

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE BASEADA EM EVIDÊNCIAS

EVIDENCE-BASED HEALTH EDUCATION

CARLOS PEREIRA ¹

NÉLIO VEIGA ²

¹ Professor Coordenador da Escola Superior de Saúde e investigador do Centro de Estudos em Educação, Tecnologias e Saúde (CI&DETS) do Instituto Politécnico de Viseu – Portugal. (e-mail: cpereira@essv.ipv.pt ou carlospereiraviseu@gmail.com)

² Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Viseu – Portugal. (e-mail: neliojeiga@hotmail.com ou nelioveiga@gmail.com)

Resumo

Este artigo descreve a forma como o conceito “evidência” evoluiu na área da saúde e os princípios e metodologias adotados na sua exploração, especialmente na educação para a saúde. Foi efetuada uma pesquisa nas bases de dados Pubmed/Medline para identificar publicações originais, editoriais e artigos de revisão sobre a temática em estudo, com recurso às seguintes palavras-chave, “health education”, “evidence based medicine”, “evidence based public health”, “health promotion”, “evidence based health promotion”.

A utilização do termo “evidência” tornou-se corrente no âmbito do debate em saúde pública e na avaliação das práticas clínicas, em particular na área da prevenção e promoção da saúde. A medicina baseada na evidência consiste numa abordagem que visa integrar o conhecimento clínico individual com a melhor evidência disponível resultante de uma investigação sistemática.

A abordagem baseada na evidência alargou-se, gradualmente, a outras esferas, desde a saúde pública, às intervenções comunitárias, passando pela educação para a saúde. Assim, surgiram novos conceitos como a saúde pública ou promoção da saúde baseada na evidência. No entanto, novos desafios se colocam quando se pretende explorar o efeito de intervenções nas comunidades, envolvendo novas abordagens na exploração da melhor evidência disponível.

O debate sobre a promoção e educação para saúde baseada na evidência tem-se centrado em duas questões essenciais: qual o tipo de evidência que deve ser explorada de forma a estabelecer a sua efetividade e quais as metodologias mais adequadas na exploração dessas evidências.

Palavras-chave: medicina baseada na evidência, saúde pública, educação para a saúde.

Abstract

This paper focuses on how the concept of evidence evolved in the health domain, the principles and methodologies adopted in its exploitation, especially in health promotion and education. We performed a search in the Pubmed/Medline to identify original publications, editorials and review articles about the subject in study using the following keywords, "health education", "evidence based medicine", "evidence based public health", "health promotion", "evidence based health promotion".

The use of the term 'evidence' in the evaluation of medical practices has become widely debated in the public health domain, particularly in the field of health promotion and health education. The evidence-based medicine aims to integrate the individual clinical experience with the best available evidence based on systematic reviews.

The evidence approach gradually extended to other domains, from public health to health promotion or education. Consequently, new concepts emerged such as evidence-based public health or evidence-based health promotion. Still, new challenges arise when assessing the effect of interventions among communities, involving new approaches when exploring the best evidence.

The debate on health promotion and education based on evidence has focused on two main concerns: what type of evidence should be explored in order to establish its effectiveness and which are the most appropriate methodologies for the exploitation of this evidence.

Keywords: evidence-based medicine, public health, health education.

Enquadramento

'A piece of evidence is a fact or datum which is used, or could be used, in making a decision or judgement or in solving a problem. The evidence, when used with the canons of good reasoning and principles of valuation, answers the question why, when asked of a judgement, decision or action'(Butcher, 1998).

Para os profissionais de saúde conhecer a etiologia de uma doença ou os determinantes de um estado de saúde representa uma parte fundamental do processo de construção do seu conhecimento. A utilização do termo “evidência” tornou-se corrente no âmbito do debate em saúde pública e na avaliação das práticas clínicas, em particular na área da prevenção e promoção da saúde. A exploração das evidências de forma explícita, sistemática e criteriosa teve a sua origem no movimento da medicina baseada na evidência (MBE) no início dos anos 90. Esta abordagem consolidou-se rapidamente nas práticas clínicas e, gradualmente, foi conquistando espaço noutras esferas da saúde, inclusive nos processos de decisão sobre os cuidados a prestar às populações no âmbito da proteção da saúde e prevenção da doença. No entanto, o conceito “evidência” e as metodologias utilizadas na sua exploração têm sido alvo de debate, em virtude da complexidade das intervenções que são aplicadas no âmbito da saúde pública, nomeadamente as relacionadas com a promoção e a educação para a saúde.

Este trabalho descreve o modo como o conceito de evidência evoluiu na área da saúde, os princípios, metodologias e abordagens que foram adotados pelas diferentes áreas de intervenção, com ênfase no papel da promoção da saúde e, em particular, da educação para a saúde, com vista à melhoria da saúde das populações.

O que é a evidência?

'Rely on atual evidence rather than on conclusions resulting solely from reasoning, because arguments in the form of idle words are erroneous and can be easily refuted'(Mountokalakis, 2006).

A forma mais natural de se compreender o mundo é mediante a análise de relações de causalidade. A pergunta mais clássica na investigação dos fenómenos relacionados com a saúde prende-se com a interrogação sobre as suas causas.

Bradford Hill formulou um conjunto de critérios com o objetivo de disciplinar as interpretações das evidências. Estes critérios, de forma integrada, permitem avaliar se determinada associação é válida e se é consistente com o conhecimento científico atual (Höfler, 2005).

Apesar do cérebro humano possuir uma capacidade ilimitada para realizar inferências sobre o binómio causa-efeito, esta capacidade é vulnerável a erros do foro

cognitivo (Elamin & Montori, 2012). Qualquer observação na natureza constitui uma evidência, quer esta seja resultado de observação sistemática ou não. O método científico, que assenta na observação da natureza e na evidência, tem evoluído ao longo dos séculos no sentido da minimização do erro, seja este sistemático ou devido ao acaso. Desta forma, uma melhor proteção da evidência contra potenciais fontes de viés gerará uma maior confiança nos processos de decisão (Guyatt, 2000).

A evidência, como conceito, deriva essencialmente de enquadramentos jurídicos das sociedades ocidentais. Na área jurídica, a evidência resulta de histórias, testemunhos e da ciência forense. Numa visão mais elementar a evidência pode ser definida como o conjunto de factos ou informações que indicam se uma crença ou proposição é verdadeira ou válida (Dictionary of Oxford University Press, 2013). De acordo com o dicionário de língua portuguesa a evidência significa “certeza manifesta; qualidade ou condição do que é evidente; que prova” (Dicionário de Língua Portuguesa, 2012).

Medicina baseada na evidência

In medicine, we can never be certain about the consequences of our interventions, we can only narrow the area of uncertainty (Silverman, 1998).

Definição de medicina baseada na evidência e sua evolução

O crescimento exponencial do número de publicações na área da medicina, durante as décadas de 80 e 90, criou dificuldades acrescidas na pesquisa e na seleção de informação por parte dos clínicos (Faber, 1993; Guyatt, 2000). Para além disso, o recurso à experiência individual e aos conhecimentos de disciplinas básicas como a etiopatogenia, a fisiopatologia e a farmacologia revelou-se, frequentemente, uma fonte frequente de erros clínicos grosseiros.

Consequentemente, surgiu a necessidade de pesquisar a literatura de forma eficiente e criteriosa e utilizar metodologias adequadas para a exploração das evidências dessa literatura.

Vários acontecimentos contribuíram marcadamente para o desenvolvimento do paradigma da medicina baseada na evidência (MBE), nomeadamente o aparecimento, na década de 50, dos estudos aleatorizados, a introdução de princípios epidemiológicos na prática clínica – a epidemiologia clínica, a publicação de orientações para a avaliação dos estudos, o desenvolvimento de metodologias para revisões sistemáticas e metanálises e o surgimento de revistas que integram resultados de estudos relevantes e com consistência metodológica, originalmente publicados noutras revistas médicas (ex., *ACP Journal Club, Evidence-Based Medicine*) (Jaeschke & Guyatt, 1999; Sackett, 1994).

Alguns autores sugerem que já no século XIX Florence Nightingale, apesar de desconhecer o conceito, teria aplicado à abordagem baseada na evidência na reforma da assistência na saúde. Esta enfermeira utilizou métodos estatísticos para mostrar a natureza das infecções nos hospitais e nos campos de batalha. Para além disso, Nightingale organizou dados e evidências para gerar recomendações para a reforma dos cuidados assistenciais (Nightingale, 1969).

Nos anos 70 do século passado, Archie Cochrane desenvolveu um conjunto de princípios que se tornaram orientadores para os profissionais de saúde e que em muito contribuíram para o aparecimento da MBE. Este epidemiologista sugeriu que, devido à constante limitação de recursos, estes devem ser utilizados no sentido de providenciar, de forma equitativa, os cuidados de saúde que demonstraram a sua efetividade em estudos metodologicamente adequados (Cochrane, 2010). Em particular, Cochrane realçou a importância da evidência resultante de estudos controlados e aleatorizados, uma vez que estes constituem uma fonte de informação mais fiável quando comparados com outro tipo de estudos.

A expressão “*evidence-based medicine*” – EBM – surgiu na McMaster University School of Medicine em 1990, na sequência de um inovador programa de ensino dirigido a internistas, que visava o seguinte: “*Os estudantes aprendem a desenvolver uma atitude de ‘ceticismo esclarecido’ em relação à aplicação de tecnologias de diagnóstico, terapêuticas e de prognóstico para a sua prática clínica (...). O objetivo é conhecer as evidências que suportam o clínico, a robustez dessas evidências e a força da inferência que estas permitem. A estratégia adotada exige um delineamento claro da(s) questão(ões) relevante(s), uma pesquisa cuidadosa da literatura relacionada com as questões formuladas, uma avaliação crítica das evidências e da sua aplicabilidade à situação clínica, e uma aplicação equilibrada das conclusões ao problema clínico.*” (Guyatt & Rennie, 1993: 2096-2097).

Esta nova abordagem foi descrita pela primeira vez na literatura médica por Guyatt em 1991 (Guyatt, 1991). Em 1992 o *Evidence-Based Medicine Working Group* publicou na revista JAMA um artigo sobre o papel da EBM na educação médica, facto que consolidou esta nova abordagem e possibilitou a sua divulgação à comunidade médica em geral (Evidence Based-Medicine Working Group, 1992). De acordo com este grupo de trabalho, “*providenciar cuidados de saúde baseados em evidência implica encontrar resposta para um problema clínico através de uma pesquisa sistemática da melhor evidência disponível, avaliar essa evidência de forma criteriosa e utilizá-la como suporte nas decisões clínicas com vista à resolução desse problema.*” (Evidence Based-Medicine Working Group, 1992: 2421).

Os autores acrescentam que “*a MBE aborda diretamente as incertezas da medicina clínica e tem a possibilidade de transformar a educação e a prática das*

próximas gerações de clínicos”. Concluem ainda que “*a prática da MBE exigirá novas habilitações por parte dos clínicos, sendo essencial a implementação de programas de ensino no sentido do seu aperfeiçoamento*” (Evidence Based-Medicine Working Group, 1992: 2423). Estas novas habilitações envolvem a formulação da questão clínica, a pesquisa e identificação da melhor evidência disponível e a avaliação criteriosa das metodologias que permitam validar a robustez dos resultados (Montori, 2008). A posterior publicação de uma série de orientações pela revista JAMA, e por outras publicações relacionadas, forneceu os instrumentos necessários para uma melhor compreensão sobre o valor das revisões sistemáticas, dos processos de decisão, das análises económicas e das *guidelines* sobre prática clínica (Guyatt & Rennie, 1993; Montori, 2008). Assim, a identificação, a avaliação crítica e a síntese da evidência constituíram-se como elementos iniciais essenciais para a prática da MBE. No entanto, a evidência, isoladamente, não é suficiente na tomada de decisão pelo clínico (Evidence Based-Medicine Working Group, 1992). De acordo com Sackett *et al.*(1996), a MBE consiste na utilização conscienciosa, criteriosa e explícita da melhor evidência disponível para a tomada de decisão relativa a cada indivíduo. A MBE visa integrar o conhecimento clínico individual, adquirido através da experiência e prática clínica, com a melhor evidência disponível resultante de uma investigação sistemática (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes & Richardson, 1996). A melhor evidência disponível consiste na informação mais atual de investigações relevantes e válidas sobre: a) o efeito de diversas intervenções em saúde, b) o potencial lesivo de determinados agentes, c) a precisão de testes diagnósticos e d) o poder preditor de fatores de prognóstico (Sackett, 1994). Sackett *et al.* realçam ainda que a evidência externa visa informar mas nunca substituir a experiência adquirida pelo clínico. Este deverá julgar se a evidência externa é aplicável a um doente em particular e a avaliar a melhor forma de integrar essa evidência na decisão clínica (Sackett *et al.*, 1996).

Guyatt refere que a MBE envolve dois princípios fundamentais. O primeiro postula uma hierarquia de evidências para orientar a tomada de decisão clínica. O segundo pressupõe que a evidência, por si só, nunca é suficiente para fundamentar a decisão clínica. Os decisores devem ponderar os benefícios e os riscos, as inconveniências e os custos associados a estratégias de cuidados alternativas e, ao fazê-lo, considerar os valores e as preferências dos seus doentes. A visão holística da pessoa, saudável ou doente, é fundamental (Guyatt, 2000).

Segundo Atallah, a MBE é uma ciência e um movimento que visa reduzir a incerteza nas tomadas de decisão. A redução dessa incerteza pode ser operada no sentido de reduzir vieses, através da análise do rigor metodológico dos estudos (desenho, desenvolvimento e análise estatística), da utilização de amostras adequadas (em tamanho e métodos de seleção). Essa redução pode ser obtida pela realização de

sínteses críticas, ou seja, revisões sistemáticas, com base nas quais podem emergir orientações baseadas na evidência para utilização pelos profissionais de saúde (Atallah, 2004).

A hierarquia da evidência

Ao longo da história os métodos científicos evoluíram de um processo de observação não-sistemático para a investigação com um elevado rigor experimental. Esta evolução resultou da necessidade de proteger a interpretação dos resultados contra erros de inferência. Durante a década de 60, investigadores da área das ciências sociais desenvolveram vários instrumentos para a síntese sistematizada de informação (Hedin & Kallestal, 2004). Atualmente a generalidade das revisões sistemáticas baseadas na evidência incorporam as metodologias propostas pelo “movimento” da MBE, em particular aquelas que foram desenvolvidas pela *Cochrane Collaboration* (Higgins & Green, 2011). O trabalho desta organização tem tido grande impacto tanto na prática médica como nas políticas de saúde e na definição de prioridades na investigação clínica.

Uma revisão sistemática pode ser definida como uma revisão da evidência que tem por base uma questão e que utiliza métodos explícitos para identificar, selecionar e avaliar de forma criteriosa as publicações originais relevantes, e extrair e analisar os dados dos estudos selecionados. Os métodos utilizados visam minimizar fontes de enviesamento, possibilitando a obtenção de resultados mais fiáveis e conclusões mais robustas (Egger, 2001).

De um modo genérico as revisões sistemáticas envolvem os seguintes passos:

1. Formulação da questão de investigação;
2. Definição da estratégia de pesquisa da literatura, abrangente;
3. Seleção dos estudos com base em critérios pré-definidos;
4. Avaliação criteriosa dos estudos selecionados;
5. “Extração” dos dados dos estudos selecionados;
6. Análise (que pode incluir meta-análise) e apresentação dos resultados;
7. Interpretação dos resultados.

A meta-análise consiste na aplicação de métodos estatísticos para combinar e sintetizar os dados dos estudos selecionados. É uma metodologia quantitativa que visa gerar uma única estimativa, revelando um maior potencial para demonstrar o efeito de uma associação ou intervenção do que um estudo isolado (Buendia-Rodriguez & Sanchez-Villamil, 2006; Egger, 2001).

As revisões sistemáticas são particularmente úteis para integrar as informações de um conjunto de estudos realizados separadamente sobre determinada terapêutica ou intervenção que podem apresentar resultados controversos e/ou sobreponíveis, bem

como para identificar áreas que necessitam de melhor evidência, auxiliando na orientação de futuras investigações (Linde & Willich, 2003).

A avaliação da qualidade da evidência é um aspeto crucial na prática clínica baseada na evidência. Para uma avaliação adequada sobre a qualidade da evidência o investigador ou o profissional de saúde deve compreender a abordagem metodológica que foi utilizada na investigação. Na literatura, a evidência tem sido caracterizada de forma hierárquica em função do desenho do estudo, ou seja, com base na metodologia utilizada (Hamer & Collinson, 1999). Esta ordenação tem como fundamentação a capacidade de determinado tipo de estudo responder às questões inicialmente propostas, isto é, da sua validade interna. O reconhecimento de hierarquias para a evidência é um dos princípios-chave para a MBE (Elamin & Montori, 2012). Quando este conceito foi introduzido aplicava-se exclusivamente para a avaliação dos efeitos de uma determinada intervenção. No entanto, apesar da avaliação do efeito das intervenções ser um aspeto central na tomada de decisão clínica, as questões relacionadas com a etiologia, diagnóstico, prevalência ou prognóstico das doenças são igualmente relevantes, existindo a necessidade de propor outro tipo de hierarquias para as evidências. Assim, na literatura é possível identificar várias propostas para hierarquia de evidência (Elamin & Montori, 2012; Evans, 2003; Guyatt, 2000).

A posição ocupada pela revisão sistemática na hierarquia da evidência revela a sua importância para a investigação clínica (Fig. 1). Nessa hierarquia, quando exploramos a evidência sobre a eficácia de uma intervenção ou tratamento, as revisões sistemáticas de ensaios controlados aleatorizados (com ou sem meta-análise) tendem geralmente a disponibilizar a evidência mais forte, ou seja, é a abordagem mais adequada para responder a questões sobre a eficácia de uma intervenção. Esta hierarquia norteia os critérios de classificação de níveis de evidência para diferentes tipos de estudo, sejam sobre prognóstico, diagnóstico, terapêutica, prevalência ou sobre análise económica (Evans, 2003).

Para encontrar respostas a questões práticas do dia a dia, os profissionais de saúde precisam de compreender a adequação dos diferentes tipos de evidência. Por exemplo, as revisões sistemáticas de ensaios clínicos controlados aleatorizados poderão constituir a abordagem mais adequada para avaliar o efeito de um antidiabético oral no controlo metabólico da diabetes. Nas questões relacionadas com o prognóstico ou fatores de risco de uma doença, os estudos de coorte podem permitir conclusões mais robustas do que os ensaios clínicos controlados aleatorizados, até porque nesse caso, estes últimos poderiam não ser exequíveis devido a questões metodológicas, legais e éticas. Apesar dos casos clínicos serem uma fonte de evidência fraca, estes podem ser importantes como alerta para potenciais efeitos benéficos ou lesivos de um determinado tratamento ou intervenção. A Figura 1 ilustra um exemplo de hierarquia da evidência,

encontrando-se no topo os estudos com maior força de evidência (Michael Ho, Peterson & Masoudi, 2008; Petticrew & Roberts, 2003).

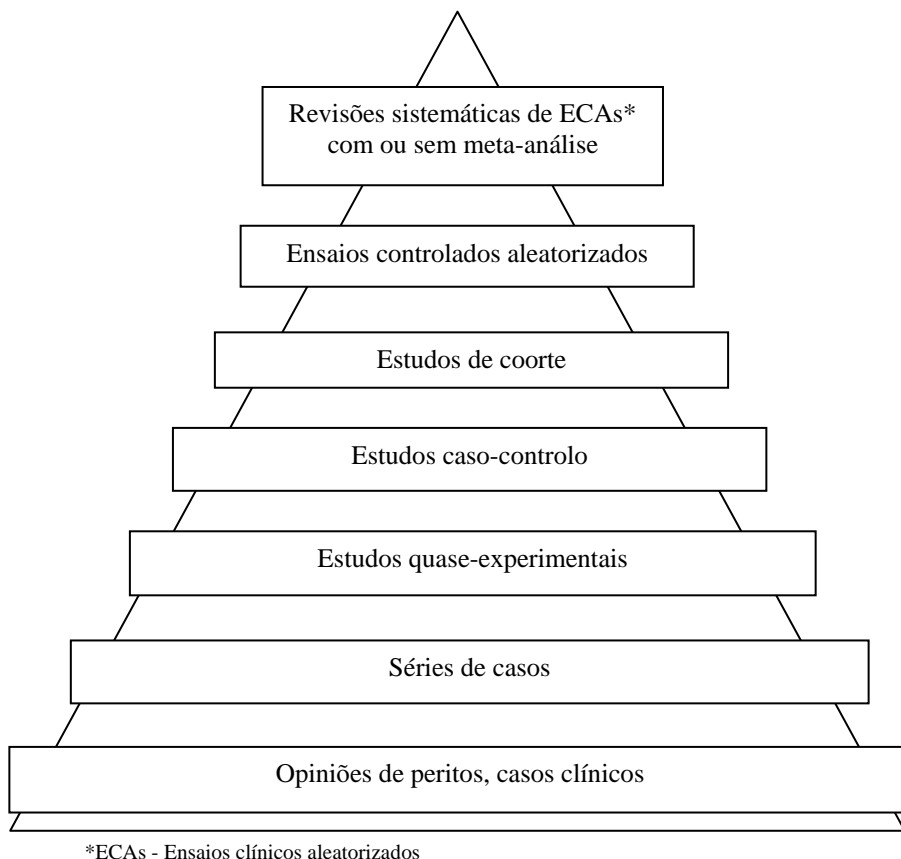


Figura 1 – Hierarquia da evidência.

Saúde pública baseada na evidência

À medida que os princípios da MBE se foram consolidando, os profissionais de saúde aperceberam-se da sua aplicabilidade e utilidade em áreas de prestação de cuidados de saúde, para além da medicina clínica. Assim surgiram novas definições como a *evidence-based healthcare*, a *evidence-based psychology* ou a *evidence-based nursing* (Guyatt, 1991). Durante a última década do século XX, o debate sobre a

evidência alargou-se gradualmente a outras esferas, desde a saúde pública, à promoção da saúde, passando pela educação para a saúde e as intervenções comunitárias (McQueen, 2002).

Os profissionais de saúde pública têm cada vez mais ao seu dispor programas e diretrizes baseados na evidência, cientificamente validados e de efetividade comprovada. A saúde pública baseada na evidência (SPBE) consiste num modelo que combina a informação científica obtida sobre o efeito das intervenções com as preferências da comunidade, visando a melhoria da saúde das populações (Kohatsu, Robinson, & Torner, 2004).

O conceito de SPBE evoluiu em paralelo com a prática do “*evidence-based*” na área da medicina e noutras disciplinas como a enfermagem, a psicologia e as ciências sociais (Jacobs, Jones, Gabella, Spring, & Brownson, 2012).

A MBE e a SPBE partilham em comum a utilização da informação de forma sistematizada e a aplicação de princípios científicos com vista a uma melhor prestação de cuidados e à melhoria da saúde da população em geral, respetivamente.

Jenicek definiu a SPBE como a utilização conscienciosa, explícita e judiciosa da melhor evidência na tomada de decisão sobre os cuidados a prestar às comunidades e populações nos domínios da proteção da saúde, prevenção da doença, manutenção e melhoria da saúde (Jenicek, 1997). Este conceito tem evoluído ao longo do tempo com a adoção de processos e instrumentos que têm possibilitado uma abordagem marcadamente baseada na evidência e mais abrangente, dirigida às populações, englobando a perspetiva da comunidade (Brownson, Gurney & Land, 1999; Kohatsu *et al.*, 2004).

Em saúde pública, a evidência consiste em informação que é utilizada nos processos de tomada de decisão, seja informação quantitativa ou epidemiológica, resultados da avaliação de programas ou políticas, ou informação qualitativa. A evidência em saúde pública resulta de um complexo ciclo de observação, teoria e experimentação, e a sua utilidade pode variar em função dos intervenientes (R Brownson, Fielding, & Maylahn, 2009; Jacobs *et al.*, 2012).

Vários elementos permitem caracterizar a SPBE:

- A tomada de decisão com base na melhor evidência disponível (quantitativa e qualitativa);
- A utilização de sistemas de dados e informação de forma sistemática;
- Aplicação de programas habitualmente baseados em teoria sobre ciências comportamentais;
- O envolvimento da comunidade nos processos de decisão e avaliação;
- A condução de avaliações sólidas;

- Divulgação dos conhecimentos adquiridos a intervenientes e decisores relevantes.

O interesse crescente na SPBE tem produzido benefícios diretos e indiretos para a sociedade, permitindo o acesso a informação de melhor qualidade sobre o efeito das intervenções, um maior potencial para sucesso dos programas e das políticas a adotar, e uma utilização mais eficiente dos recursos públicos e privados. Contudo, na prática, várias das decisões sobre intervenção em saúde pública baseiam-se em oportunidades de curto prazo, com ausência de um planeamento e análise sistemática da melhor evidência sobre o efeito de uma intervenção (Brownson *et al.*, 2009; Kohatsu & Melton, 2000).

As principais barreiras para uma implementação adequada de SPBE incluem a conjuntura política, ausência de investigação relevante e atualizada e deficientes sistemas de informação, recursos, liderança e competências (Brownson *et al.*, 2009).

Existem dois conceitos fundamentais que possibilitam uma abordagem baseada na evidência mais efetiva na esfera da saúde pública. Em primeiro lugar, é essencial incorporar informação de foro científico nos programas e políticas potencialmente eficazes na promoção da saúde, ou seja, conduzir investigação no sentido de obter evidência robusta (Black, Cowens-Alvarado, Gershman & Weir, 2005; Cole *et al.*, 2004). Documentos como o *Guide to Community Preventive Services*, *Guide to Clinical Preventive Services*, *Cancer Control PLANET* e o *National Registry of Evidence-Based Programs and Practices* são exemplos de publicações sobre a eficácia de um vasto leque de intervenções neste contexto (Agency for Healthcare Research and Quality, 2008; Briss *et al.*, 2000 ; United States Preventive Services Task Force, 2005; US Dep Health Hum Serv Subst Abuse Mental Health Serv Admin, 2008). Em segundo lugar, de forma a transpor a ciência para a prática, é essencial conciliar a informação sobre intervenções baseadas na evidência obtidas da literatura credenciada com as particularidades do contexto “real” (Green, 2006).

O processo de decisão em saúde pública

O processo de tomada de decisão em saúde pública é complexo devido à multidisciplinaridade desta área, com o envolvimento de diversos contributos e de decisões em grupo. Existe um consenso generalizado entre investigadores e especialistas dos diferentes domínios da saúde pública que o processo de tomada de decisão baseado na evidência deve contemplar: 1) a melhor evidência disponível; 2) experiência profissional e outras habilitações; e 3) características, necessidades, valores e preferências dos sujeitos alvo da intervenção (Jacobs *et al.*, 2012).



Figura 2 – Combinação de evidência, valores, recursos e contextos que devem integrar o processo de tomada de decisão na SPBE (Satterfield *et al.*, 2009).

Existem várias definições de tipos de evidência para a prática da saúde pública. Brownson *et al.* (1999) propõem três tipos de evidência:

Evidência de tipo 1 – Define a causa das doenças, a sua magnitude, a gravidade e a capacidade de prevenção dos fatores de risco e das doenças. Este tipo de evidência sugere que as ações deverão ser tomadas sobre um determinado fator de risco ou doença.

Evidência de tipo 2 – Descreve a efetividade relativa de determinadas intervenções em saúde pública. Fornece indicações mais específicas sobre o tipo de atuação.

Evidência de tipo 3 – Revela como e em que contexto foram implementadas as intervenções e a forma como estas foram recebidas. Fornece indicações sobre a forma de atuação (Brownson *et al.*, 1999).

É possível identificar vários aspetos que distinguem a prática de MBE da SPBE. Em primeiro lugar, no tipo e quantidade de evidência. A MBE utiliza, frequentemente, evidência que resulta essencialmente de ensaios clínicos controlados aleatorizados que

avaliam o efeito de fármacos ou procedimentos, e que são considerados como “*gold-standard*” no campo da medicina. As intervenções em saúde pública baseiam-se sobretudo em estudos observacionais transversais, caso-controlo, de coorte e quasi-experimentais (Brownson *et al.*, 1999).

Ao contrário da MBE, que é sustentada por um largo volume de estudos, são escassos os estudos que avaliam a efetividade das intervenções em saúde pública, não só pela complexidade inerente ao seu delineamento, mas também porque, muitas vezes, a informação resulta de observações de natureza ecológica. Nesta área, na maioria das situações, não é possível definir uma intervenção de forma isolada, mas um programa que envolve um complexo de várias intervenções comunitárias. Para além disso, os estudos comunitários em larga escala podem tornar-se mais dispendiosos que ensaios controlados aleatorizados conduzidos num contexto clínico. Os estudos de base populacional requerem, geralmente, um maior tempo de observação para avaliar o impacto de uma determinada intervenção no(s) desfecho(s) de interesse (Brownson *et al.*, 2009; Tilson & Gebbie, 2004).

Promoção da saúde

After all, if disease can be prevented, why let it happen in the first place?
(Ferreira & Castiel, 2009)

Promoção da saúde: conceito

A saúde pública engloba três níveis de prevenção (primária, secundária e terciária). A prevenção primária inclui a proteção específica (ex.: vacinação) e a promoção da saúde.

A promoção da saúde moderna constitui atualmente um dos principais modelos teórico-conceituais que sustentam as políticas de saúde pública em todo o mundo (Carvalho & Gastaldo, 2008).

Este conceito teve a sua origem no início da década de 70 do século passado, como reação aos elevados custos hospitalares associados à cura das doenças. Para além de uma abordagem mais preventiva durante os anos 80, a promoção da saúde procurou incorporar outros conceitos-chave: o reforço da participação comunitária na definição e procura de soluções para os seus problemas de saúde e uma análise crítica sobre a ênfase dada às mudanças comportamentais do indivíduo (estilo de vida) e do papel do médico como único profissional responsável pelos cuidados de saúde (Ferreira & Castiel, 2009).

A promoção da saúde é definida como um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar (World Health Organization, 1986). Uma definição mais alargada, proposta por Nutbeam, releva o papel do indivíduo e das comunidades no controlo dos

determinantes e eventuais mecanismos causais do estado de saúde (Nutbeam, 1998). Labonte *et al.* definem a promoção da saúde como qualquer atividade ou programa que visa melhorar as condições sociais e ambientais dos indivíduos de forma a elevar o seu bem-estar (Labonte & Little, 1992). Na literatura é possível identificar outras definições de promoção da saúde. Na sua essência, essas definições não diferem significativamente entre si, isto é, reportam-se à melhoria do estado de saúde e bem-estar do indivíduo como meta a atingir. As diferenças incidem fundamentalmente na forma, ou seja, nos objetivos específicos, processos e ações para atingir esse fim (Rootman, 2001).

A primeira grande conferência internacional sobre promoção da saúde decorreu em novembro de 1986 e culminou com a publicação da *Carta de Ottawa* (World Health Organization, 1986). Esta iniciativa surgiu essencialmente como resposta às crescentes expectativas no sentido de gerar um novo movimento de saúde pública a nível mundial. As discussões centraram-se nas necessidades dos países industrializados, mas também tiveram em consideração todas as outras regiões. Trata-se de um documento orientador que defende a promoção da saúde como um fator fundamental para a melhoria da qualidade de vida, assim como defende a capacitação comunitária nesse processo. Para além disso, enfatiza que a promoção não é responsabilidade exclusiva do setor da saúde, mas de toda a comunidade, com vista ao bem-estar global. A *Carta* definiu cinco estratégias prioritárias que se constituem como a pedra basilar da prática em matéria de políticas de promoção da saúde:

- A construção de políticas saudáveis;
- A criação de ambientes facilitadores;
- O reforço da ação comunitária;
- O desenvolvimento de competências pessoais;
- E a reorientação dos serviços de saúde.

Sustentando estas estratégias, encontram-se princípios que afirmam a importância da atuação nos determinantes e causas dos estados de saúde, da participação social e da necessidade de construir alternativas às práticas educativas que se restrinjam à intervenção sobre os hábitos e estilos de vida individuais (Carvalho & Gastaldo, 2008; World Health Organization, 1986). Considera ainda ser necessário uma mudança de atitude dos profissionais de saúde que só pode ser alcançada através de programas educativos, treinos e novos formatos organizacionais. Preconiza igualmente a orientação dos serviços em função das necessidades dos indivíduos como um todo e a adoção de modelos organizacionais que respeitem as eventuais diferenças culturais. Propõe ainda que esta reorganização se efetue com base na partilha de responsabilidades e em parcerias entre os utilizadores, profissionais, instituições prestadoras de serviços e comunidade (Carvalho & Gastaldo, 2008).

Capacitação

A *Carta de Ottawa* incorpora um princípio nuclear para a promoção da saúde: “*empowerment*” ou capacitação. Segundo Riger (1993), capacitação refere-se a um processo que visa habilitar os indivíduos a um maior controlo sobre a própria vida. Nutbeam define capacitação como “*um processo através do qual o indivíduo adquire um maior controlo sobre as decisões e ações que afetam o seu estado de saúde*” (Nutbeam, 1998). Através deste reforço de poder, a promoção da saúde procura possibilitar ao indivíduo e às comunidades uma aprendizagem que os habilite a viver ao longo das diferentes etapas da sua vida e a lidar com as limitações decorrentes das doenças, sugerindo que estas ações sejam realizadas em distintos contextos, nomeadamente na escola, no domicílio, no trabalho e nas comunidades locais (World Health Organization, 1986). Deste modo, as iniciativas que visem encorajar a participação pública são primordiais para o processo de capacitação.

Outros critérios que caracterizam a promoção da saúde incluem uma visão abrangente da saúde, realçando a equidade ou justiça social e a colaboração intersetorial (Downie, Tannahill & Tannahill, 1990).

Considerando os aspetos enunciados anteriormente, é possível deduzir que a promoção da saúde se pode estender a diversos domínios que incluem a prevenção, o tratamento, a reabilitação e os cuidados de saúde prolongados. A maior parte das atividades na área da prevenção podem ser conduzidas, por exemplo, através da capacitação do indivíduo e das comunidades, encorajando a participação pública, assumindo uma visão abrangente da saúde e dos seus determinantes, realçando a justiça social e fomentando a colaboração entre setores (Rootman, 2001).

Os profissionais de saúde têm aplicado o termo “promoção da saúde” a um extenso leque de atividades. Por exemplo Downie *et al.* identificaram sete tipos de atividades que se enquadram no conceito de promoção da saúde:

- Serviços de prevenção (ex.: imunização, rastreio do cancro do colo do útero, deteção de hipertensão);
- Educação preventiva para a saúde (ex.: esforços para influenciar os estilos de vida e aumentar a utilização de serviços de prevenção);
- Proteção preventiva da saúde (ex.: fluoretação da água);
- Educação para a proteção preventiva da saúde (ex.: *lobbying* para legislar sobre a utilização do cinto de segurança);
- Educação para a saúde positiva (com vista a influenciar comportamentos com base em motivações positivas, encorajando o uso de tempos livres de forma produtiva e ajudando as pessoas a desenvolverem capacidades para lidarem com a sua saúde);

- Proteção positiva da saúde (implementação de políticas para evitar o consumo de tabaco no local de trabalho ou disponibilização de espaços de lazer);
- Educação para a proteção positiva da saúde (obtenção de suporte para a implementação de medidas para promoção positiva da saúde) (Downie *et al.*, 1990).

Tradicionalmente, as intervenções na promoção da saúde têm sido dirigidas a determinados contextos (escolas, local de trabalho, cidades) ou a grupos populacionais específicos (jovens, idosos). Na Europa, os maiores desafios para as políticas de saúde estão relacionados com o envelhecimento da população, a saúde mental e os grupos marginalizados. Outros desafios relevantes na área da saúde incluem as doenças cardiovasculares, o impacto do tabaco, álcool e o uso de drogas ilícitas. Existem ainda áreas em que a promoção da saúde tem conseguido algum destaque como são a nutrição e a segurança (Macdonald, 2000).

No Canadá, por exemplo, várias atividades foram financiadas e conduzidas sob a “bandeira” da promoção da saúde, de que são exemplo as campanhas dos meios de comunicação social para alertar sobre os malefícios do tabaco e condução sob o efeito do álcool, os programas escolares abrangentes sobre educação para a saúde, os esforços para alertar a comunidade sobre matérias de prevenção e os esforços para estimular o uso de práticas preventivas por parte dos profissionais de saúde.

Seria tentador incluir apenas no campo de promoção da saúde as atividades que cumprem pelo menos um dos critérios que definem este conceito. No entanto, tal implicaria a exclusão de uma variedade de intervenções, algumas de âmbito e objetivos menos abrangentes, que todavia contribuem para a promoção da saúde. De qualquer forma, muitos dos aspetos aplicáveis para a avaliação da promoção da saúde são igualmente aplicáveis a outros domínios, especialmente o da prevenção.

Atualmente, a generalidade das publicações ou normas orientadoras sobre promoção da saúde enfatiza a importância das políticas neste contexto. Bretton *et al.* apresentam uma reflexão sobre as políticas relacionadas com a promoção da saúde, 20 anos após a publicação da *Carta de Ottawa* (Breton & De Leeuw, 2010). Os autores identificaram de forma sistemática um conjunto de publicações que abordavam a promoção da saúde, num horizonte temporal entre 1986 e 2006, analisando, em cada um, os fundamentos teóricos, a existência de conteúdo político e os processos ou aspetos teóricos/metodológicos utilizados na análise dessas políticas. Os autores demonstraram que a definição de políticas na promoção da saúde continua a ser um processo com pouca fundamentação teórica, concluindo serem essenciais contributos críticos que facilitem o processo de construção de políticas nesta área.

Crosby *et al.* salientam que os desenvolvimentos teóricos no campo da promoção da saúde não têm acompanhado a evolução da sua prática. Alguns fatores podem explicar essa disparidade:

- A teoria tem sido desenvolvida com base no paradigma *evidence-based*, em vez de ser baseada na prática;
- A maioria das teorias atuais sobre o comportamento na saúde tem incidido sobre o indivíduo não valorizando o contexto real no qual este se insere;
- O nível de acesso dos profissionais de saúde aos conhecimentos teóricos é baixo, tendo em conta a crescente necessidade de prevenção das doenças através de um aumento da prática da promoção da saúde.

Os autores advogam que uma maior ênfase deve ser dada ao desenvolvimento de conhecimentos teóricos baseados na prática, essencialmente de natureza ecológica, e que o seu acesso seja mais facilitado aos profissionais de saúde (Crosby & Noar, 2010).

Promoção da Saúde baseada na evidência

A *Fourth International Conference on Health Promotion* - Jakarta, 1997, apelou ao envolvimento de novos intervenientes e ao estabelecimento de parcerias com vista ao desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde (World Health Organization, 2013). Para além disso, recomendou a adoção de uma abordagem baseada na evidência e a definição de políticas neste âmbito. Em 1998, a *51st World Health Assembly* reforçou este aspeto, exortando os países membros a adotar uma abordagem baseada na evidência para a definição de políticas e a prática da promoção da saúde através da utilização de um vasto arsenal de metodologias quantitativas e qualitativas (World Health Organization, 1998).

A promoção da saúde baseada na evidência (PSBE) pode ser definida como uma abordagem que incorpora nos processos de decisão política e prática a informação resultante de uma análise criteriosa de intervenções com efetividade comprovada (Rychetnik, 2004).

A evidência, como conceito, tem-se constituído como um tópico de acesa controvérsia na área da promoção da saúde. A maioria dos promotores de saúde sentem a necessidade de justificar os seus atos ou de demonstrar que a sua intervenção apresenta benefícios tangíveis para a população, com base em evidência científica. Outros sugerem que o termo “evidência” é inadequado quando se avaliam as práticas em saúde pública. Entre estes dois extremos, encontram-se aqueles que questionam a aplicabilidade de algumas formas de evidência, encarando-as como uma forma de aprofundar o conhecimento neste campo (Rychetnik, 2004).

O debate sobre a promoção da saúde baseada na evidência tem-se centrado em duas questões essenciais. A primeira visa saber que tipo de evidência deve ser explorada

de forma a estabelecer a efetividade da promoção da saúde. A segunda procura saber quais as metodologias mais adequadas na exploração dessas evidências. Para além destes dois aspetos, é essencial compreender o formato mais adequado para a disseminação da evidência aos seus utilizadores e para a sua implementação por parte dos decisores (Tilford, 2000).

A hierarquia da evidência na promoção da saúde baseia-se no mesmo princípio-chave utilizado pela MBE. O desenho do estudo ou metodologia utilizada é classificada de acordo com o seu potencial para minimizar fontes de enviesamento. As revisões sistemáticas de ensaios controlados aleatorizados são aceites pela comunidade científica como a melhor evidência disponível sobre os efeitos de intervenções na área da prevenção, tratamento, reabilitação e educação em saúde. O conceito de grau de evidência tem sido igualmente adotado na definição de graus de recomendação pelas *guidelines* de prática clínica (ex: *US Preventive Services Task Force*) e aplicado a outros campos de decisão em saúde como no prognóstico e diagnóstico das doenças e nas análises económicas. Importa salientar que, apesar dos ensaios controlados aleatorizados constituírem uma fonte robusta de evidência sobre a eficácia de intervenções, estes possuem uma baixa validade externa, isto é, a extrapolação ou aplicabilidade dos resultados para a comunidade em geral é limitada. Nas áreas de saúde pública e de promoção da saúde a disponibilidade deste tipo de ensaios é reduzida devido a limitações éticas ou a dificuldades na sua implementação. Uma vez que várias intervenções na área da promoção da saúde requerem a aplicação, em determinados grupos populacionais, e a utilização de ensaios que envolvem a aleatorização de *clusters* (grupos de indivíduos), em vez de um indivíduo, estas práticas têm crescido nesta área. Este tipo de estudos pode contribuir com informação valiosa se um número adequado de unidades for aleatorizado de forma a assegurar uma distribuição correta dos potenciais fatores de confundimento pelos grupos (Bland, 2004; Higgins & Green, 2011).

Para algumas questões sobre efetividade, os estudos não-aleatorizados podem constituir a melhor evidência disponível. A revisão deste tipo de informação pode dar indicações sobre a natureza, direção e magnitude do efeito, resultados que poderão se confirmados posteriormente através de metodologias mais robustas (ensaios controlados aleatorizados). Estudos qualitativos podem também constituir uma fonte de informação para questões não relacionadas com a efetividade das intervenções, como por exemplo, informação sobre as preferências de potenciais sujeitos de uma dada intervenção ou sobre os fatores que condicionam o impacto dessa mesma intervenção. O *UK Methodology Programme of Medical Research Council* tem investigado os aspetos que distinguem os estudos aleatorizados e não aleatorizados nas intervenções em saúde pública e na promoção da saúde (Higgins & Green, 2011; Medical Research Council, 2013).

Revisões sistemáticas na promoção da saúde

Avanços significativos têm sido observados na promoção da saúde, associados a uma maior disponibilidade de evidência baseada em revisões sistemáticas sobre a efetividade das intervenções e dos programas. Contudo, a realização de revisões sistemáticas na área da saúde pública apresenta novos desafios e abordagens comparativamente às metodologias utilizadas na clínica. Vários fatores podem dificultar a síntese de informação nesta área. Desde logo, os sujeitos da investigação são as populações ou as comunidades e não o indivíduo; as dificuldades em delimitar e caracterizar as intervenções que habitualmente são complexas, com vários componentes; a análise e a medição dos *outcomes*; o efeito provocado pelo envolvimento dos membros da comunidade ou potenciais participantes no desenho e avaliação dos programas; o efeito da utilização de teorias e crenças relacionadas com a promoção da saúde; a análise de diferentes tipos de investigação qualitativa e quantitativa; a disponibilidade de publicações originais que abrangem toda a complexidade e *outcomes* utilizados nas intervenções em saúde pública, normalmente de longo termo; a integridade da intervenção, com realce para os fatores que mais influenciam a efetividade da intervenção como a participação, a exposição ao programa ou intervenção, recursos, e qualidade da implementação (Buendia-Rodriguez & Sanchez-Villamil, 2006; Waters, 2006).

Deste modo, a condução de revisões sistemáticas de toda a evidência disponível pode constituir-se como uma tarefa complexa, exigindo por parte dos revisores um profundo conhecimento e experiência neste tipo de metodologia (Buendia-Rodriguez & Sanchez-Villamil, 2006).

A adoção generalizada de práticas em promoção da saúde baseadas na evidência depende da construção e avaliação de estratégias efetivas para a sua disseminação. Nos EUA, apesar do desenvolvimento de vários programas deste tipo com intuito de promover comportamentos saudáveis, essas práticas apenas têm sido implementadas pontualmente (Kerner, Rimer & Emmons, 2005). Harris *et al.* propuseram modelos para disseminação de práticas baseadas na evidência envolvendo investigadores, profissionais e organizações especializadas na disseminação abrangente deste tipo de informação. A utilização de modelos deste género poderá contribuir para uma maior efetividade de programas em promoção da saúde (Harris *et al.*, 2011).

Educação para a saúde

A educação para a saúde é considerada como uma componente importante das atividades de promoção da saúde e um contributo valioso para a melhoria da saúde do indivíduo e das comunidades (World Health Organization, 2012).

Existem, na literatura, diversas definições de educação para a saúde. Tones define a educação para a saúde, do ponto de vista operacional, como qualquer atividade

exercida com vista à aquisição de conhecimentos sobre saúde ou doenças, ou seja, capaz de provocar uma mudança na disposição ou capacidades de um indivíduo (Tones, 1997). Um *Position Paper* conjunto da OMS (Organização Mundial de Saúde) e CDC (*Centers for Disease Control*) define que educação para a saúde consiste “*numa combinação de ações sociais e de experiências de aprendizagem planejadas, com o intuito de habilitar o indivíduo a ter controle sobre os determinantes e comportamentos de saúde, e sobre as condições que afetam a sua própria saúde e das comunidades*” (Pérez Jarauta & Echaui Ozcoidi, 2012). Jarauta *et al.* referem que, para além de constituir um instrumento necessário para o desenvolvimento das capacidades individuais e sociais, a educação para a saúde é também essencial para o desenvolvimento de políticas e de ação social em saúde, sustentadas em princípios éticos, democráticos, de equidade e de capacitação individual e social (Pérez Jarauta & Echaui Ozcoidi, 2012).

Atualmente, a educação para saúde é sustentada por modelos teóricos e por critérios de qualidade, incorporando teorias e ferramentas diversas do campo pedagógico (escola nova, abordagens humanistas, construtivismo e educação social), psicossocial e da saúde (promoção da saúde, salutogénese, determinantes sociais e pessoais e equidade), em oposição a abordagens informativas, persuasivas e dirigidas, que têm como intuito obter comportamentos previamente estipulados por peritos na área (Pérez Jarauta & Echaui Ozcoidi, 2012).

A educação para a saúde baseada na evidência (EPSBE)

As intervenções em educação para a saúde baseada na evidência são geralmente suportadas em conceitos teóricos e por estudos empíricos que demonstraram a sua efetividade. A utilização de intervenções com base em fundamentação teórica e avaliadas através de metodologias adequadas contribuem para uma melhor compreensão sobre a sua efetividade em determinados contextos. Tendo por base as definições de MBE, SPBE e o trabalho de Rimer *et al.*, a educação para a saúde baseada na evidência “*é o processo de identificação, avaliação e utilização de resultados de estudos quantitativos e qualitativos de forma sistemática, como suporte para as decisões e prática de educação para a saúde*” (Jenicek, 1997; Rimer, Glanz, & Rasband, 2001; Rosenberg & Donald, 1995).

Considerando as várias iniciativas na área da educação para saúde reportadas nos últimos 40 anos, as metodologias de avaliação utilizadas e os diversos grupos alvo, a OMS identifica alguns componentes essenciais a incluir nos programas de educação para a saúde e nos serviços com vista à melhoria da saúde do indivíduo e das comunidades (Tabela 1) (Pancer & Nelson, 1989; World Health Organization, 2012).

Tabela 1 – Componentes essenciais nos programas de educação para a saúde, segundo Pancer & Nelson *et al.* (1989).

Envolvimento dos participantes:	Os membros da comunidade devem estar envolvidos em todas as fases do desenvolvimento do programa, identificando as suas necessidades, procurando o suporte de organizações comunitárias, planeando e implementando as atividades do próprio programa e avaliando os seus resultados.
Planeamento:	Muitos programas demoram dois ou três anos a ser implementados no terreno, desde a sua conceção. Um planeamento adequado pressupõe uma identificação dos problemas de saúde que afetam a comunidade e que sejam preveníveis através de intervenções comunitárias; uma definição clara dos objetivos; a identificação dos fatores comportamentais alvo e das características ambientais que serão o foco dos esforços de intervenção; decisão sobre os intervenientes e a criação de um grupo de trabalho coeso.
Avaliação das necessidades e recursos: Programas abrangentes:	A avaliação deve incidir na identificação das necessidades de saúde e capacidades da comunidade e dos recursos disponíveis. Os programas com maior potencial são aqueles que englobam múltiplos fatores de risco, utilizam diferentes canais de disseminação para esses programas, estão direcionados para diferentes grupos (indivíduos, famílias, redes sociais, organizações, comunidade em geral) e que são elaborados com o intuito de mudar não só os comportamentos de risco mas também as condições que sustentam esses comportamentos (ex. motivações, ambiente social)
Programas integrados:	Cada componente do programa deve reforçar os outros componentes desse mesmo programa. Os programas devem ser implementados fisicamente em contextos onde os indivíduos realizam as suas rotinas (ex. local de trabalho).
Mudanças de longo prazo:	Os programas devem ser concebidos com vista a gerar mudanças duradouras nos comportamentos de saúde. Este aspeto requer financiamento a longo prazo dos programas e o desenvolvimento de infraestruturas permanentes para a sua prática no seio da comunidade.
Mudanças das normas da comunidade:	Com vista a obter um impacto significativo numa organização ou comunidade, o programa deve contemplar a mudança de normas e comportamentos de rotina. Este aspeto requer que uma parte importante dos membros dessas organizações ou comunidades estejam de alguma forma envolvidos nas atividades dos programas.
Investigação e avaliação	É essencial efetuar investigação e avaliação abrangente, de forma a documentar não só os efeitos ou resultados dos programas, mas também para descrever o seu desenvolvimento, os processos associados, o seu custo efetividade e o seu benefício.

Tones (1997) define um conjunto de requisitos essenciais para a efetividade de um programa de educação:

- Deve ser suportado por teoria relevante e, sempre que possível, por investigação anterior.
- Deve ser baseado numa elaborada avaliação dos determinantes de saúde, nas vertentes social, psicológica, ambiental e comportamental.

- Deve incidir não apenas no nível de conhecimento mas também nas crenças dos indivíduos tendo em conta a sua fase do ciclo vital.
- Deve ter em conta o impacto das diferentes motivações no momento de intervir.
- Deve reconhecer a importância das pressões sociais.
- Deve identificar as barreiras à sua implementação ou manutenção, especialmente as barreiras ambientais.
- Deve destacar os fatores de fortalecimento.
- Deve ser complementado através de um ambiente facilitador.
- Deve ser maximizado através da articulação entre os diferentes contextos e os atores, que podem ser reforçadas pelo uso adequado dos meios de comunicação social.
- Deve ser efetuado um rigoroso diagnóstico dos comportamentos através de métodos de educação e recursos de ensino adequados.
- Deve prever o treino de pessoal na utilização das metodologias de educação adequadas.

A educação para a saúde engloba, portanto, vários desafios, nomeadamente relacionados com a dificuldade de acesso a instrumentos atualizados que informem acerca da condução das práticas de educação para a saúde efetivas, e com o facto de existirem noções pouco claras sobre o modo como os programas de educação podem contribuir de forma significativa para os objetivos da promoção da saúde (World Health Organization, 2012).

Importa salientar que as intervenções nesta área apresentam, com frequência, recursos escassos, muitas vezes não cumprindo com os requisitos teóricos e profissionais mínimos necessários. Assim, o delineamento de programas de intervenção deste tipo deve ser rigorosamente escrutinado para que seja possível concluir sobre a sua efetividade e eficiência (Tones, 1997).

A *US National Commission for Health Education Credentialing* (NCHEC), entidade cuja missão consiste em estimular a prática profissional da educação para a saúde através de promoção e manutenção de um corpo de especialistas na área, atribui um conjunto de responsabilidades *major* a um educador para a saúde:

- Avaliação das necessidades de educação do indivíduo ou comunidade;
- Planeamento de programas de educação eficazes;
- Implementação dos programas;
- Avaliação da efetividade dos programas;
- Comunicação sobre saúde e respetivas necessidades, preocupações e recursos;
- Coordenação dos serviços que providenciam a educação;

– Atuar como um recurso na educação para a saúde (National Commission for Health Education Credentialing, 2008).

Avaliação da efetividade das intervenções de educação para a saúde

A inerente complexidade das intervenções/programas de educação para a saúde cria dificuldades metodológicas na avaliação da sua efetividade. É importante salientar que o facto de uma intervenção não ter sido avaliada não significa necessariamente que esta não seja efetiva. Existem, atualmente, bases conceptuais para a avaliação de intervenções, numerosos guias e recomendações, e evidências da sua efetividade (ex. diabetes, tabagismo, obesidade e programas escolares) (Morales, Gonzalo, & Martín, 2008).

Várias revisões sistemáticas têm sido publicadas com o intuito de avaliar o efeito das intervenções na saúde, nos cuidados de saúde e na educação (Higgins & Green, 2011). Um dos instrumentos atualmente disponíveis para identificar estratégias efetivas em saúde pública ou na educação e promoção da saúde é o *Guide to community preventive services: systematic reviews and evidence based recommendations*, elaborado pela *Task Force on Community Preventive Services* (Briss *et al.*, 2000). O objetivo deste guia é disponibilizar aos profissionais e decisores em saúde recomendações sobre intervenções de base populacional para a promoção da saúde, prevenção das doenças e para a incapacidade e morte prematura nas comunidades. O intuito deste documento é promover a prática da SPBE, fornecendo o melhor aconselhamento sobre as intervenções relacionadas com a prevenção e a promoção da saúde nas comunidades com base na melhor evidência disponível. Este guia engloba revisões sobre mais de 200 intervenções em diferentes áreas. Para cada uma das áreas de intervenção o guia descreve as intervenções com efetividade demonstrada, em que contexto ou populações ocorreram, o custo associado à intervenção e o potencial retorno do investimento realizado, efeitos lesivos ou eventuais benefícios da intervenção, e as intervenções que necessitam de investigação adicional de forma a comprovar a sua efetividade.

Atualmente, a atividade física, a obesidade e o tabagismo são as três principais áreas alvo de intervenções na educação para a saúde. Outras áreas incluem a saúde na adolescência, o consumo de álcool, a asma, as anomalias congénitas, o cancro, a diabetes, a violência, a saúde mental, a nutrição, a saúde oral, as vacinas, o ambiente social, entre outras (World Health Organization, 2012).

Para uma melhor compreensão da abordagem utilizada pela *Task Force* descrevemos a avaliação sobre a efetividade de campanhas dos meios de comunicação social na cessação do tabagismo, associada a outro tipo de intervenções (Community Preventive Services Task Force, 1999). Após a condução de uma revisão sistemática, foram selecionados 12 estudos que avaliavam o efeito de campanhas dos meios de comunicação social sobre a prevenção do consumo do tabaco, conduzidas nos Estados Unidos da

América, Noruega e Finlândia, a nível nacional ou regional. Um dos estudos avaliou também o impacto de outras intervenções como concursos, programas de educação escolar, programas de educação dirigidos à comunidade e aumento do imposto sobre o tabaco. Esta revisão mostrou que, num horizonte temporal de observação que variou entre dois a cinco anos, a mediana do consumo autodeclarado de tabaco foi inferior em 2,4 pontos percentuais (min. 0,02%; max. 9,5% - referente a cinco estudos) no grupo de indivíduos exposto às campanhas através dos meios de comunicação social. Todos os estudos cuja campanha teve uma duração igual ou superior a dois anos (sete estudos) mostraram uma redução do consumo do tabaco. Em nove estudos a campanha era dirigida a jovens e, nos restantes, as campanhas eram mais abrangentes quanto à população alvo mas continham mensagens dirigidas a jovens. Com base nestes resultados a *Task Force* recomendou a realização de campanhas para cessação do tabagismo através dos meios de comunicação social, suportada em forte evidência sobre a sua efetividade em adolescentes, quando associada a outras intervenções como o aumento do preço do tabaco, a educação escolar e/ou outros programas de educação dirigidos à comunidade.

A efetividade de programas de educação para a saúde na área da prevenção é conceptualmente complexa. Apesar de praticada há muito anos em diversos contextos, a prevenção evoluiu para uma parte integrante na prestação de serviços em saúde e noutros setores (World Health Organization, 2012). A tradição e cultura de prevenção incorporam, entre outras virtudes, um conhecimento científico crescente, uma sólida filosofia baseada na dedicação e a noção de que através de ações planeadas e concertadas é possível obter ganhos em saúde.

As principais dificuldades de avaliar a efetividade de programas de prevenção está relacionada com os seguintes aspetos:

Resultados expressivos – Os resultados das estratégias de prevenção não são geralmente visíveis de forma direta (ex: a não ocorrência de um enfarte do miocárdio, ou o não desenvolvimento de um tumor pulmonar). A efetividade da prevenção tende a ser subtil, pouco “sensacionalista”, sendo por esse motivo muitas vezes ignorada.

Foco para os casos mais críticos – Nos cuidados de saúde os doentes são frequentemente triados, sendo dada prioridade às situações mais graves ou emergentes. Consequentemente, sobram poucos recursos e disponibilidade para afetar a formas de prevenir essas situações. Para além disso, a pressão social recai sobre a disponibilização imediata de tratamento e não sobre as ações de prevenção.

Tempo – Embora algumas ações de prevenção mostrem resultados imediatos (ex. redução de mortalidade pelo uso do cinto de segurança), noutras intervenções os resultados só são visíveis a longo termo. Este facto dificulta a perceção por parte da opinião pública de que existe uma associação clara entre a ação preventiva e o resultado positivo. Muitas iniciativas na educação para a saúde são temporárias, ou não existe financiamento para

manter estratégias de longo prazo que atuem sobre fatores de risco conhecidos e que constituam barreiras para a capacitação da comunidade.

Complexidade de fatores – Para ser efetiva, a prevenção deve ser dirigida às múltiplas causas de uma doença, como por exemplo a dieta, a atividade física e os fatores sociais que tenham impacto na saúde. Este aspeto exige que as ações de prevenção incluam não só os serviços de prestação de cuidados de saúde habituais, mas também o domicílio, os transportes, por exemplo.

Conhecimento por parte dos promotores – Por vezes os promotores de educação para a saúde não têm um conhecimento abrangente sobre os progressos científicos nas diferentes áreas que estão relacionadas com uma determinada intervenção, e, muitas vezes, “*inventam a roda*” em vez de se basearem em conhecimento já estabelecido.

Reduzidos recursos tecnológicos – os programas de educação para a saúde requerem poucos recursos tecnológicos. Contudo, a sociedade atual encara a utilização de tecnologia como uma mais-valia.

Interesses instalados – os programas de prevenção são frequentemente confrontados com interesses económicos e comerciais que muitas vezes criam dificuldades aos esforços realizados e reduzem os orçamentos disponíveis para essas ações. Por exemplo, as vendas anuais de tabaco e de alimentos com alto teor de gordura traduzem-se em milhões de dólares. Os esforços preventivos são muitas vezes dominados por estas estratégias planeadas de comercialização desses produtos.

Aumentar a sensibilização pública sobre os principais fatores que condicionam a saúde e a forma como a comunidade pode influenciar esses aspetos é um ponto central de qualquer estratégia de educação para a saúde. As iniciativas neste domínio devem ser baseadas nas capacidades e necessidades da comunidade local e constituírem um processo aberto e participativo. Para além disso, a atenção deve ser dirigida às estratégias e técnicas com menor custo e maior efetividade. Apesar das muitas incertezas nesta área, já existe evidência suficiente sobre a magnitude dos potenciais ganhos em saúde nas populações, quando determinadas ações de prevenção são implementadas (World Health Organization, 2012).

Contextos dos programas de educação para a saúde

Atualmente, as intervenções na educação para saúde ocorrem em diferentes contextos, que podem incluir as escolas, empresas, serviços prestadores de cuidados de saúde, organizações comunitárias e agências governamentais.

Nas escolas, os educadores ensinam conceitos sobre saúde, promovem e implementam programas escolares, coordenados com os serviços escolares, os estudantes e os pais. Promovem também ambientes escolares saudáveis e parcerias entre as escolas e a

comunidade. Para além disso, componentes de educação para a saúde são por vezes incorporados nos programas de ensino.

Nas universidades os educadores para a saúde integram equipas que visam criar um ambiente no qual os estudantes se sentem capacitados para a tomada de decisão sobre escolhas de saúde e para criar uma comunidade dedicada. Identificam necessidades, estimulam e criam organizações comunitárias, praticam o ensino em cursos ou aulas individuais e desenvolvem campanhas para os meios de comunicação social. Abordam aspetos relacionados com a prevenção das doenças, segurança, saúde sexual, abuso de substâncias ilícitas, entre outros. Gerem financiamentos e conduzem investigação.

Nas empresas, os educadores realizam e coordenam o aconselhamento aos funcionários, avaliam riscos no trabalho e desenvolvem os rastreios. Desenham, promovem, conduzem e/ou avaliam programas para o controlo do peso, hipertensão, nutrição, condição física, cessação dos hábitos tabágicos e formas de lidar com o stress. Podem também elaborar materiais e pedidos de financiamento para suportar estes projetos. Podem ainda ajudar as empresas a definir regras sobre saúde ocupacional e segurança no trabalho.

Nos serviços prestadores de cuidados de saúde podem educar os doentes sobre procedimentos médicos, cirurgias e tratamentos, criar atividades e incentivos e encorajar a utilização dos serviços nos grupos de doentes de elevado risco. Fornecem treino do pessoal e discutem com outros profissionais de saúde as barreiras comportamentais, culturais ou sociais que influenciam a saúde, e promovem o autocuidado. Desenvolvem atividades com vista a uma maior participação do doente nos procedimentos clínicos, educam os indivíduos no sentido de promover ou manter a sua saúde e de reduzir os comportamentos de risco.

Nas organizações comunitárias e nas agências governamentais os educadores ajudam a comunidade a identificar as suas necessidades, baseando-se nas suas capacidades para resolução de problemas e mobilização de recursos para desenvolver, promover, implementar e avaliar estratégias com vista à melhoria da saúde da comunidade. Os educadores, junto das comunidades, desenvolvem, produzem e avaliam campanhas nos meios de comunicação social relacionadas com a saúde (World Health Organization, 2012).

Promoção e educação para a saúde em Portugal

O Gabinete Regional para a Europa da OMS formou a Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde, com o objetivo de promover a saúde e demonstrar o impacto da promoção da saúde em meio escolar. Portugal aderiu a este movimento em 1995, que hoje se configura na Plataforma Europeia para a Promoção da Saúde na Escola (Schools for Health in Europe, 2013).

A função do Ministério da Educação é acompanhar, monitorizar e avaliar atividades de promoção e educação para a saúde em meio escolar. Para além disso, deve contribuir para a definição de políticas em matéria de promoção e educação para a saúde.

Compete ainda a esta entidade adaptar e acompanhar as diretivas da OMS em matéria de educação para a saúde (Ministério da Educação e Ciência, 2013).

Os programas têm incidido essencialmente sobre a alimentação, atividade física, saúde mental (prevenção da violência em meio escolar), prevenção do consumo de substâncias psicoativas e educação sexual. Essas ações têm sido veiculadas através de recursos educativos e documentos (ex. materiais de apoio para professores do ensino básico sobre segurança alimentar para os mais novos), e através de legislação específica (ex. Regulamento do regime de fruta escolar Portaria nº1242/2009, de 12 de Outubro).

O programa nacional para a diabetes contempla um conjunto de estratégias de intervenção, baseadas em vários princípios orientadores, que visam o reforço da capacidade organizativa, a introdução de modelos de boas práticas na gestão da diabetes, a redução da incidência da diabetes e das suas complicações. Essas estratégias têm como objetivo a implementação de programas de intervenção comunitária, destinados à população em geral, visando a prevenção primária da diabetes e a divulgação, à população em geral, de informação sobre a diabetes e os seus fatores de risco. Ações concretas incluem a elaboração e divulgação de um manual de boas práticas na vigilância da diabetes aos profissionais dos cuidados de saúde primários, que inclui orientações técnicas sobre: a) a promoção de estilos de vida saudável. b) realização de rastreios da diabetes entre os grupos de risco; c) seguimento das pessoas identificadas com diabetes, hiperglicemia Intermédia ou pertencentes aos grupos de risco.

Outras ações no âmbito da educação para a saúde têm sido decisivas em Portugal, designadamente no que se refere a higiene (pessoal, habitacional, laboral, pública) e alimentação, conduzindo a um melhor estado nutricional dos indivíduos (Direção Geral de Saúde, 2012).

Conclusão

O debate sobre a promoção e educação para saúde baseada na evidência tem-se centrado em duas questões essenciais. Por um lado, tentar definir qual o tipo de evidência que deve ser explorada de forma a estabelecer a efectividade dos programas e intervenções e, por outro, quais as metodologias mais adequadas na exploração dessas evidências. Apesar do longo caminho ainda por percorrer devido a limitações metodológicas neste campo, existem atualmente linhas orientadoras e instrumentos que facilitam a avaliação da efetividade deste tipo de intervenções por parte dos utilizadores e decisores no domínio da saúde pública. A educação para a saúde baseada em evidências é assumida como uma área de particular relevância na prática clínica e na investigação. A abordagem dos diferentes domínios da saúde necessita, de forma imprescindível, dos princípios subjacentes à medicina baseada na evidência, por forma a garantir a execução de práticas clínicas adequadas e cientificamente fundamentadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2008). *State Cancer Profiles. Cancer Control P.L.A.N.E.T.* [Internet]. [acesso em 23 Jan 2013]. Available from: <<http://cancercontrolplanet.cancer.gov/>>.
- Atallah, A. (2004). A incerteza, a ciência e a evidência. *Diagn Tratamento*, 9(1): 27-28.
- Black, B., Cowens-Alvarado, R., Gershman, S. & Weir, H. (2005). Using data to motivate action: the need for high quality, an effective presentation, and an action context for decision-making. *Cancer Causes Control*, 16(Suppl 1): 15-25.
- Bland, J. (2004). Cluster randomised trials in the medical literature: two bibliometric surveys. *BMC Med Res Methodol*, 4: 21.
- Breton, E. & De Leeuw, E. (2010). Theories of the policy process in health promotion research: a review. *Health Promotion International*, 26(1): 82-90.
- Briss, P., Zaza, S., Pappaioanou, M., Fielding, J., Wright-De Agüero, L. & Truman, B. (2000). Developing an evidence-based Guide to Community Preventive Services-methods. The Task Force on Community Preventive Services *Am J Prev Med*, 18(1 Suppl): 35-43.
- Brownson, R., Fielding, J. & Maylahn, C. (2009). Evidence-based public health: a fundamental concept for public health practice. *Annual Review of Public Health*, 30(1): 175-201.
- Brownson, R., Gurney, J. & Land, G. (1999). Evidence-based decision making in public health. *J Public Health Manag Pract*, 5(5): 86-97.
- Buendia-Rodríguez, J. & Sanchez-Villamil, J. (2006). Using systematic reviews for evidence-based health promotion: basic methodology issues. *Rev Salud Publica, Suppl 2*: 94-105.
- Butcher, R. (1998). Foundations for evidence-based decision making. In: *Canada Health Action: Building on the Legacy*. Québec: MultiMondes.
- Carvalho, S. & Gastaldo, D. (2008). Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspetivas crítico-social pós-estruturalista. *Cien Saude Colet*, 13(Suppl 2): 2029-2040.
- Cochrane, A. (2010). Archie Cochrane: the name behind the Cochrane Collaboration. *The Cochrane Collaboration*. [Internet]. Available from: <<http://www.cochrane.org/about-us/history/archie-cochrane>>.
- Cole, B., Wilhelm, M., Long, P., Fielding, J., Kominski, G. & Morgenstern, H. (2004). Prospects for health impact assessment in the United States: new and improved environmental impact assessment or something different? *J Health Polit Policy Law*, 29(6): 1153-1186.
- Community Preventive Services Task Force. (1999). *Guide to Community Preventive Services. Reducing tobacco use initiation: mass media campaigns when combined with other interventions*. [Internet]. Available from: <www.thecommunityguide.org/tobacco/initiation/massmediaeducation.html>.
- Dicionário de Língua Portuguesa (2012). Porto: Porto Editora.
- Direção Geral de Saúde. (2012). *Programa Nacional de Controlo da Diabetes*. [Internet]. Available from: <<http://www.dgs.pt/ms/7/default.aspx?id=5519>>.
- Downie, R., Tannahill, C., & Tannahill, A. (1990). *Health promotion: models and values*. New York: Oxford University Press.
- Egger, M. (2001). *Systematic reviews in healthcare: meta-analysis in context*. London: BMJ Books.
- Elamin, M., & Montori, V. (2012). The Hierarchy of Evidence: From Unsystematic Clinical Observations to Systematic Reviews. In: Burne JG, Demaerschalk BM, Jenkins ME, editors. [Internet]. New York, NY: Springer New York. 11-24.
- Evans, D. (2003). Hierarchy of evidence: a framework for ranking evidence evaluating healthcare interventions. *J Clin Nurs*, 12(1): 77-84.
- Evidence Based-Medicine Working Group. (1992). Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*, 268(17): 2420-2425.
- Faber, R. (1993). Information overload. *BMJ*, 307(6900): 383.
- Ferreira, M., & Castiel, L. (2009). Which empowerment, which Health Promotion? Conceptual convergences and divergences in preventive health practices. *Cad. Saúde Pública*, 25(1): 68-76.
- Green, L. (2006). Public Health Asks of Systems Science: To Advance Our Evidence-Based Practice, Can You Help Us Get More Practice-Based Evidence? *Am J Public Health*, 96(3), 406-409.
- Guyatt, G. (1991). Evidence-based Medicine. *ACP J Club*, 114(suppl2), A16.
- Guyatt, G. (2000). Users' Guides to the Medical Literature: XXV. Evidence-Based Medicine: Principles for Applying the Users' Guides to Patient Care *JAMA*, 284(10): 1290-1296.

- Guyatt, G., & Rennie, D. (1993). Users' guides to the medical literature. *JAMA*, 270(17): 2096-2097.
- Hamer, S., & Collinson, G. (1999). *Achieving evidence-based practice: a handbook for practitioners*. Edinburgh: New York.
- Harris, J., Cheadle, A., Hannon, P., Forehand, M., Lichiello, P. & Mahoney, E. (2011). *A Framework for Disseminating Evidence-Based Health Promotion Practices*. *Preventing Chronic Disease*. [Internet]. <Available from: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2012/11_0081.htm>.
- Hedin, A. & Kallestål, C. (2004). *Statens institut for folkhalsan (Sweden). Knowledge based public health work*: Stockholm: National Institute of Public Health.
- Higgins, J. & Green, S. (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions - Version 5.1.0*.
- Höfler, M. (2005). The Bradford Hill considerations on causality: a counterfactual perspective. *Emerg Themes Epidemiol*, 2: 11.
- Jacobs, J., Jones, E., Gabella, B., Spring, B. & Brownson, R. (2012). *Tools for implementing an evidence-based approach in public health practice*. *Preventing Chronic Disease*. 2012;9:110324.
- Jaeschke, R. & Guyatt, G. (1999). What is evidence-based medicine? *Seminars in medical practice*, 2(3): 3-7.
- Jenicek, M. (1997). Epidemiology, evidence-based medicine and evidence-based public health. *J Epidemiol*, 7(4): 187-197.
- Kerner, J., Rimer, B. & Emmons, K. (2005). Introduction to the special section on dissemination: dissemination research and research dissemination: how can we close the gap? *Health Psychol*, 24(5): 443-446.
- Kohatsu, N. & Melton, R. (2000). A health department perspective on the Guide to Community Preventive Services. *Am J Prev Med*, 18(1 Suppl): 3-4.
- Kohatsu, N., Robinson, J. & Torner, J. (2004). Evidence-based public health: an evolving concept. *Am J Prev Med*, 5: 417-421.
- Labonte, R. & Little, S. (1992). *Determinants of Health: Empowering Strategies for Nurses*. Vancouver, BC: Registered Nurses Association of British Columbia.
- Linde, K., & Willich, S. (2003). How objective are systematic reviews? Differences between reviews on complementary medicine. *J R Soc Med*, 96(1): 17-22.
- Macdonald, G. (2000). The Evidence of Health Promotion Effectiveness. *Shaping Public Health in a New Europe Health Education Research*, 15(2): 233-235.
- McQueen, D. (2002). The evidence debate. *J Epidemiol Comm Health*, 56(2): 83-84.
- Medical Research Council. (2013). *UK Methodology Programme*. [Internet]. Available from: <<http://www.mrc.ac.uk/Ourresearch/ResearchInitiatives/MRP/MRC004214>>.
- Michael Ho, P., Peterson, P. & Masoudi, F. (2008). Evaluating the Evidence: Is there a rigid hierarchy? *Circulation*, 118: 1675-1684.
- Ministério da Educação e Ciência (2013). *Currículo e Programas - Educação para a Saúde*. [Internet]. Alimentação e Atividade Física. Available from: <<http://www.dgicd.minedu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=1>>.
- Montori, V. (2008). Progress in Evidence-Based Medicine. *J Am Med Assoc*. 300(15): 1814.
- Morales, J., Gonzalo, E. & Martín, F. (2008). Salud pública basada en la evidencia. Recursos sobre la efectividad de intervenciones en la comunidad. *Rev Esp Salud Pública*, 85: 5-20.
- Mountokalakis, T. (2006). Hippocrates and the essence of evidence based medicine. *Hospital Chronicles*, 1(1): 7-8.
- National Commission for Health Education Credentialing. (2008). *Responsibilities and competencies for health education*. [Internet]. Available from: <http://www.iuhpe.org/uploaded/Publications/Books_Reports/EHP_part1.pdf>.
- Nightingale, F. (1969). *Notes on nursing: what it is, and what it is not*. New York: Dover Publications.
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary *Health Promotion International*, 13(4): 349-363.
- *Oxford English Dictionary* (2013). Oxford: Oxford University Press.
- Pancer, S. & Nelson, G. (1989). Community-Based Approaches to Health Promotion: Guidelines for Community Mobilization. *International Quarterly of Community Health Education*, 10(2): 91-111.
- Pérez Jarauta, M. & Echañuri Ozcoidi, M. (2012). *Educación versus coerción. Una apuesta decidida por la educación para la salud*. *Gaceta Sanitaria*. [Internet]. Available from: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911112002993>>.
- Petticrew, M. & Roberts, H. (2003). Evidence, hierarchies, and typologies: horses for courses. *J Epidemiol Comm Health*, 57: 527-529.
- Portaria nº1242/2009, de 12 de outubro. *Diário da República, 1ª Série, N.º 197*, de 12 de Outubro de 2009.

- Riger, S. (1993). What's wrong with empowerment *Am J Community Psychol*, 21(3): 279-292.
- Rimer, B., Glanz, K. & Rasband, G. (2001). Searching for evidence about health education and health behavior interventions *Health Educ Behav*, 28: 231-48.
- Rootman, I. (2001). *Evaluation in health promotion principles and perspectives*. [Internet]. Available from: <http://site.ebrary.com/id/10040318>.
- Rosenberg, W. & Donald, A. (1995). Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. *BMJ*, 310(6987): 1122-1126.
- Rychetnik, L. (2004). Advocating evidence-based health promotion: reflections and a way forward *Health Promotion International*, 19(2): 247-257.
- Sackett, D. (1994). The Cochrane Collaboration. *ACP J Club*, 120, A11.
- Sackett, D., Rosenberg, W., Gray, J., Haynes, R. & Richardson, W. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023): 71-72.
- Satterfield, J., Spring, B., Brownson, R., Mullen, E., Newhouse, R., Walker, B. & Whitlock, E. P. (2009). Toward a transdisciplinary model of evidence-based practice. *Milbank Q.*, 87(2): 368-390.
- Schools for Health in Europe - SHE (2013). *State of the art: health promoting schools in Europe. SHE Factsheet 1*. [Internet]. Available from: http://www.schoolsforhealth.eu/upload/SHE-Factsheet_1_State_of_the_art.pdf.
- Silverman, W. (1998). *Where's the evidence?* Oxford: Oxford University Press.
- Tilford, S. (2000). Evidence-based health promotion *Health Education Research*, 15(6): 659-663.
- Tilson, H. & Gebbie, K. (2004). The public health workforce. *Annu Rev Public Health*, 25: 341-356.
- Tones, K. (1997). Health education: evidence of effectiveness. *Arch. Dis. Child*, 77(3): 189-191.
- United States Preventive Services Task Force. (2005). *Guide to Clinical Preventive Services* [Internet]. Available from: [http://www.stitch.luc.edu/lumen/MedEd/hmps/pocketgd\[1\].pdf](http://www.stitch.luc.edu/lumen/MedEd/hmps/pocketgd[1].pdf).
- US Dep. Health Hum Serv Subst Abuse Mental Health Serv Admin. (2008). *SAMHSA's National Registry of Evidence-Based Programs and Practices*. [Internet]. Available from: <http://www.nrepp.samhsa.gov/AboutNREPP.aspx>.
- Waters, E. (2006). Evaluating the effectiveness of public health interventions: the role and activities of the Cochrane Collaboration *J Epidemiol Community Health*, 60(4): 285-289.
- World Health Organization - WHO (1986). Ottawa charter for health promotion *Can J Public Health*, 77(6): 425-430.
- World Health Organization (1998). *World Health Assembly resolution WHA51.12 - Health promotion*. [Internet]. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/wha51-12/en/>.
- World Health Organization (2012). *Health Education Theoretical Concepts, Effective Strategies and Core Competencies*. [Internet]. Available from: http://applications.emro.who.int/dsaf/EMRPUB_2012_EN_1362.pdf.
- World Health Organization (2013). *Fourth International Conference on Health Promotion New players for a new era - leading health promotion into the 21st century*. [Internet]. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/>.

Recebido: 4 de outubro de 2013.

Aceite: 5 de fevereiro de 2014.