

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Conceição Aparecida Moreira

**ANÁLISE DA FASE DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA ESTADUAL DE
PROMOÇÃO DA SAÚDE (POEPS) NOS MUNICÍPIOS DE MINAS GERAIS**

**Belo Horizonte
2020**

Conceição Aparecida Moreira

**ANÁLISE DA FASE DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA ESTADUAL DE
PROMOÇÃO DA SAÚDE (POEPS) NOS MUNICÍPIOS DE MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde

Linha de pesquisa: Política, Planejamento e Avaliação em Saúde

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Keli Bahia Felicíssimo Zocratto

Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Vanessa de Almeida Guerra

Belo Horizonte
2020

Moreira, Conceição A.
M838a Análise da fase de implementação da política estadual de promoção da saúde (POEPS) nos Municípios de Minas Gerais [manuscrito]. / Conceição A. Moreira. - - Belo Horizonte: 2020. 170f.: il.
Orientador (a): Keli Bahia Felicíssimo Zocratto.
Coorientador (a): Vanessa de Almeida Guerra.
Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Promoção da Saúde. 2. Política Pública. 3. Formulação de Políticas. 4. Cidades. 5. Dissertação Acadêmica. I. Zocratto, Keli Bahia Felicíssimo. II. Guerra, Vanessa de Almeida. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: WA 590

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE/MP

UFMG

FOLHA DE APROVAÇÃO

ANÁLISE DA FASE DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA ESTADUAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DE MINAS GERAIS

CONCEIÇÃO APARECIDA MOREIRA


Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, área de concentração GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, linha de pesquisa Política, Planejamento e Avaliação em Saúde.

Aprovada em 27 de fevereiro de 2020, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Keli Bahia Felicíssimo Zocratto - Orientador
UFMG


Prof(a). Vanessa de Almeida Guerra
UFMG


Prof(a). Mirela Castro Santos Camargos
Universidade Federal de Minas Gerais


Prof(a). Daniele Lopes Leal
Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

Belo Horizonte, 27 de fevereiro de 2020.


Davidson Luis Braga Lopes
Escola de Enfermagem/UFMG
SIAPE 2410180
Matrícula 311758
SECRETARIA

À Deus, essencial em minha vida. Foi meu sustento e me deu coragem durante essa caminhada.
À minha mãe, sempre ao meu lado, me dando seu apoio e amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por sempre colocar pessoas especiais em meu caminho, que sempre me encorajaram a prosseguir.

À minha mãe, Maria, que nunca mediu esforços para me apoiar e sempre está presente em todas as etapas da minha vida. Por todo o seu esforço que me permitiu chegar até aqui. Muito obrigada por tudo!

À minha família, pela compreensão ao serem privados, em muitos momentos, da minha companhia e atenção. Obrigada por desejarem sempre o melhor para mim.

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Keli Bahia F. Zocratto, minha gratidão pela sua dedicação, confiança e por sempre me atender com paciência e gentileza. Agradeço por ter me guiado durante todo esse processo e a parabenizo pela profissional que é.

À minha coorientadora, Prof^a Dr^a Vanessa de Almeida Guerra, pela preciosa contribuição que tornou possível a concretização da pesquisa realizada. Muito obrigada!

Aos professores do programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, pelos ensinamentos que transcendem os limites da sala de aula.

À diretoria de Promoção à Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), que permitiu que essa pesquisa fosse realizada e por todo o suporte com os recursos necessários para a sua concretização.

À Daniela Souzalima Campos, diretora de Promoção à Saúde. Agradeço por todo incentivo e parceria. Sua ajuda foi essencial para a realização deste trabalho. A você, minha gratidão!

A todos os colegas da diretoria de Promoção da Saúde que contribuíram para a realização deste trabalho. Meu muito obrigada!

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho e que torceram por mim. Minha gratidão!

“Todo amanhã se cria num ontem, através de um hoje [...]. Temos de saber o que fomos, para saber o que seremos”

Paulo Freire

APRESENTAÇÃO

Ao longo da minha trajetória profissional, no Sistema Único de Saúde (SUS), no estado de Minas Gerais, atuei na área de promoção da saúde no período de 2007 a 2018. Nesta época tive a oportunidade de acompanhar o processo de desenvolvimento e institucionalização da Promoção da Saúde na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) desde o seu nascimento até a publicação, implantação e implementação da Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS). Nesse ínterim, tive a oportunidade de atuar em diferentes funções e temáticas dentro da área de promoção da saúde. Atuei como referência técnica e como coordenadora nas áreas de saúde do escolar, de práticas corporais/atividade física e de prevenção de tabaco, álcool e outras drogas.

Todas essas funções me proporcionaram uma bagagem com conhecimentos, experiências e perspectivas variadas que contribuíram para o desenrolar de minhas atividades na gestão do SUS, em Minas Gerais, como no planejamento, desenvolvimento, monitoramento e avaliação de políticas públicas de saúde. Em todas as atividades desempenhadas, sempre houve a responsabilidade de executá-las, tendo como foco os princípios e valores do SUS e da POEPS, sendo a gestão de programas e projetos pautada no empoderamento dos indivíduos e nas estratégias intra e intersetoriais.

Nesta caminhada, sempre busquei saberes, conhecimentos, algo novo a experimentar, principalmente em se tratando de Promoção da Saúde, temática sujeita às transformações da sociedade, da cultura, das políticas, de tudo que envolve os modos de viver, na tentativa de trazer novas experiências e práticas. A área de promoção da saúde sempre me trouxe satisfação profissional, prazer em atualizar meus conhecimentos e atuar na gestão de políticas públicas, de forma a contribuir para a qualificação, aprimoramento dos processos de planejamento, implantação, monitoramento e avaliação das políticas públicas.

Toda experiência acumulada e o comprometimento com o SUS em propor políticas que sejam resolutivas mediante ao cenário de subfinanciamento e retrocessos das políticas de saúde, bem como o compromisso com os usuários desse sistema em planejar políticas que atendam às necessidades locais, oportunas e de qualidade, permitiram a realização desta pesquisa na perspectiva de subsidiar a continuidade das ações, atendendo às demandas e expectativas dos principais atores e suas especificidades regionais, contribuindo para consolidar a Promoção da Saúde na agenda do estado e dos municípios e, dessa forma, gerar impacto positivo na saúde e qualidade de vida da população.

MOREIRA, C. A. **Análise da fase de implementação da Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS) nos municípios de Minas Gerais.** 170 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de serviços de Saúde). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

RESUMO

A Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS) foi implementada, de forma inédita no país, pela Resolução SES/MG nº 5250 de 19 de abril de 2016, com o objetivo de destacar, valorizar e incentivar o desenvolvimento das ações de promoção da saúde nos municípios do estado de Minas Gerais. Trata-se de uma política recém implantada no estado, sendo relevante a análise da sua fase de implementação nos municípios, tendo como pontos orientadores a estrutura, os processos e resultados envolvidos. O objetivo deste estudo foi avaliar a fase de implementação da POEPS nos municípios do estado de Minas Gerais, que aderiram à política, com o intuito de subsidiar a gestão estadual na reorganização da implementação das ações, com vistas ao fortalecimento da promoção da saúde no SUS. Trata-se de um estudo observacional, transversal, descritivo, com opção pelo método quantitativo. Para a coleta de dados, utilizou-se o questionário estruturado, autoaplicado, *online*, abordando variáveis de estrutura e processo. Para tanto, utilizou-se dados secundários do Sistema de Gerenciamento de Resoluções Estaduais de Saúde (SiG-RES). A população do estudo foi composta pelos 852 municípios que aderiram à POEPS no ano de 2016 e, a amostra, probabilística, aleatória simples, foi composta por 360 municípios distribuídos proporcionalmente entre as 28 Unidades Regionais de Saúde, considerando o porte populacional. Para definir o grau de implementação foi utilizada a matriz de análise e julgamento onde foram pontuadas as subdimensões estabelecidas para este estudo. Os escores utilizados para avaliar o grau de implementação foram definidos em: implementação crítica para valores entre 0 e 49,9%; implementação parcial entre 50,0% e 79,9%; e implementação aceitável, quando acima de 80,0%. Foram elaborados o Modelo Lógico da POEPS e a Matriz de Análise e Julgamento. Entre os resultados encontrados foi possível constatar que a Política Estadual de Promoção da Saúde encontra-se com implementação parcial (65,0%) no conjunto dos municípios do estado. Todas as dimensões apresentaram implementação parcial, tanto para o conjunto dos municípios como por porte populacional, com exceção da dimensão processos que apresentou implementação crítica nos municípios de médio porte. Foram evidenciadas como fragilidades: a subdimensão insumos, que apresentou implementação crítica nos municípios de médio e grande porte; a subdimensão gestão do processo, com implementação crítica para o estado como um todo e para todos os portes populacionais; e a subdimensão gestão da informação, que apresentou implementação crítica nos municípios de médio porte. Como potencialidades, identificou-se a subdimensão gestão administrativa, que apresentou implementação aceitável para o estado como um todo e para os municípios de pequeno porte I e II e grande porte. Os resultados deste estudo demonstraram a baixa institucionalização das ações de promoção da saúde nos municípios do estado de Minas Gerais e a necessidade premente de adoção de medidas, por parte dos gestores, que visem a alteração dessa realidade por meio de investimentos no planejamento, organização, qualificação, gerenciamento, operacionalização, monitoramento, avaliação e execução das ações, confluindo na melhoria da implementação das ações e na prestação de serviços e em ações de qualidade para a população. Como produto da dissertação, foi entregue à Secretaria de Estado de Saúde (SES/MG) um relatório técnico.

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Avaliação de políticas públicas. Implementação de políticas

MOREIRA, C. A. **An analysis of the implementation period of State Health Promotion Policy (SHPP) in Minas Gerais' cities.** 170f. Dissertation (Professional Master's Degree in Management of Health Services). Nursing College, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

ABSTRACT

The State Health Promotion Policy (SHPP) was implemented in Brazil in an unprecedented way, by means of the "SES/MG n° 5250" Resolution of April 19 of 2016, with the goal of highlighting, valuing and encouraging the development of health promotion actions in the cities of Minas Gerais state. That is a recently implanted policy in the state, and it is relevant to analyse its implementation period in the cities. The guidelines are structure, processes and involving results. The study purpose was to assess the SHPP period in all cities inside the state which joined the policy, aiming at subsidizing state management for reorganization of the actions implementation, with a view to the enhancement of health promotion at SUS (that is, the Unified Health System). This is an observational, transversal, descriptive study, carried out with the qualitative method. As for data collecting, a structured, self-applied online questionnaire was used, which approached structure and process variables. For that purpose, it used secondary data belonging to the Management System of State Health Resolutions (MSSHR). The study population included 852 cities which joined SHPP in 2016. The sample was probabilistic, simple, done at random, and it was made of 360 cities proportionately distributed among 28 regional health units, taking into account populational size. For implementation degree, the analysis and judgement matrix was used, where sub-dimensions set for this study were scored. The scores that were used to assess implementation degree were defined as: critical implementation for values between 0 and 49.9%; partial implementation between 50.0% and 79.9%; and acceptable implementation when above 80.0%. In addition, SHPP logical model and the analysis and judgement matrix were prepared. Among the results found, it was possible to verify that SHPP is partially implemented (65.0%) in the set of cities within the state. All dimensions showed partial implementation, both for cities set and population size, except for sizes of processes showing critical application in medium-sized cities. Also, some weaknesses were indicated: input sub-dimension, which presented critical implementation in medium and large-sized cities; sub-dimension of process management with critical implementation for the state as a whole and for all population groups, as well as information management sub-dimension exhibiting critical implementation in medium-sized cities. As potentialities, a sub-dimension of administrative management was identified, which presented acceptable implementation for the state as a whole, and for both small-sized cities I and II and the large-sized ones. Results revealed low institutionalization of health promotion actions in Minas Gerais' cities, as well as a need for measures to be applied by managers, aiming to change this reality through investments in planning, organization, training, management, operationalization, monitoring, evaluation and execution of actions, converging on improving actions implementation, and providing quality services and actions for the population. As a dissertation product, it was also delivered to the State Department of Health (SES/MG) through a technical report.

Keywords: Health promotion. Public policies assessment. Policies implementation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Linha do tempo: principais marcos teóricos da promoção da saúde	22
Figura 2 - Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)	26
Figura 3 - Ciclo da política pública	34
Figura 4 - Relação entre pesquisa, avaliação e tomada de decisão	37
Figura 5 - Avaliação e decisão	38
Figura 6 - Panorama do Estado de Minas Gerais, Brasil, 2019.	44
Figura 7 - Cálculo amostral	46
Figura 8 - Distribuição dos municípios da amostra por Unidade Regional de Saúde (URS) de Minas Gerais	47
Figura 9 - Passos para a construção do questionário	49
Figura 10 - Fases da construção do Modelo Lógico	50
Figura 11 - Marco de referência da POEPS	51
Figura 12 - Passos para construção da Matriz de Análise e Julgamento	53

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 - Distribuição percentual dos municípios segundo disponibilidade e qualidade dos recursos pesquisados, Minas Gerais - POEPS, 2016-2018 64
- Gráfico 2 - Distribuição percentual dos Polos do Programa Academia da Saúde, Estratégias de Saúde da Família (ESF) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Atenção Básica (NASF-AB) implantados e com estrutura adequada (estrutura física e recursos humanos), Minas Gerais – POEPS, 2016-2018 65
- Gráfico 3 - Distribuição percentual dos municípios segundo conhecimento e utilização da POEPS no planejamento das ações pelas referências municipais de promoção da saúde, Minas Gerais – POEPS, 2016-2018 66
- Gráfico 4 - Percentuais das estratégias operacionais da POEPS utilizadas pelos municípios para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde, Minas Gerais – POEPS, 2016-2018 67
- Gráfico 5 - Percentual de municípios que realizaram o planejamento anual das ações de promoção da saúde, Minas Gerais – POEPS, 2016-2018..... 70

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Indicadores/ações e respectivos objetivos pactuados pelos municípios na adesão à POEPS em 2016	32
Quadro 2 - Dados de monitoramento da POEPS constantes na planilha de monitoramento da DPS/SES-MG, 2016-2018	57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição proporcional dos municípios da amostra, por porte populacional, por Unidade Regional de Saúde (URS) de Minas Gerais	48
Tabela 2 - Dimensões, subdimensões, critérios avaliados e pontuação máxima e por critério avaliado da Matriz de Análise e Julgamento	54
Tabela 3 - Notas atribuídas pela POEPS aos municípios, conforme meta alcançada em cada indicador	58
Tabela 4 - Grau de implementação da POEPS para o conjunto de municípios e por Porte populacional, considerando as dimensões e o total para o estado, Minas Gerais, 2016-2018	60
Tabela 5 - Grau de implementação da POEPS, por subdimensões e porte populacional, nos municípios de Minas Gerais, 2016-2018	61
Tabela 6 - Percentual de municípios que realizaram a análise da situação de saúde da população, Minas Gerais – POEPS-2016-2018	68
Tabela 7 - Distribuição percentual dos municípios de acordo com a realização da análise quadrimestral dos resultados das ações da Política Estadual de Promoção da Saúde, Minas Gerais – POEPS, 2016-2018	69
Tabela 8 - Percentual de municípios, por porte populacional, que realizaram o planejamento anual das ações de promoção da saúde, Minas Gerais – POEPS, 2016-2018	70
Tabela 9 - Percentuais de cumprimento do indicador I e médias, por faixas de cumprimento de metas, por quadrimestres avaliativos e porte populacional, Minas Gerais – POEPS, 2016-2018	72
Tabela 10 - Percentuais de cumprimento do indicador 2 e médias, por faixas de cumprimento de metas, por quadrimestres avaliativos e porte populacional, Minas Gerais – POEPS, 2016-2018	73
Tabela 11 - Percentuais de cumprimento do indicador 3 e médias, por faixas de cumprimento de metas, por quadrimestres avaliativos e porte populacional, Minas Gerais – POEPS, 2016-2018	74
Tabela 12 - Percentuais de cumprimento do indicador 4 e médias, por faixas de cumprimento de metas, por quadrimestres avaliativos e porte populacional, Minas Gerais – POEPS, 2016-2018	75
Tabela 13 - Percentuais de cumprimento do indicador 5, por faixas de cumprimento de metas, por quadrimestres avaliativos e porte populacional, Minas Gerais – POEPS, 2016-2018	77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
APS	Atenção Primária à Saúde
CGPNPS	Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
DPS	Diretoria de Promoção à Saúde
GEICOM	Gerenciador de Indicadores, Compromissos e Metas
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBE	Programa Bolsa Família
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
POEPS	Política Estadual de Promoção da Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RT	Referência técnicas
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SES-MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SiG-RES	Sistema de Gerenciamento de Resoluções Estaduais de Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
URS's	Unidades Regionais de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	Contextualização	16
1.2	Justificativa	16
1.3	Objetivos	19
1.3.1	Objetivos geral	19
1.3.2	Objetivos específicos	19
2	REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1	Promoção da saúde	21
2.2	Promoção da saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)	23
2.3	A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)	27
2.4	A Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS)	30
2.4.1	O processo de construção e institucionalização	30
2.4.2	O processo de implementação nos municípios	32
2.5	Avaliação de políticas públicas de saúde	33
2.5.1	Políticas públicas e políticas públicas de saúde: conceitos e contextualização	33
2.5.2	A avaliação de políticas públicas	36
2.5.3	Avaliação em saúde	39
3	METODOLOGIA	42
3.1	Contextualização do estudo	42
3.2	Desenho do estudo	43
3.3	Área do estudo	43
3.4	Sujeitos da pesquisa	44
3.5	Instrumentos e coleta de dados	48
3.5.1	Modelo lógico	49
3.5.2	Matriz de análise e julgamento	53
3.5.3	O questionário	55
3.6	Análise dos dados	57
3.7	Aspectos éticos	58
4	RESULTADOS	59
4.1	Perfil da população do estudo	59

4.2	Análise do grau de implementação	59
4.3	Análise das dimensões e subdimensão	62
4.3.1	Dimensão estrutura	62
4.3.1.1	Subdimensão Insumos	62
4.3.1.2	Subdimensão Gestão administrativa	64
4.3.2	Dimensão processos	68
4.3.2.1	Subdimensão Gestão da informação	68
4.3.2.2	Subdimensão Gestão do Processo	69
4.4	Análise dos resultados dos indicadores pactuados	71
4.4.1	Indicador 1: Realizar ações de práticas corporais e/ou atividades físicas para a população	71
4.4.2	Indicador 2: Realizar junto à comunidade, atividades coletivas de Educação em Saúde voltadas para Promoção da Saúde	72
4.4.3	Indicador 3: Implementar o Programa Saúde na Escola (PSE) no município	73
4.4.4	Indicador 4: Realizar o registro de Formulário de Marcadores de Consenso Alimentar de crianças menores de dois anos no Sisvan Web	74
4.4.5	Indicador 5: Realizar o acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias no Programa Bolsa Família (PBF)	76
5	DISCUSSÃO	78
6	CONCLUSÃO	92
	REFERÊNCIAS	94
	APÊNDICES	106
	ANEXO	169

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização

O conceito de Promoção da Saúde foi fundamentado há mais de 30 anos, na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Ottawa, em 1986, e que vem sendo discutido no mundo inteiro, desde então (CARTA DE OTTAWA, 1986; BUSS; CARVALHO, 2009).

No Brasil, também em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, foi assumido o conceito ampliado de saúde, que busca superar a mera ausência de doenças e se aproximar dos conceitos da promoção da saúde, priorizando políticas voltadas para o cuidado pela vida (BUSS; CARVALHO, 2009).

Em relação à evolução histórica da promoção da saúde no Brasil, a Conferência Nacional de Saúde, em 1986, definiu o conceito que articula a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, tecnocientíficos e socioculturais. Isto, para a produção social da saúde no cotidiano de vida da população, combinando ações desenvolvidas, de forma conjunta, por diferentes setores do governo e da sociedade civil, para a melhoria das condições de vida e saúde, promovendo a equidade e o desenvolvimento da cidadania (BRASIL, 1986; BRASIL, 2006a). Buss e Carvalho (2009) destacam os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), definidos na Constituição Federal de 1988, que são voltados para a promoção de saúde e reforçados, no ano de 1994, pela criação do Programa Saúde da Família (PSF), com suas equipes multiprofissionais.

Nessa vertente, iniciou-se a discussão da temática da promoção da saúde com a finalidade de institucionalizá-la como política pública de saúde. Esta discussão foi entendida como intenções governamentais que produziriam transformações no mundo real, de forma que o estado pudesse e devesse ser o agente fomentador da implementação, regulamentação e preservação do interesse público pelas políticas de bem comum (GIANEZINI et al., 2017).

Em 2002, foi elaborada a versão preliminar da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), mas, sua institucionalização como política pública de saúde ocorreu apenas no ano de 2006 (BUSS; CARVALHO, 2009; BRASIL, 2006a), por meio da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006, que ratificou o compromisso do estado brasileiro com a ampliação e a qualificação de ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS. A partir de então, foi inserida na agenda estratégica dos gestores do SUS e nos Planos

Nacionais de Saúde, ampliando as possibilidades das políticas públicas existentes (BRASIL, 2015a).

No que se referem aos propósitos do SUS, as ações de promoção da saúde buscam reduzir as diferenças regionais e abrem a possibilidade de acesso a esses serviços de maneira mais equitativa. Para operacionalização das ações de promoção da saúde é preciso consolidar práticas voltadas para o indivíduo e para o coletivo, sob a perspectiva multidisciplinar, integral e em rede, considerando todas as necessidades da população, sob a perspectiva de políticas públicas. O contexto nacional e internacional apontou novos desafios e compromissos no tocante às atribuições de coordenar e estabelecer políticas públicas para garantir a integralidade da atenção à saúde, o que levou o Ministério da Saúde (MS), em 2014, a aprimorar e atualizar a PNPS (BRASIL, 2015a).

No cenário nacional, as estratégias de promoção da saúde ganharam força em 2014, com a revisão da PNPS, por meio de um processo participativo e democrático com a finalidade de sintonizá-la com as novas demandas de saúde e, principalmente, de fortalecê-la como estratégia promotora do cuidado, com ampla participação de gestores, trabalhadores da saúde, conselheiros, representantes de movimentos sociais e pesquisadores ligados às instituições de ensino (BRASIL, 2015a). Esse processo, trouxe abordagens mais amplas, tanto conceituais como estratégicas, transcendendo a corresponsabilidade dos indivíduos, pela saúde individual e coletiva, rumo à cidadania (ROCHA et al., 2014).

Em 2017, foi aprovada uma nova revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que, apesar de possibilitar a ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde, foi criticada por importantes entidades ligadas ao movimento sanitário brasileiro. Essas entidades, identificaram um cenário de grande instabilidade democrática, retirada de direitos sociais e de redução de investimentos públicos, por temerem ameaças aos princípios finalísticos do SUS (LOCH et al., 2017). Dessa forma, o prejuízo recai, principalmente, sobre as ações educativas e de promoção da saúde, que tem suas bases na concepção da determinação social do processo saúde-doença e da clínica ampliada (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Seguindo esse norte, em 2019, foi instituído o Programa Previne Brasil, que propôs mudanças na forma de repasse financeiro para as ações de Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2019). A carteira de trabalho da APS, expressa no documento, nega a abordagem coletiva, a abordagem populacional territorial, o planejamento de base populacional e não considera a abordagem biopsicossocial, a ênfase na promoção da saúde, as ações de saúde coletiva (REDE DE PESQUISA EM APS DA ABRASCO, 2019). Em Minas Gerais, a

promoção da saúde foi institucionalizada na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), em 2007. Em 2015, adaptando a metodologia empregada na revisão da PNPS, iniciou a elaboração da Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS). Essa construção se deu com ampla participação dos atores envolvidos, o que contribuiu para que ela ocorresse de forma democrática e participativa, culminando com a publicação da Política por meio da Resolução SES/MG nº 5250, de 19 de abril de 2016 (MINAS GERAIS, 2017; CAMPOS et al., 2017). Portanto, trata-se de uma intervenção recentemente implantada, carecendo de avaliação para subsidiar a gestão na condução da implementação das ações.

A avaliação das políticas públicas, por sua vez, vem responder às necessidades de informações dos decisores e, qualquer intervenção, pode ser objeto de dois tipos de avaliação, sendo elas: a avaliação normativa, que busca apreciar cada um dos componentes da intervenção em função de critérios e normas; e a pesquisa avaliativa, que permite analisar e compreender as relações de causalidade entre os diferentes componentes da intervenção. Visa compreender o como e o porquê dos resultados (CONTANDRIOPOULOS, 2006; CHAMPAGNE et al., 2011a).

Dessa forma, a relevância da avaliação da fase de implementação da POEPS, proposta neste estudo, se dá tendo em vista que esta é uma política recente no estado, sendo este também o primeiro da Federação a instituir uma política estadual de Promoção da Saúde. A isto se soma a necessidade de esclarecer como se deu a fase de implementação da política nos municípios, principalmente no que tange à estrutura e processos que determinam as características gerais dessa política.

Este estudo, de desenho transversal, observacional, descritivo, com opção pelo método quantitativo, objetivou analisar a fase de implementação da política nos municípios do estado, na tentativa de elucidar as principais forças que atuaram nesse processo e, dessa forma, nortear a gestão estadual na reorganização da implementação das ações de promoção da saúde junto aos municípios.

Assim, o presente volume é composto por uma dissertação e um relatório técnico que será entregue à SES-MG, seguindo o modelo da instituição.

1.2 Justificativa

O processo de implementação é crucial para o desenvolvimento das políticas públicas, pois as dificuldades enfrentadas nessa fase estão, muitas vezes, fortemente relacionadas à causa dos insucessos dos governos em atingir os objetivos estabelecidos no desenho das

políticas públicas (DALFIOR et al., 2015). A complexidade de elementos que se convergem na fase de implementação, exige maior aprofundamento no entendimento dessa etapa, a fim de compreender o processo político de forma mais dinâmica e interativa (MATTOS; BAPTISTA, 2015).

Assim, é de fundamental importância a análise do processamento da implementação da POEPS nos municípios mineiros. Segundo Dalfior et al. (2015), é no nível da microgestão do governo que os ajustes são realizados para alcançar as prerrogativas desenhadas nas políticas, bem como para resgatar a posição chave da etapa de implementação dentro do processo das políticas públicas, enquanto caminho para fortalecimento da ação governamental.

Segundo Champagne et al. (2011d), quando uma intervenção nova é implementada, a análise de sua implementação permite melhor identificação da dinâmica dessa fase e dos fatores explicativos críticos. Dessa forma, considerando que a POEPS é uma política recente, que agregou ações antes pulverizadas, a avaliação da fase de sua implementação nos municípios pretende subsidiar a reorganização da política no estado com vistas ao fortalecimento da promoção da saúde no SUS, o que pode resultar em melhora na qualidade dos serviços ofertados à comunidade.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo geral

Analisar a implementação da Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS) nos municípios de Minas Gerais, no período de 2016 a 2018.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Determinar o grau de implementação da POEPS nos municípios a partir das dimensões de estrutura, processo e resultado.
2. Identificar as possíveis potencialidades e fragilidades da implementação da POEPS nos municípios de Minas Gerais.

3. Descrever as dimensões de estrutura, processo e resultado identificadas como potencialidade ou fragilidade, referentes à implementação da POEPS nos municípios de Minas Gerais.
4. Descrever os resultados alcançados pelos municípios na execução dos indicadores pactuados junto à POEPS.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Promoção da saúde

O termo Promoção da Saúde é antigo, mas, presente no campo da saúde pública desde seus primórdios (SILVA; BAPTISTA, 2015). O historiador Henry Ernest Sigerist, foi um dos primeiros autores a utilizar o termo Promoção da Saúde, em meados da década de 1940, quando definiu as quatro tarefas essenciais da medicina (BUSS, 2003). Na década de 1960, o modelo explicativo e as ações propostas por Leavell e Clark significaram grande avanço, por olharem a doença numa perspectiva multicausal e processual e, por proporem para a promoção da saúde ações educativas normativas voltadas para os sujeitos, as famílias e os grupos (LEAVELL; CLARK, 1976). Nesse contexto, a promoção da saúde passa a ser inserida na prevenção primária, na fase da pré-patogênese, pressupondo a observância de medidas em relação à moradia, escolas, áreas de lazer, alimentação adequada, educação (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 1999).

Apesar das ações de Promoção da Saúde, como componentes da prevenção primária, se encontrarem longe da profunda relação entre saúde e sociedade apresentada pela medicina social no século XIX, no Brasil, a concepção de Leavell e Clark foi incorporada ao discurso da Medicina Comunitária e, até hoje, orienta os níveis de atenção nos sistemas e serviços de saúde (BRASIL, 2017).

Na década de 1970, com a publicação do *Informe Lalonde*, no Canadá, em 1974, e o relatório *Healthy People*, nos Estados Unidos, em 1979, foi alavancado o debate sobre a promoção da saúde enquanto estratégia de enfrentamento das questões da saúde para além da assistência médica. O processo de adoecimento é associado aos comportamentos de risco e, a promoção, é a proposta para agir sobre os modos de vida da população (FERREIRA; CASTIEL; CARDOSO, 2011).

Na década de 1980, aconteceu a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, no Canadá, sendo decisiva para a afirmação do movimento internacional em torno da promoção da saúde (BRASIL, 2002a; SILVA; BAPTISTA, 2015). A Carta de Ottawa conceitua promoção da saúde como o “processo de capacitação dos sujeitos e coletividades para identificar os fatores e condições determinantes da saúde e exercer controle sobre eles, de modo a garantir a melhoria das condições de vida e saúde da população” (BRASIL, 2017, p. 35).

Este conceito reforça a concepção de saúde abordada na Carta de Ottawa, na qual acentua que

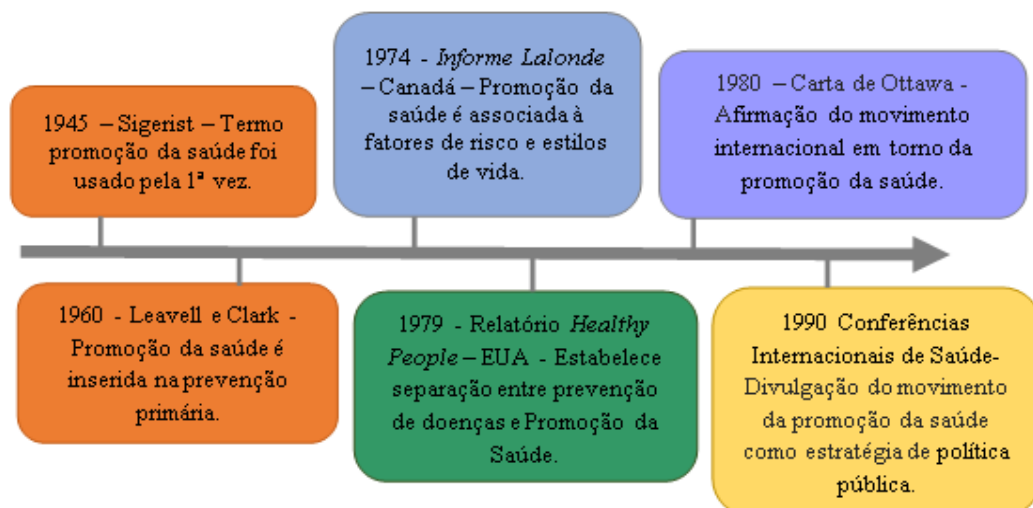
[...] para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, um sujeito ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e mudar e se adaptar ao meio. Saúde é, portanto, vista como recursos para a vida diária, não objetivo da vida. Saúde é um conceito positivo que enfatiza recursos sociais e pessoais assim como capacidades físicas (BRASIL, 2017, p. 35).

Nesse sentido, o setor saúde deve ir além das suas responsabilidades de prover serviços clínicos e de urgência. É preciso que se perceba e respeite as peculiaridades culturais e apoie as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável, abrindo canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais. Isso, exige ações coordenadas entre governos, organizações não governamentais, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, autoridades locais, indústria e mídia (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Na década de 1990, com diversas conferências internacionais de promoção da saúde que reafirmavam os conceitos e produziam documentos norteadores, houve maior divulgação e oferta do movimento da Promoção da Saúde como estratégia de política pública. Elas eram voltadas para o redesenho dos modelos de assistência à saúde e a conclamação de organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS), na coordenação de ações que buscassem o desenvolvimento de ambientes favoráveis à saúde, fomentando a participação social, a intersetorialidade e a mudança dos determinantes sociais que implicassem na produção da saúde (SILVA; BAPTISTA, 2014).

Os principais marcos teóricos da Promoção da Saúde estão dispostos na Figura 1.

Figura 1 - Linha do tempo: principais marcos teóricos da promoção da saúde



Fonte: Elaborada pela autora

No Brasil, o debate em torno da promoção da saúde inicia-se numa crítica ao modelo da medicina preventiva (SILVA; BAPTISTA, 2014). A promoção da saúde passa a ocupar espaço no debate político-institucional brasileiro e culmina com a sua institucionalização como política nacional, por intermédio da formalização da cooperação com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (BUSS; CARVALHO, 2009). Durante os anos 2000, o debate em torno da definição da PNPS originou o primeiro documento que, apresentado em 2002, propunha uma discussão abrangente sobre a promoção da saúde. Finalmente, em 2006, a institucionalização da PNPS foi aprovada e, a partir do contexto nacional e internacional que apontou novos desafios e compromissos. Em 2013, iniciou-se o processo de revisão da PNPS, culminando com a sua redefinição em 2014 (SILVA; BAPTISTA, 2014).

2.2 Promoção da saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)

As conferências internacionais de promoção da saúde contribuíram para a ampliação do conceito de promoção da saúde no mundo, sendo que, no Brasil, o Movimento da Reforma Sanitária colaborou para esse processo de ampliação (BRASIL, 2017).

Carvalho (2008) também destaca como marco de referência das discussões sobre promoção da saúde no Brasil a 1ª Conferência Latino-Americana sobre Promoção da Saúde, organizada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em Bogotá, Colômbia, em 1992, que trouxe as discussões e recomendações para promoção da saúde realizadas mundialmente nas conferências internacionais para o contexto político, social, cultural e econômico dessa região.

Durante muitos anos não houve oficialmente uma política nacional de saúde. Havia políticas públicas voltadas para necessidades pontuais, como o combate a endemias envolvendo doenças infectocontagiosas e altamente limitadas em suas ações, que eram organizadas em formas de campanhas. Em 1986, no contexto de redemocratização do país, em Brasília, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde para debater o direcionamento do sistema de saúde e apresentada, como uma de suas principais defesas, a necessidade de superar o modelo preventivo-curativo em prol de uma prática fundamentada na promoção de saúde (BRASIL, 2014). Nela, a saúde foi discutida a partir da compreensão abrangente de sua construção, trazendo-a como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1986).

Essa conferência influenciou a nova carta magna e, com a Constituição de 1988, a assistência à saúde no Brasil alcançou um novo patamar. A saúde passou ser um direito social, de acesso universal e igualitário (BRASIL, 2016; MELO et al., 2016; BRASIL, 2017).

Em 1990, a Promoção da Saúde apareceu no texto da Lei nº 8.080/90, que trata das condições para ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e da organização e funcionamento do SUS (BRASIL, 1990a). As primeiras iniciativas em desenvolver ações de promoção da saúde no SUS ocorreram no contexto da atenção básica, das quais pode-se citar a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, cuja experiência trouxe os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para compor as equipes de saúde da família, provocando a mudança significativa no processo de trabalho em saúde e, o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994 (GUEDES; SANTOS; LORENZO, 2011).

Seguindo esta lógica, foram financiados projetos de Promoção da Saúde em municípios e criados diversos programas. Dentre as ações que marcaram a institucionalização da promoção da saúde no MS, nesse período, pode-se citar a estruturação da Rede de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde, (BRASIL, 2004), financiamento direto de todos os estados e capitais para o desenvolvimento de ações no âmbito da Estratégia Global da OMS (BRASIL, 2005) e, editais de financiamento de projetos de incentivo às Práticas Corporais e Atividade Física, com ênfase na Estratégia Global da OMS e de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde para estados e municípios (BRASIL, 2006c, 2006d).

Também deve-se destacar a instituição, em março de 2006, da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), no âmbito do MS, sendo a primeira a se constituir no mundo e que outorgaria à Promoção da Saúde a devida prioridade (BUSS, 2009).

Em suma, fatores como as transições epidemiológica, demográfica e nutricional, o agravamento dos efeitos sanitários dos grandes problemas sociais, o lançamento da Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde da OMS, em 2004 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004), e a interlocução contínua com organismos internacionais, com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e com instituições de ensino e pesquisa, geraram as condições históricas necessárias à institucionalização da Promoção da Saúde e a aprovação e lançamento da Política por meio da Portaria GM nº 687, de 30 de março de 2006 (BRASIL, 2006a).

Essa publicação da PNPS representou um marco no processo de construção do SUS, idealizada na perspectiva de operar transversalmente, reconhecendo a importância dos condicionantes e determinantes sociais da saúde no processo saúde-doença, contribuindo com a mudança do modelo de atenção do SUS e incorporando a promoção à saúde (MALTA et al., 2014; 2016).

Após oito anos de sua institucionalização, a PNPS foi revisada em 2014, marco no aperfeiçoamento da política, articulando e coordenando as ações intra e intersetoriais. Contudo, tais avanços estão ameaçados frente à grave crise política, econômica e institucional em que se encontra o país, entre as quais, destaca-se a Emenda Constitucional nº 95/2016, conhecida como a emenda do ‘Teto dos Gastos’, que congela por 20 anos a destinação de recursos públicos e produz efeitos nas diversas políticas, especificamente no financiamento do SUS (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018). Essa crise pode causar a redução significativa da oferta de ações e serviços do SUS, incluindo os previstos na PNPS e que dependem de esforços intersetoriais, o que significa grandes dificuldades para a sustentabilidade da Política e do próprio SUS (MALTA et al., 2018).

A IX Conferência Global de Promoção da Saúde, realizada em 2016, em Xangai, com o tema: “Promoção da Saúde no Desenvolvimento Sustentável”, estabelece uma nova perspectiva para a promoção da saúde. Ela demandou uma resposta vigorosa de articulação de quatro pilares: “cidades saudáveis”, “bom governo”, “alfabetização em saúde” e “mobilização social”, requerendo uma agenda de articulação em âmbito nacional, estadual e local, fortalecendo a intersetorialidade e buscando alianças fora do setor saúde (MALTA et al., 2018).

O desenvolvimento das ações de promoção da saúde emergiu no âmbito da APS como importante resposta à reestruturação do modelo de atenção à saúde e operacionalização de ações que priorizam uma abordagem fundamentada nos determinantes sociais da saúde (WILLIAMS, 2017). A APS, centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), é uma estratégia de organização do sistema de atenção à saúde, conceituada como

[...] o conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2017).

Entretanto, as dificuldades de entender o papel principal da APS envolvem as dimensões política, cultural e técnica, sendo banalizada devido ao sistema de saúde

fragmentado, que prioriza as condições e os eventos agudos das condições crônicas, impactando diretamente no desenvolvimento das ações de promoção da saúde (MENDES, 2011).

Por sua vez, as RAS, entendidas como

[...] organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população (MENDES, 2011, p. 82),

Elas têm como primícias a convocação a uma atenção integral, com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas. Contudo, na prática, a concepção vigente na normativa do SUS é a de um sistema hierárquico, formatado segundo as complexidades relativas de cada nível de atenção, em atenção básica, média complexidade e alta complexidade (MENDES, 2011).

Na tentativa de superar esses desafios, Mendes (2011) desenvolveu o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), no qual as intervenções de promoção da saúde, apresentadas no primeiro nível, devem ser realizadas por meio de ações intersetoriais e direcionadas para a população total de uma rede de atenção à saúde. O seu foco são os determinantes sociais da saúde (condições de vida, de trabalho, acesso aos serviços essenciais e as redes sociais e comunitárias) (Figura 2).

Figura 2 - Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)



Fonte: Mendes (2011)

A ação intersetorial, indispensável para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde, é entendida como as relações entre partes do setor saúde com partes de outros setores. Seu objetivo é o de desenvolver projetos que levem a melhores resultados sanitários, de forma efetiva, eficiente e sustentável, que não seriam obtidos com a ação isolada do setor saúde (COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, 2007).

Os determinantes sociais da saúde, por sua vez, são conceituados como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou como as características sociais dentro das quais a vida transcorre, ou seja, como a causa das causas (COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, 2007). A importância deles ocorre na repercussão direta na saúde, pois permitem prever a maior proporção das variações no estado de saúde como: a iniquidade sanitária; estrutura dos comportamentos relacionados com a saúde; e interatuam mutuamente na geração da saúde (COMISSION SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD, 2008).

Dessa forma, nesse novo modelo de atenção à saúde, a parceria entre a equipe de saúde, a pessoa e a família são essenciais. Deve ter como base o reconhecimento e a valorização de conhecimentos, habilidades, fortalezas, expectativas, preferências e recursos interiores que as pessoas e suas famílias possuem. A proposta é que os profissionais não sejam prescritores que monopolizam os conhecimentos sobre o que as pessoas têm, do que elas necessitam e o que as devem motivar (MENDES, 2011).

Em 2019, foi instituído o Previne Brasil, que altera a forma de repasse financeiro para as ações da APS, com a proposta de alcançar uma parcela maior da população. Nessa proposta, os Programas Saúde na Escola e Academia da Saúde foram contemplados com incentivo financeiro, por serem considerados ações estratégicas (BRASIL, 2019). Mas, segundo análise de pesquisadores da Rede de Pesquisa em APS da ABRASCO (2019), o modelo apresentado representa um retrocesso, pois centra-se no cuidado individual oportuno, negando a abordagem coletiva, populacional territorial e nega o planejamento de base populacional, pontos primordiais para a efetivação em uma APS forte, integral e ordenadora da rede. As ações resumem-se em um elenco de ações individuais sem considerar a abordagem biopsicossocial, a ênfase na promoção da saúde e as ações de saúde coletiva.

2.3 A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)

No Brasil, a construção da PNPS sempre foi marcada por constante transitoriedade política, econômica, conceitual, dentre outros. Ganhou espaço no debate nacional no final dos

anos 1990 e foi editada como política, pela primeira vez, no ano de 2006 (SILVA; BATISTA, 2015).

Em 1998, o MS desenvolveu o Projeto Promoção da Saúde em um novo Modelo de Atenção, em cooperação com o PNUD, com o objetivo de implementar e consolidar a promoção da saúde no Brasil a partir da operacionalização dos cinco campos da Carta de Ottawa, além de institucionalizar uma política nacional (BUSS; CARVALHO, 2009). Esse processo culminou, em 2002, com a elaboração de um documento preliminar intitulado “Política Nacional de Promoção da Saúde”, no qual a promoção da saúde foi contextualizada em um mundo em desenvolvimento e, a saúde, diretamente relacionada ao modo de viver.

Esse documento apresentava como objetivos, intervenções amplas que levavam em consideração os contextos econômicos, políticos, sociais e culturais. Tinha como imperativo ético a defesa da vida e o desenvolvimento humano, além da necessidade de reduzir as desigualdades sociais e promover a qualificação do SUS, por meio do seu fortalecimento e redirecionamento de recursos (BRASIL, 2002b). Esse documento, apesar de apresentar uma proposta concreta de formulação para uma política nacional, aprofundado nas bases conceituais da promoção da saúde a partir do resgate histórico da reforma sanitária, não foi encaminhado como política (SILVA; BAPTISTA, 2015).

Com o conceito ampliado de saúde e a nova gestão governamental em 2003, a promoção da saúde passou a operar de forma transversal às várias ações dentro do SUS. Tratava-se de um compromisso ético com a integralidade e a gestão participativa, que poderia operar na indissociabilidade entre a clínica e a promoção da saúde e entre as necessidades sociais e ações do Estado (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004).

No fim de 2004, ocorreram novas mudanças no MS e a promoção a saúde perdeu ênfase como política transversal. Nesse contexto, em 2005, foi instituído o Comitê Gestor da PNPS (CGPNPS) com o objetivo de consolidar a proposta de uma política e articular e integrar a promoção da saúde no SUS. Essa discussão avançou e a promoção da saúde apareceu em vários documentos e políticas editadas. Esse período de transitoriedade no MS refletiu no entendimento do conceito de promoção da saúde empregado, podendo ser visto no Pacto pela Saúde, em que a promoção da saúde apresentou-se focada em ações restritivas, na perspectiva de ‘internalizar a responsabilidade individual’ na prática de atividade física, no combate ao tabagismo, na alimentação saudável (BRASIL, 2006b) e na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em que a promoção da saúde vinha sendo entendida como área estratégica para a operacionalização da política (SILVA; BAPTISTA, 2015).

O documento aprovado em 2006 apresenta um panorama geral da promoção da saúde no campo da saúde e seguiu o caminho discursivo em relação à Agenda de Compromisso pela Saúde definida pelo MS em 2005 e pelo Pacto pela Saúde de 2006. Nesse documento houve o esforço em conceituar a promoção da saúde a partir do marco legal das cartas internacionais de promoção da saúde. Dessa forma, o debate da PNPS foi localizado como estratégia de articulação transversal, privilegiando o bem de todos e a construção de uma sociedade solidária, cujo objetivo geral se concentrava em torno da redução de vulnerabilidade e riscos à saúde e da qualidade de vida. Ainda que na perspectiva do conceito ampliado de saúde, o documento trouxe em sua estrutura a preocupação com as estratégias de ação passíveis de acompanhamento, com o reforço da promoção da saúde de caráter regulatório, focada na mudança dos estilos de vida e na redução de fatores de risco (BRASIL, 2006a).

Foram definidas estratégias prioritárias que reforçaram essa perspectiva de promoção da saúde. Elas visavam o controle e prevenção de doenças, como: alimentação saudável; prática corporal e atividade física; controle do tabagismo; redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; prevenção da violência e cultura da paz; e a promoção do desenvolvimento sustentável. Essa política mediou diferentes interesses e grupos do MS e acabou conformando um texto com diferentes enfoques, num consenso possível (SILVA; BAPTISTA, 2015).

Após sete anos, em 2013, o MS desencadeou o processo de revisão da PNPS, com o objetivo de sintonizá-la com as novas demandas para a saúde e fortalecer a promoção da saúde como estratégia de produção do cuidado no SUS. A revisão da PNPS, ocorrida em 2014, apoiou-se na necessidade de incrementar as ações de promoção da saúde no território, garantindo sua consonância com os princípios e diretrizes do SUS. Toda a fundamentação legal apresentada no documento conferiu um tom de articulação e íntima relação com os pressupostos das demais políticas de saúde, as quais precisavam se debruçar sobre a lógica de organização do SUS, com um olhar voltado para o território e, a partir dele, considerando a regionalização e um conjunto claro de dispositivos de financiamento e cogestão (BRASIL, 2014; BRASIL, 2017; MALTA et al., 2016).

O texto revisado da política fundamentou-se no conceito ampliado de saúde e nos referenciais teóricos da promoção da saúde. Buscou a produção da saúde nos âmbitos individual e coletivo, enfatizando a necessidade de articulação intra e intersetorial e da Rede de Atenção à Saúde (RAS) com as demais redes de proteção, privilegiando a participação e o controle social. O objetivo geral da PNPS continuou em torno da redução de vulnerabilidade e

riscos à saúde e da qualidade de vida, no sentido da promoção da equidade e da melhoria das condições e modos de viver. Dentre os temas prioritários, foram mantidos aqueles tratados como ações estratégicas na PNPS de 2006, sendo acrescentado o conceito ampliado de promoção da mobilidade segura e da formação e educação permanente, ambos, de alguma forma, já presentes em 2006 (BRASIL, 2014; SILVA; BAPTISTA, 2015).

Em suma, a PNPS, institucionalizada no SUS em 2006 e revisada em 2014, assumiu o objetivo de promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade de saúde individual e coletiva e reduzindo a vulnerabilidade e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (WESTPHAL; FRANCESCHINI, 2016).

Segundo Westphal e Franceschini (2016), são necessários amplos recursos para que a PNPS operacionalize, oficialmente, sua colaboração no enfrentamento da questão da exclusão, ou melhor, das iniquidades em saúde no Brasil. Isso, extrapola os limites do SUS, necessitando de integração com outras políticas públicas e o apoio da sociedade, na impossibilidade do setor público de saúde responder sozinho pelas ações sobre os determinantes e os condicionantes sociais, culturais, econômicos e ambientais da saúde.

2.4 A Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS)

2.4.1 O processo de construção e institucionalização

Na perspectiva do processo de construção da PNPS, a temática da Promoção da Saúde vem sendo desenvolvida desde o ano de 2007 pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES-MG), quando foi criada a Gerência de Promoção da Saúde por meio do Decreto Estadual nº 44.479, de 09 de março de 2007.

Em 2009, o Decreto nº 45.038, de 06 de fevereiro de 2009, instituiu a Assessoria de Promoção à Saúde. Em 2011, por meio do Decreto nº 45.812, de 14 de dezembro de 2011, passou a ser denominada Diretoria de Promoção à Saúde e de Agravos Não Transmissíveis, estando alocada na Superintendência de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador.

A partir de 2012, a área de promoção da saúde da SES-MG iniciou uma agenda de trabalho com os municípios, de forma a sistematizar e monitorar as ações realizadas. Em 2015, com o intuito de potencializar e fortalecer as ações de promoção da saúde no estado, a área foi reconduzida à Superintendência de Atenção Primária à Saúde (SAPS), como Diretoria

de Promoção à Saúde (DPS), com a proposta de elaborar e implementar a Política Estadual de Promoção à Saúde (POEPS) (MINAS GERAIS, 2017; CAMPOS, 2017). Em 2019, por meio do Decreto nº 47.769, de 29 de novembro de 2019, a DPS foi oficialmente integrada à Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS).

A construção da POEPS foi motivada pela revisão da PNPS, com o propósito de acelerar a inserção das ações de Promoção da Saúde na rotina dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) nos municípios mineiros. Além do efeito indutor, próprio das políticas públicas, ela propicia, por meio da divulgação/discussão nas instâncias do SUS, práticas de educação permanente para estes profissionais. Essa construção deu-se a partir de discussões internas da Diretoria de Promoção à Saúde da SES-MG (DPS/SES-MG) quando da implementação das ações da PNPS. Com diagnóstico das ações de promoção da saúde em desenvolvimento, sinalizou-se a necessidade de agregar as especificidades do estado à PNPS, o que culminou com o interesse e decisão política à época de fortalecer a promoção da saúde no SUS-MG (CAMPOS, 2017).

O processo de discussão e priorização das diretrizes em promoção da saúde em Minas Gerais culminou com a publicação da POEPS em 19 de abril de 2016, por meio da Resolução SES/MG nº 5.250. A partir de então, o SUS-MG passa a entender a promoção da saúde como

[...] Estratégia de articulação transversal na qual um conjunto de intervenções individuais, coletivas e ambientais, de responsabilidades intersetoriais, é responsável por atuar sobre os determinantes sociais da saúde (DSS) e, dessa forma, reduzir a vulnerabilidade e as desigualdades sociais e empoderar indivíduos e comunidades para serem ativos sobre a produção da sua saúde (MINAS GERAIS, 2016, p. 2).

A política traz em seu corpo os valores e princípios, as estratégias operacionais, as estratégias transversais, os fundamentos e os temas como balizadores das ações de promoção da saúde (MINAS GERAIS, 2016; 2017).

No processo de construção da POEPS, os principais resultados visualizados foram a criação de uma política estadual elaborada por meio de um planejamento ascendente, representando as especificidades regionais, com monitoramento de indicadores utilizados para acompanhar o desenvolvimento das ações de promoção da saúde. Importante destacar que o estado de Minas Gerais é pioneiro no Brasil em construir uma política de promoção da saúde e criar incentivo financeiro visando apoiar os municípios na sua implementação como uma forma de priorizá-la no SUS (MINAS GERAIS, 2017; CAMPOS et al., 2017).

2.4.2 O processo de implementação nos municípios

A implementação da POEPS no estado teve início com a adesão de 852 municípios, ao assinarem o termo de compromisso no sistema Gerenciador de Indicadores, Compromissos e Metas (GEICOM), em 2016, conforme disposto na Resolução SES/MG nº 5.250/2016. A partir desse momento, os municípios assumiram o compromisso de desenvolver as ações de promoção da saúde constantes no termo de pactuação de indicadores e metas (Quadro 1). Também, passaram a ter direito ao incentivo financeiro para cofinanciamento, a ser utilizado, exclusivamente, em ações e serviços de promoção da saúde. Uma recomendação explicitada é a destinação de parte do incentivo para educação permanente dos profissionais que executam e coordenam as ações de promoção da saúde nos municípios (MINAS GERAIS, 2016).

Quadro 1 - Indicadores/ações e respectivos objetivos pactuados pelos municípios na adesão à POEPS em 2016

Indicadores/ações	Objetivos
Realizar ações de práticas corporais e/ou atividades físicas para a população.	Estimular o aumento do gradiente de saúde por meio das práticas corporais e/ou atividades físicas. Atividades essas que devem ser planejadas e executadas, considerando os determinantes sociais de saúde do território.
Realizar, junto à comunidade, atividades coletivas de Educação em Saúde voltadas para Promoção da Saúde.	Estimular o empoderamento, a capacidade para tomada de decisão e a autonomia de sujeitos e coletividades por meio do desenvolvimento de habilidades pessoais e de competências em promoção e defesa da saúde e da vida.
Implementar o Programa Saúde na Escola (PSE) no município.	Articular políticas públicas intrasetoriais e intersetoriais relacionadas à promoção da saúde.
Realizar o Registro do Consumo Alimentar de crianças menores de dois anos.	Estimular discussões sobre modos de consumo e produção que estejam em conflito de interesses com os princípios e valores da promoção da saúde e que aumentem vulnerabilidades e riscos à saúde.
Realizar o acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias no Programa Bolsa Família (PBF).	Estimular a promoção da saúde como parte da integralidade do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) articulada às demais redes de proteção social.

Fonte: Adaptado de Minas Gerais (2016)

A SES-MG monitora o processo de implementação da POEPS nos municípios por meio do acompanhamento quadrimestral dos indicadores pactuados, consolidando os dados no Sistema de Gerenciamento de Resoluções Estaduais de Saúde (SiG-RES) (MINAS GERAIS, 2016).

2.5 Avaliação de políticas públicas de saúde

2.5.1 Políticas públicas e políticas públicas de saúde: conceitos e contextualização

O documento relativo a uma política pode ser apresentado como a expressão de um processo de negociação e consenso em torno de uma questão, refletindo o contexto em que se insere. Nesse sentido, a política passa a ser entendida como um processo dinâmico, que se constitui a partir da mediação de conflitos, disputas e interesses dos atores e grupos envolvidos no debate (SILVA; BAPTISTA, 2015).

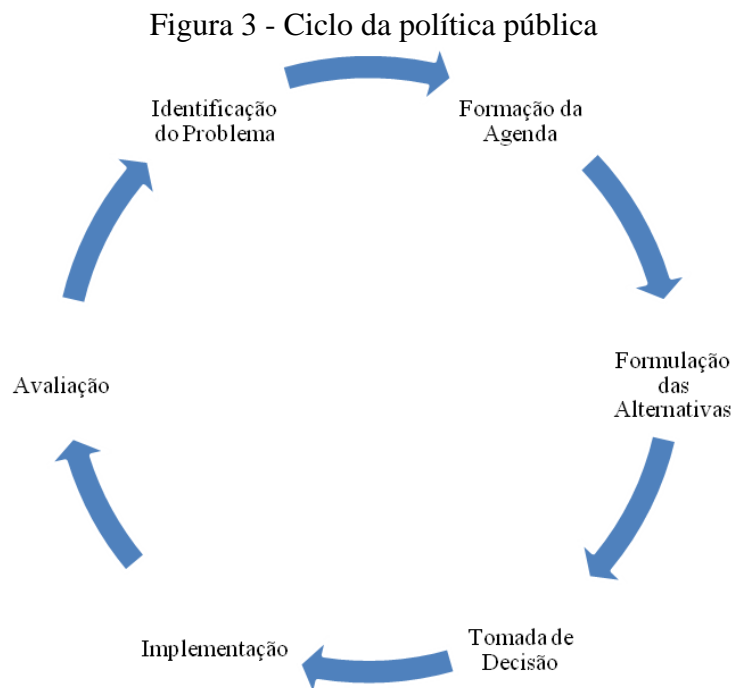
Há várias definições para políticas públicas, porém, segundo Secchi (2013), não existe, necessariamente, uma definição e que qualquer tentativa em fazê-la é arbitrária. Dessa forma, a política pública será aqui resumida como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente) (SOUZA, 2006).

Segundo Souza (2006), se a política pública for admitida em um campo holístico, isto é, uma área que situa diversas unidades em totalidades organizadas, uma de suas implicações é que a área se torna território de várias disciplinas, teorias e modelos analíticos. Dessa forma, apesar de possuir suas próprias modelagens, teorias e métodos, a política pública, embora seja formalmente um ramo da ciência política, não se resume a ela. Pode, ainda, ser objeto analítico de outras áreas do conhecimento, inclusive da econometria, já bastante influente em uma das subáreas da política pública, a da avaliação, que também vem recebendo influência de técnicas quantitativas.

Aspectos relevantes ainda são pontuados por Secchi (2013), como: distinguir entre o que é planejado e o que é, na realidade, executado; que, apesar de ser elaborada pelo governo, envolve vários atores sociais e diferentes níveis de decisão; é abrangente e não se limita a leis e regras; tem objetivos delineados com ações intencionais; pode gerar impactos de curto e longo prazo; e envolve processos, sendo necessário planejar, implementar, acompanhar e avaliar.

Nesse sentido, o ciclo da política pública considera o processo político como algo dinâmico, organizado no tempo e composto por etapas bem demarcadas, o que permite possibilidades de aprendizagem com o próprio dinamismo do processo (DALFIOR et al., 2015).

Observa-se na Figura 3, que explicita as fases do ciclo das políticas públicas, que a implementação, resultante da tomada de decisão, é a fase em que são produzidos os resultados concretos da política pública (SECCHI, 2013). Deve-se esclarecer que a apresentação gráfica do modelo é meramente didática e elucidativa, pois o ciclo de políticas públicas é “um complexo fluxo de ações e decisões de governo; um conjunto de *stakeholders* que dão sustentação à política, e; finalmente, por ‘nós’ críticos” (Silva, 1999, p. 104).



Fonte: Adaptado de Secchi (2013)

Definida a implementação como processo de transferência de uma intervenção no plano operacional, ou seja, à sua integração em um determinado contexto organizacional, a sua análise procura determinar as razões das diferenças nos contextos em que as intervenções estão inseridas (CHAMPAGNE et al., 2011a). Dessa forma, a fase de implementação de uma política é considerada crítica em função dos atores envolvidos, dos instrumentos estabelecidos e do grau de centralização dos processos. Salienta-se, ainda, a alta complexidade do processo de implementação e, sobretudo, sua capacidade de gerar consequências sobre o funcionamento das organizações de saúde. No contexto institucional brasileiro, isto é especialmente verdadeiro nos municípios de pequeno porte, nos quais se destacam a forte diferenciação funcional e, principalmente, os problemas de coordenação e cooperação intergovernamental (SILVA; MELO, 2000).

Devido a essa complexidade de elementos que se convergem na fase de implementação, faz-se necessário maior aprofundamento no entendimento dessa etapa, a fim de compreender o processo político de forma mais dinâmica e interativa (MATTOS; BAPTISTA, 2015).

As políticas públicas de saúde, por sua vez, são ações governamentais que regulam e organizam as funções públicas do estado para o ordenamento do setor, referindo-se tanto às atividades governamentais executadas diretamente pelo aparato estatal como àquelas relacionadas à regulação de atividades realizadas por agentes econômicos. Procuram a resolução de questões políticas, bem como responder aos anseios da sociedade, o seu contexto e os resultados da disputa entre os diferentes atores sociais (LUCCHESI et al., 2004).

Após a Segunda Guerra Mundial, fatores condicionantes elucidados a partir da hegemonia norte-americana e pela divisão do mundo em dois polos – capitalista e socialista –, contribuíram para a mudança da relação entre estado e sociedade. A busca de respostas às demandas sociais implicou na democratização e implementação da política social sustentada pelo estado de bem-estar social efetivada nos países desenvolvidos. No contexto brasileiro, o estado passou a demonstrar sua influência a partir de uma política desenvolvimentista e de planejamento de sua intervenção. A saúde foi considerada como fator econômico junto a outras políticas, correlacionada ao controle social subordinador e ao bom andamento da economia (SARRETA, 2009).

Com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que instituiu a Seguridade Social como o padrão de proteção social a ser institucionalizado no país, a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado. Com isso, sua concepção foi ampliada e o entendimento de que a garantia desse direito passou a exigir do Estado políticas econômicas e sociais orientadas à redução de riscos de doenças e outros agravos, não apenas pela expansão do espectro das políticas públicas relacionadas à saúde, mas, também, solicitando dos formuladores das políticas de saúde a interlocução com outros setores (BRASIL, 2016; LUCCHESI, 2004).

Portanto, no Brasil, toda e qualquer política de saúde deve estar em conformidade com o que dispõem a Constituição de 1988, preconizado pelos artigos 196 a 200, que estabelece os princípios, diretrizes, bases de financiamento e competências gerais do SUS, por meio da Lei 8080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e, da Lei 8142/90, que instituiu duas “instâncias colegiadas” para a “participação da comunidade” na gestão do SUS em cada esfera de governo (BRASIL, 1990a; 1990b; 2016).

Dessa forma, o SUS passou a ser uma rede de ações e serviços regionalizada e hierarquizada no território nacional, com universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência: integralidade da assistência; igualdade na assistência; descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo; e participação da comunidade (LUCCHESI, 2004).

2.5.2 A avaliação de políticas públicas

Estudos na área de políticas públicas no Brasil têm se mostrado crescentes, contudo, insuficientes para que os trabalhos produzidos em determinada área temática se constituam em efetiva contribuição ao conhecimento (ARRETCHE, 2003). Segundo a autora, isso se deve ao fato de que o campo ainda carrega uma história muito difusa de métodos, temas e teorias. Assim, cita como avanço o fato da superação da fase dos estudos nos quais predominaram as avaliações referentes ao sucesso ou fracasso das políticas, em direção à análise dos condicionantes que explicam tais resultados e, como ponto a ser superado, a dominância dos estudos sobre o processo decisório em detrimento de estudos sobre implementação (ARRETCHE, 2003).

No que diz respeito aos sistemas de saúde, de acordo com Contandriopoulos (2006), estes estão em crise no mundo inteiro, necessitando de reformulação e aprofundamento em conhecimentos científicos sólidos por parte dos gestores e planejadores.

Em relação à avaliação de políticas, conforme explicam Rutman e Mowbray (1983), não existe uma só definição consistente para avaliação de políticas e programas. Para esses autores, é possível compreender a avaliação como o uso de métodos científicos para mensurar e analisar o processo de implementação e examinar a natureza dos objetivos alcançados a fim de orientar o processo decisório. Nessa direção, eles sugerem os eixos estruturais das intervenções, traduzidos em componentes, recursos, objetivos e efeitos pretendidos, que são interdependentes e devem expressar laços coerentes com o problema que se busca superar. Caracterizando o quadro conceitual e metodológico que envolve cada iniciativa, é possível compreender como as concepções estão sendo implementadas, se existem deslocamentos em relação ao desenho original, podendo identificar e antecipar impactos não previstos, apontando caminhos para correção de rotas e desenho de novas alternativas.

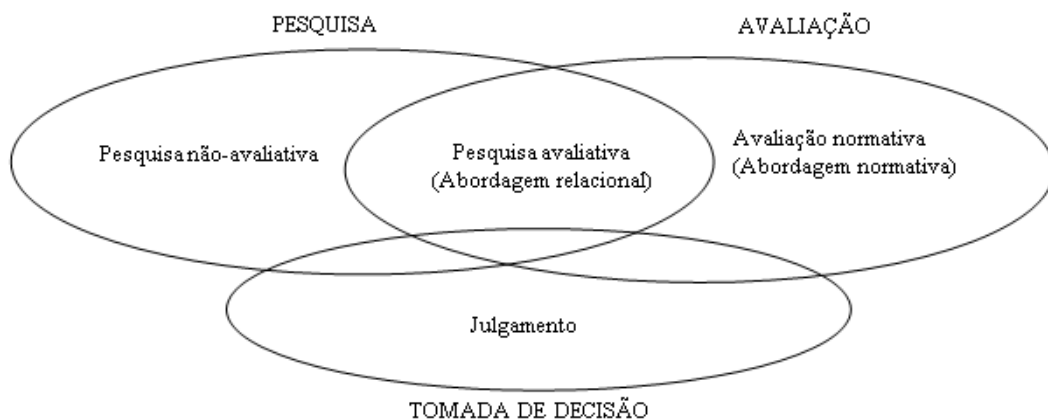
O foco apenas em resultados finalísticos não garante informações substantivas para gestores e demais agentes decisórios sobre as alternativas necessárias na condução dos programas/políticas. Para avançar em modelos explicativos e práticas efetivas, é importante

analisar profundamente o desenho lógico dos programas, os obstáculos, as resistências e, também, as oportunidades de cada contexto, assim como a natureza das mudanças ao longo do tempo (MAGALHÃES, 2016).

A análise de políticas públicas, por sua vez, busca reconstituir suas características de forma a apreendê-las em um todo coerente e compreensível, dando sentido e entendimento às ambiguidades, incoerências e incertezas presentes em todos os momentos e estágios da ação pública. Permite identificar os fatores facilitadores e os obstáculos que operam ao longo da implementação, sem se preocupar diretamente com os resultados, pautando-se na apreciação dos processos que, em última instância, determinam as características gerais da política (DAGNINO; DIAS, 2008). A avaliação de uma política pode ser definida como um julgamento de valor sobre uma intervenção ou sobre algum dos seus componentes, com o objetivo de subsidiar a tomada de decisão (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Por um lado, esta definição permite considerar a avaliação como intervenção formal, mobilizando recursos e atores em torno de uma finalidade explícita, ou seja, como um sistema organizado de ação. Por outro lado, permite visualizar as ligações e diferenças entre três áreas distintas: pesquisa, avaliação e tomada de decisão (Figura 4) (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Figura 4 - Relação entre pesquisa, avaliação e tomada de decisão

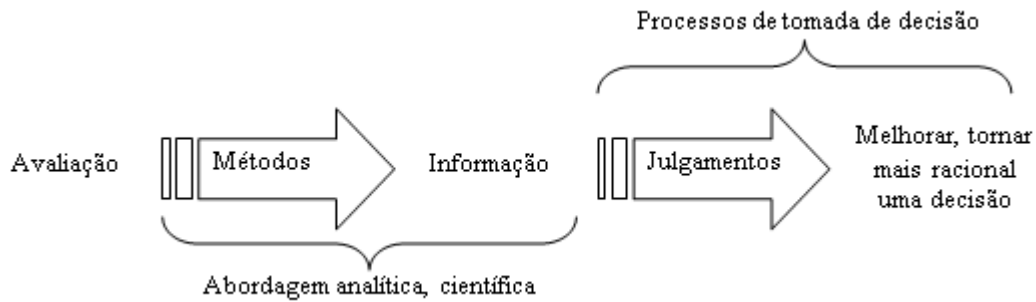


Fonte: Contandriopoulos (2006)

Para Contandriopoulos (2006), no plano conceitual, estas três áreas estão interligadas, mas não se sobrepõem. A avaliação se distingue da pesquisa por seu caráter normativo. Ela visa, não somente a medir os efeitos de uma intervenção e a entender como foram obtidos, mas, também, a julgá-la. É nesta área que as instâncias de decisão, de posse dos resultados da avaliação, elaboram seus julgamentos, expressam seus valores e manifestam suas intenções

estratégicas (Figura 5). Dessa forma, pode-se conceber que os resultados de uma avaliação não se traduzem automaticamente em uma decisão, mas, espera-se que as informações produzidas contribuam para o julgamento de determinada situação com maior validade, influenciando positivamente as decisões.

Figura 5 - Avaliação e decisão



Fonte: Contandriopoulos (2006)

As políticas públicas podem ser analisadas sob a vertente da avaliação normativa, que procura verificar se a intervenção corresponde às expectativas, ou seja, consiste em emitir um juízo sobre a estrutura, os processos e os resultados em comparação com determinadas normas, e/ou da pesquisa avaliativa, permitindo analisar e compreender as relações de causalidade entre os diferentes componentes da intervenção. Essa análise, quando ocorre durante a execução da intervenção, isso é, na perspectiva formativa, tem como finalidade o seu aperfeiçoamento contínuo (CHAMPAGNE et al., 2011a; 2011c; 2011d).

Assim, o propósito fundamental da avaliação é dar amparo aos processos de decisão, subsidiar a identificação de problemas, reorientar ações e serviços, avaliar a incorporação de novas práticas e aferir o impacto das ações implementadas (HARTZ; SILVA, 2005).

Todos os processos avaliativos podem contribuir para a tomada de decisão e a melhoria da intervenção. Contudo, para que o processo seja formativo, para que contribua com a aprendizagem dos sujeitos envolvidos, eles devem fazer parte do todo e não apenas da fase de compartilhamento dos resultados (ALVES et al., 2010). Nesse sentido, a constituição de juízo de valor e seus condicionantes, pouco explorados no período de constituição da avaliação de quarta geração, ganham novamente relevância no discurso dos avaliadores, associado às questões sobre o uso e influências deste à tomada de decisão (ALVES et al., 2010).

Os julgamentos, por sua vez, são declarações sobre o mérito do programa/política, sua validade e significado, que são formados quando as descobertas e interpretações são comparadas aos padrões estabelecidos na avaliação (ALVES et al., 2010). Para isso, na etapa de julgamento, são atribuídos valores aos critérios avaliados, sem os quais não é possível emanar um juízo de valor e, dessa forma, o estudo não será avaliativo. Portanto, devem ser organizados o método e os instrumentos para se atingir a finalidade da avaliação (ALVES et al., 2010).

2.5.3 Avaliação em saúde

A institucionalização da avaliação das políticas de saúde extrapola o contexto nacional e tem se fortalecido a partir de uma rede de atores institucionais que inclui, por exemplo, a OMS e o Banco Mundial. Apesar disso, no Brasil, o movimento de constituição de uma política de avaliação articulada à gestão é muito recente e caracterizado por abordagens fragmentárias e conservadoras, que vão na contramão dos processos adotados pelos países desenvolvidos (FONSECA; MENDONÇA, 2014).

O movimento de institucionalização do Monitoramento e Avaliação teve início na década de 2000, num contexto marcado pelo avanço dos processos de descentralização do sistema de saúde no Brasil (CRUZ, 2011). Tanto a implantação como a consolidação do SUS envolveu, e continua envolvendo, atores e contextos locais diversos, relações de poder, reorganização de serviços e realocação do processo decisório (CRUZ, 2011), características que, segundo Contandriopoulos (2006), imprimem um olhar diferenciado e justificam a existência de análises ou, propriamente, de avaliações das políticas de saúde como um processo permanente e contínuo.

Nesse contexto, os municípios, que antes não possuíam grande autoridade e pouca capacidade administrativa, passaram a executar a política de saúde, o que gerou alguns problemas, principalmente, devido à precariedade na execução dos serviços de saúde no âmbito municipal. Desde então, para controle e avaliação deste processo, o MS e as Secretarias de Estado de Saúde passaram a gerar e disponibilizar inúmeros indicadores com o intuito de produzir informações e suas análises (PESTANA; MENDES, 2004).

No cotidiano da gestão em saúde, ainda são concentrados mais esforços em avaliações operacionais, do tipo normativa, que propriamente em pesquisas avaliativas. Em geral, as pesquisas avaliativas são objetos de maior interesse para a academia que podem estar mais ou menos articuladas com a gestão ou respondendo a perguntas de interesse para a sociedade

civil organizada. Essa articulação é importante por entender que as atividades de avaliação são etapas essenciais de uma gestão de qualidade (CRUZ; SANTOS, 2007). Isso, na medida em que fornece informações sobre necessidades de reajustes na intervenção, estabelece evidências sobre a efetividade das ações, permite a prestação de contas aos atores envolvidos, inclusive os financiadores e provê informações úteis para a formulação de políticas, sem deixar de contemplar o contexto, assim como aprimora o processo de tomada de decisão (CRUZ, 2011).

Em se tratando das ações em promoção da saúde, essas, em geral, têm diferentes alvos, combinam ações multiníveis e intersetoriais e possuem resultados flexíveis a partir de interação com o contexto social. Dada a complexidade dessas intervenções não é possível determinar um único método ou estratégia para avaliar evidências de maneira absoluta, mas, buscar compatibilizar a natureza complexa das ações e os objetivos da avaliação e evitar “oposições esterilizantes” entre medir e compreender ou entre métodos quantitativos e qualitativos (NUTBEAM, 1999).

Nessa vertente, no Brasil, alguns estudos já têm sido realizados na área da saúde utilizando a abordagem avaliativa proposta para esse estudo, utilizando métodos qualitativos e/ou quantitativos e a matriz de análise e julgamento para definir o grau de implementação. Dentre eles, pode-se citar, a pesquisa de Felisberto et al. (2002), que procuraram avaliar o grau de implantação alcançado pela estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) no estado de Pernambuco e como o grau de implantação dessa estratégia era condicionado pelo contexto organizacional no nível municipal. Bezerra et al. (2009) avaliaram o grau de implantação da vigilância epidemiológica na Secretaria Municipal de Saúde do Recife, estado de Pernambuco, de modo a contribuir para a tomada de decisão. Costa (2013) avaliou a implementação da Vigilância Epidemiológica no município de Itaboraí no estado do Rio de Janeiro. Em 2017, Donateli et al. realizaram um estudo, do tipo avaliativo, incorporando a avaliação normativa em sete municípios da Zona da Mata Mineira, com o objetivo de verificar o grau de atuação da Vigilância em Saúde, Souza, Vanderlei e Frias (2017) avaliaram a implantação das ações do Programa de Controle da Hanseníase no município de Camaragibe, Pernambuco. Dentre os estudos encontrados utilizando a metodologia citada, apenas um refere-se à avaliação de Política de Promoção da Saúde, sendo este um estudo qualitativo de avaliabilidade da PNPS, em uma região de saúde do nordeste brasileiro, realizado por Dias, M. S. A. et al. (2018).

No que se refere à avaliação da política de promoção da saúde, observa-se que, apesar dos esforços, há escassez tanto na definição de instrumentos, indicadores e fluxos para

avaliação como de estudos avaliativos. Em relação à PNPS, foi encontrado um estudo de Oliveira et al. (2017) que desenvolveram e aplicaram uma matriz de avaliação, construída por meio de indicadores qualiquantitativos e multidimensionais, para avaliar programas de promoção da saúde em territórios de vulnerabilidade social, no município de Laje do Muriaé, Rio de Janeiro. Malta et al. (2018) realizaram um estudo de revisão narrativa, abrangendo estudos publicados e documentação institucional com o objetivo de analisar os avanços e os desafios da implementação da PNPS quanto às suas agendas prioritárias. No que tange à POEPS, não houve nenhum achado de estudos referentes à avaliação da sua implementação ou de seus resultados. Foi encontrado apenas um artigo, de Campos et al. (2017), que descreve o processo de construção da Política.

Na literatura são encontrados vários estudos sobre ações específicas de promoção da saúde, que não abordam a implementação da Política. A esse exemplo, pode-se citar o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), criado em 2011, pelo MS, com o intuito de fortalecer a APS. Essa proposta salientava a importância de institucionalizar uma cultura de avaliação da APS no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados (BRASIL, 2015b; 2015c). A avaliação apresentada no PMAQ-AB foi orientada para as atividades e ações dos profissionais, tendo como proposta auxiliar na identificação de áreas prioritárias voltadas para os usuários e apoiar os gestores no desenvolvimento de linhas de ação que produzam melhoria das ações prestadas à população. Em relação às ações de promoção da saúde, o PMAQ-AB apresentou limitações como o enfoque reduzido às ações educativas a grupos específicos, além de não permitir avaliar a sua implementação (TEIXEIRA et al., 2014).

3 METODOLOGIA

3.1 Contextualização do estudo

Este trabalho é um subprojeto integrante do Projeto de Pesquisa “Avaliação da Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS-MG) do estado de Minas Gerais: potencialidades e desafios”, que tem como objeto de intervenção a análise da POEPS. O referido projeto trata de um estudo transversal, quali quantitativo, adaptado da metodologia de avaliação de quarta geração¹, com o objetivo de avaliar o processo de implementação da POEPS no âmbito do estado, sendo composto pelas seguintes etapas:

1. Formalizar o contrato: que trata da adesão dos municípios à POEPS.
2. Organizar a avaliação: visa avaliar a implementação da Política nas Unidades Regionais de Saúde (URS's) e nos municípios.
3. Identificar os grupos de interesse (*stakeholders*): formar grupos representantes das regiões administrativas do estado na saúde, compostos por referências técnicas regionais de promoção da saúde, para formar os círculos hermenêuticos-dialéticos.
4. Gerar construção conjunta e colaborativa: agrupar informações, documentos e observações em relação à implementação da POEPS e definir um objeto específico para avaliação, apresentando características, benefícios e dificuldades.
5. Coletar informações/aumentar nível de esclarecimento: reconstruir uma contribuição, com base nas informações compartilhadas dos indicadores, metas alcançadas até o momento do processo de avaliação, além dos planos de promoção da saúde e instrumentos de gestão, complementar às contribuições obtidas nos círculos hermenêuticos, baseando-se em informações e estudos que comprovem o resultado obtido até esta etapa.
6. Divulgar os resultados: apresentar os dados obtidos durante o processo de avaliação.

O projeto encontra-se em andamento, com a etapa 01 finalizada no momento em que os 852 municípios formalizaram a adesão à POEPS. A etapa 02, que trata da organização da avaliação da POEPS, está em andamento e é subdividida em dois momentos. O primeiro,

¹ A avaliação de quarta geração é caracterizada pelo processo de negociação entre avaliado e avaliador, de forma participativa e inclusiva, incluindo negociação, juízos, critérios e ações integradas, envolvendo todos os atores do processo avaliado, em que a própria avaliação possa ser tratada e considerada como processo de aprendizagem permanente (GUBA; LINCOLN, 1992).

contempla a avaliação da implementação da política nas URS, realizado pela Diretoria de Promoção à Saúde (DPS) da SES-MG em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e o Ministério da Saúde (MS)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em 2017, da qual participaram todas as 28 URS's. O segundo momento, visa à avaliação da implementação nos municípios, no qual este estudo se insere.

3.2 Desenho do estudo

O presente estudo é do tipo observacional, transversal, descritivo, com opção pelo método quantitativo.

Nos estudos observacionais transversais o pesquisador não exerce controle sobre variáveis, limitando-se à observação e registro de eventos para posterior análise, produzindo um retrato instantâneo de uma situação num determinado momento (PEREIRA, 2001).

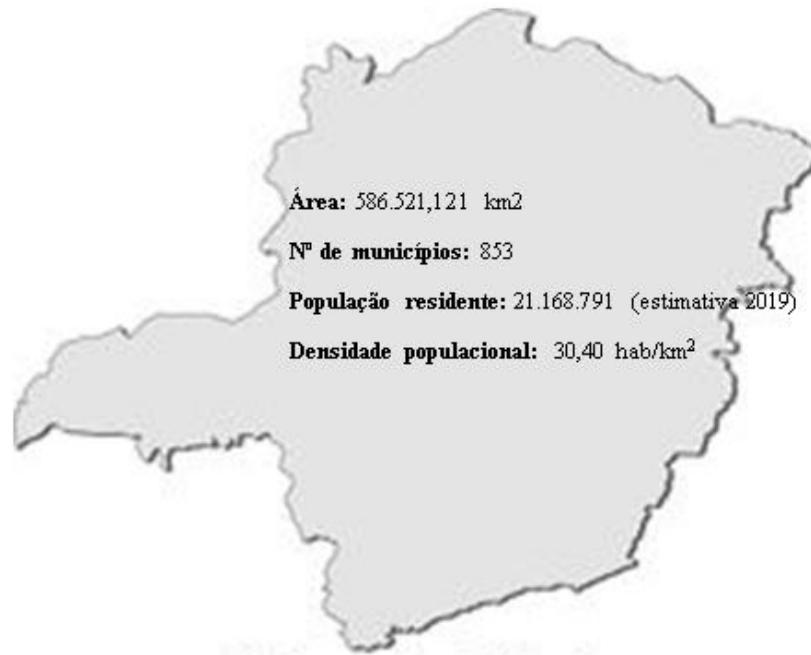
Os estudos descritivos têm por objetivo informar sobre a frequência de um evento, mostrar ou identificar variações desses dados na população, em diferentes épocas e lugares, buscando identificar um padrão entre os casos estudados (ROUQUAYROL; BARRETO, 2003).

O método quantitativo, permite determinar a força de associação entre variáveis, a generalização e objetivação dos resultados por meio de uma amostra para fazer inferência a uma população da qual toda amostra procede. Após o estudo da associação ou correlação, ele pretende, por sua vez, fazer inferência causal que explique por que as coisas acontecem ou não de certa maneira (FERNÁNDEZ; DÍAZ, 2002).

3.3 Área do estudo

O estudo foi realizado no estado de Minas Gerais, situado na região Sudeste do Brasil, cujo panorama é apresentado na Figura 6.

Figura 6 - Panorama do Estado de Minas Gerais, Brasil, 2019



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019)

A maioria dos municípios, aproximadamente 57,0%, é de pequeno porte, apresentando população menor de 10.000 habitantes. 40,0% tem população maior que 10.000 e menor que 100.000 habitantes e, apenas 3,0%, tem uma população com mais de 100.000 habitantes. A área da saúde apresenta uma divisão político-administrativa formada por 28 URS's, responsáveis por garantir a gestão do Sistema Estadual de Saúde na região, visando assegurar a qualidade de vida da população com uma maior integração estado/município, o que permite uma assessoria descentralizada.

O espaço territorial mineiro, dos 853 municípios, foi recortado em 14 macrorregiões e 89 microrregiões de saúde, que são territórios sanitários de organização das redes de atenção à saúde, numa perspectiva de atendimento às necessidades de saúde da população do estado, de forma a permitir que se constituam redes de atenção à saúde, eficientes e de qualidade (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2011; MINAS GERAIS, 2019).

3.4 Sujeitos da pesquisa

Segundo Vergara (1998), a população é um conjunto de elementos que possuem as características necessárias ao objeto de estudo, sendo a amostra uma parte desse universo a ser escolhida. A população deste estudo (n=852), foi composta pelos municípios que aderiram à

POEPS no período avaliativo compreendido entre o segundo quadrimestre de 2016 ao terceiro quadrimestre de 2018, representando oito quadrimestres avaliativos. O primeiro quadrimestre de 2016 não foi incluído, porque, nesse período, não ocorreu avaliação dos indicadores, sendo atribuída nota total para todos os municípios no cumprimento de todos os indicadores.

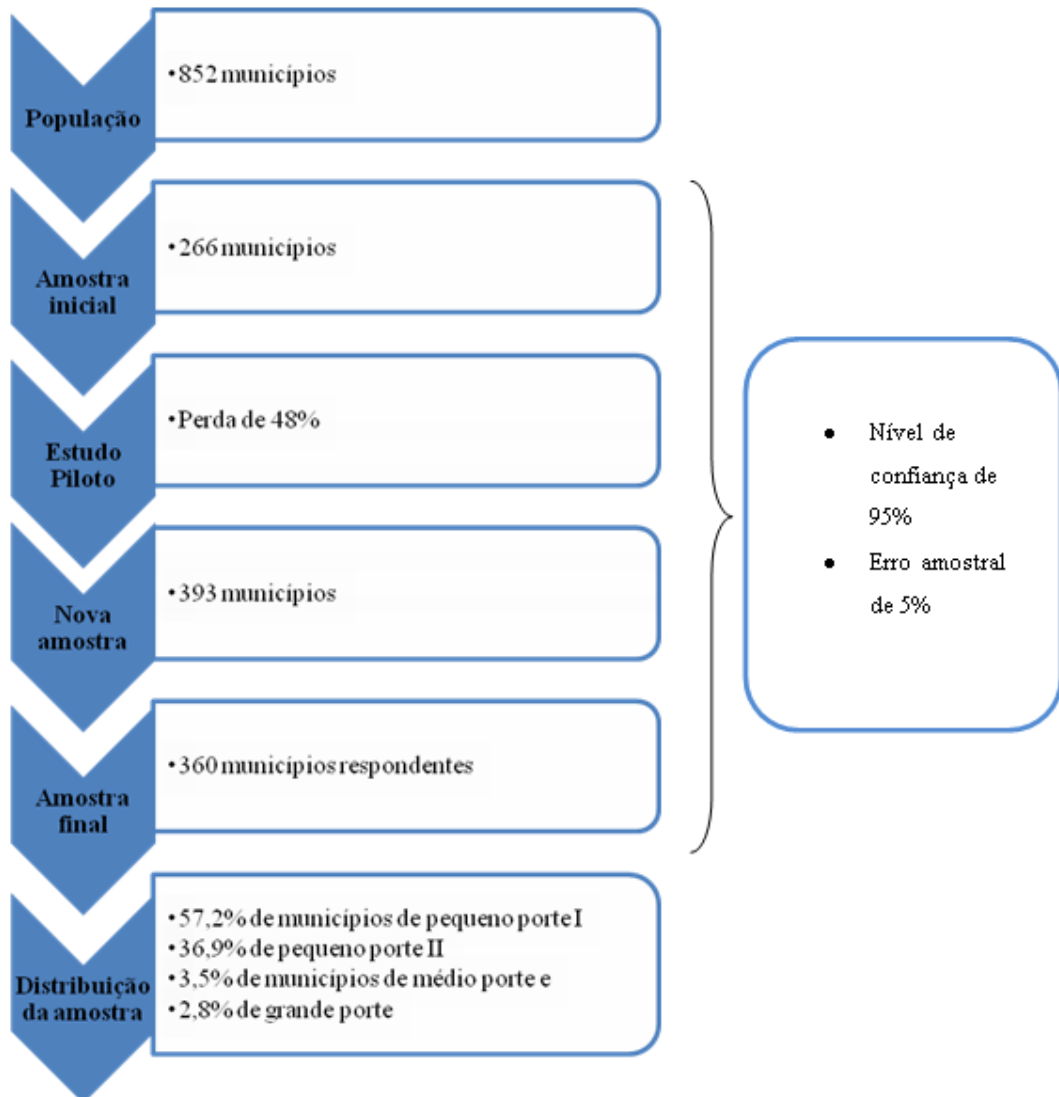
A amostra, por sua vez, deve ser capaz de representar a relevância do fenômeno, ou seja, neste caso, a fase de implementação municipal da POEPS, em termos de experiência e envolvimento dos participantes (FLICK, 2009). A amostra foi probabilística, do tipo aleatória simples, em que, cada elemento da população, teve uma determinada chance de ser selecionado, de modo que cada membro da população teve a mesma chance de ser incluído na amostra (VERGARA, 1998).

Para subsidiar o cálculo da amostra, foi realizado um estudo piloto com o objetivo de avaliar o instrumento que seria utilizado na coleta de dados e a metodologia em relação à replicabilidade, sensibilidade, clareza e adequação ao objetivo da pesquisa. Isso se deve por ser ele definido como um instrumento capaz de reproduzir eficazmente e em escala reduzida parte significativa dos meios encontrados pelo pesquisador no momento definitivo de coleta de dados, com vistas a constituir os fundamentos necessários para o debate a que se propõe na pesquisa, garantindo ampliação da qualidade das fontes construídas para a construção do conhecimento científico (SILVA; OLIVEIRA, 2015).

Para o estudo piloto, foram escolhidos, aleatoriamente, 46 municípios em 24 URS's e aplicada a metodologia proposta. Desses, 52% responderam ao questionário, resultando em uma perda de 48% da amostra. Ressalta-se que esta perda foi considerada no cálculo final amostral.

Desta forma, conforme observado no cálculo amostral (Figura 7), estipulou-se que o questionário seria enviado a 393 municípios. Ao final, obteve-se a participação de 360 municípios respondentes, superando o n inicial.

Figura 7 – Cálculo amostral

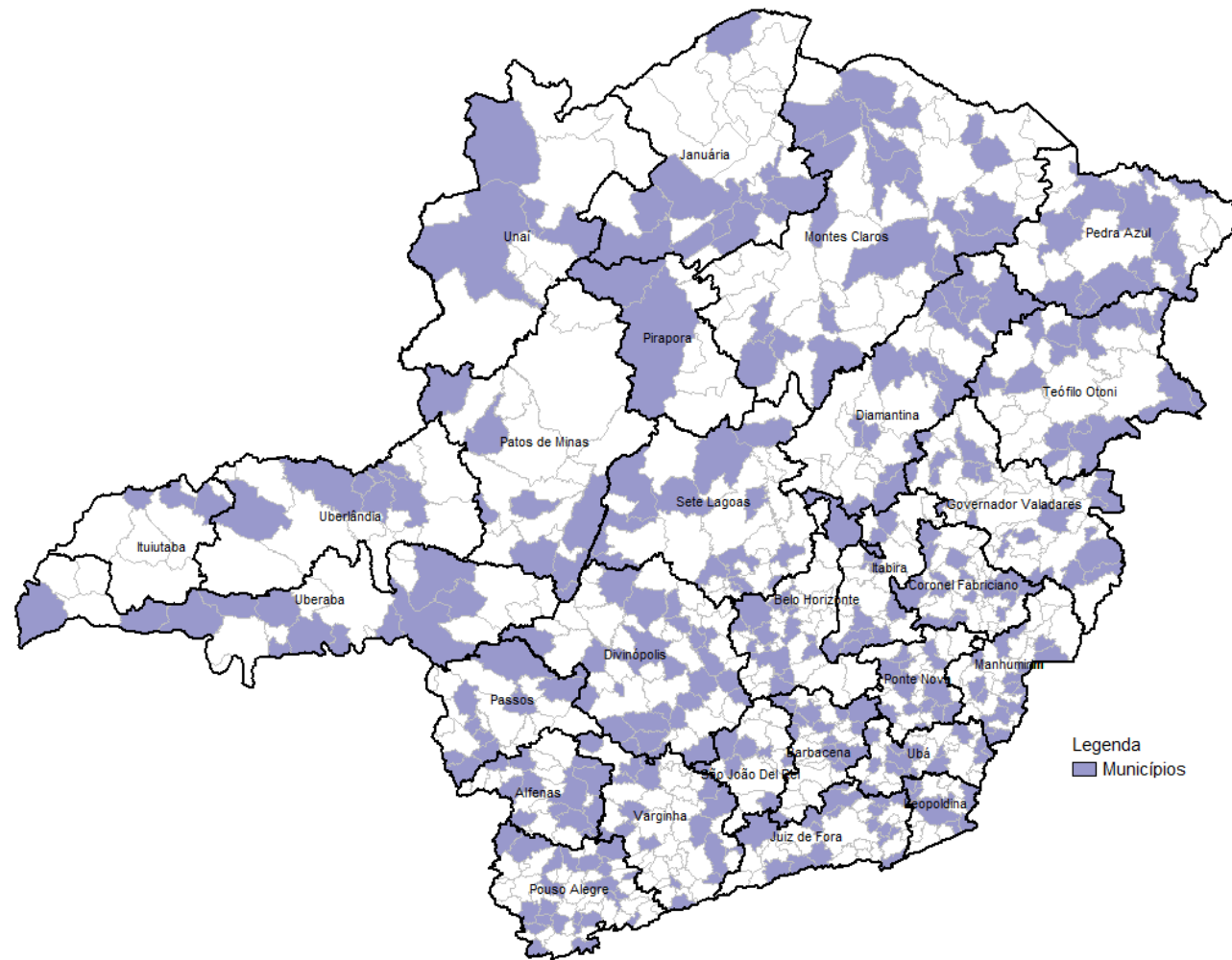


Fonte: Elaborada pela autora

Optou-se por considerar todos os respondentes ($n=360$), uma vez que a distribuição seguiu a proporcionalidade estipulada inicialmente. Os municípios foram distribuídos proporcionalmente entre as 28 URS's (Figura 8), considerando o porte populacional² (Tabela 1) e a classificação adotada pela DPS/SES-MG. Desta forma, a amostra ficou composta por 57,2% de municípios de pequeno porte I, 36,9% de pequeno porte II, por 3,5% de municípios de médio porte e por 2,8% de grande porte, seguindo, aproximadamente, a mesma proporção do total dos municípios em relação ao estado.

² Pequeno porte I: até 10.000 habitantes; Pequeno porte II: até 50.000 habitantes; Médio porte: até 100.000 habitantes; Grande porte: acima de 100.000 habitantes.

Figura 8 - Distribuição dos municípios da amostra por Unidade Regional de Saúde (URS) de Minas Gerais



Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 1 - Distribuição proporcional dos municípios da amostra, por porte populacional, por Unidade Regional de Saúde (URS) de Minas Gerais

URS	Nº de municípios adstritos por URS n %		Municípios respondentes por porte populacional								Municípios da amostra por URS n %	
			Pequeno porte I*		Pequeno porte II*		Médio porte*		Grande porte*			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Alfenas	26	3,1	3	25,0	8	66,7	1	8,3	0	0,0	12	46,2
Barbacena	31	3,6	10	71,4	3	21,4	0	0,0	1	7,1	14	45,2
Belo Horizonte	39	4,6	4	26,7	6	40,0	2	13,3	3	20,0	15	38,5
Coronel Fabriciano	35	4,1	11	68,8	3	18,8	1	6,3	1	6,3	16	45,7
Diamantina	33	3,9	9	56,3	7	43,8	0	0,0	0	0,0	16	48,5
Divinópolis	54	6,3	12	48,0	10	40,0	3	12,0	0	0,0	25	46,3
Governador Valadares	51	6,0	17	77,3	5	22,7	0	0,0	0	0,0	22	43,1
Itabira	25	2,9	6	54,5	5	45,5	0	0,0	0	0,0	11	44,0
Ituiutaba	9	1,1	1	33,3	2	66,7	0	0,0	0	0,0	3	33,3
Januária	26	3,1	5	45,5	5	45,5	1	9,1	0	0,0	11	42,3
Juiz de Fora	37	4,3	14	82,4	3	17,6	0	0,0	0	0,0	17	45,9
Leopoldina	15	1,8	4	57,1	2	28,6	1	14,3	0	0,0	7	46,7
Manhumirim	34	4,0	8	57,1	6	42,9	0	0,0	0	0,0	14	41,2
Montes Claros	53	6,2	15	71,4	6	28,6	0	0,0	0	0,0	21	39,6
Passos	23	2,7	6	60,0	4	40,0	0	0,0	0	0,0	10	43,5
Patos de Minas	21	2,5	5	62,5	3	37,5	0	0,0	0	0,0	8	38,1
Pedra Azul	25	2,9	5	41,7	7	58,3	0	0,0	0	0,0	12	48,0
Pirapora	7	0,8	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	2	28,6
Ponte Nova	30	3,5	7	58,3	4	33,3	1	8,3	0	0,0	12	40,0
Pouso Alegre	53	6,2	11	52,4	9	42,9	0	0,0	1	4,8	21	39,6
São João Del Rei	20	2,3	6	66,7	3	33,3	0	0,0	0	0,0	9	45,0
Sete Lagoas	35	4,1	9	64,3	5	35,7	0	0,0	0	0,0	14	40,0
Teófilo Otoni	32	3,8	8	53,3	7	46,7	0	0,0	0	0,0	15	46,9
Ubá	31	3,6	7	53,8	5	38,5	0	0,0	1	7,7	13	41,9
Uberaba	27	3,2	6	50,0	5	41,7	0	0,0	1	8,3	12	44,4
Uberlândia	18	2,1	4	57,1	2	28,6	0	0,0	1	14,3	7	38,9
Unaí	12	1,4	2	50,0	1	25,0	1	25,0	0	0,0	4	33,3
Varginha	50	5,9	10	58,8	6	35,3	0	0,0	1	5,9	17	34,0
TOTAL	852	100,0	206	57,2	133	36,9	11	3,5	10	2,8	360	42,3

Nota: *Pequeno porte I: até 10.000 habitantes; Pequeno porte II: até 50.000 habitantes; Médio porte: até 100.000 habitantes; Grande porte: acima de 100.000 habitantes.

Fonte: Elaborada pela autora

3.5 Instrumentos e coleta de dados

Para a coleta de dados, foi utilizado o questionário estruturado, autoaplicado, elaborado por esta pesquisadora, que apresenta uma série de possíveis respostas, abrangendo

várias facetas do mesmo assunto. Sua elaboração (Figura 9) foi iniciada com a construção do modelo lógico da POEPS e utilizada como base a Resolução nº 5250/2016, que instituiu a Política. Em seguida, realizou-se junto às referências técnicas (RT's) de promoção da saúde das URS, o consenso dos indicadores e critérios que comporiam a Matriz, com o intuito de filtrar os critérios pertinentes à análise da implementação da POEPS. Em seguida, deu-se a construção da Matriz de Análise e Julgamento. As questões que compuseram o questionário (APÊNDICE A) foram elaboradas de forma a contemplar todos os indicadores e critérios elencados na Matriz de Análise e Julgamento.

Figura 9 - Passos para a construção do questionário



Fonte: Elaborada pela autora

3.5.1 Modelo lógico

O modelo lógico é uma maneira de representar, em forma de esquema visual, a implementação e os resultados esperados de um programa ou política (ROWAN, 2000; MCLAUGHLIN; JORDAN, 2010). Sua utilização tem como objetivo fornecer aos interessados um roteiro que descreva a sequência de eventos, relacionados entre si, conectando a necessidade planejada do programa ou política com os resultados desejados (MCLAUGHLIN; JORDAN, 2010).

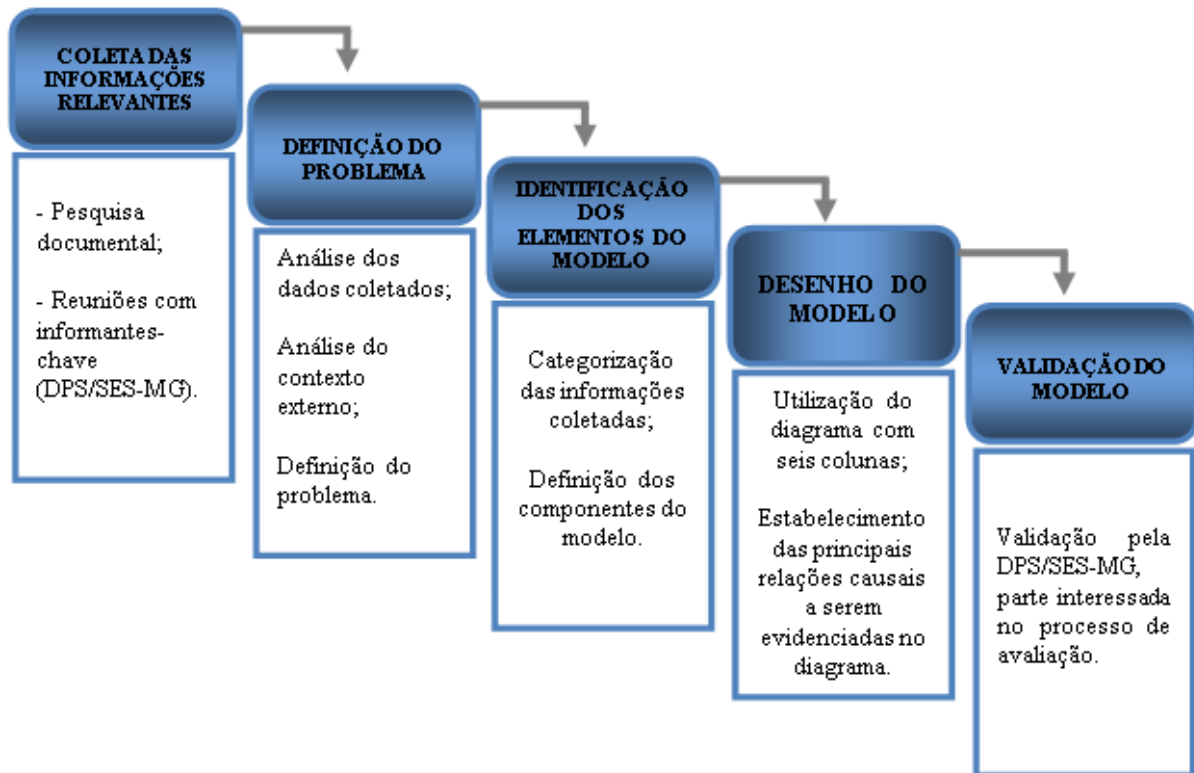
O modelo lógico está diretamente relacionado com a teoria de implementação, uma vez que trata dos mecanismos que fazem com que a ela alcance os resultados propostos/esperados (ROWAN, 2000). Dessa forma, para McLaughlin e Jordan (2010), construir o desenho lógico de um programa ou política significa esquadrihá-lo em termos da constituição de seus componentes e da sua forma de operacionalização. Para isso, deve-se discriminar todas as etapas necessárias à transformação de seus objetivos em metas e abstrair suas determinações contextuais.

O desenvolvimento do modelo lógico de um programa ou política é um dos primeiros passos no planejamento de uma boa avaliação, pois, seus componentes, fornecem a estrutura

para o plano de avaliação, auxiliando na elaboração das questões avaliativas que terão valor real para os *stakeholders* (ROWAN, 2000).

Assim, o primeiro passo deste estudo foi elaborar o modelo lógico da POEPS, que representa a fase de implementação da Política nos municípios e está apresentado como produto técnico desta dissertação de mestrado (Apêndice D). A construção foi orientada pelas cinco fases propostas por Mclaughlin e Jordan (2010) (Figura 10).

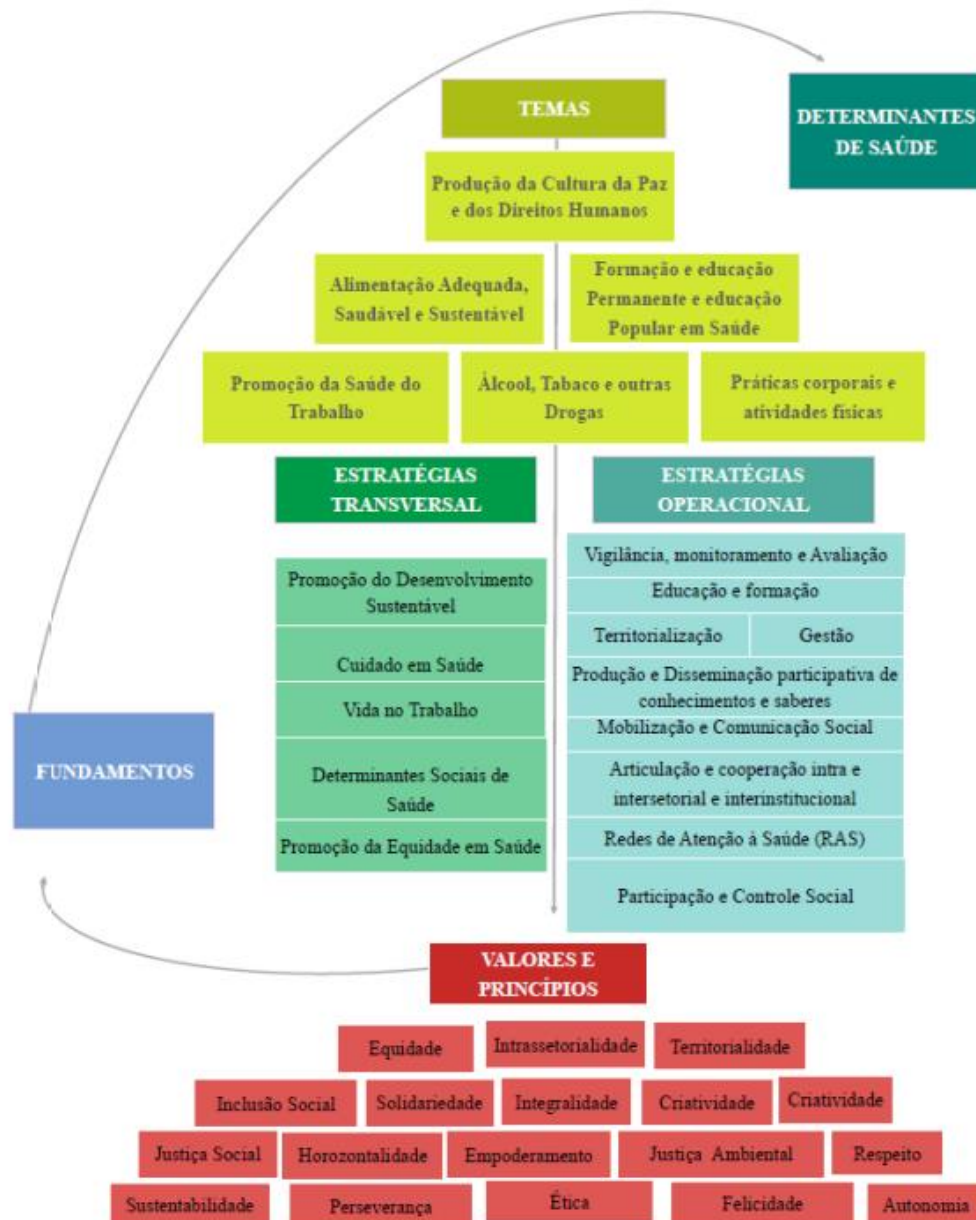
Figura 10 - Fases da construção do Modelo Lógico



Fonte: Elaborada pela autora

Toda a construção do Modelo Lógico se deu num período aproximado de dois meses, iniciando pela coleta das informações relevantes por meio de pesquisa documental, tendo como base a Resolução nº 5.250/16 e o Marco de Referência da POEPS (Figura 11), e reunião presencial de alinhamento com a DPS/SES-MG

Figura 11 - Marco de referência da POEPS



Fonte: Adaptado de ROCHA (2014)

Para a definição do problema da política, ou seja, a compreensão do que impulsiona a necessidade de monitoramento e avaliação, os dados coletados foram analisados, levando em consideração o contexto em que a Política foi implementada, sendo definido como problema os temas propostos para a implementação da Política. De posse dos dados, eles foram categorizados de forma a compor o diagrama, sendo reclassificados durante o processo de construção do modelo.

A elaboração do esquema visual, que teve várias versões até chegar ao modelo consensuado junto à DPS/SES-MG, foi a fase que demandou maior tempo em todo o processo. Inicialmente, foram elaborados vários esquemas do diagrama, com sequências

diversas, até que se chegou a um esquema mais simplificado das interações entre os componentes, de forma a permitir uma visão completa e mais simplificada da proposta de implementação da Política. Para isso, foi escolhido o modelo mais comum de diagrama, conforme explicam Mclaughlin e Jordan (2010), com colunas formadas por caixas contendo as descrições resumidas e setas para estabelecer as relações causais.

O esquema visual apresentou sete colunas, sendo elas: problemas/temas, Recursos, Ações, Produtos, Resultados intermediários, Resultado final e Impacto. A coluna Recursos compreende tanto os recursos próprios como os recursos de terceiros ou programas complementares; as Ações elencadas correspondem a cada tema; os Produtos, que são gerados a partir do desenvolvimento das ações; os Resultados intermediários, que apontam as mudanças nas causas do problema que levam ao resultado final; o Resultado final, que representa o conjunto das transformações produzidas com o desenvolvimento das ações; e fechando o esquema, o Impacto, que corresponde ao alcance do objetivo da Política (FERREIRA; CASSIOLATO, GONZALEZ, 2007). Por fim, o Modelo Lógico foi apresentado à DPS/SES-MG para aprovação, sendo ponderadas todas as observações, opiniões e considerações para, finalmente, validar o diagrama do modelo lógico.

No diagrama também foi contemplado a transversalidade das ações por intermédio das estratégias operacionais e transversais, fundamentos, valores e princípios e pelos DSS, conforme o Marco de Referência da POEPS, bem como a influência da estrutura, processos e resultados sobre toda a organização das ações.

A utilização do Marco de Referência da POEPS possibilitou a inserção dos valores e princípios da política, bem como a construção de coerência entre eles e os temas prioritários, as diretrizes, os eixos operativos e estratégicos e responsabilidade pela efetivação de estratégias e ações implicadas com a transformação da realidade a partir dos condicionantes e determinantes da saúde.

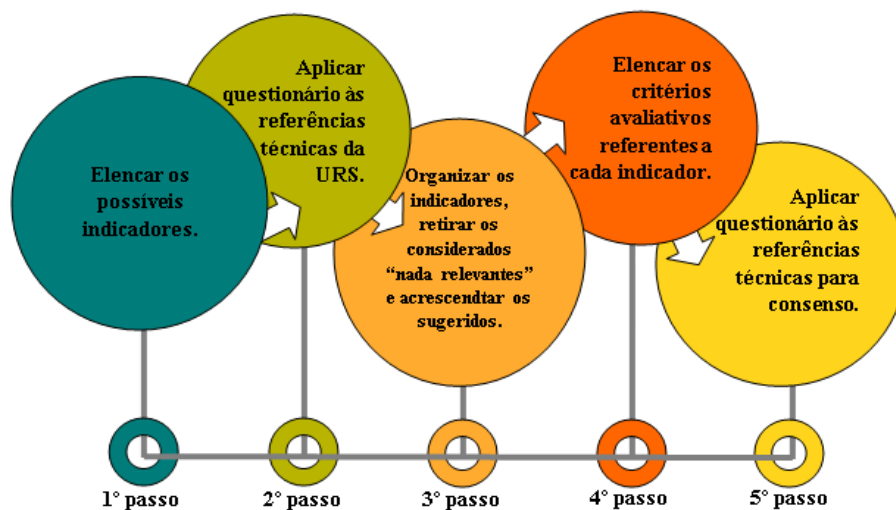
A construção do modelo lógico explicitou os mecanismos implicados na operacionalização da POEPS no âmbito municipal. Isso, possibilitou visualizar as relações entre a intervenção, sua implementação e seus resultados esperados. Além disso, permitiu verificar se havia coerência entre os objetivos expostos na Política e a intervenção desenhada para atendê-los. Ressalta-se que o Modelo Lógico é dinâmico, ou seja, à medida que for ocorrendo mudanças na implementação da Política, ele deverá ser adaptado para responder à nova realidade.

3.5.2 Matriz de análise e julgamento

No campo da avaliação em saúde, as matrizes são utilizadas para expressar a lógica causal de uma intervenção em sua parte e no todo. De forma geral, os julgamentos são constituídos a partir das respostas às perguntas avaliativas, observadas a partir de critérios e indicadores em comparação com parâmetros ou padrões, que são, por sua vez, definidos por todos os envolvidos. Esses critérios e indicadores, quando dispostos em matrizes, facilitam planejar os instrumentos, a coleta de dados, as técnicas de análises, a organização e interpretação das informações (ALVES et al., 2010).

Assim, a próxima etapa do estudo foi a construção da Matriz de Análise e Julgamento (APÊNDICE B), cujo modelo foi baseado nos estudos de Donateli et al. (2017) e Souza, Vanderlei e Frias (2017) e, para tal, foram seguidos os passos discriminados na Figura 12. Toda essa etapa teve a duração aproximada de três meses.

Figura 12 - Passos para construção da Matriz de Análise e Julgamento



Fonte: Elaborada pela autora

Os indicadores foram elencados a partir das ações dispostas no Modelo Lógico e os critérios avaliativos para cada indicador elaborado, considerou-se a estrutura e os processos pertinentes a cada ação. Entre cada passo, os produtos foram alinhados com a DPS/SES-MG. Com a intenção de legitimar o conteúdo do instrumento, aplicou-se às referências técnicas de promoção da saúde das URS's, dois questionários com questões relacionadas aos indicadores e critérios que compoam cada subdimensão. Para isso, foi utilizando a escala de quatro

pontos, tipo *Likert* (DALMORO; VIEIRA, 2013), que variou de 0 a 4 para “nada relevante”, “pouco relevante”, “relevante” e “muito relevante”.

O primeiro questionário foi aplicado presencialmente (reunião da DPS/SES-MG com as 28 URSs) e, o segundo, via FormSUS. As referências técnicas de Promoção da Saúde das URS's foram elegíveis neste momento, pois são responsáveis pela implementação das políticas estaduais de saúde, assessoramento da organização de serviços nas regiões, coordenação, monitoramento e avaliação das atividades e ações de saúde em âmbito regional (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2011).

A Matriz de Análise e Julgamento foi formada pelas dimensões, com suas respectivas subdimensões, indicadores e critérios e a valoração máxima arbitrada em cem pontos, sendo atribuída a cada critério avaliado uma pontuação específica, de acordo com relevância indicada no consenso junto às referências técnicas (Tabela 2).

Tabela 2 - Dimensões, subdimensões, critérios avaliados e pontuação máxima e por critério avaliado da Matriz de Análise e Julgamento

Dimensões	Subdimensões	Crítérios avaliados	Pontuação máxima
Estrutura	Recursos humanos	Existência de referência técnica no município para as ações de promoção da saúde; sua experiência na temática; adequação profissional à função exercida; carga horária semanal de trabalho; vínculo empregatício; disponibilidade de recursos humanos qualificados para o desenvolvimento das ações.	16,0
	Insumos	Disponibilidade dos insumos e a qualidade dos mesmos para apoiar o desenvolvimento das ações.	5,5
	Gestão administrativa	Adequabilidade dos serviços; conhecimento e utilização do referencial teórico no desenvolvimento das ações; inclusão da promoção da saúde na agenda municipal; disponibilidade de recurso financeiro para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde no município.	18,5
Processos	Educação permanente	Disponibilidade e adequabilidade das capacitações na temática da promoção da saúde, ou seja, a oferta das ações e o público alvo das mesmas.	5,0
	Gestão da informação	Conhecimento da situação de saúde da população, por meio da realização da análise da situação de saúde; adequabilidade da utilização dos dados, ou seja, a utilização da análise no planejamento das ações; o conhecimento da situação da POEPS no município, por meio da análise dos resultados das ações da POEPS desenvolvidas.	7,0
	Execução das ações	Oferta à população de espaços participativos que favoreçam o protagonismo da população e a realização dessas ações de forma integrada no município; qualificação dos dados; parcerias intersetoriais governamentais e não governamentais; divulgação dos resultados, tendo como objetivo a discussão dos resultados.	15,0

(Continua...)

Fonte: Elaborada pela autora

Tabela 2 - Dimensões, subdimensões, critérios avaliados e pontuação máxima e por critério avaliado da Matriz de Análise e Julgamento

Dimensões	Subdimensões	Crítérios avaliados	Pontuação máxima
Processos	Gestão do processo	Organização das ações de promoção da saúde, por meio da criação de indicadores próprios e monitoramento dos mesmos; planejamento anual das ações; envolvimento da gestão municipal de saúde; direcionamento das ações; desenvolvimento de ações integradas, por meio de encontros intersetoriais periódicos para discussão da implementação da POEPS.	18,0
Resultados	Resolubilidade por metas	Alcance das metas nos cinco indicadores pactuados na adesão à POEPS.	15,0
TOTAL			100,0

(Conclusão)

Fonte: Elaborada pela autora

Para a determinação do grau de implementação, foram calculadas as pontuações em cada critério, levando-se em consideração as respostas dos informantes. Dessa forma, foram obtidas as pontuações para as subdimensões e dimensões. Para o cálculo da implementação, realizou-se a média aritmética do total de cada dimensão, criando um subtotal que, posteriormente, forneceu a base para a construção do grau de implementação, utilizando-se o seguinte cálculo:

$$\text{GI de cada dimensão} = \bar{x}/PM \times 100$$

$$\text{e}$$

$$\text{GI total} = \sum \text{de todas as dimensões} / PM \times 100$$

Onde:
 GI = grau de implementação
 PM = pontuação máxima de cada dimensão
 \bar{x} = média do somatório dos critérios

Como modelo teórico adotou-se a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa para definir o grau de implementação da intervenção nos municípios. Segundo Contandriopoulos et al. (1997), esse processo consiste em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção com o objetivo de ajudar na tomada de decisão.

3.5.3 O questionário

O questionário foi estruturado em sete blocos, formados pelas subdimensões e pelas questões relativas a cada critério avaliativo constantes na Matriz de Análise e Julgamento. Em

seguida, foram estabelecidas as tipologias das questões e as alternativas de respostas. A dimensão Resultado não foi incluída no questionário, pois o critério utilizado para essa análise é o resultado quadrimestral das metas dos indicadores pactuados na política.

Os questionários foram encaminhados via correio eletrônico, por um *link* de acesso por meio do FormSUS (serviço do DATASUS para a criação de formulários na WEB), destinado ao uso do SUS e de órgãos públicos parceiros para atividades de interesse público. O *link* de acesso ao questionário foi encaminhado aos gestores municipais de saúde que direcionaram às áreas competentes para preenchimento. Também foi encaminhado, via correio eletrônico, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D). A cada sete dias, após do envio dos questionários, os não respondentes foram contatados por telefone e convidados a participarem do estudo e a responderem ao instrumento de coleta de dados, objetivando alcançar um maior número de questionários respondidos. Esta etapa da coleta de dados teve a duração de dois meses.

Além dos questionários, foram utilizados dados secundários por meio da análise documental de registros no SiG-RES, relativos aos resultados alcançados pelos municípios nos indicadores pactuados junto à POEPS. Os documentos utilizados foram as planilhas de monitoramento da DPS/SES-MG, onde constam os resultados das metas alcançadas, por quadrimestre avaliativo, de cada município que aderiu à POEPS. Os dados registrados nas planilhas são apresentados no Quadro 2

Quadro 2 - Dados de monitoramento da POEPS constantes na planilha de monitoramento da DPS/SES-MG, 2016-2018

Indicadores	Metas físicas pactuadas
Realizar ações de práticas corporais e/ou atividades físicas para a população	<p>Ofertar, regularmente, ações de práticas corporais e/ou atividade física para a população conforme metas definidas abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Municípios com população ≤ 10.000 habitantes - Realizar ações com 1,3% da população de referência do cálculo. • Municípios com população > 10.000 e ≤ 50.000 habitantes - Realizar ações com 1.2% da população de referência do cálculo. • Municípios com população > 50.000 habitantes - Realizar ações com 1,0% da população de referência do cálculo.
Realizar junto à comunidade, atividades coletivas de Educação em Saúde voltadas para Promoção da Saúde.	Duas vezes o número de Equipes de Saúde da Família, implantadas na competência dezembro de 2015, realizando a ação.
Implementar o Programa Saúde na Escola (PSE) no município.	<ul style="list-style-type: none"> • 1º Quadrimestre: Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M) instituído e cronograma de trabalho entregue na URS, conforme prazo estipulado. • 2º Quadrimestre: planejamento e atas das reuniões do GTI-M do período vigente entregues na URS, conforme prazo estipulado. • 3º Quadrimestre: Relatório de Monitoramento (consolidado com as Atividades Coletivas) e-SUS AB e atas das reuniões do GTI-M do período vigente entregues às URS, conforme prazo estipulado.
Realizar o registro do Formulário de Marcadores de Consumo Alimentar de crianças menores de 2 anos no SISVAN Web.	<ul style="list-style-type: none"> • 1º Quadrimestre: Realizar registro de marcadores de consumo alimentar de 5% das crianças menores de 2 anos no SISVAN Web. • 2º Quadrimestre: Realizar registro de marcadores de consumo alimentar de 10% das crianças menores de 2 anos no SISVAN Web. • 3º Quadrimestre: Realizar registro de marcadores de consumo alimentar de 15% das crianças menores de 2 anos no SISVAN Web. <p>Excepcionalmente para o ano de 2016, as metas foram:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2º Quadrimestre: Realizar registro de marcadores de consumo alimentar de 5% das crianças menores de 2 anos no SISVAN Web. • 3º Quadrimestre: Realizar registro de marcadores de consumo alimentar de 10% das crianças menores de 2 anos no SISVAN Web.
Realizar o acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias no Programa Bolsa Família, no Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde, conforme metas definidas abaixo:	<p>Realizar o acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias no Programa Bolsa Família, no Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde, conforme metas definidas abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1º Quadrimestre: realizar o acompanhamento de no mínimo 30% do número de famílias com perfil saúde na 1ª vigência do programa do ano corrente. • 2º Quadrimestre: realizar o acompanhamento de no mínimo 80% do número de famílias com perfil saúde na 1ª vigência do programa do ano corrente. • 3º Quadrimestre: realizar o acompanhamento de minimamente 80% do número de famílias com perfil saúde na 2ª vigência do programa do ano corrente.

Fonte: Minas Gerais (2016)

3.6 Análise dos dados

A avaliação das dimensões de estrutura, processos e resultados, bem como a definição do grau de implementação, foi baseado em um sistema de escores desenvolvido por Felisberto

et al. (2002) ao avaliar o processo de implantação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância no Programa Saúde da Família, no estado de Pernambuco.

Esse sistema, estabelece um mecanismo que permite atribuir, aos grupos de municípios, uma pontuação que os classifica em graus e, ainda, permite conhecê-la por variável estudada. A definição dos escores foi realizada tendo como referência os critérios utilizados pela DPS/SES-MG para avaliar o esforço dos municípios no cumprimento dos indicadores. Segundo esses critérios, municípios com valores menores ou iguais a 49,0% recebem nota zero (0) e, municípios com porcentagens acima de 80,0%, recebem melhores notas, conforme observa-se na Tabela 3 (MINAS GERAIS, 2016).

Tabela 3 - Notas atribuídas pela POEPS aos municípios, conforme meta alcançada em cada indicador

% de cumprimento da meta de cada indicador	Nota do indicador
96 ou mais	100
91 a 95	90
81 a 90	80
71 a 80	70
61 a 70	50
50 a 60	30
49 ou menos	0

Fonte: Minas Gerais (2016)

O grau de implementação foi definido como: implementação crítica (C) para os valores menores ou iguais 49,9%; implementação parcial (P), entre 50,0%; e 79,9% e implementação aceitável (A), para valores maiores ou iguais a 80,0%.

A análise descritiva dos dados foi realizada por meio da distribuição de frequências absolutas e relativas e média aritmética, organizados em quadros, gráficos e tabelas.

Os dados coletados dos questionários foram organizados e analisados no programa *Office Microsoft Excel* 2010.

3.7 Aspectos éticos

Este trabalho é um subprojeto de pesquisa vinculado ao Projeto intitulado: “Avaliação da Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS-MG) do estado de Minas Gerais: Potencialidades e Desafios”, aprovado sob o número CAAE: 73529917.8.0000.5149. A este projeto, submeteu-se uma ementa junto ao Comitê de Ética em Pesquisa - COEP da UFMG (ANEXO A).

Os sujeitos da amostra consentiram a participação no estudo por meio dos TCLE, que foram anexados aos questionários respondidos.

4 RESULTADOS

Neste capítulo discorrem-se os resultados do estudo de análise da implementação da POEPS nos municípios do estado de Minas Gerais. São apresentados os resultados referentes aos seguintes objetivos específicos: determinar o grau de implementação da POEPS nos municípios a partir das dimensões de estrutura, processo e resultado; identificar as possíveis potencialidades e fragilidades da implementação da POEPS nos municípios de Minas Gerais; descrever as dimensões de estrutura, processo e resultado identificadas como potencialidade ou fragilidade, referentes à implementação da POEPS nos municípios de Minas Gerais; e descrever os resultados alcançados pelos municípios na execução dos indicadores pactuados junto à POEPS.

4.1 Perfil da população do estudo

Considerando os municípios respondentes (n=360) e sua estratificação segundo o porte populacional, observou-se que: 206 (57,2%) são de municípios de pequeno porte I; 133 (36,9%), de pequeno porte II; 11 (3,5%), de médio porte; e 10 (2,8%), de grande porte. Mantém a mesma proporção dos municípios em relação ao estado, que é de, aproximadamente, 57,0%, apresentando uma população menor de 10.000 habitantes, 40,0%, com população maior que 10.000 e menor que 100.000 habitantes e, apenas, 3,0%, apresentando população com mais de 100.000 habitantes.

4.2 Análise do grau de implementação

O grau de implementação total da POEPS, ou seja, para o conjunto dos municípios do estado, pode ser categorizada como parcialmente implementada (65,0%). Em relação ao grau de implementação por dimensão (estrutura, processos e resultados), observou-se que elas também se encontram parcialmente implementadas, sendo a dimensão Processos a que apresenta o menor grau de implementação total (51,7%). Ao estratificar os municípios por porte populacional, observou-se que a POEPS se encontra parcialmente implementada em todos eles. Municípios de médio e grande porte apresentaram percentual de implementação menor que a média da implementação total, atingindo 55,0% e 60,0%, respectivamente. Ao analisar o grau de implementação de cada dimensão por porte populacional, observou-se que a dimensão Processos encontra-se com implementação crítica nos municípios de médio porte

(42,8%). Percentuais bem próximos ao limite inferior foram observados nos municípios de pequeno porte I (50,4%) e de grande porte (51,6%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Grau de implementação da POEPS, para o conjunto dos municípios e por porte populacional, considerando as dimensões e o total para o estado, Minas Gerais, 2016-2018

Dimensões	Valor máximo	Pequeno porte I		Pequeno porte II		Médio porte		Grande porte		Conjunto dos municípios	
		Valor alcançado	*GI %	Valor alcançado	*GI %	Valor alcançado	*GI %	Valor alcançado	*GI %	Valor alcançado	*GI %
Estrutura	40,0	30,4	76,4	29,9	75,4	25,4	64,0	28,6	72,0	30,0	75,5
Processos	45,0	22,7	50,4	24,6	54,6	19,3	42,8	23,2	51,6	23,3	51,7
Resultados	15,0	11,9	79,9	11,5	76,9	11,5	76,3	9,1	60,7	11,7	78,0
TOTAL GERAL	100,0	64,3	64,3	65,4	65,4	55,0	55,0	60,0	60,0	65,0	65,0

Notas: *GI - Grau de Implementação

Graus de implementação: >=80% - Implementação Aceitável; 50 a 79% - Implementação Parcial; <50% - Implementação Crítica

Fonte: Dados da pesquisa

Ao analisar a implementação da POEPS por subdimensão, observou-se que, das três subdimensões que compõem a dimensão Estrutura, a GESTÃO administrativa encontra-se com implementação aceitável (82,7%). As demais subdimensões encontram-se parcialmente implementadas, sendo que a de insumos apresenta o menor percentual (60,5%). Em relação as quatro subdimensões que compõem a dimensão processos, a subdimensão Gestão do processo encontra-se com implementação crítica (42,6%). As demais, foram consideradas parcialmente implementadas, com percentuais abaixo de 60,0%. A subdimensão Resolubilidade por metas, da dimensão Resultados, também se encontra com implementação parcial 78,0% (Tabela 5).

Tabela 5 - Grau de implementação da POEPS, por subdimensões e porte populacional, nos municípios de Minas Gerais, 2016-2018

Dimensões	Subdimensões	Valor máximo	Pequeno porte I		Pequeno porte II		Médio porte		Grande porte		Conjunto dos municípios	
			Valor alcançado	*GI (%)	Valor alcançado	* GI (%)	Valor alcançado	* GI (%)	Valor alcançado	* GI (%)	Valor alcançado	* GI (%)
Estrutura	Recursos humanos	16,0	11,8	73,9	11,6	72,2	8,8	54,7	10,1	63,2	11,6	72,4
	Insumos	5,5	3,4	62,1	3,2	59,8	2,5	46,1	2,7	49,4	3,1	60,5
Processos	Gestão administrativa	18,5	15,3	82,8	15,3	82,8	14,3	77,5	15,9	86,3	15,3	82,7
	Educação permanente	5,0	2,8	55,8	3,0	60,6	3,0	60,0	3,4	68,0	2,9	58,0
	Gestão da informação	7,0	3,9	55,7	3,0	56,6	2,1	30,4	3,7	53,3	3,9	55,0
	Execução das ações	15,0	8,7	58,2	9,1	60,5	8,6	57,6	8,3	55,6	8,9	59,0
Resultados	Gestão do processo	18,0	7,2	40,2	8,5	47,3	5,5	30,6	7,8	43,0	7,7	42,6
	Resolubilidade por metas	15,0	11,9	79,9	11,5	76,9	11,5	76,3	9,1	60,7	11,7	78,0

Notas: *GI – Grau de Implementação

Graus de implementação: >=80% - Implementação Aceitável; 50 a 79% - Implementação Parcial; <50% - Implementação Crítica

Fonte: Dados da pesquisa

Ao estratificar a implementação por subdimensões e por municípios, segundo o porte populacional (Tabela 4), observou-se que, dentro da dimensão Estrutura, a subdimensão Gestão administrativa, encontra-se com implementação parcial nos municípios de médio porte (77,5%) e implementação aceitável nos demais. Na subdimensão Insumos, observou-se implementação crítica nos municípios de médio (46,1%) e grande porte (49,4%), com implementação parcial nos demais, mas com percentuais baixos (62,1%) e (59,8%). Na dimensão Processos, a Gestão da informação encontra-se com implementação crítica nos municípios de médio porte (30,4%) e, a Gestão dos processos com implementação crítica em todos os portes populacionais. Na dimensão Resultados, tem-se a subdimensão Resolubilidade por metas, com a implementação parcial, sendo que os municípios de grande porte apresentaram o menor percentual de implementação (60,7%).

4.3 Análise das dimensões e subdimensão

4.3.1 Dimensão estrutura

4.3.1.1 Subdimensão Insumos

Quanto à disponibilidade de veículo, 23 (6,4%) municípios possuem veículo exclusivo para as ações de promoção da saúde e 309 (86,0%) fazem uso compartilhado com outras ações. Quando estratificado por porte populacional, observou-se que 11 (5,3%) municípios de pequeno porte I e 12 (9,0%) de pequeno porte II possuem veículo exclusivo para as ações de promoção da saúde. Nenhum município de médio e grande porte possui veículo exclusivo para essas ações. Um percentual acima de 80,0% em todos os municípios faz uso de veículo compartilhado com outras ações. Em relação à falta de veículo para apoio ao desenvolvimento das ações, esta esteve presente de forma expressiva nos municípios de grande porte (30,0%) e em uma pequena porcentagem (<9,0%) nos demais.

No que se refere ao quantitativo e disponibilidade dos recursos pesquisados, quatro (36,4%) municípios de médio porte e três (30,0%) de grande porte declararam quantitativo insuficiente de computadores. Destes, um (9,1%) município de médio porte e um (10,0%) de grande porte, declararam funcionamento inadequado. Quanto à rede de telefonia, foi observado quantitativo insuficiente em dois (18,2%) municípios de médio porte e em um (10,0%) de grande porte. Nos municípios de pequeno porte II, foi observado o quantitativo insuficiente de rede de telefonia em 18 (13,5%) municípios, com funcionamento inadequado

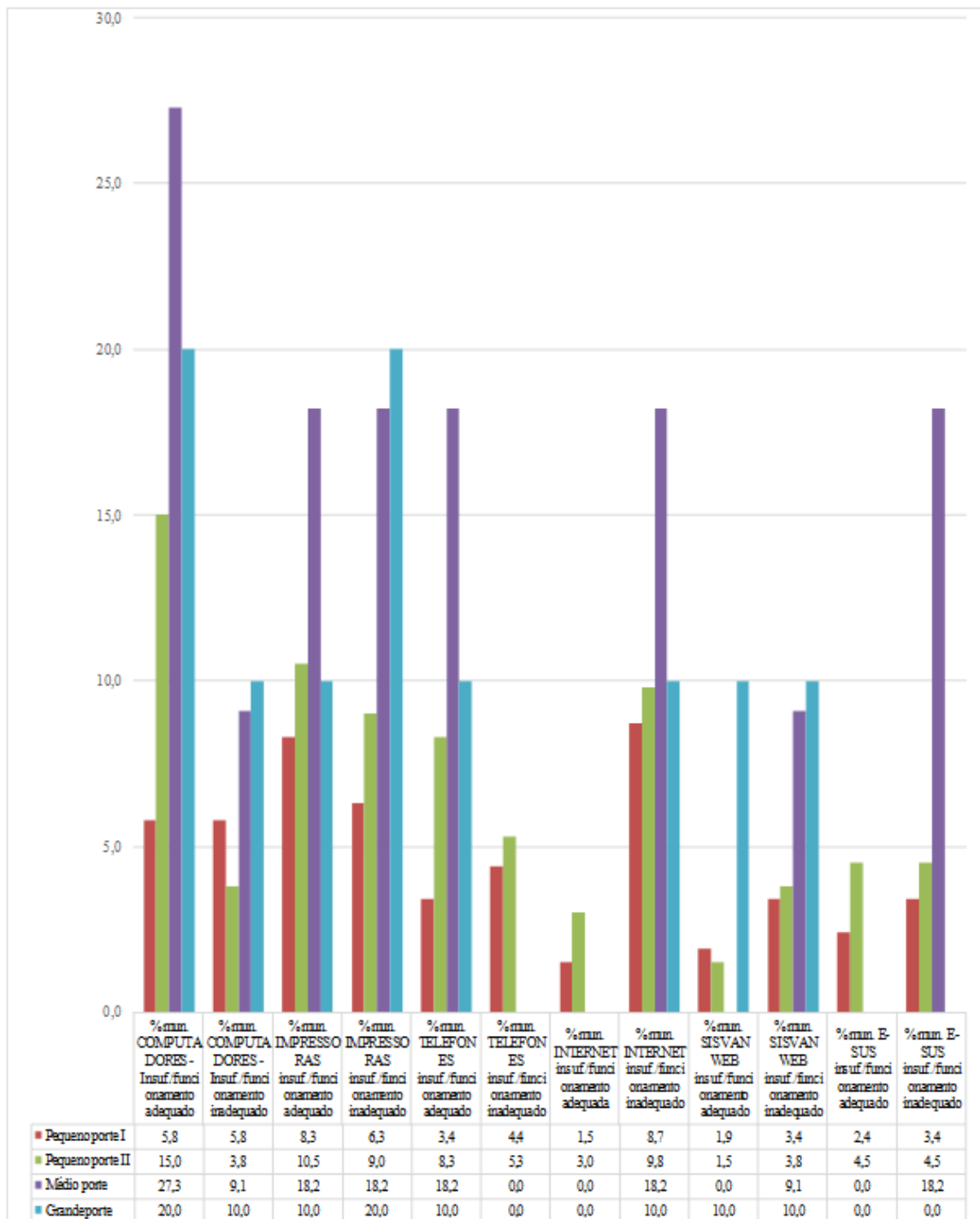
em sete (5,3%) destes e, nos de pequeno porte I, em 16 (7,8%) municípios, com funcionamento inadequado em nove (4,4%) destes.

A rede de *internet* foi relatada com quantitativo insuficiente e funcionamento inadequado em dois (18,2%) municípios de médio porte e em um (10,0%) de grande porte. Nos municípios de pequeno porte II, foi observado 17 (12,8%) municípios relatando rede de *internet* insuficiente, sendo que em 13 (9,8%) destes o funcionamento é inadequado. Nos municípios de pequeno porte I, a disponibilidade de rede de *internet* é insuficiente em 21 (10,2%) municípios e o funcionamento inadequado em 18 (8,7%) destes.

O *software* do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan Web) foi referido com quantitativo insuficiente em dois (20%) municípios de grande porte e em um (9,1%) de médio porte. Nos municípios de pequeno porte I e II, o Sisvan Web foi mencionado com quantitativo insuficiente em 11 (5,3%) e sete (5,3%) municípios respectivamente. Seu funcionamento foi relatado inadequado em 7 (3,4%) municípios de pequeno porte I e em cinco (3,8%) de pequeno porte II.

O sistema e-SUS foi mencionado com quantitativo insuficiente e funcionamento inadequado em dois (18,2%) municípios de médio porte. Nos municípios de pequeno porte I, observou-se quantitativo insuficiente do sistema e-SUS em 12 (5,8%) municípios, com funcionamento inadequado em sete (3,4%) destes. Nos municípios de pequeno porte II o e-SUS foi mencionado como quantidade insuficiente em 12 (9,0%) municípios e funcionamento inadequado em seis (4,5%) (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Distribuição percentual dos municípios segundo disponibilidade e qualidade dos recursos pesquisados, Minas Gerais - POEPS, 2016-2018



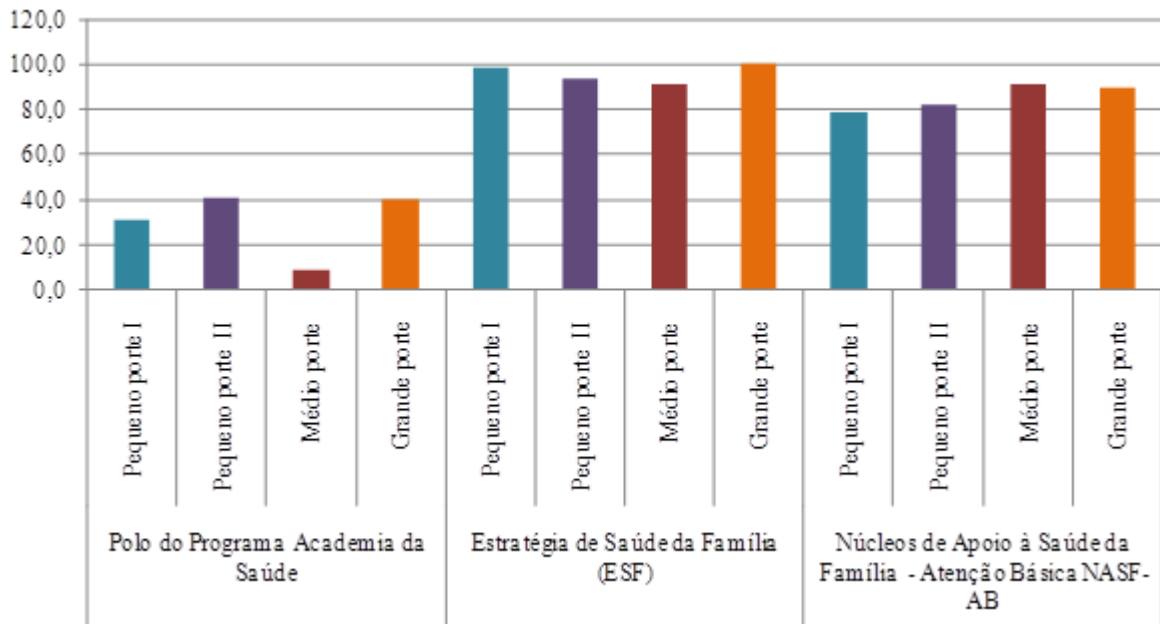
Fonte: Dados da pesquisa

4.3.1.2 Subdimensão Gestão administrativa

O Polo do Programa Academia da Saúde está presente em 124 (34,4%) dos municípios respondentes, sendo: 64 (31,1%) em municípios de pequeno porte I; 55 (41,4%),

nos de pequeno porte II; um (9,1%) nos municípios de médio porte; e quatro (40,0%), nos de grande porte. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) está implantada em 349 (96,9%) do total de municípios respondentes. Ao estratificar por porte populacional, observou-se que a ESF está presente em: 204 (99,0%) municípios de pequeno porte I; 125 (94,0%) de pequeno porte II; 10 (90,9%) de médio porte; e 10 (100,0%) em municípios de grande porte. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Atenção Básica (NASF-AB) estão implantados em: 162 (78,6%) municípios de pequeno porte I; 109 (82,0%) de pequeno porte II; em 10 (90,9%) municípios de médio porte; e nove (90,0%) de grande porte (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Distribuição percentual dos Polos do Programa Academia da Saúde, Estratégias de Saúde da Família (ESF) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Atenção Básica (NASF-AB) implantados e com estrutura adequada (estrutura física e recursos humanos), Minas Gerais – POEPS, 2016-2018

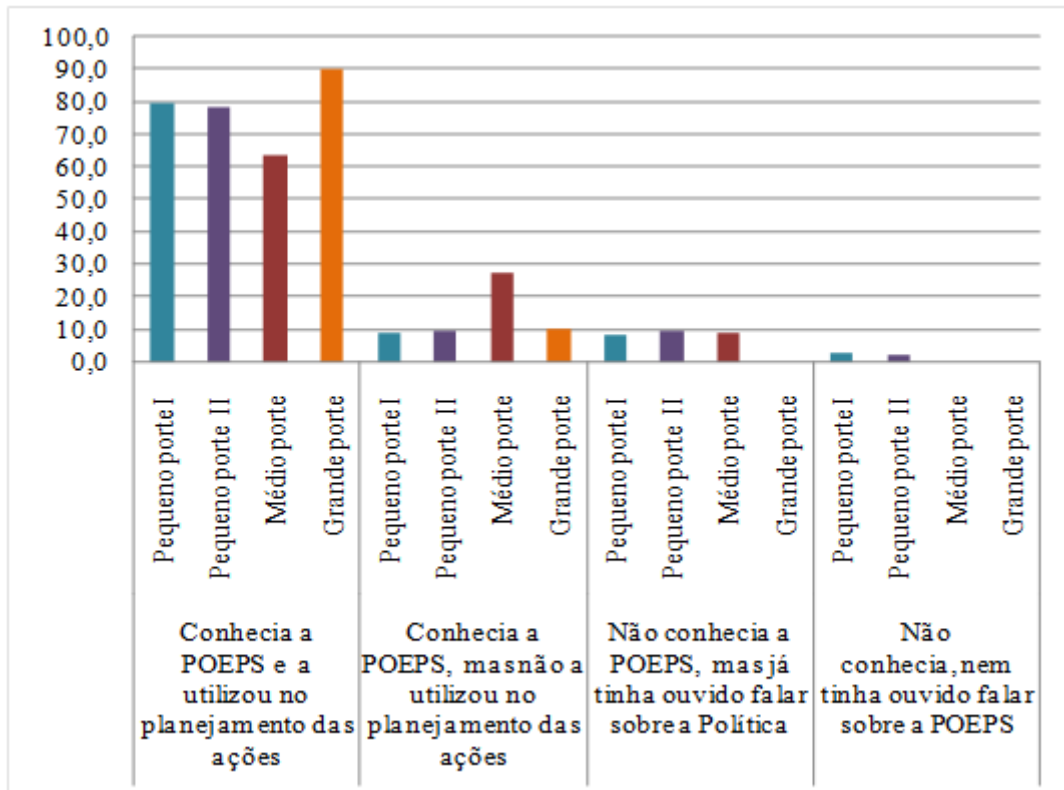


Fonte: Dados da pesquisa

Quanto ao conhecimento e utilização da POEPS no planejamento das ações pelas referências técnicas municipais em 164 (79,6%) municípios de pequeno porte I confirmaram que tinham conhecimento sobre a Política e a utilizaram como referência no planejamento das ações, seguidos por 104 (78,2%) de pequeno porte II, sete (63,6%) de médio porte e nove (90,0%) de grande porte. O quantitativo de municípios que relatou conhecimento da POEPS, mas não a utilizou, foi de 19 (9,2%) municípios de pequeno porte I, 13 (9,8%) de pequeno porte II, 3 (27,3%) de médio porte e um (10,0%) de grande porte. Em 17 (8,3%) municípios de pequeno porte I já tinham ouvido falar sobre a Política, mas não a conheciam, seguidos por

13 (9,8%) de pequeno porte II e um (9,1%) de médio porte. O fato de não conhecer e nem terem ouvido falar sobre a POEPS, foi relatado por seis (2,9%) municípios de pequeno porte I e três (2,3%) de pequeno porte II (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Distribuição percentual dos municípios segundo conhecimento e utilização da POEPS no planejamento das ações pelas referências municipais de promoção da saúde, Minas Gerais – POEPS, 2016-2018

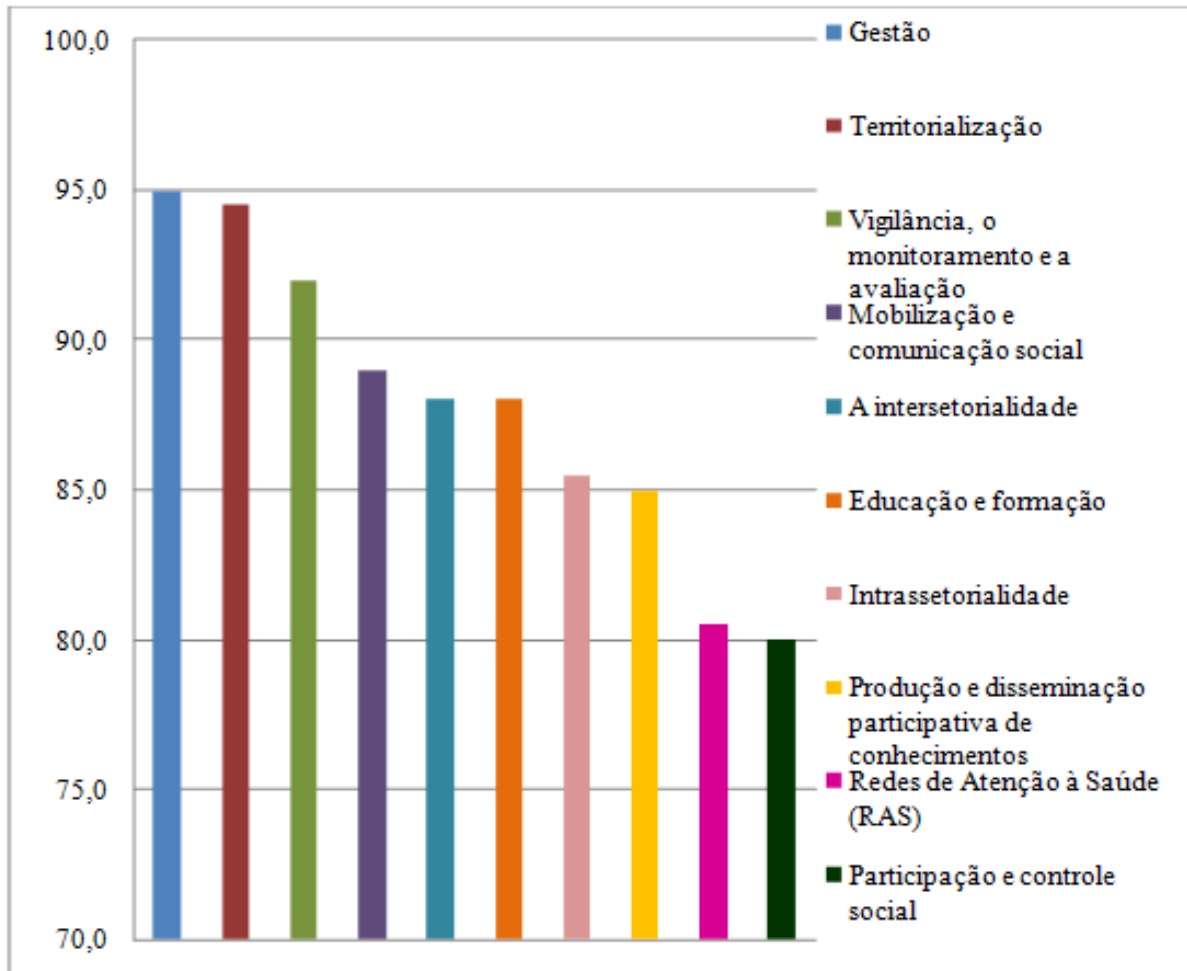


Fonte: Dados da pesquisa

No que diz respeito ao conhecimento das referências técnicas municipais de promoção da saúde sobre os objetivos e as estratégias operacionais da POEPS, 315 (87,5%) confirmaram conhecer os objetivos e, 307 (85,0%), em ter conhecimento das estratégias operacionais adotadas pela Política.

No que se refere às estratégias operacionais adotadas pela POEPS, 341 (94,5%) dos respondentes confirmaram utilizar da territorialização no desenvolvimento das ações, 308 (85,5%) da intrasetorialidade, 317 (88,0%) da articulação e cooperação intersetorial e interinstitucional, 290 (80,5%) das RAS, 287 (79,5%) da participação e controle social, 342 (95,0%) da gestão, 316 (88,0%) a educação e formação, 332 (92,0%) da vigilância, monitoramento e avaliação, 305 (85,0%) da produção e disseminação participativa de conhecimentos e saberes e 321 (89,0%) da mobilização e comunicação social (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Percentuais das estratégias operacionais da POEPS utilizadas pelos municípios para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde, Minas Gerais – POEPS, 2016-2018



Fonte: Dados da pesquisa

Quanto à inserção da temática da promoção da saúde nos instrumentos de gestão municipal, observou-se que: 339 (94,0%) municípios confirmaram a sua inserção no Plano Municipal de Saúde; 332 (92,0%), na Programação Anual de Saúde; e 330 (91,5%), no Relatório Anual de Gestão.

No tocante à disponibilidade de contrapartida financeira própria definida para as ações de promoção da saúde, de complementar ao repasse realizado pela SES-MG e MS 267 (74,0%) municípios alegaram fazê-lo. Ao analisar esta condição, considerando a estratificação por porte populacional, tem-se que 152 (73,7%) dos municípios de pequeno porte I, 101 (76,0%) de pequeno porte II, seis (54,5%) de médio e oito (80,0%) municípios de grande porte confirmaram disponibilidade de contrapartida financeira no período.

4.3.2 Dimensão processos

4.3.2.1 Subdimensão Gestão da informação

A realização da análise da situação de saúde da população, incluindo informações sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), foi confirmada por 153 (42,5%) municípios, sendo que, 83 (23,0%) não incluíram essas informações e 124 (34,4%) não realizaram a análise da situação de saúde da população. Ao estratificar por porte populacional, observou-se que os municípios de médio porte demonstraram o menor percentual entre os municípios que realizaram a análise com inclusão dos DSS (18,0%) e, maior percentual, entre os que não incluíram os DSS na análise (36,5%). Em relação a não realização da análise de situação de saúde da população, o maior percentual ficou entre os municípios de grande porte (60,0%) (Tabela 6).

Tabela 6 – Percentual de municípios que realizaram a análise da situação de saúde da população, Minas Gerais – POEPS-2016-2018

	Sim, incluindo *DSS n (%)	Sim, não incluindo *DSS n (%)	Não realizou n (%)
Pequeno porte I	90 (44,0)	48 (23,5)	68 (33,0)
Pequeno porte II	58 (43,5)	30 (22,5)	45 (34,0)
Médio porte	2 (18,0)	4 (36,5)	5 (45,5)
Grande porte	3 (30,0)	1 (10,0)	6 (60,0)
Geral	153 (42,5)	83 (23,0)	124 (34,4)

Nota: *DSS - Determinantes Sociais da Saúde

Fonte: Dados da pesquisa

Quanto à utilização dos dados da análise da situação de saúde no planejamento das ações de promoção da saúde, 166 (46,0%) municípios confirmaram utilizá-la, incluindo as informações sobre os DSS. Ao estratificar por porte populacional, observou-se que apenas um (9,0%) município de médio porte utilizou a análise com as informações sobre os DSS no planejamento e as informações desse instrumento para o planejamento das ações.

A análise dos resultados das ações desenvolvidas no município, segundo o monitoramento das ações pactuadas junto à POEPS foi confirmado acontecer em todos os quadrimestres por 236 (65,5%) municípios. Dentre os demais, 84 (23,0%) municípios, responderam que essa análise aconteceu em apenas alguns quadrimestres e, 40 (11,0%) municípios, afirmaram que não fizeram essa avaliação em nenhum quadrimestre. Ao estratificar por porte populacional, os municípios de médio porte apresentaram o menor percentual (45,5%) em relação à avaliação ao final de todos os quadrimestres e, o maior

percentual (27,0%), em não realizar a análise dos dados em nenhum quadrimestre avaliativo (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição percentual dos municípios de acordo com a realização da análise quadrimestral dos resultados das ações da Política Estadual de Promoção da Saúde, Minas Gerais – POEPS, 2016-2018

Análise dos resultados da POEPS	Pequeno porte I n (%)	Pequeno porte II n (%)	Médio porte n (%)	Grande porte n (%)	Geral n (%)
Realizada em todos os quadrimestres	132 (64,1)	90 (67,7)	5 (45,5)	9 (90,0)	236 (65,5%)
Realiza apenas em alguns quadrimestres	49 (23,8)	32 (24,0)	3 (27,3)	0,0	84 (23,3%)
Não realizada em nenhum quadrimestre	25 (12,1)	11 (8,3)	3 (27,3)	1 (10,0)	40 (11,0%)
TOTAL	206 (100,0)	133 (100,0)	11 (100,0)	10 (100,0)	360 (100,0%)

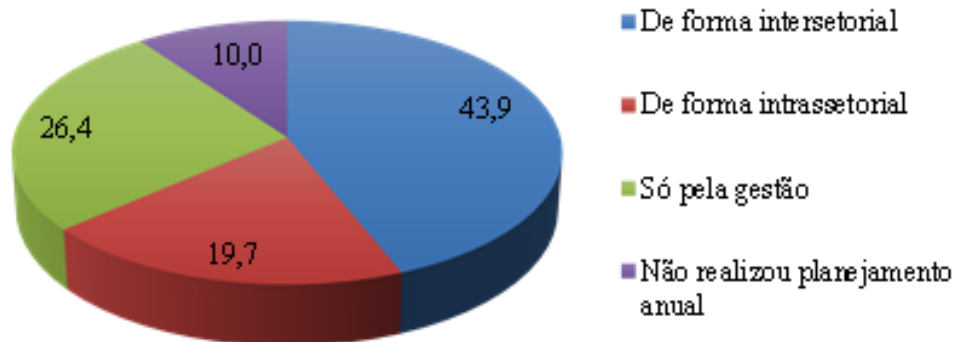
Fonte: Dados da pesquisa

4.3.2.2 Subdimensão Gestão do Processo

A existência de indicadores próprios para avaliar as ações de promoção da saúde desenvolvidas foi observada em 59 (16,3%) municípios. Desses, 52 (88,1%) disseram realizar o monitoramento. Ao estratificar por porte populacional, observou-se que 23 (11,1%) municípios de pequeno porte I e 33 (24,8%) de pequeno porte II utilizaram indicadores próprios. Nenhum município de médio porte afirmou ter utilizado indicadores próprios para avaliar as ações. Entre os municípios de grande porte, observou-se que três (30%) municípios afirmaram ter utilizado indicadores próprios para avaliação das ações de promoção da saúde.

Quanto à realização de planejamento anual das ações de promoção da saúde, 324 (90,0%) municípios afirmaram tê-lo feito, sendo que 158 (43,9%) confirmaram que o fizeram de forma intersetorial, 95 (26,4%) responderam que foi elaborado só pela gestão e, 71 (19,7%) municípios, que foi feito de forma intrassetorial (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Percentual de municípios que realizaram o planejamento anual das ações de promoção da saúde, Minas Gerais – POEPS, 2016-2018



Fonte: Dados da pesquisa

Ao estratificar por porte populacional (Tabela 8), observou-se que: 181 (87,9%) municípios de pequeno porte I realizaram planejamento anual das ações, sendo que 100 (48,5%) citaram ter realizado de forma intersetorial; em 51 (24,8%), foi realizado somente pela gestão; e 25 (12,1%) afirmaram não ter realizado planejamento. A realização do planejamento anual das ações de promoção da saúde foi confirmada por 124 (93,0%) municípios de pequeno porte II, dos quais 54 (40,6%) afirmaram tê-los realizados de forma intersetorial e, 33 (24,8%), só pela gestão. Nos municípios de médio porte, 10 (90,0%) municípios responderam ter realizado planejamento, sendo em dois (18,0%) municípios, de forma intersetorial e, em seis (54,5%), somente pela gestão. O mesmo padrão se manteve nos municípios de grande porte, onde nove (90,0%) realizaram o planejamento, sendo dois (20,0%) de forma intersetorial e cinco (50,0%) somente no nível da gestão.

Tabela 8 – Percentual de municípios, por porte populacional, que realizaram o planejamento anual das ações de promoção da saúde, Minas Gerais – POEPS, 2016-2018

	Forma de realização do planejamento anual			Fizeram o planejamento anual n (%)	Não fizeram o planejamento anual n (%)
	Intersetorial n (%)	Intrasetorial n (%)	Gestão n (%)		
Pequeno porte I	100 (48,5)	30 (14,6)	51 (24,8)	181 (87,9)	25 (12,1)
Pequeno porte II	54 (40,6)	37 (27,8)	33 (24,8)	124 (93,2)	9 (6,8)
Médio porte	2 (18,2)	2 (18,2)	6 (54,5)	10 (90,9)	1 (9,1)
Grande porte	2 (20,0%)	2 (60,0)	5 (50,0)	9 (90,0)	1 (10,0)

Fonte: Dados da pesquisa

Sobre a atuação do gestor municipal de saúde nas articulações das ações de promoção da saúde, 320 (89,0%) municípios responderam que o gestor foi atuante no período avaliado.

A criação de regimento interno, portaria ou documentos similares para definir e direcionar as ações de promoção da saúde foi confirmado por 60 (17,0%) municípios avaliados. Observando por porte populacional, 4 (40,0%) municípios de grande porte e 32 (24,0%) de pequeno porte II criaram um regimento interno para o direcionamento das ações. Em 131 (79,5%) municípios houve a utilização de documentos como normas técnicas, manuais, protocolos, rotinas de procedimentos, entre outros para nortear os profissionais da rede no desenvolvimento das ações de promoção da saúde no município.

Em relação à discussão da implementação da POEPS, 210 (58,0%) municípios afirmaram a realização de encontros intersetoriais periódicos para discussão das ações. Estratifcando por porte populacional, 88 (42,7%) municípios de pequeno porte I, 51 (38,3%) de pequeno porte II, seis (54,5%) de médio porte e cinco (50,0%) municípios de grande porte não realizaram encontros intersetoriais periódicos para discussão das ações da POEPS.

4.4 Análise dos resultados dos indicadores pactuados

4.4.1 Indicador 1: Realizar ações de práticas corporais e/ou atividades físicas para a população

Apesar do comportamento decrescente, observou-se que, ao final do período avaliativo, uma média de 18,5% de municípios de pequeno porte I, 14,4% de pequeno porte II e 13,7% de médio porte não realizou a ação referente ao indicador 1 no período avaliado. Em relação aos municípios com cumprimento das metas abaixo de 50,0%, observou-se que, a maior média percentual de municípios nessa situação (28,8%) foi dos municípios de grande porte, seguidos pelos de médio porte (13,7%). Observou-se que uma média de 17,6% de municípios de grande porte, 13,9% de pequeno porte II e 11,1% de pequeno porte I atingiu valores iguais ou maiores a 50,0% das metas, mas não conseguiram cumprir totalmente as metas pactuadas. A média de municípios que cumpriram as metas desse indicador foi de 45,0% para os municípios de grande porte e, em torno de 65,0%, para os demais, para o período avaliado (Tabela 9).

Tabela 9 - Percentuais de cumprimento do indicador I e médias, por faixas de cumprimento de metas, por quadrimestres avaliativos e porte populacional, Minas Gerais – POEPS, 2016-2018

Indicador I - Realizar ações de práticas corporais e/ou atividades físicas para a população									
PORTE POPULACIONAL E CUMPRIMENTO DE METAS	QUADRIMESTRES AVALIATIVOS								MÉDIA
	2º 2016	3º 2016	1º 2017	2º 2017	3º 2017	1º 2018	2º 2018	3º 2018	
PEQUENO PORTE I									
Não realizaram a ação	19,9	32,0	30,0	12,6	14,0	17,0	9,2	13,6	18,5
Meta <50,0%	3,8	4,5	4,0	5,8	3,0	3,0	2,4	3,9	3,8
Meta =>50,0% <80,0%	7,8	5,0	7,0	5,8	5,0	7,0	5,5	2,9	5,8
Meta =>80,0% <100,0%	4,0	6,5	7,0	5,8	6,0	3,0	4,4	5,8	5,3
Meta = 100,0%	64,5	52,0	52,0	70,0	72,0	70,0	78,5	73,8	66,6
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
PEQUENO PORTE II									
Não realizaram a ação	15,8	22,6	24,8	10,5	9,8	17,3	7,5	6,8	14,4
Meta <50,0%	8,3	6,0	8,3	10,5	6,0	4,5	7,5	8,3	7,4
Meta =>50,0% <80,0%	9,7	7,5	10,5	7,5	7,5	9,8	6,0	5,3	8,0
Meta =>80,0% <100,0%	5,3	7,5	9,0	3,8	3,0	6,0	6,8	6,0	5,9
Meta = 100,0%	60,9	56,4	47,4	67,7	73,7	62,4	72,2	73,6	64,3
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
MÉDIO PORTE									
Não realizaram a ação	36,4	36,4	27,3	0,0	0,0	0,0	9,1	0,0	13,7
Meta <50,0%	36,4	9,1	9,1	9,1	9,1	18,2	9,1	9,1	13,7
Meta =>50,0% <80,0%	0,0	9,1	0,0	9,1	9,1	0,0	0,0	9,1	4,6
Meta =>80,0% <100,0%	0,0	0,0	9,1	0,0	0,0	0,0	0,0	9,1	2,3
Meta = 100,0%	27,2	45,4	54,5	81,8	81,8	81,8	81,8	72,7	65,9
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
GRANDE PORTE									
Não realizaram a ação	40,0	10,0	0,0	10,0	0,0	0,0	10,0	0,0	8,8
Meta <50,0%	10,0	30,0	30,0	30,0	30,0	40,0	30,0	30,0	28,8
Meta =>50,0% <80,0%	20,0	10,0	10,0	0,0	20,0	0,0	0,0	10,0	8,8
Meta =>80,0% <100,0%	10,0	20,0	10,0	10,0	0,0	10,0	0,0	10,0	8,8
Meta = 100,0%	20,0	30,0	50,0	50,0	50,0	50,0	60,0	50,0	45,0
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

4.4.2 Indicador 2: Realizar junto à comunidade, atividades coletivas de Educação em Saúde voltadas para Promoção da Saúde

Os municípios de pequeno porte I foram os que apresentaram a maior média de não realização dessa ação para o período, 16,5%, seguidos pelos de pequeno porte II com 12,1% e de grande porte com média de 11,3% municípios. Observou-se que uma média de 9,1% de municípios de médio porte apresentou valores iguais ou maiores que 50,0%, mas não atingiram as metas pactuadas, seguidos por 8,8% de grande porte. Os municípios que apresentaram a menor média de cumprimento desse indicador foram os de pequeno porte I (77,3%) e, a maior, de médio porte (80,0%). Os municípios de pequeno porte II e grande porte apresentaram uma média em torno de 78,0% para o período avaliado (Tabela 10).

Tabela 10 - Percentuais de cumprimento do indicador 2 e médias, por faixas de cumprimento de metas, por quadrimestres avaliativos e porte populacional, Minas Gerais – POEPS, 2016-2018

Indicador 02: Realizar junto à comunidade, atividades coletivas de Educação em Saúde voltadas para Promoção da Saúde									
PORTE POPULACIONAL E CUMPRIMENTO DE METAS	QUADRIMESTRES AVALIATIVOS								MÉDIA
	2º 2016	3º 2016	1º 2017	2º 2017	3º 2017	1º 2018	2º 2018	3º 2018	
PEQUENO PORTE I									
Não realizaram a ação	26,2	37,4	17,4	14	7,8	9,7	9,2	10,6	16,5
Meta <50,0%	2,9	1,4	1,5	1	1	2,5	1,5	0,5	1,5
Meta =>50,0% <80,0%	2,9	4,4	8,3	3,9	2,4	5,3	3,8	3,4	4,3
Meta =>80,0% <100,0%	0,0	1,0	0,0	0,5	0,0	0,5	0,5	0,5	0,4
Meta = 100,0%	68,0	55,8	72,8	80,6	88,8	82,0	85,0	85,0	77,3
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
PEQUENO PORTE II									
Não realizaram a ação	16,5	30,8	16,5	9,0	7,5	8,2	3,7	4,5	12,1
Meta <50,0%	7,5	3,1	4,5	2,2	3,0	2,3	1,5	3,0	3,4
Meta =>50,0% <80,0%	6,0	6,0	6,8	6,0	3,0	4,5	0,8	0,8	4,2
Meta =>80,0% <100,0%	2,3	4,5	2,3	2,3	0,0	0,8	0,0	3,0	1,9
Meta = 100,0%	67,7	55,6	69,9	80,5	86,5	84,2	94,0	88,7	78,4
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
MÉDIO PORTE									
Não realizaram a ação	18,2	9,1	0,0	0,0	0,0	9,1	0,0	9,1	5,7
Meta <50,0%	9,1	18,2	9,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,5
Meta =>50,0% <80,0%	0,0	18,2	18,2	0,0	0,0	0,0	9,1	0,0	5,7
Meta =>80,0% <100,0%	0,0	0,0	9,1	9,1	9,1	0,0	0,0	0,0	3,4
Meta = 100,0%	72,7	54,5	63,6	90,9	90,9	90,9	90,9	90,9	80,7
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
GRANDE PORTE									
Não realizaram a ação	40,0	30,0	10,0	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	11,3
Meta <50,0%	0,0	0,0	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3
Meta =>50,0% <80,0%	0,0	0,0	10,0	0,0	0,0	10,0	0,0	0,0	2,5
Meta =>80,0% <100,0%	0,0	0,0	10,0	10,0	10,0	0,0	10,0	10,0	6,3
Meta = 100,0%	60,0	70,0	60,0	80,0	90,0	90,0	90,0	90,0	78,8
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

4.4.3 Indicador 3: Implementar o Programa Saúde na Escola (PSE) no município

Observou-se que não realizaram a ação uma média de 13,9% municípios de pequeno porte I, 10,7% de pequeno porte II e 8,0% de municípios de grande porte. Em relação aos municípios com cumprimento das metas abaixo de 50,0% do pactuado, a maior média foi observada entre os municípios de grande porte, 20%. Foi observada uma média na faixa de 12,0% de municípios de pequeno porte II e de grande porte que cumpriram valores iguais ou maiores a 50,0%, mas não conseguiram cumprir totalmente as metas pactuadas. A maior média em relação ao cumprimento de 100,0% das metas para o período avaliado, foi de 83,6% de municípios de médio porte e, a menor, de 60,0% de municípios de grande porte (Tabela 11).

Tabela 11 - Percentuais de cumprimento do indicador 3 e médias, por faixas de cumprimento de metas, por quadrimestres avaliativos e porte populacional, Minas Gerais – POEPS, 2016-2018

Indicador 03: Implementar o Programa Saúde na Escola (PSE) no município									
PORTE POPULACIONAL E CUMPRIMENTO DE METAS	QUADRIMESTRES AVALIATIVOS								MÉDIA
	2º 2016	3º 2016	1º 2017	2º 2017	3º 2017	1º 2018	2º 2018	3º 2018	
PEQUENO PORTE I									
Não realizaram a ação	*	*	*	18,9	11,2	16,5	9,2	13,6	13,9
Meta <50,0%	*	*	*	0,0	0,0	2,9	2,4	3,9	1,8
Meta =>50,0% <80,0%	*	*	*	4,4	6,9	7,3	5,8	2,9	5,5
Meta =>80,0% <100,0%	*	*	*	0,0	0,0	2,9	4,4	5,8	2,6
Meta = 100,0%	*	*	*	76,7	82,0	70,4	78,2	73,8	76,2
TOTAL	*	*	*	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
PEQUENO PORTE II									
Não realizaram a ação	*	*	*	15	6,8	17,3	7,5	6,8	10,7
Meta <50,0%	*	*	*	0,0	0,0	5,3	7,5	8,2	4,2
Meta =>50,0% <80,0%	*	*	*	4,5	13,5	9,0	6	5,3	7,7
Meta =>80,0% <100,0%	*	*	*	0,0	0,0	6,0	6,8	6,0	3,8
Meta = 100,0%	*	*	*	80,5	79,7	62,4	72,2	73,7	73,7
TOTAL	*	*	*	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
MÉDIO PORTE									
Não realizaram a ação	*	*	*	9,1	0,0	0,0	9,1	0,0	3,6
Meta <50,0%	*	*	*	0,0	0,0	18,2	9,1	9,1	7,3
Meta =>50,0% <80,0%	*	*	*	0,0	9,1	0,0	0,0	9,1	3,6
Meta =>80,0% <100,0%	*	*	*	0,0	0,0	0,0	0,0	9,1	1,8
Meta = 100,0%	*	*	*	90,9	90,9	81,8	81,8	72,7	83,6
TOTAL	*	*	*	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
GRANDE PORTE									
Não realizaram a ação	*	*	*	30,0	0,0	0,0	10,0	0,0	8,0
Meta <50,0%	*	*	*	0,0	0,0	40,0	30,0	30,0	20,0
Meta =>50,0% <80,0%	*	*	*	0,0	30,0	0,0	0,0	10,0	8,0
Meta =>80,0% <100,0%	*	*	*	0,0	0,0	10,0	0,0	10,0	4,0
Meta = 100,0%	*	*	*	70,0	70,0	50,0	60,0	50,0	60,0
TOTAL	*	*	*	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Nota: *Quadrimestres em que não houve realização das ações, devido à não publicação pelo MS de Portaria para adesão dos municípios ao PSE.

Fonte: Dados da pesquisa

4.4.4 Indicador 4: Realizar o registro do Formulário de Marcadores de Consumo Alimentar de crianças menores de dois anos no Sisvan Web

Ao analisar os resultados desse indicador, foi observada uma média em torno de 7,0% de municípios de pequeno porte I e II que não realizaram a ação no período avaliado. Os municípios de grande porte apresentaram uma média de 16,3% de municípios com cumprimento das metas abaixo de 50%. Nesse mesmo grupo, observou-se uma média de 27,6% de municípios atingindo valores iguais ou maiores a 50,0%, mas que não conseguiram cumprir totalmente as metas pactuadas. A menor média de cumprimento de 100,0% das metas pactuadas, para o período avaliado, foi observada nos municípios de grande porte (53,8%) e a maior entre os municípios de pequeno porte I (87,2%) (Tabela 12).

Tabela 12 - Percentuais de cumprimento do indicador 4 e médias, por faixas de cumprimento de metas, por quadrimestres avaliativos e porte populacional, Minas Gerais – POEPS, 2016-2018

Indicador 4: Realizar o registro do Formulário de Marcadores de Consumo Alimentar de crianças menores de dois anos no Sisvan Web									
PORTE POPULACIONAL E CUMPRIMENTO DE METAS	QUADRIMESTRES AVALIATIVOS								MÉDIA
	2º 2016	3º 2016	1º 2017	2º 2017	3º 2017	1º 2018	2º 2018	3º 2018	
PEQUENO PORTE I									
Não realizaram a ação	23,8	13,2	9,2	3,4	0,5	4,9	1,0	0,0	7,0
Meta <50,0%	2,4	3,4	3,4	1,0	1,0	2,4	1,9	0,4	2,0
Meta =>50,0% <80,0%	1,0	2,9	1,0	1,0	1,9	1,5	2,4	1,5	1,7
Meta =>80,0% <100,0%	1,9	1,9	3,9	1,9	1,9	1,9	2,4	1,5	2,2
Meta = 100,0%	70,9	78,6	82,5	92,7	94,7	89,3	92,3	96,6	87,2
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
PEQUENO PORTE II									
Não realizaram a ação	23,3	12,0	8,2	3,0	1,5	4,5	1,5	0,7	6,8
Meta <50,0%	4,5	3,8	2,3	2,3	2,3	4,5	3,7	2,3	3,2
Meta =>50,0% <80,0%	0,8	5,3	3,8	5,2	2,3	3,0	2,3	2,3	3,1
Meta =>80,0% <100,0%	3,0	3,0	0,8	2,3	4,5	2,3	2,3	3,0	2,7
Meta = 100,0%	68,4	75,9	84,9	87,2	89,4	85,7	90,2	91,7	84,2
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
MÉDIO PORTE									
Não realizaram a ação	18,2	9,1	9,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,6
Meta <50,0%	18,2	18,2	9,1	0,0	0,0	9,1	9,1	0,0	8,0
Meta =>50,0% <80,0%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	9,1	18,2	9,1	4,6
Meta =>80,0% <100,0%	0,0	9,1	0,0	18,2	9,1	0,0	0,0	9,1	5,7
Meta = 100,0%	63,6	63,6	81,8	81,8	90,9	81,8	72,7	81,8	77,3
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(Continua...)

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 12 - Percentuais de cumprimento do indicador 4 e médias, por faixas de cumprimento de metas, por quadrimestres avaliativos e porte populacional, Minas Gerais – POEPS, 2016-2018

Indicador 4: Realizar o registro do Formulário de Marcadores de Consumo Alimentar de crianças menores de dois anos no Sisvan Web									
PORTE POPULACIONAL E CUMPRIMENTO DE METAS	QUADRIMESTRES AVALIATIVOS								MÉDIA
	2º 2016	3º 2016	1º 2017	2º 2017	3º 2017	1º 2018	2º 2018	3º 2018	
GRANDE PORTE									
Não realizaram a ação	10,0	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,5
Meta <50,0%	20,0	20,0	20,0	10,0	30,0	10,0	10,0	10,0	16,3
Meta =>50,0% <80,0%	10,0	30,0	10,0	30,0	10,0	20,0	30,0	30,0	21,3
Meta =>80,0% <100,0%	0,0	0,0	10,0	20,0	10,0	0,0	10,0	0,0	6,3
Meta = 100,0%	60,0	40,0	60,0	40,0	50,0	70,0	50,0	60,0	53,8
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(Conclusão)

Fonte: Dados da pesquisa

4.4.5 Indicador 5: Realizar o acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias no Programa Bolsa Família (PBF)

Foi observada uma média de 7,5% de municípios de grande porte abaixo de 50,0% das metas pactuadas. Entre os municípios que alcançaram valores iguais ou maiores a 50,0%, mas que não conseguiram cumprir as metas pactuadas, observou-se uma média de 25,1% de municípios de grande porte, seguidos por 19,4% de médio porte e por 15,4% de pequeno porte II. A menor média de municípios que cumpriram a média pactuada foi de 67,5% de municípios de grande porte e a maior de 91,3% de pequeno porte I (Tabela 13).

Tabela 13 - Percentuais de cumprimento do indicador 5, por faixas de cumprimento de metas, por quadrimestres avaliativos e porte populacional, Minas Gerais – POEPS, 2016-2018

Indicador 5: Realizar o acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias no Programa Bolsa Família (PBF)									
PORTE POPULACIONAL E CUMPRIMENTO DE METAS	QUADRIMESTRES AVALIATIVOS								MÉDIA
	2º 2016	3º 2016	1º 2017	2º 2017	3º 2017	1º 2018	2º 2018	3º 2018	
PEQUENO PORTE I									
Não realizaram a ação	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,2
Meta <50,0%	1,0	1,0	4,3	0,0	0,5	2,9	0,0	0,0	1,2
Meta =>50,0% <80,0%	2,9	4,8	1,0	1,0	1,0	0,5	1,0	0,0	1,5
Meta =>80,0% <100,0%	12,6	10,7	0,0	8,7	5,3	1,0	7,7	0,0	5,8
Meta = 100,0%	83,5	83,0	94,7	90,3	93,2	94,6	91,3	100,0	91,3
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
PEQUENO PORTE II									
Não realizaram a ação	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Meta <50,0%	1,5	2,3	1,5	0,7	0,7	5,3	0,8	0,0	1,6
Meta =>50,0% <80,0%	7,5	6,8	2,3	4,5	2,3	5,3	5,3	0,0	4,3
Meta =>80,0% <100,0%	21,1	18,0	2,3	14,3	15,8	0,7	16,5	0,0	11,1
Meta = 100,0%	69,9	72,9	93,9	80,5	81,2	88,7	77,4	100,0	83,1
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
MÉDIO PORTE									
Não realizaram a ação	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Meta <50,0%	0,0	27,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,4
Meta =>50,0% <80,0%	9,1	9,1	0,0	9,1	0,0	9,1	9,1	0,0	5,7
Meta =>80,0% <100,0%	36,4	0,0	0,0	18,2	18,2	9,1	27,3	0,0	13,7
Meta = 100,0%	54,5	63,6	100,0	72,7	81,8	81,8	63,6	100,0	77,3
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
GRANDE PORTE									
Não realizaram a ação	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Meta <50,0%	10,0	20,0	0,0	0,0	20,0	10,0	0,0	0,0	7,5
Meta =>50,0% <80,0%	20,0	0,0	10,0	0,0	10,0	10,0	40,0	0,0	11,3
Meta =>80,0% <100,0%	30,0	20,0	0,0	20,0	30,0	10,0	0,0	0,0	13,8
Meta = 100,0%	40,0	60,0	90,0	80,0	40,0	70,0	60,0	100,0	67,5
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

5 DISCUSSÃO

A POEPS encontra-se parcialmente implementada nos municípios do estado de Minas Gerais e a análise das dimensões Estrutura, Processos e Resultados indica a existência de desafios a serem enfrentados, ainda que com alguns avanços.

Foram evidenciadas como fragilidades que interferiram nessa classificação a subdimensão Insumos, pertencente à dimensão Estrutura, por apresentar implementação crítica nos municípios de médio e grande porte. A dimensão Processos, apesar de parcialmente implementada, alcançou o menor valor percentual tanto para o conjunto dos municípios do estado como para todos os portes populacionais dos municípios, quando estratificados. Esta dimensão apresentou a subdimensão Gestão do processo com implementação crítica para o estado como um todo e para todos os portes populacionais e, a subdimensão Gestão da informação, com implementação crítica nos municípios de médio porte.

Como potencialidades, identificou-se a subdimensão Gestão administrativa, componente da dimensão estrutura, que apresentou implementação aceitável para o estado como um todo e para os municípios de pequeno porte I e II e grande porte.

O cumprimento das metas propostas para os indicadores pactuados junto ao governo do estado mostrou-se, na maioria dos municípios, dificultadas pela realidade no âmbito local, principalmente, devido à baixa institucionalização das ações de promoção da saúde nos municípios.

O grau de implementação da POEPS nos municípios do estado de Minas Gerais, avaliado como parcial, infere baixa institucionalização das ações de promoção da saúde nos municípios. Ao comparar os resultados deste estudo, estratificado por porte populacional, encontra-se resultado similar em relação aos municípios de pequeno e médio porte em Henrique e Calvo (2009) que, ao verificar a associação de indicadores sociais com o grau de implantação do PSF em municípios catarinenses, encontraram pouco mais da metade desses municípios apresentando condição intermediária de implantação do PSF.

Ao comparar os resultados relativos aos municípios de grande porte, os dados de implementação da POEPS mostram-se melhores, com implementação parcial nesses municípios, ao passo que 100% dos municípios com mais de 100 mil habitantes foram classificados como em situação “insatisfatória” para a implantação do PSF. Os dados também permitiram comparar a relação entre o porte populacional dos municípios e os componentes

Estrutura, Processo e Resultado. Os dados da POEPS indicaram que os municípios menores apresentaram melhor classificação quanto à Estrutura, sendo o mesmo cenário encontrado na implantação do PSF. Quanto ao Processo, encontra-se baixo para todos, e resultados baixos para os de maior porte, ao contrário da implantação do PSF, que estava melhor nos municípios maiores.

Similaridade também foi evidenciada em Medina et al. (2014), onde observaram que 70,0% das equipes que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) mencionaram realizar ações de promoção da saúde. A comparação dos resultados deste estudo com a literatura internacional é limitada, devido à escassez de pesquisas comparáveis. Contudo, observa-se semelhança quanto ao percentual de implementação ao contrapor com os resultados observados por March et al. (2014), que encontrou 120 (62,0%) equipes de Atenção Primária, entre as pesquisadas, realizando atividades comunitárias de promoção da saúde no último ano, em comunidades autônomas da Espanha.

Ao analisar a proporção de realização das ações dirigidas aos temas de referência da POEPS relacionados à Alimentação Adequada, Saudável e Sustentável e às Práticas Corporais e Atividades Físicas, bem como aquelas realizadas nas escolas, foi possível observar seu avanço nos municípios de pequeno e médio porte. Contudo, ainda se observam deficiências na institucionalização das ações e heterogeneidade na sua implementação.

Não obstante, foram evidenciados maiores percentuais nos dados da avaliação da POEPS em comparação aos resultados encontrados por Medina et al. (2014) ao analisar a proporção de realização das ações dirigidas à alimentação (65,1%), atividades realizadas na escola (69,4%) e práticas corporais (53,4%) desenvolvidas pelas equipes da região Sudeste e do conjunto de ações nas escolas com realização confirmada por meio de documento no estado de Minas Gerais (47,9%).

As ações analisadas no estudo de Medina et al. (2014), são voltadas para as mesmas temáticas da POEPS, mas com objetos diferentes. Portanto, foi possível inferir uma melhoria no desenvolvimento das temáticas, excetuando-se os municípios de grande porte, mas, não nos objetos propostos nos indicadores. Apesar do avanço apresentado, os dados ainda traduzem uma baixa institucionalização das ações de promoção da saúde, mesmo tratando-se de municípios que aderiram explicitamente ao PMAQ-AB e à POEPS e que, por isso, se submeteram voluntariamente aos processos avaliativos, com a finalidade de receber incentivos financeiros adicionais.

Dessa forma, sugere-se que o cenário em relação às demais ações de promoção da saúde deve ser, muito provavelmente, aquém do que o apresentado neste estudo. Ao contrapor aos resultados de March et al. (2014), observou-se avanços em relação à institucionalização das ações da POEPS, pois no estudo realizado na Espanha, as ações dependiam, em parte, do voluntariado dos profissionais. As atividades implementadas apresentaram similaridades em relação à heterogeneidade e, provavelmente, também em relação aos motivos apresentados, que foram as desigualdades nas prioridades das agendas das políticas de saúde, as particularidades histórico-sociais regionais e o trabalho específico de grupos de profissionais, acrescentando-se, no caso da POEPS, as diferenças relacionadas à extensão territorial. Assim como na PNPS, as temáticas apresentadas na POEPS são referências para formação de agenda e adoção de estratégias, ou seja, não devem ser vistas como forma de trabalhar ações focais como alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo. Essas são importantes, mas precisam ser situadas nos contextos socioculturais e dos DSS que podem inibi-las ou dificultá-las, tendo como foco o empoderamento e ampliação das capacidades individuais e coletivas.

Outro fator importante a ser observado é a realização de parcerias intersetoriais para o desenvolvimento das ações, que se mostrou elevada para todos os municípios e encontra equivalência aos 88,1% encontrados no estudo de March et al. (2014). Porém, tem-se que avaliar a qualidade dessas parcerias, pois foi constatado por Moreira e O'Dwyer (2013), que o envolvimento de outros setores sociais na realização de ações de promoção da saúde é limitado e que as parcerias ocorrem com base na disponibilidade de locais para as equipes executarem as atividades desejadas. Acresce-se o fato de que não existe uma rede de apoio intersetorial focada na promoção da saúde pública e que fatores políticos podem atuar como dificultadores para o estabelecimento de parcerias com outros setores e, até, do bom funcionamento dos serviços de saúde.

Corroborando com o exposto, Dias, P. C. et al. (2018), constataram que a participação do setor educacional foi estritamente operacional, ao analisar a construção dos arranjos intersetoriais entre os setores saúde e educação na implementação da estratégia NutriSUS em um município do Rio de Janeiro. De acordo com o observado pelas autoras, é característico de programas *top down* restringir-se ao cumprimento de decisão política de escalões superiores, não garantindo sustentabilidade dos arranjos construídos, pois são permanentemente desafiados pela tradição de gestão setorial e pelo recorrente protagonismo de um dos setores na condução dos programas e das ações induzidas.

Na subdimensão Insumos, pertencente à dimensão Estrutura, que apresentou implementação crítica nos municípios de médio e grande porte e implementação parcial, com baixo percentuais para os demais portes, foram observados baixa disponibilidade e funcionalidade dos insumos utilizados para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde na rotina dos serviços.

A diferença observada entre os municípios segundo o porte populacional em relação à dimensão Estrutura sugere uma priorização das ações curativas em detrimento às de promoção da saúde, especialmente nos municípios de médio e grande porte, constituindo-se em importante desafio para a consolidação das ações de promoção da saúde. As ações curativas e médica centradas foram pontos confirmados pelos respondentes deste estudo como dificultadores para implementação das ações de promoção da saúde nos municípios de pequeno porte II e grande porte.

Segundo Branco (2001), as secretarias municipais possuem infraestruturas muito heterogêneas, o que leva a grandes problemas em âmbito local. Corroborando parte dos resultados, Silva et al. (2012) observaram em dois municípios de grande porte, a dificuldade na realização das ações de promoção da saúde pela sua insuficiência de financiamento e direcionamento prioritário para as ações de alta complexidade, ações curativas e para os problemas de organização da rede de serviços. Ressaltam que, apesar do reconhecimento da importância da promoção da saúde, o direcionamento de discussões, planejamento e investimento para essas ações não são priorizados. Resultados semelhantes foram observados em estudo realizado no estado de São Paulo, onde foi avaliado os investimentos em ações de APS, de média e alta complexidade e de vigilância em saúde.

Este estudo revelou que o gasto com a Atenção Primária, nível eleito pela política de saúde como estratégico, porque dele dependem a coordenação e o cuidado integral à saúde nas RAS, não recebeu prioridade em relação a esta ação com a média e a alta complexidade (SOARES, 2019). Ao estratificar ESF em municípios por porte populacional, Kessler et al. (2018), também verificaram o mesmo padrão observado no desenvolvimento das ações da POEPS. Observaram que, conforme aumentava o porte do município, ocorria a diminuição da proporção de equipes que ofertavam ações de promoção da saúde.

Neste estudo, observou-se que um grande percentual de municípios declarou ter disponibilizado contrapartida financeira própria para as ações de promoção da saúde e, que além do incentivo financeiro da POEPS, a maioria das temáticas abordadas nos indicadores pactuados recebeu financiamento específico do MS, como o PSE, os Polos do Programa Academia da Saúde e o PBF.

O grau de implementação crítico evidencia que os investimentos ainda não foram suficientes para atender às demandas e/ou não houve priorização e planejamento das ações de promoção da saúde. Fato verificado por Silva et al. (2014) ao observarem que práticas exitosas em promoção da saúde apresentam vinculação aos programas que contam com financiamento federal, em função de se constituírem áreas prioritárias. Sobre isto, Oliveira (2014) alertou que os recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde para fins de implementação das ações específicas da PNPS não foi fator impulsionador da Política e o investimento com recursos financeiros são inferiores aos desejáveis. Esta mesma abordagem foi referida pelos gestores, no estudo de Dias, M. S. de A. et al. (2018), que mencionaram como poucos os recursos financeiros destinados à PNPS, situação reafirmada pela insuficiência de material de apoio às atividades. Dessa forma, recomendou-se que o financiamento não fique unicamente sob a tutela de um ente financiador, devendo ser tripartite (OLIVEIRA, 2014; DIAS, M. S. A. et al., 2018). Além disso, reforça a necessidade de superar a insuficiência relacionada à própria compreensão de promoção da saúde e a sua incorporação nas práticas de atenção, gestão, formação e controle social (OLIVEIRA, 2014).

Acresce-se a situação de calamidade financeira do estado de Minas Gerais, decretada no final de 2016 que, desde então, tem engessado o orçamento público e o estado, apresentando dificuldades em cumprir os compromissos assumidos e, ao mesmo tempo, investir e atender às demandas da população (DAVIS; BIONDINI, 2018). A dívida pública tem-se tornando um gargalo para o desenvolvimento das ações governamentais, o que pode também ter impactado no desenvolvimento das ações, principalmente, no que se refere à estrutura (insumos) necessária para a realização das ações da POEPS.

A falta de veículo exclusivo para as ações de promoção da saúde é realidade na grande maioria dos municípios do estado. A maior parte dos municípios relatou fazer uso de veículos compartilhados com outras ações, principalmente os de médio e grande porte, onde nenhum afirmou disponibilizar veículo exclusivo para as ações de promoção da saúde. Observou-se que, quanto maior o porte do município, maior o relato de indisponibilidade de veículos para subsidiar o desenvolvimento das ações, sendo nos municípios de grande porte onde mais se acentuou esta indisponibilidade. Foi relatada a falta de transporte como ponto crítico para melhoria de acesso e desenvolvimento das ações, sendo, algumas vezes, impossível agendar veículos, o que, diante de uma grande extensão territorial, impede o cumprimento dos compromissos.

Vindo ao encontro destes resultados, Cotta et al. (2006) verificaram que a falta de transporte foi a dificuldade mais citada em um estudo realizado com trabalhadores da ESF de

um município de pequeno porte, em Minas Gerais, haja vista a considerável parcela rural da sua população. Lopes e Marcon (2012) ao investigarem as facilidades e dificuldades dos profissionais da Atenção Básica de um município de grande porte, no estado do Paraná, também observaram como principal dificuldade, a inexistência de veículos para locomoção da unidade até a área de abrangência. O mesmo cenário foi observado por Medeiros, Machado e Pessoa Jr. (2017), ao avaliarem a estrutura organizacional das vigilâncias sanitárias de uma região de Pernambuco, encontraram como um dos principais problemas estruturais a falta de veículo próprio, uma vez que interfere diretamente na dinâmica do funcionamento do serviço. Entre os municípios em que a VISA possuía transporte próprio, constataram que a dinâmica do serviço fluía melhor e o órgão estava mais próximo da população.

Em relação ao aparato tecnológico, observou-se que a indisponibilidade e o seu funcionamento inadequado, concentram-se entre os municípios de maiores portes populacionais, confirmando o não investimento nas ações de promoção da saúde por parte desses municípios. Medeiros, Machado e Pessoa Jr. (2017) verificaram como principais dificuldades a falta de manutenção dos equipamentos e aquisição de novos que tenham configuração compatível com a necessidade do trabalho.

A *internet* foi relatada como um grande problema no passado, mas, que agora, apresenta melhorias de sinal. Quanto aos *softwares* do e-SUS e Sisvan Web, observou-se o mesmo padrão citado no que se refere ao porte populacional dos municípios. Essa situação pode estar relacionada às questões de falta de equipamentos compatíveis ou, como citado pelos respondentes, pela falta de acesso aos sistemas durante os períodos estipulados para digitação dos dados e falha ao migrar dados de sistemas. Em relação ao e-SUS, foi citada como principal dificuldade, a digitação dos dados no sistema e a sua inoperância. Contudo, o padrão observado também pode ser resultante do processo de implantação do sistema que, de acordo com Thum, Baldisserotto e Celeste (2019), ocorreu primeiro nos municípios de pequeno porte e com maiores coberturas de ESF, por terem sido os primeiros a iniciar a utilização do e-SUS AB, já que estavam em estágio intermediário de implantação.

Sobre esse sistema, Cavalcante et al. (2019) ao analisarem a rede de atores envolvidos na informatização da APS na esfera federal, constataram como principais fragilidades as contínuas mudanças de versões nos *softwares*; as dificuldades para os municípios que dispõem de sistema de informação de saúde próprios lançarem seus dados no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e a resistência de usuários em prestarem certas informações, gerando resistências. Quanto ao Sisvan Web, neste estudo, foi relatada como principal dificuldade, a inconsistência do sistema, mas, de forma geral, as

dificuldades no uso dos sistemas estão relacionadas às encontradas por Rolim et al. (2015), em que os responsáveis pelo Sisvan referiram a *internet* lenta, falta de profissionais capacitados para a coleta, sobrecarga do trabalho do digitador e falta de profissionais para a digitação dos dados. Ressalta-se que o aparato tecnológico é indispensável para o monitoramento das ações, pois permitem registro e acesso a informações para diagnóstico e análise dos dados de saúde da população e dos DSS, de forma a subsidiar o planejamento e a tomada de decisão.

A subdimensão Gestão da informação, pertencente à dimensão Processos, apresentou como principais pontos frágeis, a incipiente análise da situação de saúde com abordagem dos DSS e utilização das informações para subsidiar o planejamento e as ações. Estes são processos importantes para caracterização do perfil da população, por facilitar a sua identificação das necessidades e prioridades, favorecendo a escolha de intervenções apropriadas que poderão gerar impacto positivo na saúde da população e favorecer o gasto consciente dos recursos públicos.

A realização da análise dos resultados dos indicadores da POEPS também se mostrou incipiente e, quando observada por porte populacional, apresentou-se bastante heterogênea e com melhores resultados para os municípios de grande porte. Em relação a eles, Grimm (2018) ao relatar a institucionalização do monitoramento de indicadores sobre o desempenho da APS em uma grande metrópole, observou que a utilização da informação para a tomada de decisão é uma cultura em construção, que tem contribuído para fomentar as discussões dos diferentes temas que envolvem as prioridades da gestão.

Essa heterogeneidade é explicitada por Branco (2001), que divide os municípios em três segmentos: o primeiro, composto pela maioria dos municípios, apenas coleta dados para o sistema federal ou estadual; o segundo segmento, no outro extremo, estão aqueles que além dessa função, produzem, processam, organizam, analisam a informação em saúde de seu município, já publicam seus resultados e apresentam em eventos científicos; e, em nível intermediário, está o terceiro segmento, composto por alguns municípios que, embora busquem consolidar seus próprios sistemas de informação, ainda encontram diversas dificuldades.

Heidemann et al. (2018), ao discutirem a utilização do sistema de informação da atenção básica na perspectiva da promoção da saúde, também evidenciaram essa realidade ao observarem que, na maioria dos municípios, o sistema de informação era visto apenas como fonte de registro e armazenamento de dados. A maior preocupação das equipes era no

preenchimento das fichas no cotidiano e não na análise das informações que ele é capaz de produzir para a realização da programação local.

Em relação à abordagem dos DSS, na análise da situação de saúde da população e no planejamento das ações, os percentuais de sua utilização foram baixos para todos os portes de município. Esse cenário já era esperado, tendo em vista que a promoção da saúde é desenvolvida prioritariamente na APS, onde o modelo hegemônico ainda é o biomédico e com práticas voltadas para as atividades de educação em saúde com foco na prevenção de doenças, não na saúde. Corroborando esses fatos, Figueiredo et al. (2019), ao conhecerem as práticas de promoção da saúde articuladas aos determinantes sociais e desenvolvidas por profissionais da APS, observaram que o foco da formação dos profissionais era no modelo biomédico e curativista, que grande parte das equipes da ESF trabalhava com o olhar na doença e, por isso, sentiam-se inseguras para planejar e organizar práticas de promoção da saúde de interesse da comunidade, além de muitos ainda confundirem os conceitos de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Essa dificuldade de abordagem dos determinantes sociais de saúde pelos profissionais dá-se pelo fato de estarem muito focados no indivíduo e pela dificuldade em trabalhar intersetorialmente. É preciso avançar na atuação voltada apenas para a transformação dos comportamentos dos indivíduos, com o enfoque em orientações relacionadas às mudanças de hábitos, rumo à compreensão da saúde como resultado de fatores e determinantes culturais, sociais e econômicos múltiplos que se relacionam com a qualidade de vida e que é influenciada pelos DSS.

Na contramão dos resultados encontrados, Dowbor e Westphal (2013) analisaram a situação do trabalho com DSS no âmbito do PSF do município de São Paulo e observaram que são realizadas diversas atividades relacionadas à determinação social da saúde, contemplando todas as fundamentais formas de abordagem da promoção da saúde (biológica, comportamental, psicológica, social e estrutural) e todos os principais DSS descritos na literatura, trabalhados de forma diferentes, conforme influências regionais no município.

Os dados encontrados neste estudo demonstraram que, na maioria dos municípios, a análise das informações ainda não foi incorporada na rotina, mas apresenta melhora nesses e em outros parâmetros, quando contraposta aos resultados observados por Rolim et al. (2015). Neste estudo, ao avaliar o Sisvan como instrumento para o planejamento, gestão e avaliação de ações de alimentação e nutrição na atenção básica do SUS, os autores observaram que 52,8% dos responsáveis não analisavam os dados produzidos pelo sistema, 71,0% não utilizavam como subsídio para o desenvolvimento das ações, 68,1% não divulgam os

resultados e 78,2% não faziam nenhum controle de erros ou de inconsistências. Este estudo também apresentou melhores evidências em relação à análise dos dados da vigilância alimentar e nutricional, quando comparado aos resultados obtidos por Ferreira, Cherchiglia e César, (2013), em que, 42,1% dos municípios informaram realizar a análise dos dados do Sisvan Web referentes à estado nutricional, 13,2% para os dados de consumo alimentar e 31,6% dos municípios afirmaram estabelecer ações de intervenção com base nas análises desses dados. Contudo, os resultados da implementação da POEPS demonstram que ainda há subutilização das informações.

Na dimensão Processos, subdimensão Gestão do processo, foram visualizados pontos críticos relacionados à organização, planejamento e direcionamento das ações da POEPS nos municípios. Apesar do relato do envolvimento dos gestores municipais de saúde nas articulações das ações de promoção da saúde nos municípios, observou-se baixo estabelecimento de indicadores por eles para o monitoramento e a avaliação das ações de promoção da saúde desenvolvidas. Lima, Antunes e Silva (2015) reforçam o exposto ao avaliarem a percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde, no qual os gestores não atribuíram importância efetiva a essa ferramenta de gestão e reconheceram dificuldades e limitações para implementar seu uso, além de revelarem sua pouca utilização para orientação das ações. Observaram também que os gestores têm reduzido conhecimento sobre os sistemas de informação e seus mecanismos de utilização. A percepção, por parte dos gestores, é de que estes sistemas são instrumentos técnico-burocrático, cuja única interação com suas unidades de saúde é a alimentação do banco de dados.

O mesmo padrão foi encontrado por Dias, M. S. A. et al. (2018), no estudo de avaliabilidade da PNPS, em que os gestores descreveram terem como incumbência nos processos de implementação de políticas públicas responsabilidades gerais e não evidenciaram aquelas que guardam proximidades com a promoção da saúde, como por exemplo, “a articulação intersetorial, a partir do estabelecimento de parcerias e articulação e apoio às experiências de educação popular, desenvolvimento de processos de educação permanente, dentre outras”. Citou como exemplo, o PSE, que apesar de incorporado às agendas locais e relacionado à promoção da saúde, não foi encontrado indicadores estipulados pelos gestores de forma a contribuir para a implementação da PNPS.

Esse modo de pensar e agir está na contramão do planejamento em saúde (o qual só se faz centrado na análise das informações de saúde da população e com o reconhecimento permanente das suas necessidades), principalmente no que tange às ações de promoção da

saúde, considerando sua transversalidade e interface com demais políticas, programas e projetos e reconhecendo que seus limites vão além do setor saúde.

A realização de planejamento anual foi relatada pela maioria dos municípios e, como se trata de ações que envolvem outros setores, o planejamento deveria ser participativo e intersetorial. Contudo, observou-se que menos da metade dos municípios de pequeno porte I e II e um quinto dos municípios de médio e grande porte o fizeram de forma intersetorial. Foi possível verificar também que, quanto maior o porte do município, mais centralizada na gestão foi a forma de planejamento. Essa falta de integração das ações e a forma verticalizada, já mencionada anteriormente, geram impactos negativos na implantação das ações de promoção, como despreparo e distanciamento dos profissionais em relação à proposta da Política.

Nessa mesma vertente, os dados da análise de práticas exitosas em promoção da saúde, realizada por Silva et al. (2014), mostraram que a incipiência na incorporação das práticas de promoção da saúde nos serviços de saúde deve-se, entre outros, ao modelo centralizado com concentração das práticas em número reduzido de espaços nos municípios, como forma de racionalização de custos, que também pode dificultar a criação de vínculos e o acesso. Assim, as autoras propõem uma abordagem mais abrangente da promoção da saúde, que envolva os determinantes distais do processo saúde-doença incluindo o lazer e a cultura, ampliando investimentos na consolidação das práticas e rompendo com o caráter pontual e secundário identificados.

Achados similares foram evidenciados no processo de descentralização das ações de controle da hanseníase. Foram explicitados obstáculos de ordem operacional, técnica e administrativa, entre eles, despreparo para o processo de trabalho descentralizado, baixa resolutividade e condução improvisada de programas devido à gestão verticalizada e à falta de integração e planejamento (LANZA; LANA, 2011; SOUZA; VANDERLEI; FRIAS, 2017). Facchini et al. (2006) também constataram que o monitoramento e a avaliação da APS eram irregulares e o direcionamento das ações tinha apenas caráter informativo, com vistas a repassar normas e procedimentos burocráticos e a utilização de relatórios periódicos para a tomada de decisão foi rara. Concluíram que são necessárias estratégias gerenciais focadas nos objetivos prioritários. Da mesma forma, Moreira e O'Dwyer (2013) encontraram como desafio a implementação da avaliação contínua das ações com a presença das equipes de saúde, uma vez que os relatórios e documentos de atividades eram elaborados pela coordenação técnica, sem o envolvimento dos responsáveis pelas ações.

Medeiros, Machado e Pessoa Jr. (2017) observaram a falta de diálogo entre coordenadores e secretários como importante desafio na gestão das Visas municipais e a centralização dos recursos financeiros refletindo nas dificuldades gerenciais e na incapacidade de consolidação das atividades. Verificaram também, o que chamaram de vícios gerenciais, como a repetição do plano de ação do ano anterior com pequenas alterações de dados, demonstrando a falta de interesse em buscar novos métodos de trabalhos.

Tendo em vista as similaridades nos cenários apresentados, de acordo com as análises realizadas por Maragon, Scatena e Costa (2010), a respeito de estratégias para descentralização da Visa, e por Oliveira e Campos (2015) sobre o apoio matricial, é recomendado como pertinentes ao desenvolvimento de ações integradas a facilitação do processo de comunicação e relações entre os diversos serviços e níveis de gestão, o compartilhamento de responsabilidades, o planejamento por meio da elaboração de plano de ação coerente com a realidade local e com as diretrizes norteadoras, sendo imprescindível a articulação com a sociedade por meio de uma gestão mais participativa e a definição de papéis, como forma de fortalecer integração das ações de promoção da saúde e, por consequência, a implementação da POEPS.

A subdimensão Gestão administrativa, pertencente à dimensão Estrutura, foi identificada como potencialidade, considerando as variáveis apontadas a seguir como relevantes para a implementação da Política.

Um dos pontos fortes identificados foi o de terem sido implantadas estratégias multiprofissionais, (re) orientadoras dos processos de trabalho, com potencial resolutivo e impacto na situação de saúde da população. Em relação a essas estratégias, foi observada a implantação da ESF na quase totalidade dos municípios e dos NASF-AB na sua grande maioria. Verificou-se que os Polos do Programa Academia da Saúde estão presentes em mais de um terço dos municípios, excetuando-se os de médio porte ao estratificar por este segmento. Dias M. S. A. et al. (2018) também constataram como fatores que contribuíram para a execução da PNPS, a cobertura da ESF e a implementação do NASF-AB, por serem expressões de potencialidades para execução da Política.

Com referência aos NASF-AB, foram encontrados poucos estudos sobre o percentual de municípios com a estratégia implantada, sendo estes com dados de anos bem anteriores à atual pesquisa. A maioria dos estudos trata do percentual de equipes implantadas. Dessa forma, os dados evidenciados neste estudo mostraram um percentual de implementação da estratégia bem superior aos encontrados por Patrocínio, Machado e Fausto (2015) que, ao analisarem a implantação do NASF-AB como uma estratégia da política de APS no Brasil,

apresentou os dados do estado do Rio de Janeiro referentes ao período de 2008 e 2011. Nesse período, 35,0% dos municípios aderiram à proposta dos NASF. Em comparação aos municípios do Nordeste do Brasil, o percentual encontrou-se abaixo do encontrado em Carvalho et al. (2019), que verificou 33,0% dos municípios com NASF-AB implantados em 2010 e mais de 98,0% em 2016.

Em relação à implantação dos Polos do Programa Academia da Saúde, foi observado que ela se encontra um pouco abaixo da média do Programa para o país, segundo dados do monitoramento realizado pelo MS, o qual mostrou que, até maio de 2017, 48% dos municípios brasileiros tinham sido contemplados com, pelo menos, um polo do Programa. Contudo, ao observar a implantação por porte populacional, verificou-se que o percentual total de implantação dos municípios de pequeno porte (I e II) está bem próximo à média do país, que ficou em 77% de cidades de pequeno porte com menos de 30 mil habitantes. Ao realizar o comparativo por regiões do país, observou-se um percentual bem aquém em relação às Regiões Norte (55,3%) e Nordeste (54,7%) do Brasil, devido à implantação do programa ter ocorrido primeiro nessas regiões e, um percentual de implantação próximo ao apresentado pela Região Sudeste, que foi de 37,9% (BRASIL, 2018).

Outro ponto forte identificado, foi o conhecimento e utilização do referencial teórico da POEPS no desenvolvimento das ações, que mostrou percentual elevado em relação à PNPS, visto que a Política é o documento orientador das ações de promoção da saúde no âmbito do SUS e que, uma das finalidades da POEPS, é fortalecer e acrescer à PNPS as especificidades do estado de Minas Gerais. Em relação a conhecer e utilizar a Política como referência no desenvolvimento das ações, o percentual da POEPS foi bem superior ao encontrado no monitoramento realizado pelo MS, aproximados 57,0% em relação à PNPS. Quanto a conhecer, mas não utilizar a política, o percentual foi bem inferior ao PNPS (20,0%). Não conhecer, mas já ter ouvido falar e não conhecer a POEPS mostraram percentuais menores que aos da PNPS, 16,0% e 7,0%, respectivamente (BRASIL, 2018).

A inserção da promoção da saúde nos instrumentos de gestão municipal foi considerada uma variável importante, que pode impactar positivamente na sustentabilidade das ações de promoção da saúde nos municípios. A verificação dos dados mostrou que, segundo as informações, a POEPS estava incorporada aos instrumentos de gestão na maior parte dos municípios. O mesmo padrão foi encontrado em relação à PNPS que, considerando as ações específicas, verificou-se a sua presença nos instrumentos de gestão dos oito municípios estudados por DIAS M. S. A. (2018). Porém, na prática, foi observada que ainda havia muitas dificuldades para a efetivação das ações, o que mostrou na análise dos

instrumentos de gestão que havia a necessidade de se estabelecer indicadores de acompanhamento nesses instrumentos orientadores, de forma a contribuir para a visibilidade de alguns resultados.

Em relação aos resultados dos indicadores pactuados, observou-se que a maior média de cumprimento das metas foi relacionada ao PBF. Esse achado é similar aos de Ferreira, Cherchiglia e César (2013), que verificou que a maioria dos municípios priorizava a coleta e digitação de dados antropométricos de beneficiários do PBF, atendendo a fins de recebimento de recursos e não às necessidades específicas da população. Dados que foram corroborados por Rolim et al. (2015), em que foi relatado que o pressuposto era de que havia uma prioridade para a digitação dos dados antropométricos, no módulo de gestão do PBF, pois seu preenchimento está condicionado ao recebimento de recursos financeiros para o município.

O registro do Formulário de Marcadores de Consumo Alimentar mostrou avanço quando comparado aos 28,9%, encontrados por Ferreira, Cherchiglia e César (2013) e, aos 36,1%, verificados por Rolim et al. (2015). Estes apresentaram como justificativa a falta de espaços de formação e atualização dos profissionais em coleta dos dados e uso das informações, uma vez que as capacitações existentes são mais voltadas para a avaliação do estado nutricional.

No que tange às atividades coletivas de educação em saúde, estas se mostraram elevadas quando comparadas aos resultados encontrados por Heidemann et al. (2018), em que 57,1% de municípios que não realizam atividades de educação em saúde em grupos. Contudo, tem-se que averiguar a qualidade dessas ações, pois Figueiredo et al. (2019) averiguaram que a maioria das práticas de promoção da saúde, citadas pelos profissionais, eram voltadas para atividades de educação em saúde com o olhar direcionado para a prevenção de doenças e não na saúde, especificadamente. Observaram que a metodologia utilizada foi em formato de palestras e atividades coletivas, algumas dinâmicas nos grupos e as orientações individuais nos consultórios para as doenças.

Diante dos dados apresentados, verificou-se que a POEPS está em processo de implementação nos municípios do estado, porém, com uma necessidade declarada de ampliação de recursos materiais e imateriais, com vistas à consolidação desse processo. Ressalta-se que as características dos resultados encontrados nesse estudo, não poderiam ser diferentes, principalmente, no que tange aos estratos por porte populacional, refletindo a extensão e a diversidade dos municípios que compõe o estado de Minas Gerais, o que repercute na organização e na condução das políticas e serviços.

Como limitações do estudo que podem levantar questionamentos em relação à confiabilidade das informações, ressalta-se que, mesmo utilizando como referência para a construção da matriz de análise e julgamento, o modelo lógico e o estudo de Felisberto et al. (2002, e submetendo os instrumentos a verificação por parte das referências regionais de saúde, neste estudo não foi possível realizar complementarmente a técnica de consenso. Outra limitação diz respeito à variedade dos entrevistados, uma vez que nos municípios os questionários poderiam ser respondidos pelas referências técnicas de promoção da saúde ou pelos coordenadores da área, caso não acumulassem a mesma função.

6 CONCLUSÃO

A avaliação de políticas públicas é um processo indispensável, tendo em vista que permite conhecer alguns dos efeitos produzidos pela intervenção, possibilitando, em certa medida, comparar o planejado com a realidade, analisar as variações nas principais variáveis envolvidas e as consequências originadas.

Dessa forma, o presente estudo permitiu verificar que a POEPS se encontra, parcialmente, implementada nos municípios do estado de Minas Gerais. Foram identificados alguns avanços, mas a análise das dimensões Estrutura, Processos e Resultados indicam a existência de desafios a serem ainda enfrentados.

Entre as principais fragilidades identificadas tem-se a baixa disponibilidade de insumos, os processos relacionados à organização, planejamento e direcionamento das ações e a incipiente análise da situação de saúde com abordagem dos DSS e utilização das informações para subsidiar o planejamento e as ações. Como potencialidades foram observados o conhecimento e a utilização do referencial teórico da POEPS no desenvolvimento das ações, inserção da promoção da saúde nos instrumentos de gestão municipal, estratégias orientadoras dos processos de trabalho implantadas, como ESF, NASF-AB e Polos do Programa Academia da Saúde.

O cenário apresentado demonstrou a baixa institucionalização das ações de promoção da saúde, deixando claro que são urgentes medidas que visem alterar essa realidade. Neste sentido, torna-se imperativo a necessidade de desenvolvimento de pesquisas exploratórias, investimentos em tecnologias, financiamento e em qualificação com foco em planejamento, gerenciamento, operacionalização, monitoramento, avaliação e execução das ações; confluindo na melhoria da implementação da política e na prestação de serviços e em ações de qualidade para a população.

Com o intuito de contribuir para um melhor entendimento do campo da promoção da saúde e dos movimentos de institucionalização e de sua implementação nos municípios do estado, este estudo apresenta algumas recomendações: realizar avaliações periódicas para subsídio contínuo do processo de implementação, visando a sustentabilidade da Política; investir na política em sua totalidade, não apenas em ações específicas; incluir indicadores que envolvam os DSS; revisar o modelo lógico acrescentando ações que respondam aos objetivos da POEPS; disseminar os resultados desta pesquisa para gestores, técnicos e profissionais dos municípios; promover maior interação entre os objetivos, diretrizes e ações

da POEPS com os gestores; controle social e profissionais das demais áreas envolvidas nas ações da Política, meio acadêmico e com a sociedade em geral; ampliar a divulgação da POEPS junto aos profissionais dos municípios; e fomentar o financiamento das ações da POEPS.

Em resumo, a avaliação de políticas públicas é uma prática que agrega transparência e torna o gasto público mais eficiente, principalmente frente à forte restrição orçamentária, como forma de orientação de onde aplicar os recursos públicos.

REFERÊNCIAS

ALVES, C. K. A. et al. Interpretação e análise das informações: o uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. In: SAMICO, I. et al. (Org.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. Cap. 8, p. 89-107. Disponível em: <https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/36543/mod_page/content/7/M3O4_Alves2010.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2019.

ARRETCHE, M. Dossiê agenda de pesquisa em políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 7-9, fev. 2003.

BEZERRA, L. C. A. et al. A vigilância epidemiológica no âmbito municipal: avaliação do grau de implantação das ações. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 4, p. 827-839, abr. 2009.

BRANCO, M. A. F. Informação em saúde como elemento estratégico para a gestão. In: BRASIL. Ministério da Saúde (Org.). **Gestão municipal de saúde: textos básicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 163- 169. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_municipal_de_saude.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília: Senado Federal. Coordenação de Edições Técnicas, 2016. Disponível em:<https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf>. Acesso em: 25 maio de 2019.

_____. Ministério da Educação. **Curso de aperfeiçoamento em implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde**: Programa Academia da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina, 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/curso_aperfeicoamento_politica_nacional_academia.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Edital nº 3, de 11 de setembro de 2006**. Implantação e/ou implementação de Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde em âmbito local (estados, municípios e Distrito Federal), em conformidade com a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, e a Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

_____. Ministério da Saúde. **Edital nº 2, de 11 de setembro de 2006**. Implementação e/ou fortalecimento de projetos vinculados ao estímulo de Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, com ênfase em ações relacionadas à estratégia global referentes às práticas corporais e atividade física conforme ações específicas na Política Nacional de Promoção da Saúde. 2006c. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/maio/31/2.%20d%20Proposta%20financiamento_PNPS_17%2007%2009.pdf>. Acesso em: 25 maio 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990b. Disponível em:

<http://www.conselho.saude.gov.br/web_confmundial/docs/l8142.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990a. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 08 out. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Para entender o controle social na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 178 p. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_controle_social_saude.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. 2019. Disponível em:

<<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>>. Acesso em: 06 mar. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.608/GM de 28 de dezembro de 2005**. Define recursos financeiros do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde, para incentivar estruturação de ações de Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis por parte das Secretarias estaduais e secretarias municipais de saúde das capitais. 2005. Disponível em:

<http://189.28.128.100/nutricao/docs/legislacao/portaria2608_28_12_05.pdf>. Acesso em: 09 out. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). 2015b. Disponível em:<

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html>. Acesso em 08 abr. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 936, de 19 de maio de 2004**. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a implantação e implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em estados e municípios. 2004. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0936_19_05_2004.html>. Acesso em: 09 out. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006b. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 23 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: 1986. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual instrutivo do Pmaq para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e Nasf**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2020

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** (Documento para discussão). Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto promoção da saúde**. As cartas da promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Panorama nacional de implementação do Programa Academia da Saúde: monitoramento do Programa Academia da Saúde: ciclo 2017**. Brasília: 2018. 60 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/panorama_academia_saude_monitoramento_programa.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2019.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-38.

_____.; CARVALHO, A. I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 6, p. 2305-2316, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000600039>. Acesso em: 10 maio 2019.

CAMPOS, D. S. et al. Construção participativa da Política Estadual de Promoção de Saúde: caso de Minas Gerais, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, p. 3955-3963, 2017.

CAMPOS, G. W. S.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a20v09n3.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2019.

CARVALHO, A. I. Princípios e práticas da promoção da saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 4-5, jan. 2008.

CARVALHO, F. C. D. de et al. Modificações nos indicadores sociais da região nordeste após a implementação da atenção primária. **Trab. Educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 1-21, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000200503. Acesso em: 10 jan. 2020.

CARTA DE OTTAWA. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1, 1986, Ottawa. Anais...1986. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em 21 jan. 2019.

CAVALCANTE, R. B. et al. Informatização da atenção primária à saúde no Brasil: a rede de atores. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 72, n. 2, p. 354-61, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v72n2/pt_0034-7167-reben-72-02-0337.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2020.

CHAMPAGNE, F. et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A. (Org.). In: BROUSSELLE, A. (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011a. Cap. 2.

_____. A análise da implantação. In: _____. **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011d. Cap. 4.

_____. A apreciação normativa. In: _____. **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011c. Cap. 4.

_____. Modelizar as intervenções. In: _____. **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011b. Cap. 3.

COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH. **A conceptual framework for action on social determinants of health**. Geneva: WHO, 2007. (Discussion Paper for the Commission on Social Determinants of Health). Disponível em: <https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf>. Acesso em 25 jan. 2019.

COMISSION SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD. **Subsanar lãs desigualdades em una generaci3n: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud**. Ginebra: Organizaci3n Mundial de la Salud, 2008. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44084>>. Acesso em: 25 jan. 2019.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalizaç3o da avaliaç3o. **Ciência & Saude Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 705-712, 2006.

_____. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. Cap. 2, p. 29-47. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/3zcf/pdf/hartz-8585676361.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2018.

COSTA, M. C. **Avaliação de implementação da vigilância epidemiológica no município de Itaboraí no estado do Rio de Janeiro**. 2013. 150 f. Dissertação (Mestrado Profissional) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

COTTA, R. M. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio a reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 3, p. 58-64, 2006. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300002>. Acesso em: 16 jan. 2020.

CRUZ, M. M. Avaliação de políticas e programas de saúde: contribuições para o debate. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**. (Online) 2011. Cap. 7, p. 181-199. Disponível em: <https://www.academia.edu/26876276/Avalia%C3%A7%C3%A3o_de_Pol%C3%ADticas_e_Programas_de_Sa%C3%BAde_contribui%C3%A7%C3%B5es_para_o_debate>. Acesso em: 30 out. 2019.

CRUZ, M. M.; SANTOS, E. M. Avaliação de saúde na atenção básica: perspectivas teóricas e desafios metodológicos. In: MATTA, G. C.; MOURA, A. L. de (Orgs.). **Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 267-284. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/125.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2019.

DAGNINO, R. P.; DIAS, R. B. A política de C&T brasileira: três alternativas de explicação e orientação. **Revista Brasileira de Inovação**, v. 2, n. 6, p. 373-403, 2008.

DALFIOR, E. T. et al. Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 210-225, jan./mar. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00210.pdf>>. Acesso: 17 jan. 2018.

DALMORO, M; VIEIRA, K. M. Dilemas na construção de escalas tipo likert: o número de itens e a disposição influenciam nos resultados? **RGO – Revista Gestão Organizacional**, v. 6, p. 161-174, 2013. (Edição especial). Disponível em: <<https://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/rgo/article/view/1386>>. Acesso em: 07 nov. 2019.

DAVIS, P. G.; BIONDINI, I. V. F. Endividamento público de minas gerais: histórico e recentes propostas de recuperação. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, v. 23, n. 76, p. 413-435, set./dez. 2018. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/cgpc/article/view/75373>>. Acesso em: 12 dez. 2020.

DIAS, M. S. de A.; et al. Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 103-114, 2018.

DIAS, P. C. et al. Desafios da intersetorialidade nas políticas públicas: o dilema entre a suplementação nutricional e a promoção da alimentação saudável em escolas. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. J, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2018001205015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 05 jan. 2020.

DONATELI, C. P. et al. Avaliação da vigilância em saúde na zona da Mata Mineira, Brasil: das normas à prática. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 10, p. 3439-3455, 2017.

DOWBOR, T. P.; WESTPHAL, M. F. Determinantes sociais da saúde e o Programa Saúde da Família no município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n. 4, p. 781-90, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102013000400781&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 18 jan. 2020.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no sul e no nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232006000300015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 22 dez. 2019.

FELISBERTO, E. et al. Avaliação do processo de implantação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância no Programa Saúde da Família, no estado de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p. 1737-1745, nov./dez. 2002.

FERNÁNDEZ, S. P.; DÍAZ, S. P. Investigación cuantitativa y cualitativa. **Cad. Aten. Primaria.**, v. 9, p. 76-78, 2002. Disponível em: <http://fisterra.com/mbe/investiga/cuanti_cuali/cuanti_cuali2.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2019.

FERREIRA, H.; CASSIOLATO, M.; GONZALEZ, R. **Nota Técnica:** como elaborar modelo lógico de programa: um roteiro básico. Brasília: IPEA, 2007. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=605>. Acesso em: 13 abr. 2020.

FERREIRA, M. S.; CASTIEL, L. D.; CARDOSO, M. H. C. A. Atividade física na perspectiva da nova promoção da saúde: contradições de um programa institucional. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 865-872, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a18v16s1.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2019.

FERREIRA, C. S.; CHERCHIGLIA, M. L.; CÉSAR, C. C. O Sistema de vigilância alimentar e nutricional como instrumento de monitoramento da estratégia nacional para alimentação complementar saudável. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 13, n. 2, p. 167-177, abr./jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292013000200010&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 14 jan. 2020.

FIGUEIREDO, D. S. et al. Promoção da saúde articulada aos determinantes sociais: possibilidade para a equidade. **Rev. Enferm UFPE** [online], v. 13, n. 4, p. 943-51, abr., 2019.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

FONSECA, A. F.; MENDONÇA, M. H. Avaliação e políticas públicas de saúde: reflexões a partir da atenção básica. In: GUIZARDI, F. et al. (Orgs.). **Políticas de participação e saúde**. Recife: Universitária-UFPE, 2014, p. 197-224.

GIANEZINI, K. et al. Políticas públicas: definições, processos e constructos no século XXI. **Revista de Políticas Públicas**, v. 21, n. 2, p. 1.065-1.084, 2017. Disponível em: <<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/8262/5211>>. Acesso em: 31 jul. 2019.

GRIMM, S. et al. Dezesesseis anos de monitoramento em saúde na atenção primária em uma grande metrópole das Américas. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 42, p. 1-8, 2018. (Artigo especial). Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e183>>. Acesso em: 10 jan. 2020.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Effective evaluation: improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches**. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1992. Disponível em: <<https://www.gwern.net/docs/sociology/1981-guba-effectiveevaluation.pdf>>. Acesso em: 08 abr. 2020.

GUEDES, J. S.; SANTOS, R. M. B.; LORENZO, R. A. V. A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no estado de São Paulo (1995-2002). **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 875-883, 2011.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (Orgs). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde** [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/xzdnf/pdf/hartz-9788575415160.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

HEIDEMANN, I. T. S. B. et al. Estudo comparativo de práticas de promoção da saúde na atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil e Toronto, Ontário, Canadá. **Cad. Saúde Pública** [online], v. 34, n. 4, p. 1, abr. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2018000405013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 jan. 2020.

HENRIQUE, F.; CALVO, M. C. M. Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, Suplemento 1, p. 1359-1365, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a08v14s1.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Cidades, Minas Gerais, 2019**. 2019. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/panorama>>. Acesso em: 09 abr. 2020.

KESSLER et al. Ações educativas e de promoção da saúde em equipes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Rio Grande do Sul, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 27, n. 2, p. 1-12, 2018. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/ress/2018.v27n2/e2017389/pt>>. Acesso em: 13 dez. 2019.

LANZA, F. M.; LANA, F. C. F. Descentralização das ações de controle da hanseníase na microrregião de Almenara, estado de Minas Gerais. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 19, n. 1, p. 187-194, jan./fev. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000100025>. Acesso em: 22 dez. 2019.

LEAVELL, H.; CLARK, E.G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LIMA, K. W. S.; ANTUNES, J. L. F.; SILVA, Z. P. Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 24, n. 1, p. 61-71, 2015.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0061.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2020.

LOCH et al. A revisão da Política Nacional de Atenção Básica e a Promoção da Atividade Física. **Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde**, v. 22, n. 4, p. 315-318, 2017.

LOPES, M. C. L.; MARCON, S. S. Assistência à família na atenção básica: facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde. **Acta Scientiarum – Health Sciences**, Maringá, v. 34, n. 1, p. 85-93, jan./Jun., 2012. Disponível em: <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1311/7624-61172-1-pb.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2020.

LUCCHESI, P. T. R. et al. **Políticas públicas em saúde pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004. Disponível em:

<http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese_Políticas_publicas.pdf>. Acesso em: 31 out. 2019.

MAGALHÃES, R. Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1767-1775, 2016.

MALACHIAS, I.; LELES, F. A. G.; PINTO, M. A. S. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2011. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/regionalizacao-pdr2>>. Acesso em: 05 jul. 2019.

MALTA, D. C. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1683-1694, 2016.

_____. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. **Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde**, Pelotas, v. 19, n. 3, p. 286-299, maio 2014.

_____. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1799-1809, 2018.

MARAGON, M. S.; SCATENA, J. H. G.; COSTA, E. A. Vigilância sanitária: estratégias para sua descentralização em Mato Grosso, 1996-2005. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, Supl. 3, p. 3587-3601, 2010.

MARCH, S. et al. ¿Qué hacemos en el barrio? Descripción de las actividades comunitárias de promoción de la salud en atención primaria: Proyecto frAC. **Gac Sanit.**, v. 28, n. 4, p. 267-273, 2014.

MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (Org.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. Disponível em: <<http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-interlocucoes-praticas-experiencias-e-pesquisas-em-saude/caminhos-para-analise-das-politicas-de-saude-pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

MCLAUGHLIN, J. A.; JORDAN, G. B. Using logic models. In: WHOLEY, J. S.; HATRY, H. P.; NEWCOMER, K. E. (Ed.). **Handbook of practical program evaluation**. 3. ed. EUA: HB Printing, 2010. Cap. 5, p. 55-80. Disponível em: <<http://www.blancopeck.net/HandbookProgramEvaluation.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

MEDEIROS, E. H. F.; MACHADO, M. F.; PESSOA JÚNIOR, J. M. Avaliação da organização estrutural das vigilâncias sanitárias municipais de uma Região de Saúde de Pernambuco. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 561-578, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000300561>. Acesso em: 16 jan. 2020.

MEDINA et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? **SAÚDE DEBATE**, Rio de Janeiro, v. 38, n. Especial, p. 69-82, out. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0069.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2019.

MELO, A. K. S. et al. A autonomia no âmbito da Política Nacional de Promoção de Saúde. **Rev. Bras. Promoção Saúde**, v. 29, n. 4, p. 585-594, out./dez. 2016.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2011.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **POEPS: Política Estadual de Promoção da Saúde**. Belo Horizonte: SES-MG, 2017.

_____. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – SES-MG. **Resolução SES/MG nº 5.250, de 19 de abril de 2016**. Institui a Política Estadual de Promoção da Saúde no âmbito do Estado de Minas Gerais e as estratégias para sua implementação. 2016. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Resolu%C3%A7%C3%A3o_5250.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2018.

MOREIRA, É. C. R.; O'Dwyer, G. An analysis of actions to promote health in underprivileged urban areas: a case in Brazil. **BMC Fam Pract**, v. 14, n. 80, 2013. Disponível em: <<https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-14-80#citeas>>. Acesso em: 21 dez. 2019.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan./mar. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0011.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2020.

NUTBEAM, D. The challenge to provide “evidence” in health promotion. **Health Promotion International**, v. 4, n. 2, p. 99-101, 1999. Disponível em: <<https://academic.oup.com/heapro/article/14/2/99/625108>>. Acesso em: 02 jul. 2019.

OLIVEIRA, I. P. **Política nacional de promoção da saúde: um estudo de avaliabilidade numa região de saúde no nordeste brasileiro**. 2014. 96f. Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Estadual Vale do Acaraú /Centro de Ciências da Saúde, Sobral, 2014.

OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. W. S. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, jan. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000100229&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 22 dez. 2019.

OLIVEIRA, R. T. Q. et al. Matriz de avaliação de programas de promoção da saúde em territórios de vulnerabilidade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, p. 3915-3932, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Global strategy on diet, physical activity and health**. Fifty-seventh World Health Assembly. Genebra, 2004. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf>. Acesso em: 09 out. 2019.

PATROCÍNIO, S. S. S.; MACHADO, C. V.; FAUSTO, M. C. R. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: proposta nacional e implementação em municípios do Rio de Janeiro. **Saúde Debate**, Rio De Janeiro, v. 39, N. Esp., p. 105-119, dez. 2015. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/sdeb/2015.v39nspe/105-119/#>>. Acesso em: 07 jan. 2020.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

PESTANA, M; MENDES, E.V. **Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais: Belo Horizonte; 2004. Disponível em: <http://files.conselhosaudetp.webnode.com.br/200000227-d45e9d5587/Pacto_de_Gest%C3%83%C2%A3o%5B1%5D.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2019.

REDE DE PESQUISA EM APS DA ABRASCO. Contribuição dos pesquisadores da Rede APS ao debate sobre as recentes mudanças na política de atenção primária propostas pelo MS. CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE, 8., 2019, João Pessoa. **Anais...** João Pessoa: ABRASCO, 2019. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Contribuicoesdospesquisadores_REDEAPS.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2020.

ROCHA, D. G. et al. Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. **Cien. Saude. Colet.**, v. 19, n. 11, p. 4313-4322, 2014.

ROLIM, M. D. et al. Avaliação do SISVAN na gestão de ações de alimentação e nutrição em Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2359-2369, 2015.

ROUQUAYROL, M.Z.; BARRETO, M. Abordagem descritiva em epidemiologia. In.: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. Cap. 04. p. 83-121.

ROWAN, M. S. Logic models in primary care reform: navigating the evaluation. **The Canadian Journal of Program Evaluation**, v. 15, n. 2, p. 81-92, 2000. Disponível em: <pdfs.semanticscholar.org/9e32/a1854674476854e50521d0028b8473e1e155.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2019.

RUTMAN, L.; MOWBRAY, G. **Understanding program evaluation**. London: Sage Publications: 1983.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS** [online]. São Paulo: UNESP/Cultura Acadêmica, 2009. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/29k48/pdf/sarreta-9788579830099-04.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2019.

SECCHI, L. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

SILVA, K. L. et al. Desafios da política, da gestão e da assistência para a Promoção da saúde no cotidiano dos serviços. **RemE – Rev. Min. Enferm.**, v. 16, n. 2, p. 178-187, abr./jun., 2012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/517>>. Acesso em: 06 dez. 2019.

_____. Promoção da saúde: desafios revelados em práticas exitosas. **Rev. Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 76-85, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102014000100076&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 dez. 2019.

SILVA, L. H.; OLIVEIRA, A. A. S. Contribuições do projeto piloto à coleta de dados em pesquisas na área de educação. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, v. 10, n. 1, p. 225-245, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/7584/5361>>. Acesso em: 20 jun. 2019.

SILVA, P. A. S. et al. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 16, n. 3, p. 561-8, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000300019>. Acesso em: 15 dez. 2019.

SILVA, P. F. A.; BAPTISTA, T. W. F. **A Política Nacional de Promoção da Saúde: texto e contexto de uma política**. Saúde Debate, v. 39, n. especial, p. 91-104, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000500091&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 jun. 2018.

SILVA, P. L. B. (Coord.). **Modelo de avaliação de programas sociais prioritários**: Relatório final. Campinas: Nepp/ Unicamp, 1999. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=557-modelo-avaliacao-programas-sociais-prioritarios-relatorio-final-7&category_slug=atencao-primaria-em-saude-944&Itemid=965>. Acesso em: 15 set/2019.

SILVA, P. L. B.; MELO, M. A. B. **O processo de implementação de políticas públicas no Brasil**: características e determinantes da avaliação de programas e projetos. [Online]. Campinas: UNICAMP, 2000. (Caderno 48). Disponível em: <http://governancaegestao.files.wordpress.com/2008/05/teresa-aula_22.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2019.

SOARES, A. Paradigma de financiamento do SUS no estado de São Paulo: uma análise regional. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, n. 39, p. 1-10, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102019000100234&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 12 dez. 2019.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, v. 8, n. 16, p. 20-45, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>>. Acesso em: 29 jun. 2019.

SOUZA, M. F.; VANDERLEI, L. C. M.; FRIAS, P. G. Avaliação da implantação do Programa de Controle da Hanseníase em Camaragibe, Pernambuco. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 26, n. 4, p. 817-834, out-dez 2017.

TEIXEIRA, M. B. et al. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. Especial, p. 52-68, out. 2014. N. Especial. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0052.pdf>>. Acesso em: 08 abr. 2020.

THUM, M. A.; BALDISSEROTTO, J.; CELESTE, R. K. Utilização do e-SUS AB e fatores associados ao registro de procedimentos e consultas da atenção básica nos municípios brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. 1-13.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 1998.

WESTPHAL, M. F.; FRANCESCHINI, M. C. T. A contribuição do CEPEDOC para a construção da Política de Promoção da Saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1819-1828, 2016.

WILLIAMS, L. Empowerment and the ecological determinants of health: three critical capacities for practitioners. **Health Promot Int.**, v. 32, n. 4, p. 711-722, ago. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5914336/>>. Acesso em: 07 abr. 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário

Análise da fase de implementação da Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS) nos municípios de Minas Gerais

Prezada (o) participante,

Agradecemos seu interesse e disponibilidade em participar dessa pesquisa que tem como objetivo avaliar o processo de implantação da Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS), instituída no estado de Minas Gerais por meio da Resolução SES/MG nº 5.250/2016.

Os dados desta pesquisa serão úteis para elucidar as potencialidades e fragilidades da fase de implementação da POEPS nos municípios e, assim, subsidiar os gestores no fortalecimento das ações de promoção da saúde. As questões deverão ser respondidas levando em consideração os três primeiros anos de implementação da POEPS, ou seja, considerando a realização das ações no período de 2016 a 2018.

1. Município: _____

RECURSOS HUMANOS

2. O município contou com referência técnica municipal para as ações de promoção da saúde no período de 2016 a 2018?

() Sim

() Não

3. Qual cargo a referência técnica municipal de promoção da saúde ocupava no quadro de pessoal do município no período de 2016 a 2018?

4. Há quanto tempo a referência técnica municipal de promoção da saúde atua na área de promoção da saúde?

- Inferior a 3 (três) anos
- Entre 3 (três) e 5 (cinco) anos
- Superior a 5 (cinco) anos

5. Qual é o grau de escolaridade da referência técnica municipal de promoção da saúde?

- Ensino médio
- Técnico
- Superior na área de saúde
- Superior em outra área
- Pós-graduação na área de gestão
- Pós-graduação na área de saúde
- Pós-graduação em outra área

6. Qual é a carga horária semanal de trabalho da referência técnica municipal de promoção da saúde no período de 2016 a 2018?

- 20h
- 30h
- 40h
- Outra. Especifique: _____

7. Qual era a vinculação profissional da referência técnica municipal de promoção da saúde no período de 2016 a 2018?

- Efetivo ou concursado
- Cargo em comissão
- Contratado
- Outro. Especifique: _____

8. Houve recursos humanos suficientes para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde no município no período de 2016 a 2018?

- Sim, suficientes e qualificados.

- () Sim, suficientes, mas não qualificados.
 () Não houve recursos humanos suficientes.

INSUMOS

9. Houve disponibilidade de veículo para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde no município no período de 2016 a 2018?

- () Sim, exclusivo para as ações de promoção da saúde.
 () Sim, mas compartilhado com outras ações.
 () Não houve disponibilidade de veículos.

10. Marque abaixo os recursos que estavam disponíveis em quantidade suficiente e em funcionamento adequado para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde na rotina dos serviços durante esse período:

	Quantidade suficiente	Quantidade insuficiente	Em funcionamento adequado	Em funcionamento inadequado
Computadores				
Impressoras				
Telefone				
Rede de internet				
Software do SISVAN				
Software do E-SUS				

GESTÃO ADMINISTRATIVA

11. O município dispôs dos seguintes serviços implantados com estrutura adequada (estrutura física e recursos humanos) no período de 2016 a 2018?

	SIM	NÃO
Polo do Programa Academia da Saúde		
Estratégia de Saúde da Família (ESF)		
Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)		

12. A referência técnica municipal de promoção da saúde conhecia a Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS)?

- () Sim, conhecia e a utilizou como referência no planejamento e gestão das ações.
 () Sim, conhecia, mas não a utilizou como referência no planejamento e gestão das ações.
 () Não conhecia, mas já tinha ouvido falar.
 () Não, não conhecia nem tinha ouvido falar.

13. A referência técnica municipal de promoção da saúde conhecia os objetivos da POEPS?

- () Sim
 () Não

14. A referência técnica municipal de promoção da saúde conhecia as estratégias operacionais adotadas pela POEPS como forma de concretizar o desenvolvimento das práticas de promoção da saúde?

- () Sim
 () Não

15. O município utilizou as estratégias abaixo para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde no período de 2016 a 2018?

	SIM	NÃO
A territorialização		
A intrasetorialidade		
A intersetorialidade		
As Redes de Atenção à Saúde (RAS)		
A participação e controle social		
A gestão		
A educação e formação		
A vigilância, o monitoramento e a avaliação		
A produção e disseminação participativa de conhecimentos		
A mobilização e comunicação social		

16. A Promoção da Saúde encontrava-se contemplada nos instrumentos de gestão municipal listados abaixo, no período de 2016 a 2018?

	SIM	NÃO
Plano Municipal de Saúde		
Programação Anual de Saúde		
Relatório Anual de Gestão		

17. O município dispôs de contrapartida financeira própria definida para as ações de promoção da saúde no período de 2016 a 2018 (complementar ao repasse da Secretaria de Estado da Saúde – SES-MG e do Ministério da Saúde)?

() Sim

() Não

EDUCAÇÃO PERMANENTE

18. O município ofertou ações de educação permanente sobre a temática de promoção da saúde, no período de 2016 a 2018, para:

	SIM	NÃO
Profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF)/Profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS)		
Profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)		
Profissionais de parceiros intersetoriais		
Profissionais que atuam nos Polos do Programa Academia da Saúde		
Profissionais da educação		

GESTÃO DA INFORMAÇÃO

19. Foi realizada análise da situação de saúde da população do município no período de 2016 a 2018?

- () Sim, incluindo informações sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS).
 () Sim, mas não incluindo informações sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS).
 () Não foi realizada análise da situação de saúde da população nesse período.

20. Os dados da análise da situação de saúde foram utilizados para subsidiar o planejamento das ações de promoção da saúde no município?

- () Sim, e as informações sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) foram considerados no planejamento.
 () Sim, mas as informações sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) não foram considerados no planejamento.
 () Não, a análise da situação de saúde não foi utilizada para subsidiar o planejamento das ações de promoção da saúde.

21. Foi realizada a análise dos resultados das ações da Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS) desenvolvidas no município no período de 2016 a 2018?

- Sim, ao final de todos os quadrimestres avaliativos.
- Sim, mas não em todos os quadrimestres avaliativos.
- Não, em nenhum quadrimestre avaliativo.

EXECUÇÃO DAS AÇÕES

22. Foram ofertados à população espaços participativos, como atividades em grupos, oficinas, reuniões, encontros, entre outros para discussão sobre a temática da promoção da saúde, no período de 2016 a 2018? (* As atividades de palestras não são consideradas atividades participativas, uma vez que não permite a participação das pessoas e nem pressupõe um debate acerca dos temas tratados, portanto, elas não devem ser consideradas aqui.)

- Sim
- Não

23. As ações ofertadas à população nos espaços participativos foram desenvolvidas:

- Somente pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou das Unidades Básicas de Saúde (UBS).
- Somente pelos profissionais dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).
- De forma conjunta pelos profissionais da ESF ou UBS e dos NASF-AB.
- De forma conjunta pelos profissionais da ESF, ou UBS, ou NASF-AB e parceiros intersetoriais.
- Outros. Especifique: _____

24. Foi realizada a qualificação das informações referentes às ações de promoção da saúde, registradas nas fichas, antes da digitação nos sistemas de informação no período de 2016 a 2018?

() Sim

() Não

25. Dentre os órgãos municipais citados abaixo, foram PARCEIROS GOVERNAMENTAIS da Secretaria Municipal de Saúde, diretamente envolvidos no desenvolvimento das ações da Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS), no período de 2016 a 2018:

	SIM	NÃO
Secretaria de Assistência Social		
Secretaria de Cultura		
Secretaria de Educação		
Secretaria de Esportes		
Secretaria de Meio Ambiente		
Secretaria de Planejamento		
Secretaria de Turismo		

26. Dentre os órgãos citados abaixo, foram PARCEIROS NÃO GOVERNAMENTAIS da Secretaria Municipal de Saúde, diretamente envolvidos no desenvolvimento das ações da Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS), no período de 2016 a 2018:

	SIM	NÃO
Associações comunitárias		
Grupos ou instituições religiosas		
ONGs – Organizações Não Governamentais		
Universidades/Faculdades		
Outras instituições privadas		

27. Foi realizada a apresentação e discussão dos resultados das ações da Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS), no período de 2016 a 2018, junto:

	SIM	NÃO
às Equipes de ESF/UBS		
às equipes de NASF-AB		
ao Conselho Municipal de Saúde		
às Reuniões da Comissão Intergestora Regional (CIR)		
aos parceiros intersetoriais		

GESTÃO DO PROCESSO

28. Além dos indicadores propostos na POEPS, o município criou indicadores próprios para avaliar as ações de Promoção da Saúde desenvolvidas no período de 2016 a 2018?

Sim

Não

29. Foi realizado o monitoramento dos indicadores criados pelo município para avaliar as ações de promoção da saúde no período de 2016 a 2018?

Sim

Não

30. Foi realizado planejamento anual e conjunto das ações de promoção da saúde no período de 2016 a 2018?

Sim, de forma intersetorial.

Sim, mas só de forma intrasetorial.

Sim, mas só pela gestão.

Não.

31. O gestor municipal de saúde foi atuante nas articulações das ações de promoção da saúde no município no período de 2016 a 2018?

Sim

Não

32. O município criou algum regimento interno, portaria ou documento similar que definiu e direcionou as ações de promoção da saúde no município no período de 2016 a 2018?

Sim

Não

33. Foram utilizados documentos como normas técnicas, manuais, protocolos, rotinas de procedimentos, entre outros para nortear os profissionais da rede no desenvolvimento das ações de promoção da saúde no município no período de 2016 a 2018?

Sim, para todas as ações.

Sim, apenas para algumas ações.

Não.

34. Foram realizados encontros intersetoriais periódicos para discutir a implementação das ações da POEPS no município no período de 2016 a 2018?

Sim

Não

35. Com base na sua experiência, obtida na implementação da Política Estadual de Promoção da Saúde, relate em poucas palavras os principais desafios e os principais pontos facilitadores para a implementação da promoção da saúde em seu município:

Pontos dificultadores:

Pontos facilitadores:

APÊNDICE B – Matriz de análise e julgamento

DIMENSÕES	SUBDIMENSÕES	INDICADORES	CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO		PONTUAÇÃO MÁXIMA E JULGAMENTO
Estrutura	Recursos Humanos	Presença de referência técnica para as ações de promoção da saúde no período de 2016 a 2018 no município.	A. Existência de referência municipal de promoção da saúde.	A1. Sim	2,66	Máximo de pontos da dimensão Estrutura: 40,0 pontos. Maior ou igual a 80,0% (32,0 pontos) – implementação aceitável (A) 50,0 a 79,9% (20,0 a 31,9 pontos) – implementação parcial (P) 0,0 a 49,0% (0,0 a 19,9 pontos) – implementação crítica (C).
		A2. Não	0,00			
		Tempo de atuação da referência técnica municipal de promoção da saúde na área de promoção da saúde.	B. Tempo de experiência na temática.	B1. Superior a 5 (cinco) anos	2,63	
		B2. Entre 3 (três) e 5 (cinco) anos	2,06			
		B3. Inferior a 3 (três) anos	1,33			
		Grau de escolaridade da referência técnica municipal de promoção da saúde.	C. Adequabilidade da formação profissional à função exercida.	C1- Pós-graduação na área de saúde	2,66	
		C2. Pós-graduação na área de gestão	2,66			
		C3. Pós-graduação em outra área	2,06			
		C4. Superior na área de saúde	2,66			
		C5. Superior em outra área	2,06			
C6. Técnico	0,00					
C7. Ensino médio	0,00					

(Continua...)

DIMENSÕES	SUBDIMENSÕES	INDICADORES	CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO		PONTUAÇÃO MÁXIMA E JULGAMENTO
Estrutura	Recursos Humanos	Carga horária semanal de trabalho da referência técnica municipal de promoção da saúde nesse período.	D. Carga horária semanal de trabalho.	D1. 40h	2,66	Máximo de pontos da dimensão Estrutura: 40,0 pontos. Maior ou igual a 80,0% (32,0 pontos) – implementação aceitável (A) 50,0 a 79,9% (20,0 a 31,9 pontos) – implementação parcial (P) 0,0 a 49,0% (0,0 a 19,9 pontos) – implementação crítica (C).
				D2. 30h	2,06	
				D3. 20h	1,33	
				D4. Outra	0,50	
		Vinculação profissional da referência técnica municipal de promoção da saúde nesse período.	E. Vinculação profissional.	E1. Efetivo ou Concursado	2,66	
				E2. Cargo em comissão	1,33	
				E3 – Contratado	1,33	
				E4. Outro	0,50	
		Recursos humanos suficientes para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde no município nesse período.	F. Disponibilidade de recursos humanos qualificado.	F1. Sim, suficientes e qualificados	2,66	
				F2. Sim, suficientes, mas não qualificados	1,33	
	F3. Não houve recursos humanos suficientes			0,00		
	Insumos	Disponibilidade de veículo para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde no município nesse período.	G. Disponibilidade de insumos.	G1. Sim, exclusivo para as ações de promoção da saúde	2,25	
				G2. Sim, mas compartilhado com outras ações	1,25	
G3. Não houve disponibilidade de veículo				0,00		

(Continua...)

DIMENSÕES	SUBDIMENSÕES	INDICADORES	CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO		PONTUAÇÃO MÁXIMA E JULGAMENTO
Estrutura	Insumos	Recursos disponíveis em quantidade suficiente e em funcionamento adequado para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde na rotina do serviço durante esse período.	H. Disponibilidade de insumos.	H1. Computadores	0,50	Máximo de pontos da dimensão Estrutura: 40,0 pontos. Maior ou igual a 80,0% (32,0 pontos) – implementação aceitável (A) 50,0 a 79,9% (20,0 a 31,9 pontos) – implementação parcial (P) 0,0 a 49,0% (0,0 a 19,9 pontos) – implementação crítica (C).
				H2. Impressoras	0,50	
				H3. Telefone	0,50	
				H4. Rede de internet	0,50	
				H5. Software do SISVAN	0,50	
				H6. Software do E-SUS	0,50	
	Gestão Administrativa	Serviços implantados com estrutura adequada (estrutura física e recursos humanos).	I. Adequabilidade dos serviços.	I1. Polo do Programa Academia da Saúde	0,88	
				I2. Estratégia de Saúde da Família (ESF)	0,88	
				I3. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)	0,88	
		Referência técnica com conhecimento sobre a Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS).	J. Conhecimento e utilização do referencial teórico.	J. Sim, conhecia e a utilizou como referência no planejamento e gestão das ações	2,63	
				J2. Sim, conhecia, mas não a utilizou	0,50	
				J3. Não conhecia, mas já tinha ouvido falar	0,00	
				J4. Não, não conhecia nem ouviu falar	0,00	

(Continua...)

DIMENSÕES	SUBDIMENSÕES	INDICADORES	CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO		PONTUAÇÃO MÁXIMA E JULGAMENTO
Estrutura	Gestão administrativa	Referência técnica municipal de promoção da saúde com conhecimento sobre os objetivos da POEPS.	K. Conhecimento do referencial teórico.	K1. Sim	2,63	Máximo de pontos da dimensão Estrutura: 40,0 pontos. Maior ou igual a 80,0% (32,0 pontos) – implementação aceitável (A) 50,0 a 79,9% (20,0 a 31,9 pontos) – implementação parcial (P) 0,0 a 49,0% (0,0 a 19,9 pontos) – implementação crítica (C).
				K2. Não	0,00	
		Referência técnica municipal de promoção da saúde com conhecimento sobre as estratégias operacionais adotadas pela POEPS como forma de concretizar o desenvolvimento das práticas de promoção da saúde.	L. Conhecimento do referencial teórico.	L1. Sim	2,63	
				L2. Não	0,00	
		Estratégias utilizadas pelo município para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde.	M. Utilização do referencial teórico.	M1. A territorialização	0,27	
				M2. A intrassetorialidade	0,27	
				M3. A intersetorialidade	0,27	
				M4. As Redes de Atenção à Saúde (RAS)	0,27	
				M5. A participação e controle social	0,27	
				M6. A gestão	0,27	
M7. A educação e formação	0,27					
M8. A vigilância, o monitoramento e a avaliação	0,27					

(Continua...)

DIMENSÕES	SUBDIMENSÕES	INDICADORES	CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO		PONTUAÇÃO MÁXIMA E JULGAMENTO
Estrutura	Gestão administrativa	Estratégias utilizadas pelo município para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde.	M. Utilização do referencial teórico.	M9. A produção e disseminação participativa de conhecimentos	0,27	Máximo de pontos da dimensão Estrutura: 40,0 pontos.
				M10. A mobilização e comunicação social	0,27	
		Inserção da Promoção da Saúde nos instrumentos de gestão municipal.	N. Inclusão da Promoção da Saúde na agenda municipal.	N1. Plano Municipal de Saúde	0,88	Maior ou igual a 80,0% (32,0 pontos) – implementação aceitável (A)
				N2. Programação Anual de Saúde	0,88	
				N3. Relatório Anual de Gestão	0,88	
		Disponibilidade de contrapartida financeira própria definida para as ações de promoção da saúde (complementar ao repasse realizado pela Secretaria de Estado da Saúde - SES-MG e Ministério da Saúde).	O. Disponibilidade de recurso financeiro.	O1. Sim	2,63	50,0 a 79,9% (20,0 a 31,9 pontos) – implementação parcial (P)
				O2. Não	0,00	0,0 a 49,0% (0,0 a 19,9 pontos) – implementação crítica (C).

(Continua...)

DIMENSÕES	SUBDIMENSÕES	INDICADORES	CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO		PONTUAÇÃO MÁXIMA E JULGAMENTO
Processo	Educação Permanente	Público alvo da(s) ação (ões) de educação permanente sobre a temática de promoção da saúde ofertada(s) pelo município nos últimos três anos.	P. Disponibilidade e adequabilidade das capacitações+E+D2:D51	P1. Profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF)/Profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS)	1,00	Máximo de pontos da dimensão Processo: 45,0 pontos. Maior ou igual a 80,0% (36,0 pontos) – implementação aceitável (A) 50,0 a 79,9% (22,5 a 35,9 pontos) – implementação parcial (P) 0,0 a 49,9% (0,0 a 22,4 pontos) – implementação crítica (C).
				P2. Profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)	1,00	
				P3. Profissionais de parceiros intersetoriais	1,00	
				P4. Profissionais que atuam nos Polos do Programa Academia da Saúde	1,00	
				P5. Profissionais da educação	1,00	
	Gestão da Informação	Realização de análise da situação de saúde da população nos últimos 3 anos.	Q. Conhecimento da situação de saúde da população.	Q1. Sim, incluindo informações sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS)	2,30	
				Q2. Sim, mas não incluindo informações sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS)	0,50	
				Q3. Não	0,00	
		Utilização dos dados da análise da situação de saúde no planejamento das ações de promoção da saúde.	R. Adequabilidade da utilização dos dados.	R1. Sim, e as informações sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) foram considerados no planejamento	2,30	
				R2. Sim, mas as informações sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) não foram considerados no planejamento	0,50	

(Continua...)

DIMENSÕES	SUBDIMENSÕES	INDICADORES	CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO		PONTUAÇÃO MÁXIMA E JULGAMENTO
Processo	Gestão da Informação	Utilização dos dados da análise da situação de saúde no planejamento das ações de promoção da saúde.	R. Adequabilidade da utilização dos dados.	R3. Não	0,00	<p>Máximo de pontos da dimensão Processo: 45,0 pontos.</p> <p>Maior ou igual a 80,0% (36,0 pontos) – implementação aceitável (A)</p> <p>50,0 a 79,9% (22,5 a 35,9 pontos) – implementação parcial (P)</p> <p>0,0 a 49,9% (0,0 a 22,4 pontos) – implementação crítica (C).</p>
		Realização da análise dos resultados das ações da Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS), desenvolvidas no município.	S. Conhecimento da situação da POEPS no município.	S1. Sim, ao final de todos os quadrimestres avaliativos	2,30	
				S2. Sim, mas não em todos os quadrimestres avaliativos	0,50	
				S3. Não, em nenhum quadrimestre avaliativo	0,00	
	Execução das Ações	Oferta à população de espaços participativos, como atividades em grupos, oficinas, reuniões, encontros, entre outros para discussão sobre a temática da promoção da saúde.	T. Protagonismo da população.	T1. Sim	2,50	
				T2. Não	0,00	
		Responsáveis pelo desenvolvimento das ações ofertadas à população nos espaços participativos.	U. Realização de ações integradas.	U1. De forma conjunta pelos profissionais da ESF, ou UBS, ou NASF-AB e parceiros intersetoriais	2,50	
				U2. De forma conjunta pelos profissionais da ESF ou UBS e dos NASF-AB	1,94	

(Continua...)

DIMENSÕES	SUBDIMENSÕES	INDICADORES	CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO		PONTUAÇÃO MÁXIMA E JULGAMENTO
Processo	Execução das Ações	Responsáveis pelo desenvolvimento das ações ofertadas à população nos espaços participativos.	U. Realização de ações integradas.	U3. Somente pelos profissionais dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)	1,45	Máximo de pontos da dimensão Processo: 45,0 pontos. Maior ou igual a 80,0% (36,0 pontos) – implementação aceitável (A) 50,0 a 79,9% (22,5 a 35,9 pontos) – implementação parcial (P) 0,0 a 49,9% (0,0 a 22,4 pontos) – implementação crítica (C).
				U4. Somente pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou das Unidades Básicas de Saúde (UBS)	0,50	
				U5. Outros	0,50	
		Realização de qualificação das informações referentes às ações de promoção da saúde, registradas nas fichas, antes da digitação nos sistemas de informação.	V. Qualificação dos dados.	V1. Sim	2,50	
				V2. Não	0,00	
		Parcerias GOVERNAMENTAIS da Secretaria Municipal de Saúde diretamente envolvidos no desenvolvimento das ações da Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS).	W. Realização de parcerias intersetoriais governamentais.	W1. Secretaria de Assistência Social	0,35	
				W2. Secretaria de Cultura	0,35	
				W3. Secretaria de Educação	0,35	
				W4. Secretaria de Esportes	0,35	
				W5. Secretaria de Meio Ambiente	0,35	
W6. Secretaria de Planejamento	0,35					
		W7. Secretaria de Turismo	0,35			

(Continua...)

DIMENSÕES	SUBDIMENSÕES	INDICADORES	CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO		PONTUAÇÃO MÁXIMA E JULGAMENTO
Processo	Execução das Ações	Parcerias NÃO GOVERNAMENTAIS da Secretaria Municipal de Saúde diretamente envolvidos no desenvolvimento das ações da Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS).	X. Realização de parcerias intersetoriais não governamentais.	X1. Associações comunitárias	0,50	Máximo de pontos da dimensão Processo: 45,0 pontos. Maior ou igual a 80,0% (36,0 pontos) – implementação aceitável (A) 50,0 a 79,9% (22,5 a 35,9 pontos) – implementação parcial (P) 0,0 a 49,9% (0,0 a 22,4 pontos) – implementação crítica (C).
				X2. Grupos ou instituições religiosas	0,50	
				X3. ONGs – Organizações Não Governamentais	0,50	
				X4. Universidades/Faculdades	0,50	
				X5. Outras instituições privadas	0,50	
		Apresentação e discussão dos resultados das ações da Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS).	Y. Divulgação dos resultados.	Y1. Equipes de UBS/ESF	0,50	
				Y2. NASF-AB	0,50	
				Y3. Conselho Municipal de Saúde	0,50	
				Y4. Reuniões da Comissão Intergestora Regional (CIR)	0,50	
				Y5. Parceiros intersetoriais	0,50	
	Gestão do Processo	Existência de indicadores próprios para avaliar as ações de Promoção da Saúde desenvolvidas.	Z. Organização das ações de promoção da saúde.	Z1. Sim	2,57	
				Z2. Não	0,00	
		Realização de monitoramento dos indicadores municipais de promoção da saúde.	AA. Monitoramento das ações.	AA1. Sim	2,57	
AA2. Não				0,00		

(Continua...)

DIMENSÕES	SUBDIMENSÕES	INDICADORES	CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO		PONTUAÇÃO MÁXIMA E JULGAMENTO
Processo	Gestão do Processo	Realização de planejamento anual e conjunto das ações de promoção da saúde.	AB. Planejamento das ações.	AB1. Sim, de forma intersetorial	2,57	Máximo de pontos da dimensão Processo: 45,0 pontos. Maior ou igual a 80,0% (36,0 pontos) – implementação aceitável (A) 50,0 a 79,9% (22,5 a 35,9 pontos) – implementação parcial (P) 0,0 a 49,9% (0,0 a 22,4 pontos) – implementação crítica (C).
				AB2. Sim, mas só de forma intrasetorial	1,29	
				AB3. Sim, mas só pela gestão	0,50	
				AB4. Não	0,00	
		Atuação do gestor municipal de saúde nas articulações das ações de promoção da saúde no município.	AC. Envolvimento da gestão municipal de saúde.	AC1. Sim	2,57	
				AC2. Não	0,00	
		Criação de regimento interno, portaria ou documento similar que definiu e direcionou as ações de promoção da saúde no município.	AD. Direcionamento das ações.	AD1. Sim	2,57	
				AD2. Não	0,00	
		Utilização de documentos como normas técnicas, manuais, protocolos, rotinas de procedimentos, entre outros para nortear os profissionais da rede no desenvolvimento das ações de promoção da saúde no município.	AE. Direcionamento das ações.	AE1. Sim, para todas as ações	2,57	
				AE2. Sim, mas para apenas algumas ações	0,50	
				AE3. Não	0,00	

(Continua...)

DIMENSÕES	SUBDIMENSÕES	INDICADORES	CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO		PONTUAÇÃO MÁXIMA E JULGAMENTO
Processo	Gestão do Processo	Realização de encontros intersetoriais periódicos para discutir a implementação das ações da POEPS no município.	AF. Desenvolvimento de ações integradas.	AF1. Sim	2,57	
				AF2. Não	0,00	
Resultado	Resolubilidade por metas	Realizar ações de práticas corporais e/ou atividades físicas para a população.	AG. Oferta regular de ações de práticas corporais e/ou atividade física para a população conforme porte do município.	AG1. 2º trimestre/16	0,405	Máximo de pontos da dimensão Resultados: 15,0 pontos. Maior ou igual a 80,0% (12,0 pontos) – implementação aceitável (A) 50,0% a 79,0% (7,5 a 11,9 pontos) – implementação parcial (P) 0,0 a 49,9% (0,0 a 7,4 pontos) – implementação crítica (C).
				AG2. 3º trimestre/16	0,405	
				AG3. 1º trimestre/17	0,405	
				AG4. 2º trimestre/17	0,405	
				AG5. 3º trimestre/17	0,405	
				AG6. 1º trimestre/18	0,405	
				AG7. 2º trimestre/18	0,405	
				AG8. 3º trimestre/18	0,405	
		Realizar junto à comunidade, atividades coletivas de Educação em Saúde voltadas para Promoção da Saúde.	AH. Ofertar 02 vezes o número de equipe de Saúde da Família implantada na competência dezembro de 2015 disponibilizado no sítio eletrônico do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde por trimestre.	AH1. 2º trimestre/16	0,405	
				AH2. 3º trimestre/16	0,405	
				AH3. 1º trimestre/17	0,405	
				AH4. 2º trimestre/17	0,405	
				AH5. 3º trimestre/17	0,405	
				AH6. 1º trimestre/18	0,405	

(Continua...)

DIMENSÕES	SUBDIMENSÕES	INDICADORES	CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO		PONTUAÇÃO MÁXIMA E JULGAMENTO
Resultado	Resolubilidade por metas	Realizar junto à comunidade, atividades coletivas de Educação em Saúde voltadas para Promoção da Saúde.	AH. Ofertar 02 vezes o número de equipe de Saúde da Família implantada na competência dezembro de 2015 disponibilizado no sítio eletrônico do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde por quadrimestre.	AH7. 2º quadrimestre/18	0,405	Máximo de pontos da dimensão Resultados: 15,0 pontos. Maior ou igual a 80,0% (12,0 pontos) – implementação aceitável (A) 50,0% a 79,0% (7,5 a 11,9 pontos) – implementação parcial (P) 0,0 a 49,9% (0,0 a 7,4 pontos) – implementação crítica (C).
				AH8. 3º quadrimestre/18	0,405	
		Implementar o Programa Saúde na Escola (PSE) no município.	AI. Após a adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE), o município deverá: instituir o Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal do PSE (GTI-M), elaborar o cronograma de trabalho do GTI-M e o planejamento anual das ações, além de registrar as reuniões do GTI-M em atas. Para registro das ações realizadas, o município deverá inseri-las nos sistemas de informação, conforme a legislação vigente.	AI1. 2º quadrimestre/16	0,00	
				AI2. 3º quadrimestre/16	0,00	
				AI3. 1º quadrimestre/17	0,00	
				AI4. 2º quadrimestre/17	0,405	
				AI5. 3º quadrimestre/17	0,405	

(Continua...)

DIMENSÕES	SUBDIMENSÕES	INDICADORES	CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO		PONTUAÇÃO MÁXIMA E JULGAMENTO
Resultado	Resolubilidade por metas	Implementar o Programa Saúde na Escola (PSE) no município.	AI. Após a adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE), o município deverá: instituir o Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal do PSE (GTI-M), elaborar o cronograma de trabalho do GTI-M e o planejamento anual das ações, além de registrar as reuniões do GTI-M em atas. Para registro das ações realizadas, o município deverá inseri-las nos sistemas de informação, conforme a legislação vigente.	AI6. 1º quadrimestre/18	0,405	Máximo de pontos da dimensão Resultados: 15,0 pontos. Maior ou igual a 80,0% (12,0 pontos) – implementação aceitável (A) 50,0% a 79,0% (7,5 a 11,9 pontos) – implementação parcial (P) 0,0 a 49,9% (0,0 a 7,4 pontos) – implementação crítica (C).
				AI7. 2º quadrimestre/18	0,405	
				AI8. 3º quadrimestre/18	0,405	
		Realizar o registro do Formulário de Marcadores de Consumo Alimentar de crianças menores de 2 anos no SISVAN Web.	AJ. Realizar o registro de marcadores de consumo alimentar de crianças menores de 2 anos no SISVAN Web, conforme metas estabelecidas na Resolução SES-MG nº 5250/2016.	AJ1. 2º quadrimestre/16	0,405	
				AJ2. 3º quadrimestre/16	0,405	
				AJ3. 1º quadrimestre/17	0,405	
				AJ4. 2º quadrimestre/17	0,405	
				AJ5. 3º quadrimestre/17	0,405	
				AJ6. 1º quadrimestre/18	0,405	
				AJ7. 2º quadrimestre/18	0,405	
				AJ8. 3º quadrimestre/18	0,405	

(Continua...)

DIMENSÕES	SUBDIMENSÕES	INDICADORES	CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO		PONTUAÇÃO MÁXIMA E JULGAMENTO
		Realizar o acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias no Programa Bolsa Família (PBF).	AK. Realizar o acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias no Programa Bolsa Família no Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde, conforme metas estabelecidas na Resolução SES-MG nº 5250/2016.	AK. 2º trimestre/16	0,405	
				AK2. 3º trimestre/16	0,405	
				AK3. 1º trimestre/17	0,405	
				AK4. 2º trimestre/17	0,405	
				AK5. 3º trimestre/17	0,405	
				AK6. 1º trimestre/18	0,405	
				AK7. 2º trimestre/18	0,405	
				AK8. 3º trimestre/18	0,405	
PONTUAÇÃO MÁXIMA					100,00	

(Conclusão)

Fonte: Adaptado de Donateli et al. (2017) e Souza, Vanderlei e Frias (2017)

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Título da Pesquisa: Análise da fase de implementação da Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS) nos municípios de Minas Gerais.

Prezado (a) participante,

Você está convidado (a) a participar desta pesquisa que tem como objetivo avaliar a fase de implementação da Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS) nos municípios do estado de Minas Gerais. Sua participação é muito importante e voluntária; dessa forma, você poderá retirar sua participação a qualquer momento, sem nenhum tipo de constrangimento, penalidades ou coerção.

Para participar você deverá consentir livremente e, também, responder ao questionário *on-line* que apresenta questões referentes à estrutura necessária para o desenvolvimento das ações (insumos, equipamentos, recursos humanos, veículos, entre outros) e ao processo de trabalho (atividades) para a implementação da Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS).

O tempo médio para responder ao questionário é de 10 minutos.

A sua identidade será preservada e mantida em sigilo. Os resultados serão apresentados de forma coletiva, ou seja, referentes a um grupo e não a uma pessoa; portanto, não será possível identificá-lo profissionalmente e/ou pessoalmente. Você não terá nenhum gasto com a sua participação e também não receberá nenhum tipo de pagamento.

Conforme Resolução 466/12, não existe pesquisa sem riscos, mesmo que mínimos. Neste sentido, visando à minimização de riscos, caso você se sinta desconfortável ou constrangido em responder ao questionário, poderá cancelar sua participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Espera-se que o resultado deste estudo possa contribuir para traçar o grau de implantação da POEPS no estado, tornando-se de grande relevância como forma de elucidar as potencialidades e fragilidades da fase de implementação da política e, assim, subsidiar os gestores na revisão dos indicadores e do processo de monitoramento e avaliação.

Considerando o exposto acima, declaro que estou ciente de que recebi informações necessárias e satisfatórias, e que fui plenamente esclarecido sobre o estudo. Diante disso, compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento, sem nenhum tipo

de prejuízo ou constrangimento, e que minha participação será completamente anônima, não sendo permitida nenhuma forma de minha identificação.

Assim sendo, se os esclarecimentos feitos forem satisfatórios e se estiver de acordo, favor dar o seu consentimento para a participação da pesquisa em questão, assinalando a opção a seguir.

TERMO DE CONSENTIMENTO

() Li e concordo com o termo de consentimento.

Atenciosamente,

Pesquisadoras Responsáveis:

Prof^a. Dr^a. Vanessa de Almeida Guerra

Conceição Aparecida Moreira

Dúvidas: Em caso de dúvida, comunicar-se com as pesquisadoras mediante contatos abaixo:

Pesquisadoras/Comitê de ética	Endereço	Telefone	E-mail
Prof ^a . Dr ^a . Vanessa de Almeida Guerra	Escola de Enfermagem da UFMG. Av. Alfredo Balena, 190 – B. Santa Efigênia – Belo Horizonte/MG – CEP: 30130100	(31)3409-9855	vanessaalmeida@ufmg.br
Conceição Aparecida Moreira	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – SES-MG, Cidade Administrativa Presidente Tancredo Neves, Rod. João Paulo II, 4143 – Serra Verde – Prédio Minas – 13º andar – ala par – Belo Horizonte/MG – CEP: 31.630-900	(31) 3916-0447	conceicao.aparecida@saude.mg.gov.br
Comitê de Ética em Pesquisa/UFMG	Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II – 2º andar-sala 2005- Campus Pampulha. Belo Horizonte/MG – Brasil. CEP: 31270-901	(31) 3409-4592	

APÊNDICE D – Produto Técnico I – Modelo Lógico

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

MODELO LÓGICO

**Fase de implementação da Política Estadual de Promoção da Saúde nos municípios de
Minas Gerais**

Belo Horizonte
2020

CONCEIÇÃO A. MOREIRA

MODELO LÓGICO

Fase de implementação da Política Estadual de Promoção da Saúde nos municípios de Minas Gerais

Produto Técnico apresentado ao Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Keli Bahia Felicíssimo Zocratto

Coorientadora: Profa. Dra. Vanessa de Almeida Guerra

Belo Horizonte
2020

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Fases da construção do Modelo Lógico	138
Figura 2 - Marco de referência da POEPS	139
Figura 3 - Modelo lógico da implementação da Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS) nos municípios	141

SUMÁRIO

1	CONTEXTUALIZAÇÃO	137
2	PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO MODELO LÓGICO DA POEPS	138
3	CONCLUSÃO	142
	REFERÊNCIAS	143

1 CONTEXTUALIZAÇÃO

O modelo lógico é uma maneira de representar, em forma de esquema visual, a implementação e os resultados esperados de um programa ou política (ROWAN, 2000; MCLAUGHLIN; JORDAN, 2010). Sua utilização tem como objetivo fornecer aos interessados um roteiro que descreva a sequência de eventos, relacionados entre si, conectando a necessidade planejada do programa ou política com os resultados desejados (MCLAUGHLIN; JORDAN, 2010).

O modelo lógico está diretamente relacionado com a teoria de implementação, uma vez que trata dos mecanismos que fazem com que a mesma alcance os resultados propostos/esperados (ROWAN, 2000). Dessa forma, para McLaughlin e Jordan (2010), construir o desenho lógico de um programa ou política significa esquadrinhá-los em termos da constituição de seus componentes e da sua forma de operacionalização. Para isso, deve-se discriminar todas as etapas necessárias à transformação de seus objetivos em metas e abstrair suas determinações contextuais.

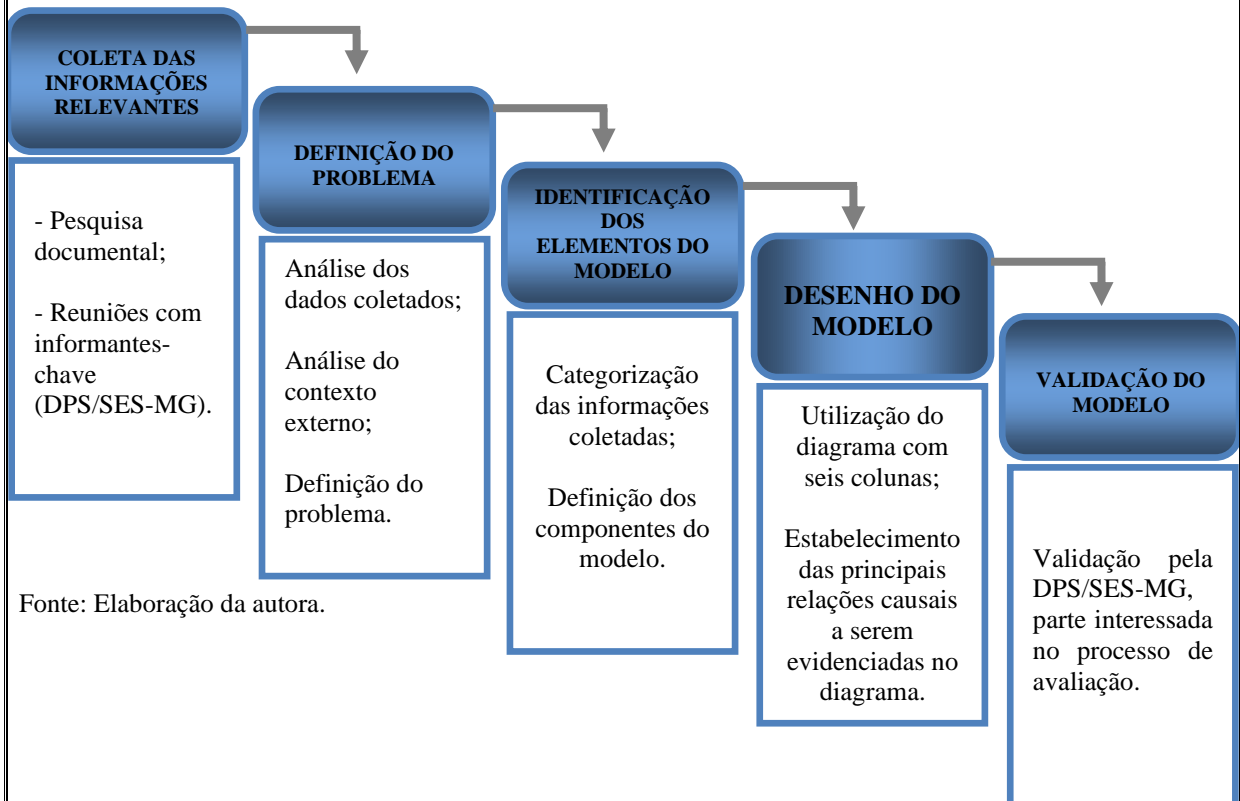
O desenvolvimento do modelo lógico de um programa ou política é um dos primeiros passos no planejamento de uma boa avaliação, pois seus componentes fornecem a estrutura para o plano de avaliação, auxiliando na elaboração das questões da avaliação que terão valor real para os *stakeholders* (ROWAN, 2000).

O modelo lógico da POEPS, apresentado neste relatório técnico, constituiu a primeira etapa da dissertação de Mestrado intitulada “Análise da fase de implementação da política estadual de promoção da saúde nos municípios de Minas Gerais”, apresentada ao Programa de Pós Graduação de Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

2 PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO MODELO LÓGICO DA POEPS

A elaboração do modelo lógico da POEPS foi orientada pelas cinco fases propostas por Mclaughlin e Jordan (2010) (Figura 1).

Figura 1– Fases da construção do Modelo Lógico

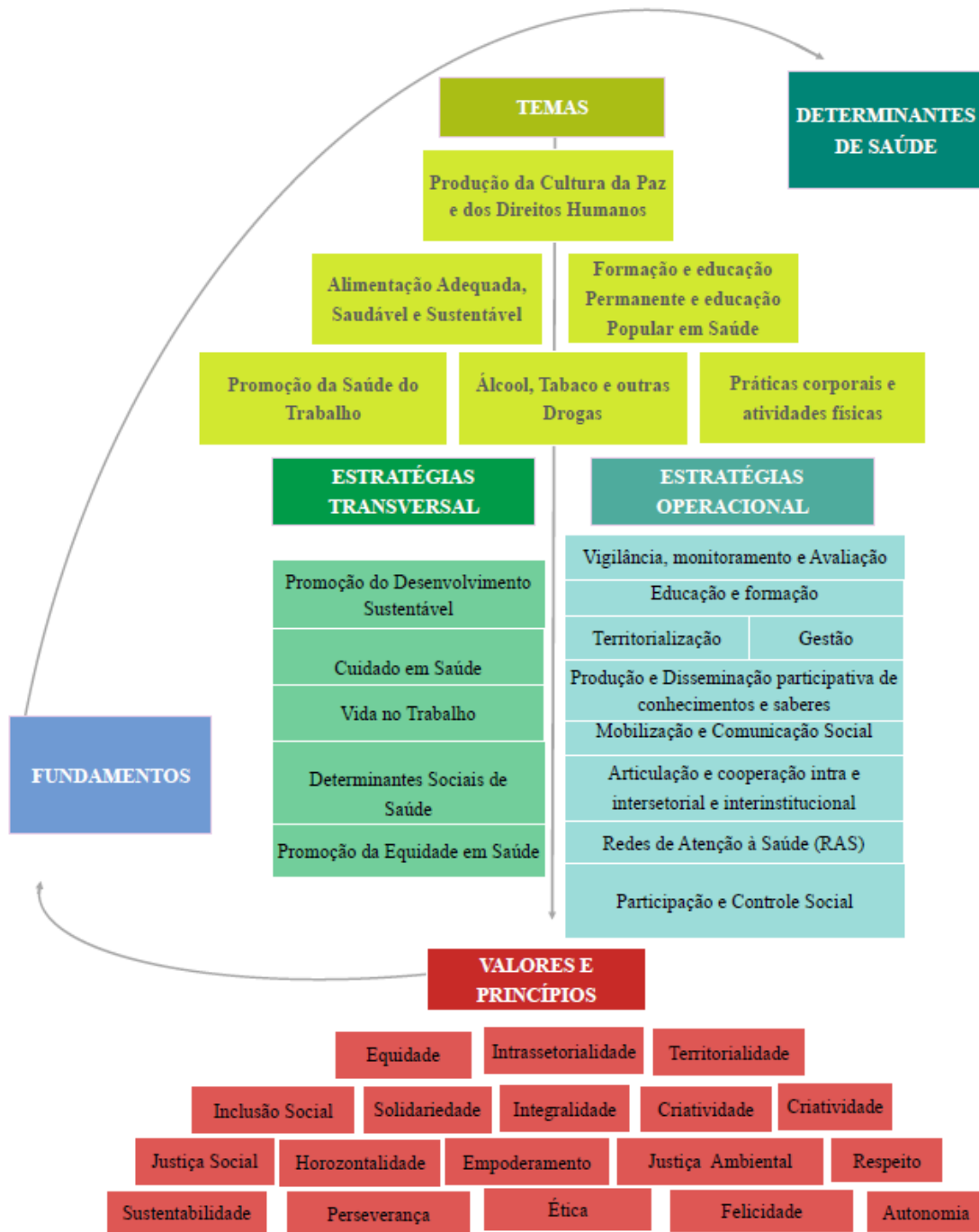


Fonte: Elaboração da autora.

Toda a construção do Modelo Lógico se deu num período em torno de dois meses, iniciando pela coleta das informações relevantes por meio de pesquisa documental, que teve como base a Resolução nº 5.250/16 e o Marco de Referência da POEPS (Figura 2), e reunião presencial de alinhamento com a DPS/SES-MG. Para a definição do problema da política, ou seja, a compreensão do que impulsiona a necessidade de monitoramento e avaliação, os dados coletados foram analisados, levando em consideração o contexto em que a Política foi implementada, sendo definido como problema os temas propostos para a implementação da Política. De posse dos dados, os mesmos foram categorizados de forma a compor o diagrama, sendo reclassificados durante o processo de construção do modelo. A elaboração do esquema visual, que teve várias versões até chegar ao modelo consensuado junto à DPS/SES-MG, foi a fase que demandou mais tempo em todo o processo. Inicialmente, foram elaborados vários esquemas do diagrama, com sequências diversas, até que se chegou a um esquema mais

simplificado das interações entre os componentes, de forma a permitir uma visão completa e mais simplificada da proposta de implementação da Política. Para isso, foi escolhido o modelo mais comum de diagrama, conforme Mclaughlin e Jordan (2010), com colunas formadas por caixas contendo as descrições resumidas e setas para estabelecer as relações causais.

Figura 2 – Marco de referência da POEPS

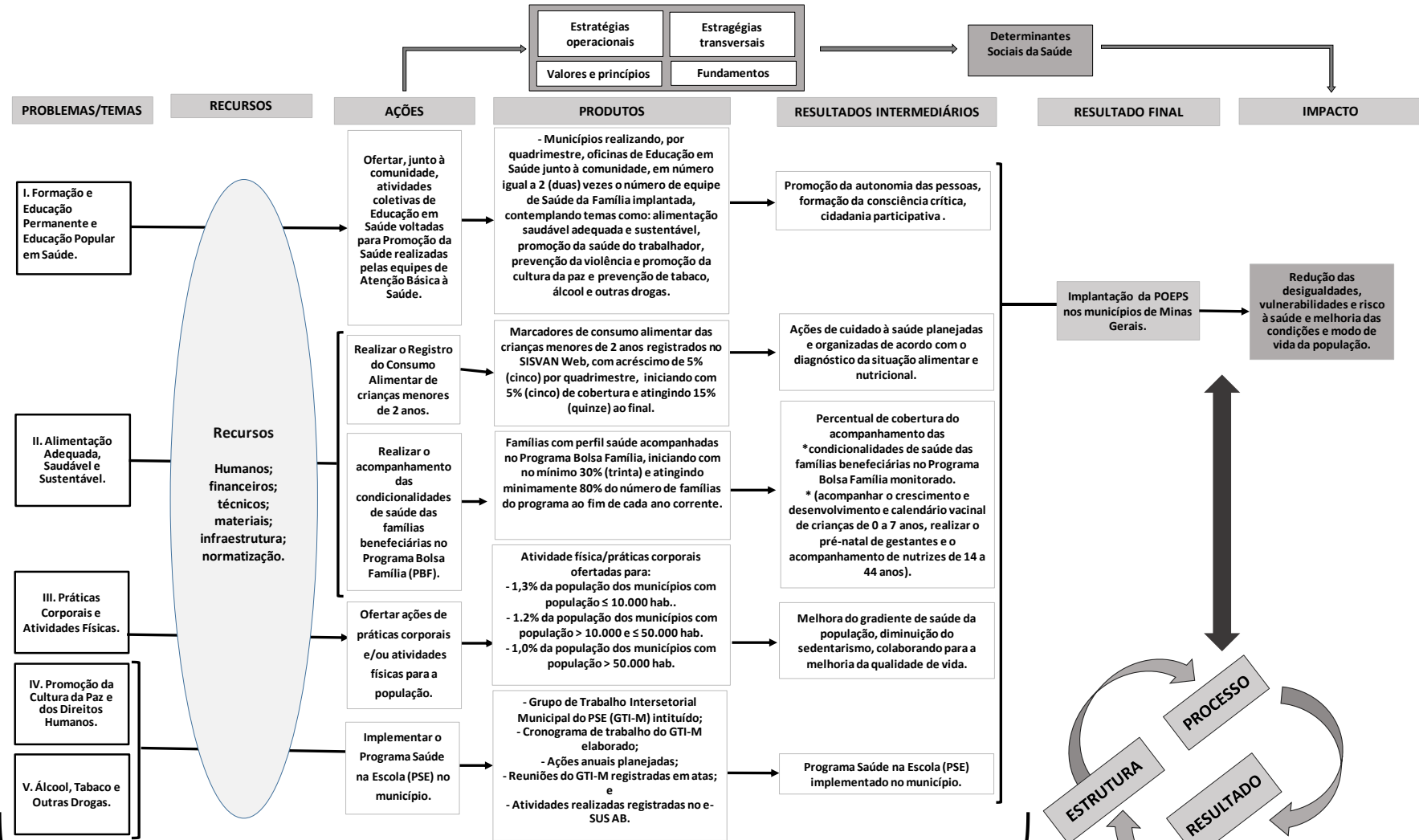


Fonte: Adaptado de ROCHA (2014)

Dessa forma, o esquema visual ficou composto por sete colunas, sendo elas: problemas/temas, recursos, ações, produtos, resultados intermediários, resultado final e impacto (Figura 3). A coluna recursos compreende tanto recursos próprios quanto recursos de terceiros ou programas complementares; as ações elencadas correspondem a cada tema; os produtos, que são gerados a partir do desenvolvimento das ações; os resultados intermediários que apontam mudanças nas causas do problema que levam ao resultado final; o resultado final, que representa o conjunto das transformações produzidas com o desenvolvimento das ações; e fechando o esquema, o impacto, que corresponde ao alcance do objetivo da Política (FERREIRA; CASSIOLATO, GONZALEZ, 2007). Por fim, o Modelo Lógico foi apresentado à DPS/SES-MG para aprovação, sendo ponderadas todas as observações, opiniões e considerações, para finalmente validar o diagrama do modelo lógico.

No diagrama também foi contemplado a transversalidade das ações através das estratégias operacionais e transversais, fundamentos, valores e princípios, fundamentos e pelos DSS, conforme Marco de Referência da POEPS, bem como a influência da estrutura, processos e resultados sobre toda a organização das ações.

Figura 3 - Modelo lógico da implementação da Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS) nos municípios



Fonte: Elaboração da autora.

3 CONCLUSÃO

A utilização do Marco de Referência da POEPS possibilitou a inserção dos valores e princípios da política, bem como a construção de coerência entre estes e os temas prioritários, as diretrizes, os eixos operativos e estratégicos e responsabilidade pela efetivação de estratégias e ações implicadas com a transformação da realidade a partir dos condicionantes e determinantes da saúde.

A construção do modelo lógico explicitou os mecanismos implicados na operacionalização da POEPS no âmbito municipal. Isso possibilitou visualizar as relações entre a intervenção, sua implementação e seus resultados esperados. Além disso, permitiu verificar se havia coerência entre os objetivos expostos na Política e a intervenção desenhada para atendê-los. Ressalta-se que o Modelo Lógico é dinâmico, ou seja, à medida que for ocorrendo mudanças na implementadas da Política, o mesmo deverá ser adaptado para responder à nova realidade.

REFERÊNCIAS

FERREIRA, H.; CASSIOLATO, M.; GONZALEZ, R. **Nota Técnica - Como elaborar Modelo Lógico de programa**: um roteiro básico. Ipea: Brasília: 2007. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=605>. Acesso em: 13 abr. 2020.

MCLAUGHLIN, J. A.; JORDAN, G. B. Using logic models. In: WHOLEY, J. S.; HATRY, H. P.; NEWCOMER, K. E. (Ed.). **Handbook of practical program evaluation**. 3. ed. EUA: HB Printing, 2010. Cap. 5, p. 55-80. Disponível em: <<http://www.blancopeck.net/HandbookProgramEvaluation.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – SES-MG. **Resolução SES/MG nº 5.250, de 19 de abril de 2016**. Institui a Política Estadual de Promoção da Saúde no âmbito do Estado de Minas Gerais e as estratégias para sua implementação. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Resolu%C3%A7%C3%A3o_5250.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2018.

ROCHA, D. G. et al.. Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. **Cien. Saude. Colet.**, v. 19, n. 11, p. 4313-4322, 2014.

ROWAN, M. S. Logic models in primary care reform: navigating the evaluation. **The Canadian Journal of Program Evaluation**, v. 15, n. 2, p. 81–92, 2000. Disponível em: <pdfs.semanticscholar.org/9e32/a1854674476854e50521d0028b8473e1e155.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2019.

APÊNDICE E – Produto Técnico II - Relatório Técnico.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

CONCEIÇÃO A. MOREIRA

RELATÓRIO TÉCNICO

**Análise da fase de implementação da Política Estadual de Promoção da Saúde nos
municípios de Minas Gerais**

Belo Horizonte
2020

CONCEIÇÃO A. MOREIRA

RELATÓRIO TÉCNICO

Análise da fase de implementação da Política Estadual de Promoção da Saúde nos municípios de Minas Gerais

Relatório Técnico apresentado ao Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Keli Bahia Felicíssimo Zocatto

Co-orientadora: Profa. Dra. Vanessa de Almeida Guerra

Belo Horizonte
2020

RESUMO

A Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS) foi implementada, de forma inédita no país, pela Resolução SES/MG nº 5250 de 19 de abril de 2016, com o objetivo de destacar, valorizar e incentivar o desenvolvimento das ações de promoção da saúde nos municípios do estado de Minas Gerais. Trata-se de uma política recém implantada no estado, sendo de grande relevância a análise da sua fase de implementação nos municípios, tendo como pontos orientadores a estrutura, os processos e resultados envolvidos. Dessa forma foi realizada uma pesquisa entre os 852 municípios que aderiram à Política no ano de 2016, da qual 360 compoem a amostra, que foi distribuída proporcionalmente entre as 28 Unidades Regionais de Saúde, considerando o porte populacional. Entre os resultados encontrados foi possível constatar que a Política Estadual de Promoção da Saúde encontra-se com implementação parcial tanto no conjunto dos municípios do estado, quanto por porte populacional. Todas as dimensões apresentaram implementação parcial, tanto para o conjunto dos municípios, quanto por porte populacional, com exceção da dimensão processos que apresentou implementação crítica nos municípios de médio porte. Foram evidenciadas como fragilidades a subdimensão insumos, que apresentou implementação crítica nos municípios de médio e grande porte; a subdimensão gestão do processo, com implementação crítica para o estado como um todo e para todos os portes populacionais e a subdimensão gestão da informação, que apresentou implementação crítica nos municípios de médio porte. Como potencialidades identificou-se a subdimensão gestão administrativa, que apresentou implementação aceitável para o estado como um todo e para os municípios de pequeno porte I e II e grande porte. Portanto, os resultados demonstraram a baixa institucionalização das ações de promoção da saúde nos municípios do estado de Minas Gerais e a necessidade premente de adoção de medidas, pelos gestores, que visem a alterar essa realidade, por meio de investimentos no planejamento, organização, qualificação, gerenciamento, operacionalização, monitoramento, avaliação e execução das ações, confluindo na melhoria da implementação das ações, na prestação de serviços e em ações de qualidade para a população.

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Avaliação de políticas pública. Implementação de políticas.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição percentual das referências técnicas municipais de promoção da saúde, nos municípios por porte populacional, Minas Gerais – POEPS, 2016-2018	157
Gráfico 2 - Distribuição percentual de recursos humanos em relação à quantidade e qualificação, segundo por porte populacional, Minas Gerais – POEPS, 2016-2018	159
Gráfico 3 - Distribuição percentual dos Polos do Programa Academia da Saúde, Estratégias de Saúde da Família (ESF) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Atenção Básica (NASF-AB) implantados e com estrutura adequada (estrutura física e recursos humanos), Minas Gerais – POEPS, 2016-2018	160
Gráfico 4 - Distribuição percentual dos municípios segundo conhecimento e utilização da POEPS no planejamento das ações pelas referências municipais de promoção da saúde, Minas Gerais – POEPS, 2016-2018	161
Gráfico 5 - Percentual do público alvo das ações de educação permanente sobre a temática de promoção da saúde ofertadas pelos municípios, por porte populacional, Minas Gerais – POEPS, 2016-2018	162
Gráfico 6 - Percentual de municípios que alcançaram as metas pactuadas junto à POEPS, por indicador e quadrimestre avaliativo, Minas Gerais – POEPS, 2016-2018	166

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Grau de implementação da POEPS, para o conjunto dos municípios e por porte populacional, considerando as dimensões e o total para o estado, Minas Gerais, 2016-2018	154
Tabela 2 - Grau de implementação da POEPS, por subdimensões e porte populacional, nos municípios de Minas Gerais, 2016-2018	156
Tabela 3 - Perfil das referências técnicas de promoção da saúde, por porte populacional e para o conjunto dos municípios, Minas Gerais – POEPS, 2016-2018	158
Tabela 4 - Percentual de municípios que realizaram a análise da situação de saúde da população, Minas Gerais – POEPS-2016-2018	163
Tabela 5 - Distribuição percentual dos municípios de acordo com a realização da análise quadrimestral dos resultados das ações da Política Estadual de Promoção da Saúde, Minas Gerais – POEPS, 2016-2018	163
Tabela 6 - Distribuição percentual do público alvo da apresentação e discussão dos Resultados da POESP, por porte populacional, Minas Gerais – POEPS, 2016-2018.....	164
Tabela 7 - Percentual de municípios, por porte populacional, que realizaram o planejamento anual das ações de promoção da saúde, Minas Gerais – POEPS, 2016-2018	165

SUMÁRIO

1	CONTEXTUALIZAÇÃO	151
2	RESULTADOS	154
2.1	Análise do grau de implementação	154
2.2	Análises das dimensões e subdimensão	157
2.2.1	Dimensão Estrutura	157
2.2.1.1	Subdimensão Recursos humanos	157
2.2.1.2	Subdimensão Insumos	159
2.2.1.3	Subdimensão Gestão administrativa	160
2.2.2	Da dimensão Processos	161
2.2.2.1	Subdimensão Educação permanente	161
2.2.2.2	Subdimensão gestão da Informação	162
2.2.2.3	Subdimensão Gestão do processo	165
2.2.3	Da dimensão Resultados	165
2.2.3.1	Subdimensão Resolubilidade por metas	165
3	CONCLUSÃO	167
4	RECOMENDAÇÕES	168
	REFERÊNCIAS	169

APRESENTAÇÃO

Este relatório tem como finalidade apresentar a avaliação da fase de implementação da Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS) nos municípios de Minas Gerais, que aderiram à Política.

Os dados apresentados foram gerados a partir do estudo “Análise da fase de implementação da Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS) nos municípios de Minas Gerais” e tratam-se da apresentação do Modelo Lógico da Política, da análise do grau de implementação da POEPS, das dimensões de Estrutura, Processos e Resultados envolvidos na implementação da Política e dos resultados dos indicadores pactuados. além de apresentar as principais fragilidades e potencialidades identificadas.

Portanto, o objetivo aqui proposto é subsidiar a gestão estadual na reorganização da implementação das ações, com vistas ao fortalecimento da promoção da saúde no SUS.

1 CONTEXTUALIZAÇÃO

Em Minas Gerais, a promoção da saúde foi institucionalizada na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – SES-MG em 2007, mas só em 2015 iniciou a construção da Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS) com ampla participação dos atores envolvidos, culminando com a publicação da política por meio da Resolução SES/MG nº 5250, de 19 de abril de 2016 (MINAS GERAIS, 2017).

O processo de implementação de uma política é crucial para o seu desenvolvimento, pois as dificuldades enfrentadas nessa fase estão, muitas vezes, fortemente relacionadas à causa dos insucessos dos governos em atingir os objetivos estabelecidos no desenho das políticas públicas (DALFIOR et al., 2015).

É importante a análise do processamento da implementação da POEPS nos municípios, pois é no nível da microgestão do governo que os ajustes são realizados para alcançar as prerrogativas desenhadas nas políticas, bem como para resgatar a posição chave da etapa de implementação dentro do processo das políticas públicas, enquanto caminho para fortalecimento da ação governamental (DALFIOR et al., 2015). Além disso, a avaliação de políticas públicas é um processo indispensável tendo em vista que permite conhecer alguns dos efeitos produzidos pela intervenção, possibilitando, em certa medida, comparar o planejado com a realidade, analisar as variações nas principais variáveis envolvidas e as consequências originadas.

A avaliação apresentada é relevante, por tratar-se de uma política recentemente implementada nos municípios do estado, sendo este, também, o primeiro da Federação a instituir uma política estadual de promoção da saúde. A isto, se soma a necessidade de esclarecer como se deu a fase de implementação da POEPS nos municípios, principalmente, no que tange à estrutura e processos que determinam as suas características gerais.

Nesse contexto, foi realizada o estudo “Análise da fase de implementação da Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS) nos municípios de Minas Gerais”, que teve como alvo os 852 municípios que aderiram à POEPS no ano de 2016 e obteve uma amostra composta por 360 municípios respondentes, distribuídos, proporcionalmente, entre as 28 Unidades Regionais de Saúde (URS’s), considerando o porte populacional. Assim, a amostra ficou composta por 57,2% de municípios de pequeno porte I, 36,9% de pequeno porte II, por 3,5% de municípios de médio porte e por 2,8% de grande porte, mantendo, aproximadamente, a mesma proporção dos municípios em relação ao estado.

Para a coleta de dados utilizou-se questionário estruturado, autoaplicado, *on-line*, formado por questões referentes à estrutura necessária para o desenvolvimento das ações e ao processo de trabalho (atividades) para a implementação da POEPS nos municípios. A dimensão Resultado não foi incluída no questionário, pois o critério utilizado para essa análise foi o resultado quadrimestral das metas dos indicadores pactuados na política. Também foram utilizados dados secundários do Sistema de Gerenciamento de Resoluções Estaduais de Saúde (SiG-RES), relativos aos resultados alcançados pelos municípios nos indicadores pactuados junto à POEPS.

Para isso, foi construído o modelo lógico da fase de implementação municipal da Política, que explicitou os mecanismos implicados na operacionalização das ações nos municípios. Isso possibilitou visualizar as relações entre a intervenção, sua implementação e seus resultados esperados. Além disso, permitiu verificar se havia coerência entre os objetivos expostos na Política e a intervenção desenhada para atendê-los.

O desenvolvimento do modelo lógico é um dos primeiros passos no planejamento da avaliação de um programa ou política. Eles fornecem a estrutura para o plano de avaliação, auxiliando na elaboração das questões da avaliação que terão valor real para os *stakeholders*. Além disso, está relacionado com a teoria de implementação, uma vez que trata dos mecanismos que fazem com que ela alcance os resultados propostos/esperados (ROWAN, 2000).

O Modelo Lógico representa, em forma de esquema visual, a implementação e os resultados esperados de um programa ou política (ROWAN, 2000; MCLAUGHLIN; JORDAN, 2010), tendo como objetivo fornecer um roteiro que descreva a sequência de eventos, relacionados entre si, conectando a necessidade planejada com os resultados desejados (MCLAUGHLIN; JORDAN, 2010).

Para definição do grau de implementação da política, foi utilizada uma Matriz de Análise e Julgamento, composta por três dimensões (Estrutura, Processos e Resultados) e suas respectivas subdimensões. Estas foram compostas por indicadores e critérios, propostos com base na POEPS, legitimada junto às referências técnicas de promoção da saúde das Unidades Regionais de Saúde (URS).

Sua valoração foi arbitrada em cem pontos, o que gerou, ao final, o grau de implementação da intervenção, para o qual foram definidos os seguintes escores: implementação crítica para valores entre zero e 49,9%; implementação parcial entre 50,0% e 79,9% e implementação aceitável quando acima de 80,0%.

Essa avaliação objetivou analisar a fase de implementação da Política nos municípios do estado, na tentativa de elucidar as principais forças que atuaram nesse processo e, assim, nortear a gestão estadual na reorganização da implementação das ações de promoção da saúde junto aos municípios.

2 RESULTADOS

Nesse capítulo, discorrem-se os resultados do estudo de análise da implementação da POEPS nos municípios do estado de Minas Gerais. Nele, são apresentados o Modelo Lógico da fase de implementação da POEPS, o grau de implementação da Política nos municípios, as potencialidades e fragilidades identificadas no processo de implementação da POEPS nos municípios de Minas Gerais, a análise das dimensões de Estrutura, Processo e Resultado referentes à implementação da Política nos municípios e a descrição dos resultados alcançados pelos municípios na execução dos indicadores pactuados junto à POEPS.

2.1 Análise do grau de implementação

O grau de implementação da POEPS, tanto para o conjunto dos municípios do estado como por porte populacional, pode ser categorizado como parcialmente implementada, sendo que os municípios de médio e grande porte apresentaram percentual de implementação menor que a média da implementação total. O grau de implementação por dimensão também é parcial, com a dimensão Processos apresentando o menor grau de implementação para o conjunto dos municípios, implementação crítica nos municípios de médio porte e percentual bem próximo ao limite inferior nos municípios de pequeno porte I e de grande porte, ao analisar por porte populacional (Tabela 1).

Tabela 1 - Grau de implementação da POEPS, para o conjunto dos municípios e por porte populacional, considerando as dimensões e o total para o estado, Minas Gerais, 2016-2018

Dimensões	Valor máximo	Pequeno porte I		Pequeno porte II		Médio porte		Grande porte		Conjunto dos municípios	
		Valor alcançado	*GI %	Valor alcançado	*GI %	Valor alcançado	*GI %	Valor alcançado	*GI %	Valor alcançado	*GI %
Estrutura	40,0	30,4	76,4	29,9	75,4	25,4	64,0	28,6	72,0	30,0	75,5
Processos	45,0	22,7	50,4	24,6	54,6	19,3	42,8	23,2	51,6	23,3	51,7
Resultados	15,0	11,9	79,9	11,5	76,9	11,5	76,3	9,1	60,7	11,7	78,0
TOTAL GERAL	100,0	64,3	64,3	65,4	65,4	55,0	55,0	60,0	60,0	65,0	65,0

Notas: *GI – Grau de Implementação. GI = >=80% - Implementação Aceitável; 50 a 79% - Implementação Parcial; <50% - Implementação Crítica
Fonte: Dados da pesquisa

Ao analisar a implementação da POEPS por subdimensão, observa-se que a de Gestão administrativa encontra-se com implementação aceitável, com exceção aos municípios de médio porte. A de Insumos apresenta o menor percentual, com implementação crítica nos municípios de médio e grande porte.

A subdimensão Gestão da informação está com implementação crítica nos municípios de médio porte e a de Gestão do processo encontra-se com implementação crítica para todos os portes populacionais, bem como para o conjunto dos municípios.

As demais foram consideradas parcialmente implementadas. A subdimensão Resolubilidade por metas apresenta implementação parcial, sendo que os municípios de grande porte apresentam o menor percentual de implementação (Tabela 2).

Tabela 2 - Grau de implementação da POEPS, por subdimensões e porte populacional, nos municípios de Minas Gerais, 2016-2018

Dimensões	Subdimensões	Valor máximo	Pequeno porte I		Pequeno porte II		Médio porte		Grande porte		Conjunto dos municípios	
			Valor alcançado	*GI (%)	Valor alcançado	*GI (%)	Valor alcançado	*GI (%)	Valor alcançado	*GI (%)	Valor alcançado	*GI (%)
Estrutura	Recursos humanos	16,0	11,8	73,9	11,6	72,2	8,8	54,7	10,1	63,2	11,6	72,4
	Insumos	5,5	3,4	62,1	3,2	59,8	2,5	46,1	2,7	49,4	3,1	60,5
	Gestão administrativa	18,5	15,3	82,8	15,3	82,8	14,3	77,5	15,9	86,3	15,3	82,7
Processos	Educação permanente	5,0	2,8	55,8	3,0	60,6	3,0	60,0	3,4	68,0	2,9	58,0
	Gestão da informação	7,0	3,9	55,7	3,0	56,6	2,1	30,4	3,7	53,3	3,9	55,0
	Execução das ações	15,0	8,7	58,2	9,1	60,5	8,6	57,6	8,3	55,6	8,9	59,0
	Gestão do processo	18,0	7,2	40,2	8,5	47,3	5,5	30,6	7,8	43,0	7,7	42,6
Resultados	Resolubilidade por metas	15,0	11,9	79,9	11,5	76,9	11,5	76,3	9,1	60,7	11,7	78,0

Notas:

*GI – Grau de Implementação

Graus de implementação: >=80% - Implementação Aceitável; 50 a 79% - Implementação Parcial; <50% - Implementação Crítica

Fonte: Dados da pesquisa

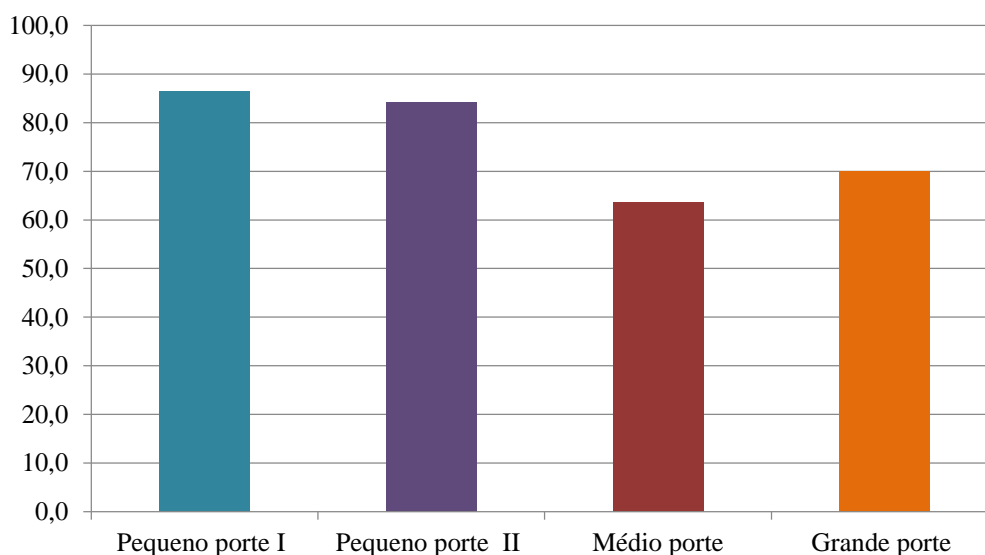
2.2 Análises das dimensões e subdimensão

2.2.1 Dimensão Estrutura

2.2.1.1 Subdimensão Recursos humanos

Foi observada a existência de referência técnica para as ações de promoção da saúde em todos os portes populacionais, com percentuais acima de 80,0% para os municípios de pequeno porte I e II e o menor percentual nos municípios de médio porte (63,6%) (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Distribuição percentual das referências técnicas municipais de promoção da saúde, nos municípios por porte populacional, Minas Gerais – POEPS, 2016-2018



Fonte: Dados da pesquisa

Quanto ao tempo de atuação da referência técnica municipal de promoção da saúde na área de promoção da saúde, para o conjunto dos municípios, a minoria afirmou ter experiência na área superior a cinco anos (29,9%). Situação inversa encontrada entre os municípios de médio e grande porte onde esse percentual é 71,0% e 57,0%, respectivamente.

No que se refere à escolaridade das referências técnicas municipais de promoção da saúde, a maioria (50,0%) possuíam formação superior na área de saúde e pós-graduação na área de saúde (36,8%). Ao estratificar por porte populacional, observou-se o mesmo padrão, com exceção dos municípios de grande porte que apresentaram o maior percentual de referências técnicas com pós-graduação na área da saúde (85,7%).

Em relação às referências com escolaridade de nível técnico e ensino médio, elas mostraram-se presentes nos municípios de pequeno porte I e II.

Observou-se que a carga horária de 40 horas semanais de trabalho da referência técnica municipal de promoção da saúde é a prevalente, tanto para o conjunto dos municípios (84,2%) como ao estratificá-las por porte populacional.

Quanto à vinculação profissional observou-se o predomínio de efetivo/concursado em (37,5%) e de contratado (36,5%), seguida pelos cargos em comissão (24,6%). Estratificando por porte populacional, observa-se a predominância de efetivos e concursados nos municípios de médio (57,1%) e grande porte (71,4%) e de contratos nos municípios de pequeno porte I (44,4%) (Tabela 3).

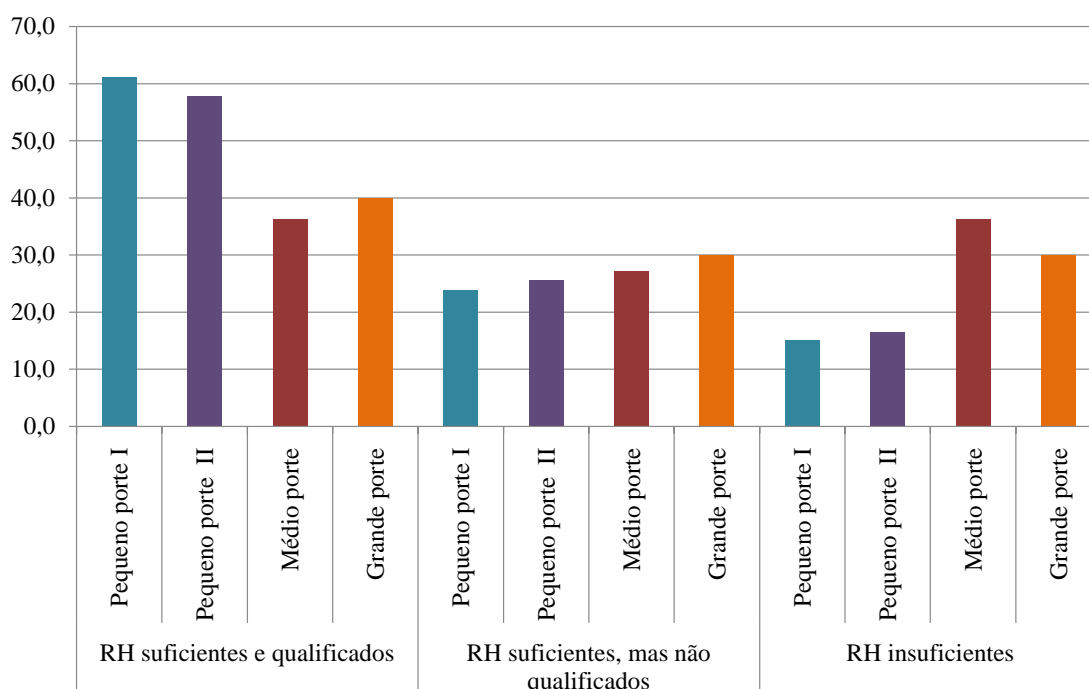
Tabela 3 – Perfil das referências técnicas de promoção da saúde, por porte populacional e para o conjunto dos municípios, Minas Gerais – POEPS, 2016-2018

Critérios analisados	Municípios por porte populacional				Total n (%)
	Pequeno porte I n (%)	Pequeno porte II n (%)	Médio porte n (%)	Grande porte n (%)	
Tempo de atuação na área de promoção da saúde (anos)					
> 5	52 (29,2)	30 (26,8)	5 (71,4)	4 (57,1)	91 (29,9)
3 + 5	68 (38,2)	40 (35,7)	1 (14,3)	2 (28,6)	111 (36,5)
<3	58 (32,6)	42 (37,5)	1 (14,3)	1 (14,3)	102 3,6)
Escolaridade					
Pós-graduação/saúde	60 (33,7)	43 (38,4)	3 (42,9)	6 (85,7)	112 (36,8)
Pós-graduação/gestão	6 (2,0)	8 (7,1)	1 (14,3)	0 (0,0)	15 (4,9)
Pós-graduação/outra área	2 (0,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,7)
Superior/saúde	94 (52,8)	55 (49,1)	2 (28,6)	1 (14,3)	152 (50,0)
Superior/outra área	6 (2,0)	3 (2,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (3,0)
Técnico	7 (3,9)	1 (0,9)	1 (14,3)	0 (0,0)	9 (3,0)
Ensino médio	3 (1,7)	2 (1,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (1,6)
Carga horária de trabalho					
40h	147 (82,6)	98 (87,5)	5 (71,4)	6 (85,7)	256 (84,2)
30h	17 (9,6)	8 (7,1)	1 (14,3)	0 (0,0)	26 (8,6)
20h	14 (7,9)	4 (3,6)	0 (0,0)	1 (14,3)	19 (6,3)
Outra	0 (0,0)	2 (1,8)	1 (14,3)	0 (0,0)	3 (1,0)
Vínculo profissional					
Efetivo/Concursado	65 (36,5)	40 (35,7)	4 (57,1)	5 (71,4)	114 (37,5)
Em comissão	32 (18,0)	39 (34,8)	3 (42,9)	1 (14,3)	75 (24,7)
Contratos	79 (44,4)	31 (27,7)	0 (0,0)	1 (14,3)	111 (36,5)
Outro	2 (0,7)	2 (1,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (1,3)
TOTAL	178 (100,0)	112 (100,0)	7 (100,0)	7 (100,0%)	304 (100,0)

Fonte: Dados da pesquisa

Quanto à disponibilidade de recursos humanos, segundo percepção dos respondentes, a maioria (58,6%) confirmou a quantidade suficiente e com qualificação. Ao estratificar por porte populacional, foi possível observar que a presença de recursos humanos suficientes e qualificados foi mais expressiva nos municípios de pequeno porte I (61,1%) e II (57,8%). A presença de recursos humanos suficientes, mas não qualificados, foram predominantes nos municípios de grande porte (30,0%). Recursos humanos insuficientes foram apontados municípios de médio porte (36,3%) e de grande porte (30,0%) (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Distribuição percentual de recursos humanos em relação à quantidade e qualificação, segundo por porte populacional, Minas Gerais – POEPS, 2016-2018



Fonte: Dados da pesquisa

2.2.1.2 Subdimensão Insumos

Foi observado que o uso compartilhado de veículos para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde com outras ações ocorre na grande maioria dos municípios (86,0%). Quando estratificado por porte populacional, observou-se que apenas municípios de pequeno porte I (5,3%) e II (9,0%) possuem veículo exclusivo para as ações de promoção da saúde. Em relação à falta de veículo para apoio ao desenvolvimento das ações, esta esteve presente de forma expressiva nos municípios de grande porte (30,0%).

Em relação à disponibilidade de computadores municípios de médio (36,4%) e de grande porte (30,0%), afirmaram possuir um quantitativo insuficiente.

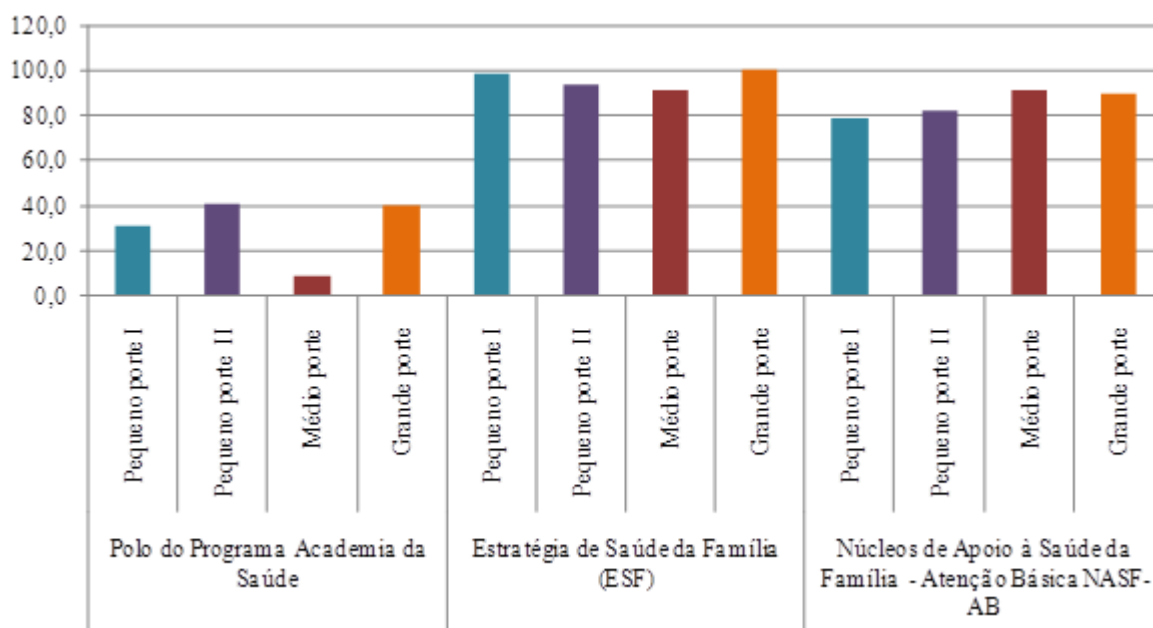
Quanto à rede de telefonia, foi observado o quantitativo insuficiente nos municípios pequeno porte II (13,5%), médio (18,2%) e grande porte (10,0%).

A rede de *internet* foi opinada com o quantitativo insuficiente e funcionamento inadequado, principalmente, nos municípios de médio porte (18,2%) e pequeno porte II (12,8%).

2.2.1.3 Subdimensão Gestão administrativa

Em relação à implantação de estratégias multiprofissionais, (re) orientadoras dos processos de trabalho, com potencial resolutivo e impacto na situação de saúde da população verificou-se que a implantação de Polos do Programa Academia da Saúde ocorreu, principalmente, nos de pequeno porte II (41,4%) e de grande porte (40,0%). Foi observada implantação acima de 90% de ESF para todos os portes populacionais e de NASF-AB nos municípios de médio porte e de grande porte (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Distribuição percentual dos Polos do Programa Academia da Saúde, Estratégias de Saúde da Família (ESF) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Atenção Básica (NASF-AB) implantados e com estrutura adequada (estrutura física e recursos humanos), Minas Gerais – POEPS, 2016-2018



Fonte: Dados da pesquisa

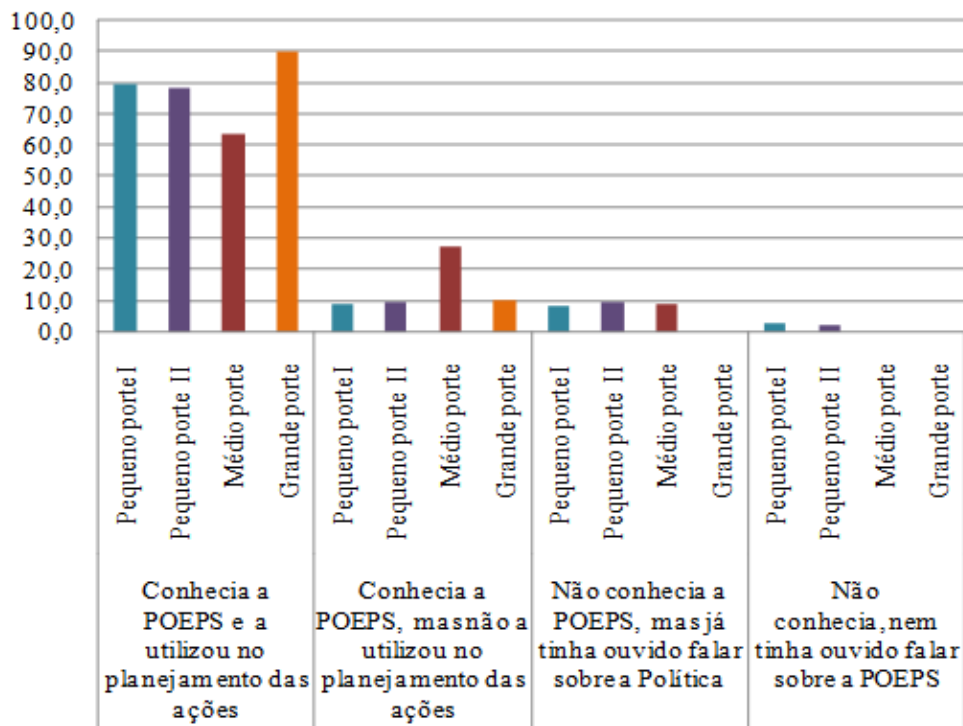
Quanto ao conhecimento e utilização da POEPS no planejamento das ações pelas referências técnicas municipais, observou-se predominância dos municípios de grande porte (90,0%) e o menor percentual nos de médio porte (63,6%).

O quantitativo de municípios que afirmou conhecimento da POEPS, mas não a utilizou, foi expressivamente maior nos municípios de médio porte (27,3%).

O fato de já ter ouvido falar sobre a Política, mas não a conhecer, foi relatado por municípios de pequeno porte I (8,3%) de pequeno porte II (9,8%) e de médio porte (9,1%).

O não conhecimento e nem terem ouvido falar sobre a POEPS, foi relatado por municípios de pequeno porte I (2,9%) e pequeno porte II (2,3%) (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Distribuição percentual dos municípios segundo conhecimento e utilização da POEPS no planejamento das ações pelas referências municipais de promoção da saúde, Minas Gerais – POEPS, 2016-2018



Fonte: Dados da pesquisa

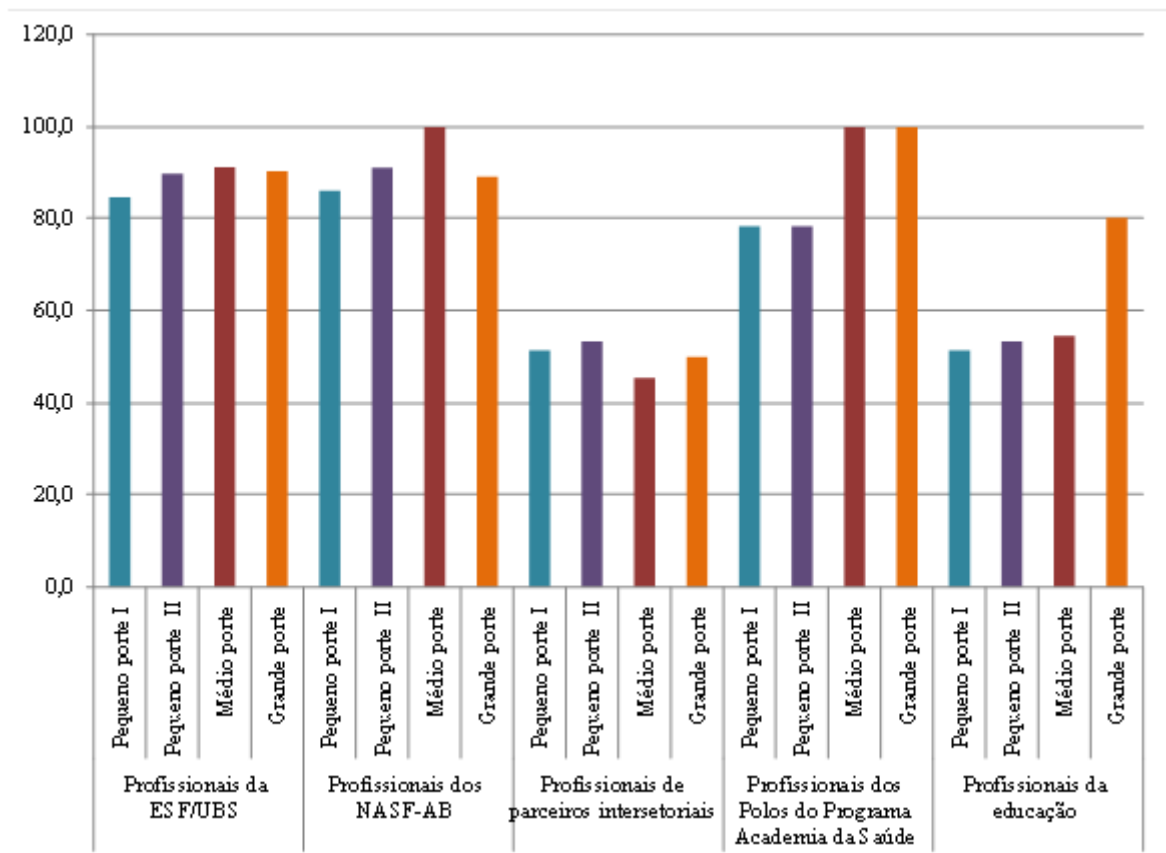
2.2.2 Da dimensão Processos

2.2.2.1 Subdimensão Educação permanente

No que diz respeito à realização de ações de Educação permanente na temática de promoção da saúde e o seu público alvo, observou-se que o menor percentual de oferta dessas

ações foi entre os municípios de porte I (55,8%) e, o maior, entre os de grande porte (68,0%). Ao observar por público alvo, verificou-se que a oferta ficou concentrada para os profissionais da área da saúde, ESF/UBS, NASF-AB e Polos do Programa Academia da Saúde. O envolvimento dos demais parceiros intersetoriais e dos profissionais da educação nessas ações atingiram baixos percentuais (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Percentual do público alvo das ações de educação permanente sobre a temática de promoção da saúde ofertadas pelos municípios, por porte populacional, Minas Gerais – POEPS, 2016-2018



Fonte: Dados de pesquisa

2.2.2.2 Subdimensão gestão da Informação

A realização da análise da situação de saúde da população incluindo informações sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) teve o maior percentual declarado pelos municípios de pequeno porte I (90,0%) e os menores entre os de médio porte (18,0%), sendo estes os que apresentaram o menor percentual de inclusão dos DSS na análise (36,5%). Em relação a não realização da análise de situação de saúde da população, o maior percentual ficou entre os municípios de grande porte (60,0%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Percentual de municípios que realizaram a análise da situação de saúde da população, Minas Gerais – POEPS-2016-2018

	Sim, incluindo *DSS n (%)	Sim, não incluindo *DSS n (%)	Não realizou n (%)
Pequeno porte I	90 (44,0)	48 (23,5)	68 (33,0)
Pequeno porte II	58 (43,5)	30 (22,5)	45 (34,0)
Médio porte	2 (18,0)	4 (36,5)	5 (45,5)
Grande porte	3 (30,0)	1 (10,0)	6 (60,0)
Geral	153 (42,5)	83 (23,0)	124 (34,4)

Nota: *DSS - Determinantes Sociais da Saúde

Fonte: Dados da pesquisa

Quanto à utilização dos dados da análise da situação de saúde no planejamento das ações de promoção da saúde, observou-se o menor percentual (9,0%) entre os municípios de médio porte utilizando a análise com as informações sobre os DSS.

Na análise dos resultados das ações desenvolvidas no município, segundo o monitoramento das ações pactuadas junto à POEPS, observou-se que os municípios de médio porte apresentaram o menor percentual (45,5%) em relação à avaliação ao final de todos os quadrimestres, e o maior (27,0%) em relação à não realização da análise dos dados em nenhum quadrimestre avaliativo (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição percentual dos municípios de acordo com a realização da análise quadrimestral dos resultados das ações da Política Estadual de Promoção da Saúde, Minas Gerais – POEPS, 2016-2018

Análise dos resultados da POEPS	Pequeno porte I n (%)	Pequeno porte II n (%)	Médio porte n (%)	Grande porte n (%)	Geral n (%)
Realizada em todos os quadrimestres	132 (64,1)	90 (67,7)	5 (45,5)	9 (90,0)	236 (65,5%)
Realiza apenas em alguns quadrimestres	49 (23,8)	32 (24,0)	3 (27,3)	0,0	84 (23,3%)
Não realizada em nenhum quadrimestre	25 (12,1)	11 (8,3)	3 (27,3)	1 (10,0)	40 (11,0%)
TOTAL	206 (100,0)	133 (100,0)	11 (100,0)	10 (100,0)	360 (100,0%)

Fonte: Dados da pesquisa

Quanto à oferta à população de espaços participativos que favoreçam o protagonismo da população em relação à promoção da saúde, o menor percentual foi observado entre os municípios de grande porte (70,0%).

Em relação aos responsáveis pelo desenvolvimento dessas ações, observou-se a realização das ações de forma conjunta pelos profissionais das ESF/UBS, NASF-AB e parceiros intersetoriais, principalmente, nos municípios de grande porte (60,0%).

Observou-se que o envolvimento conjunto dos profissionais da ESF/UBS com o NASF-AB foi mais ocorrente nos municípios de pequeno porte I (33,9%) e II (27,0%).

Em relação à qualificação das informações registradas nas fichas, antes da digitação nos sistemas de informação, 36,3% dos municípios de médio e 30,0% de grande porte afirmaram não realizar.

No que dizem respeito às parcerias governamentais, os principais parceiros citados como diretamente envolvidos no desenvolvimento das ações da POEPS junto às Secretarias Municipais de Saúde, foram as Secretarias de Educação (92,5%) e a de Assistência Social (78,0%). Como parcerias não governamentais, os mais citados foram associações comunitárias (43,0%) e os grupos ou instituições religiosas (43,0%). Ao estratificar por porte populacional, a única diferença observada foi em relação aos municípios de grande porte foi que, em 80,0%, citaram como principais parceiros não governamentais as universidades/faculdades.

Em relação à apresentação e discussão dos resultados das ações da POEPS no município, o maior percentual em relação à apresentação e discussão desses dados foi observado entre os municípios de pequeno porte II (62,1%) e a menor entre os de grande porte (34,0%).

Em relação à distribuição da informação, observou-se que houve uma maior concentração nos espaços relativos à área da saúde entre os municípios de pequeno porte I (85,0%) e II (86,5%). A menor concentração da divulgação e discussão dos dados foi em relação aos parceiros intersetoriais, principalmente, nos municípios de pequeno porte II (37,0%) (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição percentual do público alvo da apresentação e discussão dos resultados da POEPS, por porte populacional, Minas Gerais – POEPS, 2016-2018

	ESF/UBS n (%)	NASF-AB n (%)	*CMS n (%)	** CIR n (%)	Parceiros intersetoriais n (%)	Média %
Pequeno porte I	175 (85,0)	129 (62,5)	143 (69,5)	85 (41,0)	73 (35,5)	58,7
Pequeno porte II	115 (86,5)	98 (74,0)	95 (71,5)	56 (42,0)	49 (37,0)	62,2
Médio porte	8 (73,0)	6 (54,5)	5 (45,5)	2 (18,0)	2 (18,0)	41,8
Grande porte	5 (50,0)	3 (30,0)	5 (50,0)	2 (20,0)	2 (20,0)	34,0
GERAL	303 (84,2)	236 (65,6)	248 (68,9)	145 (40,3)	126 (35,0)	58,8

Nota: *Conselho Municipal de Saúde. ** Comissão Intergestora Regional
Fonte: Dados da pesquisa

2.2.2.3 Subdimensão Gestão do processo

A existência de indicadores próprios para avaliar as ações de promoção da saúde desenvolvidas teve o maior percentual observado entre os municípios de grande porte (30%), sendo que os municípios de médio porte afirmaram não ter utilizado nenhum indicador próprio para avaliar as ações.

Quanto à realização de planejamento anual das ações de promoção da saúde, observou-se a predominância do planejamento intersetorial entre os municípios de pequeno porte I (48,5%) e II (40,6%). O planejamento somente pela gestão foi prevalente entre os municípios de médio (54,5%) e o intrasetorial nos de grande porte (50,0%) (Tabela 7).

Tabela 7 - Percentual de municípios, por porte populacional, que realizaram o planejamento anual das ações de promoção da saúde, Minas Gerais – POEPS, 2016-2018

	Forma de realização do planejamento anual			Fizeram o planejamento anual	Não fizeram o planejamento anual
	Intersetorial n (%)	Intrasetorial n (%)	Gestão n (%)	n (%)	n (%)
Pequeno porte I	100 (48,5)	30 (14,6)	51 (24,8)	181 (87,9)	25 (12,1)
Pequeno porte II	54 (40,6)	37 (27,8)	33 (24,8)	124 (93,2)	9 (6,8)
Médio porte	2 (18,2)	2 (18,2)	6 (54,5)	10 (90,9)	1 (9,1)
Grande porte	2 (20,0%)	2 (60,0)	5 50,0)	9 (90,0)	1 (10,0)

Fonte: Dados da pesquisa

2.2.3 Da dimensão Resultados

2.2.3.1 Subdimensão Resolubilidade por metas

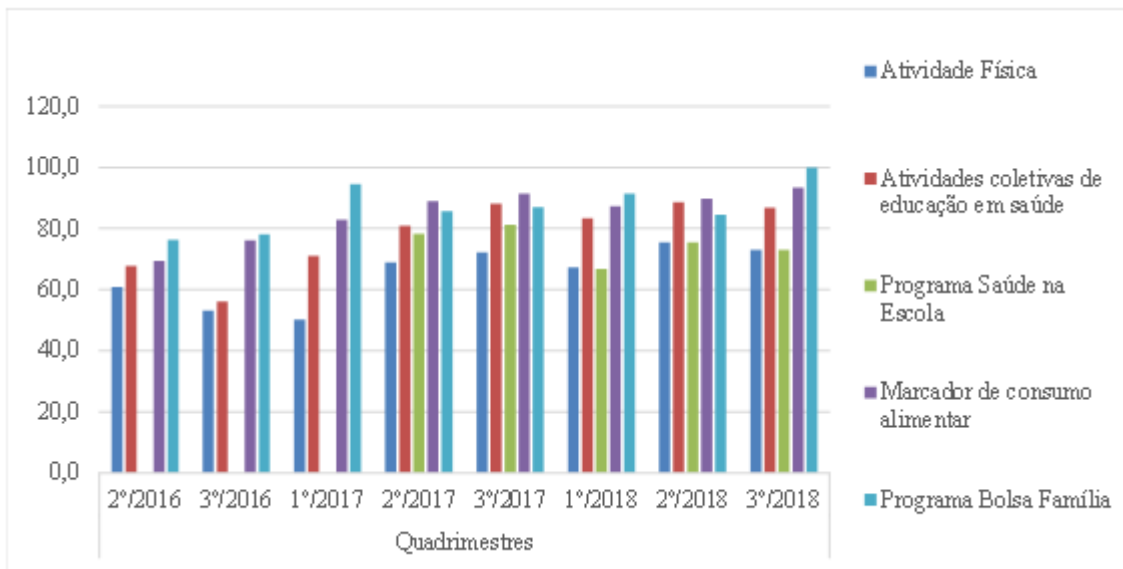
Em relação ao cumprimento das metas dos indicadores pactuados junto à POEPS, observou-se que, no período avaliado, o menor percentual (50,3%) foi em relação às ações de práticas corporais e/ou atividades físicas, no primeiro quadrimestre de 2017. O mesmo ocorreu no período avaliativo com percentual de 75,6 no segundo quadrimestre de 2018.

As metas pactuadas para o indicador atividades coletivas de educação em saúde fecharam o período avaliado com percentual igual a 86,7%, mas necessita avaliação mais aprofundada, uma vez que, ainda, se observa confusão no entendimento prático dessas ações.

O PSE apresentou queda no cumprimento das metas, apresentando percentual de 78,3% no segundo quadrimestre de 2017 e de 73,1% no final do período avaliado.

Observou-se que os indicadores registro do Formulário de Marcadores de Consumo Alimentar de crianças menores de dois anos no Sisvan Web e acompanhamento das condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias no PBF foram os que apresentaram os maiores quantitativos de municípios alcançando as metas pactuadas, sendo de 93,3% e 100,0%, respectivamente, no terceiro quadrimestre de 2018 (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Percentual de municípios que alcançaram as metas pactuadas junto à POEPS, por indicador e quadrimestre avaliativo, Minas Gerais - POEPS, 2016-2018



Fonte: Dados da pesquisa

3 CONCLUSÃO

A POEPS encontra-se parcialmente implementada nos municípios do estado de Minas Gerais, o que infere baixa institucionalização das ações de promoção da saúde nos municípios. A análise das dimensões Estrutura, Processos e Resultados indicam a existência de desafios a serem enfrentados, ainda que com alguns avanços.

Foram evidenciadas como fragilidades que interferiram nessa classificação a subdimensão insumos, pertencente à dimensão Estrutura. Esta apresentou implementação crítica nos municípios de médio e grande porte. A dimensão Processos, apesar de parcialmente implementada, alcançou o menor valor percentual tanto para o estado como um todo como para todos os portes populacionais dos municípios. Esta dimensão apresentou a subdimensão Gestão do processo com implementação crítica para o estado como um todo e para todos os portes populacionais e a subdimensão Gestão da informação com implementação crítica nos municípios de médio porte.

Como potencialidades, identificou-se a subdimensão Gestão administrativa, componente da dimensão Estrutura, que apresentou implementação aceitável para o estado como um todo e para os municípios de pequeno porte I e II e grande porte.

O cumprimento das metas propostas para os indicadores pactuados junto ao governo do estado mostrou-se, na maioria dos municípios, dificultadas pela realidade no âmbito local, principalmente, devido à baixa institucionalização das ações de promoção da saúde nos municípios.

4 RECOMENDAÇÕES

Com base nos dados apresentados e com o intuito de contribuir para um melhor entendimento do campo da promoção da saúde e dos movimentos de institucionalização e de implementação da mesma nos municípios do estado, são apresentadas algumas recomendações para a implementação da POEPS:

1. Realizar avaliações periódicas para subsídio contínuo do processo de implementação, visando a sustentabilidade da Política;
2. Investir na política, considerando os DSS e não apenas em ações específicas;
3. Incluir indicadores que envolvam os DSS e que atendam aos objetivos da Política, por meio de construção coletiva.
4. Adotar modelo lógico como instrumento de verificação de coerência entre os objetivos expostos na Política e a intervenção desenhada para atendê-los;
5. Revisar o modelo lógico apresentado, de acordo com as novas ações e indicadores propostos e revisá-lo sempre que necessário;
6. Disseminar os resultados desta pesquisa para gestores, técnicos e profissionais dos municípios;
7. Promover maior interação entre os objetivos, diretrizes e ações da POEPS com os gestores, controle social e profissionais das demais áreas envolvidas nas ações da Política, meio acadêmico e com a sociedade em geral;
8. Ampliar a divulgação da Política;
9. Fomentar o financiamento das ações da POEPS;
10. Fomentar a qualificação de gestores e profissionais, considerando que 1/4 dos profissionais que atuaram como referência técnica de promoção da saúde nos municípios não possuía formação na área da saúde;
11. Fomentar estratégias de qualificação com ênfase nas temáticas de:
 - a. DSS, resgatado o conceito positivo de saúde e contrapondo-se ao modelo preventivista, a fim de garantir a inclusão e sustentabilidade das ações de promoção da saúde, considerando as dificuldades de implementação e de operacionalização nesse contexto caracterizado pela hegemonia do modelo biomédico centrado na doença e na cura;
 - b. Planejamento, monitoramento e avaliação, com alternativas para romper o modelo verticalizado de gestão ainda predominante na maioria dos sistemas.
 - c. intersetorialidade

REFERÊNCIAS

DALFIOR, E. T.; et al. Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 210-225, jan./mar. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00210.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2018.

MCLAUGHLIN, J. A.; JORDAN, G. B. Using Logic Models. In: WHOLEY, J. S.; HATRY, H. P.; NEWCOMER, K. E. (Ed.). **Handbook of practical program evaluation**. 3. ed. EUA: HB Printing, 2010. cap. 5, p. 55-80. Disponível em: <<http://www.blancopeck.net/HandbookProgramEvaluation.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2019.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **POEPS: Política Estadual de Promoção da Saúde**. Belo Horizonte: SES-MG, 2017.

ROWAN, M. S. Logic models in primary care reform: navigating the evaluation. **The Canadian Journal of Program Evaluation**, v. 15, n. 2, p. 81–92, 2000. Disponível em: <pdfs.semanticscholar.org/9e32/a1854674476854e50521d0028b8473e1e155.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2019.

ANEXO A – Aprovação COEP

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

- DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título Público: Avaliação da Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS) do Estado de Minas Gerais: Potencialidades e Desafios
Pesquisador Responsável: Vanessa Almeida
Contato Público: Vanessa Almeida
Condições de saúde ou problemas estudados:
Descritores CID - Gerais:
Descritores CID - Específicos:
Descritores CID - da Intervenção:
Data de Aprovação Ética do CEP/CONEP: 21/12/2017.



- DADOS DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE

Nome da Instituição: Escola de Enfermagem
Cidade: BELO HORIZONTE

- DADOS DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Comitê de Ética Responsável: 5149 - Universidade Federal de Minas Gerais
Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005
Telefone: (31)3409-4592
E-mail: coep@prpq.ufmg.br

+ CENTRO(S) PARTICIPANTE(S) DO PROJETO DE PESQUISA

- CENTRO(S) COPARTICIPANTE(S) DO PROJETO DE PESQUISA