXXXXX]’
- Agencies should be separated by a semi-colon (plus ‘and’ before the last funding agency)
- Where individuals need to be specified for certain sources of funding the following text should be added after the relevant agency or grant number ‘to [author initials]’.

An example is given here: ‘This work was supported by the National Institutes of Health [AA123456 to C.S., BB765432 to M.H.]; and the Alcohol & Education Research Council [P50 CA098252 and CA118790 to R.B.S.R.]’

Oxford Journals will deposit all NIH-funded articles in PubMed Central. See http://www.oxfordjournals.org/for_authors/repositories.html for details. Authors must ensure that manuscripts are clearly indicated as NIH-funded using the guidelines above.

8 AUTHOR SELF-ARCHIVING/PUBLIC ACCESS POLICY

8.1 Author Self-Archiving/Public Access policy from May 2005

For information about this journal's policy, please visit our Author Self-Archiving policy page.

9 GUIDE FOR AUTHORS PREPARING DOCUMENTS FOR SUBMITAL

DO

Enter text in the style and order of the Journal.

Insert figure captions and tables at the end of the file.

Save any tables, diagrams, figures, graphs or illustrations generated electronically as separate files and not embedded into the text file.

Type references in the correct order and style of the Journal.

Type unjustified, without hyphenation, except for compound words.

Type headings in the style of the Journal.

Use the TAB key once for paragraph indents.

Where possible use Times for the text font and Symbol for the Greek and special characters.

Use the word processing formatting features to indicate **Bold**, *Italic*, Greek, Maths, ^{Superscript} and _{Subscript} characters.

Indicate clearly any special characters or accents for which you have used alternative key/characters.

DO NOT

Enter carriage returns to obtain spacing between lines, paragraphs, references etc. The space required is generated automatically by the typesetters.

Use double spaces after each sentence within a paragraph.

Use the automatic page numbering (number the hard copies by hand at the bottom of the page), running titles and footnote features of your word processing program.

Leave blank spaces if special characters or accents are not available from your word processing package. **These should be substituted by alternative key/characters.**

Include any copyright material (e.g. word processor software or operating system files).

10 FIGURE SUBMISSION

Images on disk can be accepted in Adobe PhotoShop compatible formats. Images should be saved in TIFF format. Image resolution should be a *minimum* of 300 dpi.

11 ONLINE SUBMISSION INSTRUCTIONS

11.1 Preparing Your Manuscript -- please ensure that the required formats for text and figure submission are followed strictly

1. Follow the instructions to authors regarding the format of your manuscript and references.
2. Prepare your manuscript, including tables, using a word processing program and save it as a .doc or .rtf file. All files in these formats will be converted to .pdf format upon submission.
Please note: This journal does not accept Microsoft Word 2007 documents at this time. Please use Word's "Save As" option to save your document as an older (.doc) file type.
3. Prepare your figures at publication quality resolution, using applications capable of generating high-resolution .tif files (1200 d.p.i. for line drawings and 300 d.p.i. for colour and half-tone artwork). The printing process requires your figures to be in this format if your paper is accepted and printed. For useful information on preparing your figures for publication, go to <http://cpc.cadmus.com/da>. For online submission, please also prepare a second version of your figures at low-resolution (72 d.p.i.) for use in the review process; these versions of the figures can be saved in .jpg, .gif, .tif or .eps format.
4. For online submission, please upload the low-resolution versions of the figures as separate files (**do not incorporate them into the main body of your text**).
5. When preparing figures, please make sure that any characters or numbers included in the figures are large enough to read on-screen.
6. Prepare any other files that are to be submitted for review, including any supplementary material. The permitted formats for these files are the same as for manuscripts and figures. Other file types, such as Microsoft Excel spreadsheets and Powerpoint presentations may be uploaded and will be converted to .pdf format.
7. When naming your files, please use simple filenames and avoid special characters and spaces. If you are a Macintosh user, you must also type the three-letter extension at the end of the file name you choose (e.g. .doc, .rtf, .jpg, .gif, .tif, .ppt, .xls, .pdf, .eps, .mov).

11.2 Submitting Your Manuscript

Now that your files are ready, visit the online submission web site.

1. Note: Before you begin, you should be sure you are using an up-to-date version of Netscape or Internet Explorer. If you have an earlier version, you can download a free upgrade using the icons found at the bottom of the 'Instructions and Forms' section of the online submission web site.

- First, you will need to log into the online submission site: <http://mc.manuscriptcentral.com/hpi>
 - If you know your login details (i.e., you have submitted or reviewed a manuscript in this journal before), use your User ID and Password to log on. (Your user ID will usually be your email address.)
 - If you do not know your login details, check to see if you are already registered by clicking on the 'Forgot your password' button and following the on-screen instructions. If you are not already registered, you can register by clicking on the 'Create account' button on the login screen and following the on-screen instructions.
 - If you have trouble finding your manuscripts or have other problems with your account, do not create another account. Instead, please contact the journal's editorial office.
2. To submit a new manuscript, go to the 'Author Centre', and click on "Click here to submit a new manuscript", and then follow the on-screen instructions. There are up to 7 steps for you to follow to submit your manuscript. You move from one step to the next by clicking on the 'Next' button on each screen or back to the previous screen by clicking on the 'Previous' button. Please note that if you click on the 'Back' or 'Forward' buttons on your browser, the information you have entered will not be saved. At any stage you can stop the submission process by clicking on the 'Main Menu' button. Everything you have typed into the system will be saved, and the partially completed submission will appear under 'unsubmitted manuscripts' in your 'Author Centre'. To return to the submission process you will need to click on the button 'Continue Submission' against the relevant manuscript title.
 3. When submitting your manuscript, please enter your manuscript data into the relevant fields, following the detailed instructions at the top of each page. You may like to have the original word-processing file available so you can copy and paste the title and abstract into the required fields. You will also be required to provide email addresses for your co-authors, so please have these to hand when you log onto the site.
 - **When you come to upload your manuscript files via the 'File Upload' screen:**
 - Enter individual files using the 'Browse' buttons and select the appropriate 'File type' from the pull-down menu. The choices may vary from journal to journal but will always include a 'Main Document' (your manuscript text).

- Upload your files by clicking on the 'Upload files' button. This may take several minutes. Click on the SAVE button to confirm the upload. Repeat these steps until you have uploaded all your files.
 - If you have uploaded any figures or tables you will be prompted to provide figure/table captions and 'file tags' that will link figures to text in the HTML proof of your main document.
 - Once you have uploaded all your files, indicate the order in which they should appear in your paper. This will determine the order in which they appear in the consolidated PDF used for peer review.
 - After the successful upload of your text and images, you will need to view and proofread your manuscript. Please do this by clicking on the blue HTML button or a PDF button.
 - If the files have not been uploaded to your satisfaction, go back to the file upload screen where you can remove the files you do not want and repeat the process.
4. When you are satisfied with the uploaded manuscript proof click on 'Next' which will take you to the 'Review & Submit' screen. The system will check that you have completed all the mandatory fields and that you have viewed your manuscript proof. It will also present you with a summary of all the information you have provided and give you a final chance to edit it. If there is a red cross next to any section this will indicate that not all the fields have been filled in correctly. You may either go back to the relevant page or click the nearest 'edit' button.
 5. When you have finished reviewing this information press 'Submit'.
 6. After the manuscript has been submitted you will see a confirmation screen and receive an email confirmation stating that your manuscript has been successfully submitted. This will also give the assigned manuscript number, which is used in all correspondence during peer review. If you do not receive this, your manuscript will not have been successfully submitted to the journal and the paper cannot progress to peer review. If this is the case your manuscript will still be sitting in the 'Unsubmitted Manuscripts' section of your 'Author Centre' awaiting your attention.
 7. If you return to your 'Author Centre' you will notice that your newly submitted manuscript can be found in the 'Submitted Manuscripts' area. The 'Status' section provides information on the status of your manuscript as it moves through the review process.

11.3 Submitting a Revised Manuscript

1. Logon to the online submission web site as before and, in the 'Author Centre', click on 'Manuscripts to be Revised'. You will then see the title of any manuscripts you submitted that are under revision.
2. If you click on 'View comments/respond' you will see the editor's letter to you together with the referees' comments. You may cut and paste your responses into the text areas at the bottom of the screen.
3. If you click on the manuscript title you will reach the 'File Manager' screen. Here you can upload the files that constitute your revised manuscript. To facilitate the production process, it is essential that you upload your revised manuscript as a .doc or .rtf file, and not in .pdf format.

IMPORTANT. Your images are required as high-resolution .tif files (1200 d.p.i. for line drawings and 300 d.p.i. for colour and half-tone artwork). For useful information on preparing your figures for publication, go to <http://cpc.cadmus.com/da>. Please note that publication of your manuscript will not proceed until figures suitable for reproduction are received.

ANEXO C NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS – COMMUNITY DENTISTRY AND ORAL EPIDEMIOLOGY



MANUSCRIPT FORMAT AND STRUCTURE

4.1. PAGE CHARGE

Articles exceeding 7 published pages are subject to a charge of USD 300 per additional page. One published page amounts approximately to 5,500 characters (excluding figures and tables).

4.2. FORMAT

Language: All submissions must be in English; both British and American spelling conventions are acceptable. Authors for whom English is a second language must have their manuscript professionally edited by an English speaking person before submission to make sure the English is of high quality. It is preferred that manuscript is professionally edited. A list of independent suppliers of editing services can be found at http://authorservices.wiley.com/bauthor/english_language.asp. All services are paid for and arranged by the author, and use of one of these services does not guarantee acceptance or preference for publication.

Font: All submissions must be double spaced using standard 12 point font size.

Abbreviations, Symbols and Nomenclature: Authors can consult the following source: CBE Style Manual Committee. Scientific style and format: the CBE manual for authors, editors, and publishers. 6th ed. Cambridge: Cambridge University Press, 1994

4.3. STRUCTURE

All manuscripts submitted to *Community Dentistry and Oral Epidemiology* should follow the guidelines regarding structure as below.

Title Page: should include a title of no more than 50 words, a running head of no more than 50 characters and the names and institutional affiliations of all authors of the manuscript should be included.

Abstract: All manuscripts submitted to *Community Dentistry and Oral Epidemiology* should use a structured abstract under the headings: Objectives - Methods - Results - Conclusions.

Main Text of Original Articles should include Introduction, Materials and Methods and Discussion.

Introduction: should be focused, outlining the historical or logical origins of the study and not summarize the results; exhaustive literature reviews are not appropriate. It should close with the explicit statement of the specific aims of the investigation.

Materials and Methods: must contain sufficient detail such that, in combination with the references cited, all studies reported can be fully reproduced. As a condition of publication, authors are required to make materials and methods used freely available to academic researchers for their own use.

Discussion: may usually start with a brief summary of the major findings, but repetition of parts of the abstract or of the results sections should be avoided. The section should end with a brief conclusion and a comment on the potential clinical program or policy relevance of the findings. Statements and interpretation of the data should be appropriately supported by original references.

4.4. REFERENCES

The list of references begins on a fresh page in the manuscript, using the Vancouver format. References should be numbered consecutively in the order in which they are first mentioned in the text. Identified references in the text should be sequentially numbered by Arabic numerals in parentheses, e.g., (1,3,9). Superscript in-text references are not acceptable in CDOE. For correct style, authors are referred to: International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals: writing and editing for biomedical publication. <http://www.icmje.org> October 2004. For abbreviations of journal names, consult <http://www.lib.umich.edu/dentlib/resources/serialsabbr.html>

Avoid reference to 'unpublished observations', and manuscripts not yet accepted for publication. References to abstracts should be avoided if possible; such references are appropriate only if they are recent enough that time has not permitted full publication. References to written personal communications (not oral) may be inserted in parentheses in the text.

We recommend the use of a tool such as [EndNote](#) or [Reference Manager](#) for reference management and formatting. EndNote reference styles can be searched for here: www.endnote.com/support/enstyles.asp Reference Manager reference styles can be searched for here: www.refman.com/support/rmstyles.asp Examples of the Vancouver reference style are given below:

4.4.1 Journals

Standard journal article

(List all authors when six or fewer. When seven or more, list first six and add et al.)

Widström E, Linna M, Niskanen T. Productive efficiency and its determinants in the Finnish Public Dental Service. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004;32:31-40.

Corporate author WHO Collaborating Centre for Oral Precancerous Lesions. Definition of leukoplakia and related lesions: an aid to studies on oral precancer. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1978;46:518-39.

4.4.2 Books and other monographs

Personal author(s)

Fejerskov O, Baelum V, Manji F, Møller IJ. Dental fluorosis; a handbook for health workers. Copenhagen: Munksgaard, 1988:41-3.

Chapter in a book

Fomon SJ, Ekstrand J. Fluoride intake. In: Fejerskov O, Ekstrand J, Burt BA, editors: Fluoride in dentistry, 2nd edition. Copenhagen: Munksgaard, 1996; 40-52.

4.5. TABLES, FIGURES AND FIGURE LEGENDS

Tables are part of the text and should be included, one per page, after the References. All graphs, drawings, and photographs are considered figures and should be sequentially numbered with Arabic numerals. Each figure must be on a separate page and each must have a caption. All captions, with necessary references, should be typed together on a separate page and numbered clearly (Fig.1, Fig. 2, etc.).

5 PREPARATION OF ELECTRONIC FIGURES FOR PUBLICATION

Although low quality images are adequate for review purposes, print publication requires high quality images to prevent the final product being blurred or fuzzy. Submit EPS (lineart) or TIFF (halftone/photographs) files only. MS PowerPoint and Word Graphics are unsuitable for printed pictures. Do not use pixel-oriented programmes. Scans (TIFF only) should have a resolution of 300 dpi (halftone) or 600 to 1200 dpi (line drawings) in relation to the reproduction size (see below). Please submit the data for figures in black and white or submit a [colourwork agreement form](#). EPS files should be saved with fonts embedded (and with a TIFF preview if possible).

For scanned images, the scanning resolution (at final image size) should be as follows to ensure good reproduction: line art: >600 dpi; half-tones (including gel photographs): >300 dpi; figures containing both halftone and line images: >600 dpi.

Further information can be obtained at Wiley-Blackwell's guidelines for figures:

<http://authorservices.wiley.com/bauthor/illustration.asp>.

Check your electronic artwork before submitting it:

<http://authorservices.wiley.com/bauthor/eachecklist.asp>

6 PERMISSIONS

If all or parts of previously published illustrations are used, permission must be obtained from the copyright holder concerned. It is the author's responsibility to obtain these in writing and provide copies to the Publishers.

7 COLOUR CHARGES

It is the policy of *Community Dentistry and Oral Epidemiology* for authors to pay the full cost for the reproduction of their colour artwork, if required. Therefore, please note that if there is colour artwork in your manuscript when it is accepted for publication, Wiley-Blackwell require you to complete and return a [Colour Work Agreement Form](#) before your manuscript can be published (even if you want the colour figures to appear in black and white). Any article received by Wiley-Blackwell with colour work will not be published until the form has been returned. If you are unable to access the internet, or are unable to download the form, please contact the Production Editor Poh Hoon TENG, phteng@wiley.com. Please send the completed Colour Work Agreement to:

Poh Hoon TENG / Production Editor

Community Dentistry and Oral Epidemiology

Wiley-Blackwell Wiley Services Singapore Pte Ltd

600 North Bridge Road

#05-01 Parkview Square Singapore 188778

8 FIGURE LEGENDS

All captions, with necessary references, should be typed together on a separate page and numbered clearly (Fig.1, Fig. 2, etc.).

9 SPECIAL ISSUES

Larger papers, monographs, and conference proceedings may be published as special issues of the journal. Full cost of these extra issues must be paid by the authors. Further information can be obtained from the editor or publisher.