

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

**Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde e
Avaliação de Programas de Controle de Processos Endêmicos**

**Aconselhamento em HIV/Aids no Programa de Saúde da Família:
a construção compartilhada e implantação de uma proposta de monitoramento em
Manguinhos**

Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Vigilância em Saúde e Avaliação de Programas de Controle de Processos Endêmicos

Aluna: Celina Santos Boga Marques Porto

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rosely Magalhães de Oliveira

Assistente de Orientação: Prof.^a Marly Marques da Cruz

Rio de Janeiro, agosto de 2006

Este trabalho é dedicado a:

Lucas, filho, essência do meu amor.

Iracema, mãe, essência do exemplo de simplicidade que desejo para mim.

AGRADECIMENTOS

O momento de agradecer é sempre muito delicado. Corre-se o risco de omitir alguém - por falha da memória - ou ainda de não dar a justa ênfase que muitos esperam e merecem.

Vou começar pelo começo, agradecendo o decisivo incentivo dado por Elizabeth Romeiro e Cristina Figueiredo, quando do edital para a seleção da primeira turma do Curso de Especialização. Elas achavam que o objetivo do curso cruzava com a minha trajetória profissional e, me convocaram para participar do concurso. Bom que elas insistiram, melhor ainda eu ter aceitado. A elas sou eternamente grata por este e tantos outros episódios da vida que experimentamos ao longo de nossa amizade de vinte anos.

Como conseqüência da entrada no curso e no campo do monitoramento e avaliação, agradeço as coordenadoras Elizabeth Moreira dos Santos e Sonia Natal por todo o aprendizado e as oportunidades de tomar contato com professores da melhor qualidade e de experimentar o convívio, não só com a teoria, mas também com um grupo de alunos que aprendi a gostar e admirar. A convocatória para a seleção da terceira turma é demonstração clara do empenho e da garra dessa coordenação de oferecer ao “povo dos serviços” a chance de habitar esse complexo campo teórico.

Nem de longe é possível deixar de agradecer às amigas do Núcleo DST/Aids, pois com elas compartilho meu cotidiano no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria. Edith, com seu jeito manso e ponderado, faz com que a gente não esqueça que do outro lado da mesa, no momento do aconselhamento, há uma pessoa que sofre e que tem dúvidas. Eliane Cardoso, que ajuda mulheres a gerar renda e a revisitar a alegria de estarem juntas e juntas se fortalecerem. Eliane Vianna, que para além de comadre, procura compreender os mistérios - por vezes insondáveis - da alma humana e, que nos aponta uma alternativa mais compreensiva no relacionamento com os pacientes. Idenalva, que faz dos direitos das pessoas que vivem com HIV/Aids parte de seu campo de atuação e, ainda hoje, luta e nos ensina a lutar contra o desrespeito a esses direitos. Margareth, que na meiguice da interlocução com os alunos da residência nos aguça elementos adormecidos pela rudeza do trabalho diário, confrontando-os com a juventude de novas idéias. Wilma, que através do antigo casamento com o campo da

prevenção nos mobiliza para muitos outros namoros com a comunidade do Parque Oswaldo Cruz.

Para as alunas do Programa de Residência em Saúde Coletiva da UFRJ - Giselle Louredo e Fabiana Dutra - sinceros agradecimentos pela montagem do banco de dados, pois, apesar dos esforços, minhas dúvidas com o EPI-INFO ainda persistem.

Ainda agradeço a chefia do Centro de Saúde, na pessoa de Antônio Sérgio, pelo apoio ao desenvolvimento desse estudo, o empenho em ajudar a tecer a rede de colaboradores e, sobretudo, pela capacidade de compreender o sentido coletivo da produção desse trabalho, cuja institucionalização é desejo expresso da amiga, Else Gribel, nova gestora do serviço.

Como parceiros e atores-chave da prática, agradeço aos profissionais - médicos e enfermeiros - das equipes do Programa Saúde da Família e aos muitos antigos colegas do serviço, por terem aderido de pronto à idéia da análise, da crítica e do consenso. Falta ainda muito a fazer e certamente nenhum dos grupos de profissionais existentes no Centro de Saúde conseguirá fazer sozinho. Estabelecido esse primeiro movimento, pode-se apostar que os futuros resultados, com certeza, serão muito melhores.

Sinceros agradecimentos à equipe administrativa do LASER - Elisabeth Cardoso, Thiago, Martha Tostes. Povo-chave para o bom funcionamento do curso, do mestrado e de muitas tarefas impossíveis que, nós alunos, inventamos.

Agradecimentos à banca examinadora pela disponibilidade de apreciar esse trabalho. Cada qual, ao seu modo e estilo próprio, chama atenção para um e outro aspecto que pode ser melhorado ou aprofundado.

Para a professora Marly Marques da Cruz, co-orientadora, muitos agradecimentos. Seria pouco dizer da sua enorme capacidade e compromisso com o trabalho e das sempre certas opiniões, amparadas na observação das dificuldades e potencialidades dos serviços de saúde. Por estes e outros motivos, não é difícil compreender porque a sala, no dia da defesa de sua tese de doutorado, ficou pequena para tanta gente amiga.

Para a professora Rosely Magalhães de Oliveira, orientadora, há pouco espaço para agradecer. Não somente pela capacidade acadêmica de guiar, indicar o rumo, mas, especialmente pelo gosto do diálogo e do apuro das diferenças. Com sua história profissional no serviço de saúde e a serviço de muitas convicções, nossa interlocução - com cheiro de canela - tornou possível este trabalho e revitaliza o sentido da amizade.

“Sob o familiar, descubram o insólito, sob o cotidiano, desvelem o inexplicável, que tudo que é considerado habitual provoque inquietação. Na regra, descubram o abuso e sempre que o abuso for encontrado, encontrem o remédio”.

Bertolt Brecht

RESUMO

Este trabalho aborda o desenvolvimento de um Plano de Monitoramento da ação de Aconselhamento em HIV/Aids, num processo conjunto às equipes do Programa de Saúde da Família, vinculadas ao Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, bairro de Manguinhos, Rio de Janeiro.

O processo inaugurado com a identificação da realidade local e da necessidade de implantação e monitoramento do aconselhamento foi orientado pelo que Patton denomina abordagem com foco na utilização - AFU. Empregada como uma possibilidade de construção coletiva e consensuada, esta abordagem permitiu desenvolver um processo dialogado com um grupo identificado de atores, amparado pelas evidências da prática assistencial e dos contextos de organização do trabalho de profissionais de uma unidade básica de saúde.

Os resultados incluíram: o conhecimento da demanda específica para a testagem anti-HIV no serviço de saúde; a contextualização do problema na área; a identificação dos principais atores no processo de implantação e monitoramento da ação de aconselhamento; a identificação de prioridades, dentre elas, a capacitação das equipes para a prática; a formulação e pactuação de um modelo local da intervenção e o consenso de indicadores qualitativos e quantitativos.

Acredita-se que o monitoramento da ação de aconselhamento venha qualificar a própria ação, além de ampliar a visão dos profissionais de saúde frente ao surgimento de novos aspectos relacionados, não só à epidemia em Manguinhos, mas a muitas outras iniquidades existentes nas comunidades acompanhadas por essas equipes.

Palavras-chave: Aconselhamento, HIV/Aids, Monitoramento, Programa Saúde da Família, Atenção Básica.

ABSTRACT

This paper discusses the development of a Monitoring Plan for HIV/Aids Counseling, in a process in conjunction with the teams involved in the Family Health Program linked to the Germano Sinval Faria School Health Center in the Manguinhos neighborhood of Rio de Janeiro.

The process, which began by identifying the local reality and need for implementing and monitoring the counseling, was based on what Patton calls the Utilization-Focused Approach (UFA). This approach, adopted as a possibility for collective and consensual construction, helped develop a process discussed with an identified group of agents, based on examples of care and contexts for organizing the professionals' work in one basic health care unit.

The results included: knowing the specific demand for anti-HIV testing in the health service; contextualizing the problem in the area; identifying the main players in the process of implementing and monitoring the counseling action; identifying priorities, such as, for example, capacity building of the teams for care; creating and agreeing to a local model of intervention, and consensus for qualitative and quantitative indicators.

It is believed that monitoring the counseling action will qualify the action itself and broaden the view of health professionals with regard to emergence of new aspects relating not only to the epidemic in Manguinhos but also to many other iniquities in the communities attended by these teams.

Key words: Counseling, HIV/Aids, Monitoring, Family Health Program, Basic Care.

SUMÁRIO

I	INTRODUÇÃO	
	1.1 Pressupostos	4
	1.2 Justificativa	7
II	OBJETIVOS	9
III	ABORDAGENS CONCEITUAIS	10
	3.1 PROGRAMA DE FAMÍLIA: da definição da estratégia à aproximação com a temática da Aids	10
	3.2 PSF E AIDS: integralidade do cuidado à saúde e processos de trabalho	20
	3.3 ACONSELHAMENTO EM HIV/AIDS: elementos indispensáveis para boas práticas	26
IV	MONITORAMENTO: reflexões e definições dos elementos teóricos e metodológicos para a construção do modelo local	31
	4.1 Sobre os indicadores	31
	4.2 Sobre o conceito de monitoramento	33
	4.3 Sobre os modelos lógicos	34
	4.4 Sobre a utilização da abordagem de Patton	38
V	METODOLOGIA: o caminho percorrido	41
VI	RESULTADOS: os efeitos obtidos	47
	6.1 Caracterização dos Contextos	47
	6.2 Caracterização da demanda da testagem anti-HIV	58
	6.3 Processo de elaboração do plano de monitoramento	71
VII	DISCUSSÃO: as limitações percebidas	96
VIII	CONSIDERAÇÕES FINAIS: as conseqüências do desenvolvimento do processo de trabalho	103
IX	RECOMENDAÇÕES: as necessidades para a implantação da ação	106
X	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
XI	ANEXOS	112
	Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
	Anexo 2 - Avaliação individual da Oficina de Consenso	
	Anexo 3 - Planilha de Indicadores Qualitativos e Quantitativos consensuados	
	Anexo 4 - Roteiro para facilitadores na Oficina de Consenso	
	Anexo 5 - Programação para participantes na Oficina Consenso	
	Anexo 6 - Modelo Lógico Ações do Núcleo DST/Aids	

Lista de figuras

	Pág
Figura 1 - Organização da Atenção às DST/HIV/AIDS no SUS	23
Figura 2 - Modelo Lógico do PN DST/Aids	35
Figura 3 - Matriz Lógica do Plano Nacional de Avaliação / PN DST/Aids	36
Figura 4 - Aconselhamento em HIV/Aids - Componentes/Atores/Requisitos	37
Figura 5 - Processo de Elaboração do Plano de Monitoramento	46
Figura 6 - Contexto Organizacional do CSEGSF/ ENSP/ FIOCRUZ	50
Figura 7 - Contexto Organizacional do Programa Saúde da Família - Manguinhos	58
Figura 8 - Distribuição dos registros de testagem anti-HIV por área de cobertura do PSF	62
Figura 9 - Distribuição dos registros de testagem anti-HIV por sexo	62
Figura 10 - Distribuição dos registros de testagem anti-HIV segundo condição clínica assinalada	63
Figura 11 - Distribuição dos registros de testagem anti-HIV segundo condição clínica assinalada no sexo feminino	63
Figura 12 - Distribuição dos registros de testagem anti-HIV segundo condição clínica assinalada no sexo masculino	64
Figura 13 - Distribuição dos registros de testagem anti-HIV segundo faixa etária	66
Figura 14 - Distribuição dos registros de resultados negativos por área coberta pelo PSF	67
Figura 15 - Distribuição dos registros de resultados positivos por área coberta pelo PSF	67
Figura 16 - Aconselhamento HIV/Aids - Integração Núcleo DST/Aids e PSF - Manguinhos	72
Figura 17 - Modelo Lógico da Intervenção - Aconselhamento em HIV/Aids - PSF/CSEGSF	76
Figura 18 - Modelo Lógico da Ação de Aconselhamento em HIV/Aids - TRABALHO PREVISTO/ EFEITOS ESPERADOS	83

Lista de quadros

	Pág
Quadro 1 - Evolução da implantação do Programa Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro - SMS/RJ	16
Quadro 2 - Modelo Lógico das Ações do Núcleo DST/Aids	53
Quadro 3 - Frequência dos registros de testagem anti-HIV por área de cobertura do CSEGSF	60
Quadro 4 - Distribuição dos registros de testagem anti-HIV por comunidade da área de abrangência do CSEGSF	61
Quadro 5 - Distribuição dos registros de testagem anti-HIV segundo condição epidemiológica assinalada	65
Quadro 6 - Distribuição da condição epidemiológica assinalada	65
Quadro 7 - Distribuição dos registros de testagem anti-HIV segundo natureza do resultado	67
Quadro 8 - Distribuição dos registros de testagem anti-HIV segundo responsável pela solicitação do teste	68
Quadro 9 - Distribuição dos registros de testagem anti-HIV segundo responsável pela retirada do resultado	69
Quadro 10 - Distribuição dos registros da testagem anti-HIV segundo resultados não retirados por área	69

Lista de siglas

ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS
ABRASA	Associação Brasileira de Saúde em Alcoolismo
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARC	Complexo de sinais e sintomas relacionados à Aids
BIRD	Banco Mundial
CAH	Comunidade Agrícola de Higienópolis
CAP 3.1	Coordenação de Área Programática 3.1
CDC	Center for Diseases Control and Prevention
CECAN	Centro Colaborador de Alimentação e Nutrição
CEDAPS	Centro de Promoção da Saúde
CHP2	Conjunto Habitacional Provisório 2
CMS	Centro Municipal de Saúde
COAS	Centro de Orientação e Apoio Sorológico
CONAB	Comunidade da Conab
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSAC	Coordenação de Saúde da Comunidade
CSEGSF	Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria
CTA	Centro de Testagem Anônima
DAB	Departamento de Atenção Básica
DLIS	Programa de Desenvolvimento Local e Sustentável
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EX-COMBATENTES	Conjunto Ex-Combatentes
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FIOTEC	Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde
GAT	Grupo de Apoio Técnico
GIL	Gerenciador de Informações Locais
GT	Grupo de Trabalho
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LADEPE	Laboratório de Análise Clínicas, Ensino e Pesquisa
M&A	Monitoramento e Avaliação

MB	Comunidade Monsenhor Brito
MLP	Modelo Lógico do Programa
MONITORAids	Sistema de Monitoramento de Indicadores do PN DST/Aids
MP	Comunidade Mandela de Pedra
MTA	Modelo Teórico de Avaliação
NAECOS	Núcleo de Ações e Estudos de Comunicação em Saúde
NEDH	Núcleo de Estudos em Direitos Humanos e Saúde
NM	Comunidade Nelson Mandela
NUDEQ	Núcleo de Dependência Química
NUPNS	Núcleo de Práticas Naturais em Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PASI	Programa de Atenção a Saúde do Idoso
PCC	Parque Carlos Chagas
PJG	Parque João Goulart
PN DST/Aids	Programa Nacional de DST/Aids
PNM&A	Plano Nacional de Monitoramento e Avaliação
POC	Parque Oswaldo Cruz
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
SAD	Serviço de Administração
SEDIS	Serviço de Documentação e Informação em Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIGAB	Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial Básica
SM	Comunidade Samora Machel
SMS/RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SPS	Secretaria de Políticas de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFF	Universidade Federal Fluminense
USF	Unidade de Saúde da Família
VSP	Comunidade Vila São Pedro
VT	Comunidade Vila Turismo

I INTRODUÇÃO

No cotidiano do trabalho em saúde a expansão da Aids entre as camadas mais pobres da população é patente. É inegável, também, a significação que o serviço público de saúde, particularmente aqueles da rede básica, tem para o usuário majoritariamente pobre.

Essa rede - parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS) - deveria, como Starfield (2002) aponta, estar remetida a princípios dirigidos por valores “*de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional, direcionados para a proteção e promoção da saúde, centrados nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem os serviços de saúde...*”

Na busca da integralidade do cuidado - que no campo da saúde é meio e fim do que realizamos sob a forma de atividades - ações como o Aconselhamento em HIV/Aids permite aproximar necessidades e significações e favorecer o equilíbrio entre o que é sentido e, poucas vezes, externado como carência do necessário e o inegavelmente requerido para o bom exercício das práticas de saúde, a organização dos serviços e a utilização das tecnologias disponíveis para melhorar e prolongar, com dignidade, a vida de pessoas.

Desde a criação do Programa Nacional de DST/Aids (PN DST/Aids), em 1985, “*o aconselhamento representa um importante campo de conhecimento e prática, não só para o diagnóstico do HIV, mas também para a melhoria da qualidade da atenção à saúde*” (MS, 2003). Como uma das estratégias de prevenção para o HIV/Aids, o aconselhamento pode favorecer o auto-cuidado com a saúde e a avaliação do risco individual, pois ajuda a reconhecer valores culturais e subjetivos que possam estar relacionados a uma possibilidade maior para contrair a infecção.

Para o Ministério da Saúde (1997), o aconselhamento se constitui,

“numa prática de escuta ativa, individualizada e centrada no cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando o resgate dos recursos internos da pessoa atendida para que ela mesma tenha possibilidade de se reconhecer como sujeito de sua própria saúde e transformação”.

Ainda que não seja verdadeiro restringir a vulnerabilidade ao HIV somente aos aspectos individuais - pois o próprio conceito de vulnerabilidade remete à interação com os aspectos sociais e os da organização do sistema de saúde - a prática do aconselhamento tem se constituído numa oportunidade particular de estímulo à capacidade pessoal do usuário para identificação de seus riscos, e de apoio, na tomada de decisões de proteção pessoalmente mais adequadas.

A relevância dessa e de muitas outras estratégias para o enfrentamento à Aids no Brasil, é, em certa medida, decorrência do cenário político da época da formulação desse programa específico, quando então havia grande mobilização pelo reconhecimento da saúde como um direito de cidadania universal, garantido pelo Estado e expressão das lutas e conquistas sociais.

A atenção à Aids tem, como afirma Parker (2003), raízes fortes na *“tradição de um sistema de saúde pública “integral”, originalmente liderado pelo movimento de reforma sanitária”* e que acaba por moldar a resposta brasileira à epidemia.

Na concepção do Programa Nacional de DST/Aids, que relaciona o tratamento e a prevenção como importantes fatores de controle desse agravo, o desafio atual está relacionado à incorporação da ação de aconselhamento pelos serviços de saúde, particularmente os da Atenção Básica, consolidando assim diretrizes e estratégias para uma ação integrada - entre diferentes programas de saúde - e integral – relacionadas às necessidades e riscos individuais - dos usuários do Sistema Único de Saúde.

Essa proposição encontra reforço na orientação do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde que recomenda a *“formulação e implementação - no âmbito dos municípios – de políticas, estratégias e ações que objetivem a qualificação, o acesso e a integralidade da atenção a segmentos populacionais estratégicos e em situações especiais de agravos”* (MS, 2004).

A formulação dessas estratégias é exigência atribuída pelo Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família - PROESF – não só pelo reconhecimento das desigualdades existentes entre grupos populacionais, mas, sobretudo, pela possibilidade de atenção diferenciada que o Programa de Saúde da Família - PSF - deve proporcionar no contato estreito com indivíduos e famílias.

A Atenção Básica, foco principal de reorientação do modelo assistencial desde a segunda metade da década de 90 e cuja reorganização tem sido implementada pelo Programa de Saúde da Família tem, portanto, responsabilidade redobrada com essas proposições.

Considerando-se a importância e a magnitude da Aids, será possível - no domínio da Atenção Básica - responder, positivamente ao impacto causado pela epidemia, particularmente nas ações de prevenção, diagnóstico precoce e no apoio psicossocial aos indivíduos afetados?

Provavelmente processos de trabalho organizados e ordenados - condizentes com os princípios do SUS – com equipes técnicas preparadas e sensibilizadas, apontam condições de uma atuação mais efetiva que possa dar resposta significativa aos desafios, ao menos no âmbito da prevenção, trazidos pela epidemia.

Reconhecendo a propriedade da formulação do PN DST/Aids, a recomendação explícita do PROESF e, sobretudo, o desafio de potencializar o trabalho integrado entre equipes de um mesmo serviço de saúde, esta dissertação descreve o desenvolvimento de um Plano de Monitoramento da Ação de Aconselhamento em HIV/Aids, num processo conjunto às equipes do Programa de Saúde da Família, vinculadas ao Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF), bairro de Manguinhos, Rio de Janeiro.

A elaboração compartilhada dessa proposta está, portanto, amparada na relevância do acompanhamento sistemático e contínuo da inserção do aconselhamento como prática profissional que permita, de modo oportuno, confirmar ou adequar a ação proposta.

Dessa forma, o estudo pretende apontar a possibilidade de incorporar - às práticas institucionais cotidianas - o monitoramento do Aconselhamento em HIV/Aids, desde o planejamento até a sua implementação, compreendendo que suas chances de sucesso estão necessariamente ligadas à inclusão e ao grau de envolvimento de todos os atores durante o processo de construção.

Nessas bases, é importante que a proposta elaborada favoreça os elementos necessários para a institucionalização do acompanhamento do Aconselhamento em HIV/Aids, além de produzir informações capazes de subsidiar a identificação de outras prioridades, a avaliação de resultados e a tomada de decisões.

O elemento norteador do estudo foi relacionado, ao reconhecimento da situação de pobreza e, conseqüentemente, de maior vulnerabilidade da população de Manguinhos à exposição ao HIV e ao desenvolvimento da Aids, bem como ao possível desconhecimento do status sorológico, o que torna o Aconselhamento em HIV/Aids uma importante estratégia de prevenção da epidemia e pode ser potencializado pelo trabalho das equipes do PSF que atuam na área de abrangência do CSEGSF.

Acredita-se que o monitoramento dessa prática venha qualificar a própria ação, além de ampliar a visão dos profissionais de saúde frente ao surgimento de novos aspectos relacionados, não só à epidemia em Manguinhos, mas a muitas outras iniquidades existentes nas comunidades acompanhadas por essas equipes.

1.1 Pressupostos

A possibilidade de construir um Plano de Monitoramento da Implantação da Ação de Aconselhamento em HIV/Aids levou em consideração os seguintes pressupostos:

1. O escopo da Atenção Básica, definida nos documentos oficiais, enquanto *“um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, que engloba a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação e constitui o primeiro nível da atenção do Sistema Único de Saúde”* (MS, 1999).

A Constituição Federal de 1988 garantiu a saúde como direito de todos e dever do Estado. Configurou-se, dois anos depois, a criação do Sistema Único de Saúde fundamentado em torno dos princípios de universalidade, integralidade, equidade, participação social e cuja rede de serviços está estruturada de forma descentralizada, regionalizada e hierarquizada. A descentralização, sobretudo, expõe a força da gestão local dos municípios, executores que são de ações e serviços, expandindo a assistência básica de saúde, sem que tenha se constituído - na opinião de alguns autores - *“a necessária articulação entre os diferentes níveis hierárquicos do sistema que garanta a integralidade do cuidado”* (Giovanella *et al*, 2003).

2. A reorganização da Atenção Básica, que vem sendo proposta através da estratégia de Saúde da Família, cuja ação favoreceria *“a ampliação do acesso, a qualificação e reorientação das práticas de saúde, embasadas na promoção de saúde”* (Fernandes, 2005).

A reorganização favoreceria, então, a própria organização do Sistema Municipal de Saúde para contemplar os pontos essenciais - vínculo, continuidade, resolutividade - da atenção à saúde neste nível, contrapondo-se, assim, ao modelo que emprega o enfoque curativo, fragmentado e cuja concepção vertical tem se revelado ineficiente.

Para Franco & Merhy (1999), entretanto, devem estar superadas algumas dificuldades que o PSF vem apresentando e que podem comprometer seu papel estratégico na mudança do modelo assistencial. Segundo os autores,

“há urgência na revisão de conceitos e proposições de cunho higienista ao invés daquelas de caráter sanitarista, ou mesmo a tentativa de operar o sistema ignorando a extensa rede de serviços já constituída e de aprimorar o processo de trabalho, cuja dinâmica ainda hoje está concentrada no profissional médico”.

3. Ações como o Aconselhamento em HIV/Aids, executadas pelas equipes do PSF, de forma adequada, com acompanhamento sistemático, pode beneficiar a população adscrita e atende às orientações do PN DST/Aids no sentido de incorporar a ação nos serviços de atenção básica.

O esforço em construir uma proposta de trabalho, no nível da prevenção da infecção pelo HIV, exige de pronto o reconhecimento do cenário no qual esta proposta se inscreve e a necessária adaptação às características locais.

Os princípios norteadores da ação são todos aqueles sabidamente defendidos pelo movimento social organizado (Galvão, 2002) e expressos na política nacional de Aids (Teixeira, 1997) - promoção, proteção, respeito e defesa dos direitos - e que podem ser fortemente potencializados pelo trabalho do PSF.

A ampliação do acesso a grupos e indivíduos que, até o momento, não foram beneficiados por qualquer ação, o exercício da escuta aos significados atribuídos a infecção, o envolvimento de novos parceiros na prevenção ao HIV, o estabelecimento de uma agenda realista de enfrentamento do problema, precisam ser providenciados.

Para populações como a de Manguinhos, que experimenta adversas condições de vida o acesso aos cuidados fornece uma nova oportunidade, considerada significativa para a prevenção ao HIV.

4. Atividades de monitoramento e avaliação são indutoras da integração de ações de promoção da saúde e evidenciam a perspectiva da integralidade dos cuidados à saúde.

O Monitoramento e a Avaliação (M&A) compreendidos como ferramentas de gestão e de controle social, possibilitam identificar prioridades, melhorar a ação ou o programa, ter bases firmes para tomar decisões e providenciar mudanças (Hartz, 1997, Felisberto, 2004).

Esses dois componentes, em sua execução, requerem um conjunto diverso de esforços mediados pela disposição de encontrar caminhos que não ignorem o entendimento acumulado de muitos atores que cotidianamente executam o trabalho em saúde, mas que o organize, qualifique e provoque todas as interseções possíveis e desejáveis. Desse modo, demandam:

Processos de reconhecimento da realidade social, da conformação institucional, da arquitetura organizacional e compartilhamento de capacidades específicas no desenvolvimento do trabalho diário.

Processos de acordo e negociação que, com base em informações acessíveis e úteis, tornam visíveis os efeitos benéficos ou hostis da aplicação de uma ação.

Processos de ajuste para a confirmação da nova prática, configurando uma relação contínua entre empreender a ação e perseguir o parâmetro ideal, socializando preocupações e soluções para alcançar a integridade, qualidade e a integração de intervenções que, a princípio, comungam de objetivos e compromissos comuns - beneficiar a população.

1.2 Justificativa

Alguns aspectos importantes e favoráveis que justificam o desenvolvimento dessa proposta devem ser destacados, pois estão relacionados aos contextos político e institucional no qual o estudo foi desenvolvido.

O primeiro aspecto diz respeito à **inserção institucional** do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF) como um Departamento da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz.

Criado em 1967, presta assistência aos moradores do Complexo de Manguinhos, realiza atividades de educação, prevenção e promoção da saúde, além de desenvolver pesquisa e educação em Saúde Pública. Este Centro de Saúde, de gestão federal, é autoridade sanitária na área, responsável pela atenção à saúde de quase 45 mil habitantes.

Outro aspecto está relacionado à **importância estratégica** que hoje assume o Programa de Saúde da Família, em todos os níveis de gestão do SUS. Dados do Ministério da Saúde (2004) mostram que 5211 municípios possuem Equipes de Saúde da Família (ESF), correspondendo a 86,1% do total dos 5560 municípios brasileiros. Apontam também que as ESF oferecem cobertura a 69.884.206 habitantes, que correspondem a 39,4% da população brasileira estimada pelo IBGE (2000).

Essa importância se reflete na expansão do Programa Saúde da Família em Manguinhos, ocorrida no segundo semestre de 2004, quando mais 06 equipes foram constituídas e somaram-se as 02 equipes incorporadas em 2000, ampliando a cobertura para 12 das 15 comunidades que integram a área de cobertura do CSEGSF.

A **existência** do Núcleo DST/Aids do CSEGSF, criado em 1996, que acompanha atualmente cerca de 250 pacientes, entre portadores do HIV e doentes de Aids e que vem buscando criar oportunidades de discussão entre o serviço de saúde e a comunidade que o utiliza procurando: identificar as necessidades manifestadas nesse grupo específico; sensibilizar os profissionais e envolvê-los num trabalho permanente, estimular a formação de grupos de ajuda e solidariedade e explorar melhor o potencial de recursos existentes dentro da FIOCRUZ no trabalho contra a AIDS.

A **necessidade** de aproximar o trabalho das equipes do Programa Saúde da Família da realidade da infecção pelo HIV na região com a perspectiva de reorganizar

as ações a partir das necessidades de saúde, redefinir competências, além de reforçar os princípios norteadores deste Programa.

A **possibilidade** de construir o trabalho em saúde - especialmente no enfrentamento da epidemia de HIV/Aids - reunindo profissionais com diferentes inserções no serviço de saúde local, através do estabelecimento de uma lógica de supervisão, educação permanente, monitoramento e avaliação das ações prioritárias.

A **possibilidade** efetiva de incorporação da prática do aconselhamento, ampliando seu conceito original, para outras oportunidades de contato com o usuário do serviço de saúde. Aprimorando a “escuta” e se dispondo a uma abordagem mais flexível e democrática. Criando - sobretudo entre os profissionais de saúde - compreensões intuitivas e integradoras sobre comportamentos, atitudes e situações. Considerando, tanto quanto possível *“que a racionalidade médica precisa ser superada”* (Vasconcelos, 1999).

A **possibilidade** de agregar diferentes conhecimentos no desenho da organização da atenção à saúde e favorecer uma postura ativa frente às novas necessidades geradas pela Aids num cenário de grande vulnerabilidade como o de Manguinhos.

A **importância** de institucionalizar ações de Monitoramento e Avaliação, incorporando-as à rotina do trabalho, solidificando habilidade técnica para planejar intervenções, gerir os serviços, dar sustentação à formulação de políticas e apoio às decisões sobre quais mudanças devem ser operadas (Felisberto, 2004).

A **necessidade** de incorporar nesse processo de construção o ponto de vista do usuário do serviço. Estabelecer através do monitoramento um movimento contínuo para alterar os elementos que dificultam o direito à saúde, ou que compromete sua qualidade e referendar novos elementos que expressem o fortalecimento do controle social.

II OBJETIVOS

Geral

Construir, de forma compartilhada, um Plano de Monitoramento da implantação da Ação de Aconselhamento em HIV/Aids, junto às equipes do Programa de Saúde da Família, sediadas no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria.

Específicos

- Identificar os contextos de organização do trabalho dos principais atores-chave.
- Promover a obtenção de dados e informações de forma ética e orientada a subsidiar os atores e o desenho da intervenção.
- Descrever o processo de construção do Plano de Monitoramento.
- Pactuar objetivos comuns no processo de envolvimento dos atores-chave.
- Descrever a lógica da intervenção a ser monitorada junto as equipes do Programa de Saúde da Família.
- Definir o monitoramento da prática do aconselhamento através de indicadores qualitativos, quantitativos.
- Pactuar com os atores a adequação do modelo proposto para o monitoramento.

III ABORDAGENS CONCEITUAIS

Para o foco deste estudo e, na perspectiva da construção de um modelo local de monitoramento, as abordagens conceituais aqui selecionadas, representam: uma (re) aproximação com a história do desenvolvimento do Programa de Saúde da Família em diferentes níveis de gestão do SUS; considerações sobre a prática do Aconselhamento em HIV/Aids, originadas de processos de avaliação em diferentes serviços de saúde; a localização de conceitos relacionados à integralidade de ações, programas e processos de trabalho em saúde e dos fundamentos que, não somente, justificam a importância como norteiam o desenho de processos de monitoramento e avaliação.

A escolha desses tópicos não esgota as referências teóricas para o tema principal da dissertação, mas iluminaram e orientaram o desenvolvimento deste estudo.

3.1 PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: da definição da estratégia à aproximação com a temática da Aids

A definição Nacional

A Atenção Básica passa a ser, na segunda metade da década de 90, a área de concentração de esforços e investimentos do Ministério da Saúde - traduzidos na criação de incentivos financeiros federais - deslocando, portanto, o foco que durante anos recaiu sobre a atenção hospitalar e os recursos destinados ao pagamento de serviços prestados por hospitais contratados pelo SUS (Escorel *et al*, 2002).

A mudança ocorre, ainda, estimulada pelo reconhecimento que, apesar dos avanços políticos conquistados com a Constituição de 1988, a política de saúde não teria proporcionado a inclusão de todos os segmentos da população, criando grandes diferenças em relação ao acesso e a integralidade das práticas de saúde.

Inspirado em experiências regionais como do Estado do Ceará e do Município de Niterói no Estado do Rio de Janeiro, o Ministério da Saúde divulga em 1994, o primeiro documento sobre o Programa de Saúde da Família (Escorel *et al*, 2002).

Desenhado inicialmente como um programa, passou a ser considerada pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, visando à reorientação do modelo de atenção e uma nova dinâmica da organização dos serviços e ações de saúde e cujo objetivo maior seria:

“Substituir ou converter o modelo tradicional de assistência à saúde, historicamente caracterizado como atendimento da demanda espontânea, eminentemente curativo, hospitalocêntrico, de alto custo, que não institui redes hierarquizadas por complexidade, com baixa resolutividade e, no qual, a equipe de saúde não estabelece vínculos de cooperação e co-responsabilidade com a comunidade” (Escorel et al, 2002:16).

À Equipe de Saúde da Família cabe acompanhar entre 600 a 1000 famílias, num território definido, com população adstrita e cadastrada, representar a porta de entrada no sistema e o primeiro nível de atenção à saúde. Cabe à equipe também, estabelecer um sistema de referência e contra-referência que garanta resolução aos problemas de saúde e possibilite o acompanhamento dos pacientes (MS, 2001e).

O trabalho, através de equipes multidisciplinares (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde) deve ser realizado tanto no domicílio, quanto na unidade de saúde, individual e coletivamente de modo a promover, atenção continuada, resolutiva e pautada pelos princípios da promoção da saúde, nos quais a ação intersetorial é considerada essencial para a melhoria dos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população acompanhada (MS, 2003).

As dificuldades no desenvolvimento dessa proposta - particularmente aquelas relacionadas à necessária correspondência da integralidade do sistema de saúde e da resolutividade das intervenções - em municípios de pequeno e médio porte torna indispensável que a expansão do Programa ocorra nos grandes centros urbanos,

“onde estão reunidos elementos – maior oferta de serviços, maior concentração de profissionais trabalhando no modelo tradicional, concentração e irracionalidade na disponibilidade de recursos tecnológicos, permanente elevação dos custos com baixo impacto nos indicadores de saúde e nos níveis de satisfação da população - que apontam a necessidade de ampliação da Atenção Básica, especialmente aos grupos populacionais mais vulneráveis. É necessário elevar a complexidade, incorporando tecnologias adequadas e, ao mesmo tempo, as ações de promoção de saúde, fortalecendo práticas e hábitos de vida saudável e trabalhando com enfoque intersetorial para enfrentar os problemas característicos do meio urbano, como saúde mental, violência, drogas, alcoolismo” (Souza et al., 2000: 13).

Esses problemas, assim como as ações recomendadas para sua solução, também constituíram a pauta do I Encontro de Secretários Municipais de Saúde das Capitais em 2001, no Rio de Janeiro.

O encontro indicou o estabelecimento de uma agenda de trabalho em torno de quatro grandes linhas: Organização e Gestão do PSF, Desenvolvimento de Recursos Humanos, Financiamento e Controle Social.

O governo brasileiro firma, então, acordo para empréstimo internacional, junto ao Banco Mundial (BIRD), estabelecendo o Projeto de Expansão da Saúde da Família (PROESF), cujo objetivo é apoiar a implantação ou ampliação e consolidação do PSF em grandes centros urbanos, caracterizados como municípios acima de 100.000 habitantes (MS, 2001b).

O estabelecimento deste projeto de expansão em 2001, pelo Departamento da Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) foi simultâneo à decisão do Ministério da Saúde de avaliar a implementação do PSF em 10 grandes centros urbanos, fornecendo assim subsídios para o desenvolvimento desta expansão ao analisar os fatores que facilitavam e dificultavam esse processo (Escorel *et al*, 2002).

Os resultados dessa avaliação, condensados em várias recomendações, passam a se constituir em importante referência, não só para a consolidação da ESF nas cidades onde o programa já havia sido implantado, mas, supõe-se, também como documento guia de sua reorientação e ampliação, definida nas seguintes bases:

“Estender a cobertura do Programa de Saúde da Família, tomando-o como estratégia estruturante de atenção à saúde; reafirmar seus princípios de promoção da saúde; de superação das práticas de medicalização do atendimento; de estímulo à atenção integral e humanizada centrada no indivíduo e na família; de agregação de outros profissionais e saberes na organização da atenção e de adoção das Unidades Básicas de Saúde e do domicílio como espaços de ação em favor da saúde” (MS, 2003).

Partindo dessas bases, à gestão municipal caberia - considerando seus problemas e potencialidades - identificar e priorizar grupos populacionais que se encontram em situação desfavorável para acessar e utilizar os serviços de saúde e para os quais a situação e importância epidemiológica dos agravos à saúde, se traduzem por maiores riscos, danos e vulnerabilidade.

O total de US\$550 milhões destinado ao PROESF, cuja metade representa a contrapartida brasileira, está distribuído em três fases distintas e a perspectiva é que o projeto, que começou em 2002, se desenvolva em seis anos.

Constituído por três componentes básicos - apoio à conversão do modelo de atenção básica à saúde, desenvolvimento de recursos humanos, monitoramento e avaliação - o PROESF representa uma investida na expansão do PSF com o objetivo de alcançar, até 2008, uma cobertura de 70% da população brasileira, além de desenvolver os sistemas de referência e contra-referência com o aprimoramento da gestão dos serviços de atenção básica.

No apoio à conversão do modelo de atenção à saúde - componente 1 - estão incluídos todos aqueles municípios com mais de 100 mil habitantes.

O desenvolvimento de recursos humanos - componente 2 - está dirigido aos municípios que já tem equipes de Saúde da Família ou que venham constituí-las.

Já para o monitoramento e avaliação (M&A) - componente 3 - a pretensão é que através do repasse de recursos fundo a fundo para as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), sejam desenvolvidos esforços no sentido de construir uma cultura avaliativa nos serviços de saúde e que os parceiros estaduais objetivem suas intenções com a formulação de planos estratégicos para o fortalecimento de ações de M&A para a Atenção Básica.

A definição no nível Municipal

Um dos poucos documentos que informam sobre a implantação e o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família na cidade está disponível em www.saude.rio.rj.gov.br/historico do Programa de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro.

Baseada nessa fonte, as informações nos dão conta que no município do Rio de Janeiro a primeira experiência do Programa de Saúde da Família foi desenvolvida em 1995 na Ilha de Paquetá, junto a Unidade Integrada de Saúde Manoel Arthur Villaboim.

O programa foi, na época, implementado através de um convênio com a Organização Não Governamental CEDAPS (Centro de Promoção da Saúde) que acumulava experiência com trabalhos comunitários em saúde e vinha desenvolvendo projetos em saúde da família nas comunidades de Vila Canoas, no bairro de São Conrado e Parque da Cidade, no bairro da Gávea.

Os dois projetos, acima mencionados, nortearam o desenho do programa em Paquetá, onde viviam quatro mil moradores e onde as equipes constituídas contavam com assistente social e nutricionista. O profissional médico do PSF acompanhava 400 famílias e havia apenas 01 agente de saúde por médico – diferentemente da proposta do Ministério da Saúde (MS, 1999).

Algumas outras experiências foram desenvolvidas em 1997 quando da instalação de módulos de saúde da família no Complexo da Maré, Vila do João e Vigário Geral. Contudo, a efetiva expansão do Programa no Município do Rio de Janeiro, só ocorre em 1999 quando a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) define que o novo modelo assistencial seria ampliado para diversos bairros da cidade. Coincide, portanto com a determinação do Ministério da Saúde, ao final desse mesmo ano, em remunerar melhor os municípios com melhor cobertura de ESF (Souza *et al*, 1999: 11) e cuja lógica foi avaliada, dois anos após (Souza *et al*, 2000:12), como inadequada por não permitir alcançar os patamares de cobertura pretendidos.

Sob a coordenação do Núcleo de Saúde da Comunidade da SMS os estudos de viabilidade foram realizados e adotados alguns critérios para a implantação das ESF.

Dentre eles estão:

- Demandas das organizações comunitárias
- Demandas dos Conselhos Distritais
- Vazios assistenciais
- Facilidade de acesso e implantação local
- Facilidade na identificação de prioridades
- Facilidade na definição de estratégias

Novas áreas foram definidas nesse processo de implantação - Mangueira, Borel, Parque Royal, Vila Canoas, Canal do Anil, Portus e Vilar Carioca. Em todas as comunidades, o recrutamento e a seleção foram organizados por um comitê específico, que realizou análises de currículos e entrevistas para composição das equipes, adotando a composição da proposta original do Ministério da Saúde. O treinamento específico foi realizado pelo Pólo de Capacitação de Pessoal para o Programa de Saúde da Família, formado pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ – e pela Universidade Federal Fluminense – UFF – e o desenvolvimento do trabalho nas áreas está amparado por convênios estabelecidos entre as Associações de Moradores e Organizações Não Governamentais (ONG's), a exceção da comunidade Vilar Carioca onde a alternativa

encontrada para a realização do trabalho recaiu na utilização de uma cooperativa de profissionais de saúde.

Em 2000, um novo processo de implantação no município, semelhante ao primeiro, define novas grandes áreas para atuação do Programa – Curicica, Antares, São Carlos, Caricó, Turano, Formiga, Alto da Boa Vista e Manguinhos.

Dados da Secretaria Municipal de Saúde (2005) informam que, no final dos dois primeiros anos de implantação, o PSF apresentava resultados favoráveis: aumento da captação de gestantes (70% captadas no primeiro trimestre); cobertura de 84,9% de exames preventivos na faixa etária considerada prioritária pelo Ministério da Saúde; adesão de 96% de mulheres nos grupos de contracepção; cobertura vacinal de 100% nas crianças de até um ano de idade; redução do abandono nos programas de diabetes e hipertensão (com redução de 60% das crises hipertensivas); resolatividade de cerca de 95% de consultas, além de promover a integração e hierarquização de diversos setores da unidade de saúde com profissionais comprometidos e motivados.

Seria importante, neste ponto, conhecer as determinações da SMS/RJ quanto à incorporação das recomendações geradas pelas evidências estabelecidas na avaliação nacional da implantação do PSF nos centros urbanos (Escorel *et al*, 2002, p.213), já que seu compromisso maior foi o de contribuir para a melhoria do Programa de Saúde da Família. Muitas das recomendações estão relacionadas ao papel indutor e executor dos municípios na aplicação desse modelo e, portanto contribuem para construir consenso e conquistar legitimidade.

Algumas evidências desse estudo nacional consideraram ser aconselhável: a superação de resistências encontradas na substituição da rede assistencial constituída; a necessidade de ampliar as bases de apoio negociando e sensibilizando seu quadro de funcionários; a evitar a implantação paralela do programa sem integrar as USF aos demais serviços existentes ou mesmo admitir que o programa se instale na condição de “inquilino” de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) não transformada em Unidades de Saúde da Família (USF); a adequação entre oferta organizada de cuidados para grupos de risco e a procura de assistência individual; a adoção da estratégia de incentivos salariais para equipes que atuam em áreas de maior risco social e epidemiológico - situação da maioria das comunidades onde o programa foi implantado no Rio de Janeiro - reduzindo, assim, a rotatividade dos profissionais.

Não há, contudo, indícios de leitura crítica dessa análise e a incorporação dessas recomendações. Se, em parte ou no seu conjunto, elas conformam o desenvolvimento do PSF no município sem, contudo, se constituírem em fatores de inibição para os ajustes necessários e a criatividade desejável no nível local.

Até 2003, a Prefeitura do Rio de Janeiro, através de Secretaria Municipal de Saúde, havia instalado 23 equipes do Programa de Saúde da Família, distribuída em 10 bairros da cidade.

O quadro abaixo, formulado pela Superintendência de Saúde Coletiva da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) caracteriza a evolução da implantação do PSF e as projeções para sua expansão.

Quadro 1 - Evolução da implantação do Programa Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro - SMS/RJ

Item	Situação atual	Situação desejada	Especificação das ações
Composição de equipes de Saúde da Família	<ul style="list-style-type: none"> - Número de equipes existentes: 23 - Equipes de Saúde Bucal: 07 - Cobertura populacional: 110.400 habs - Composição das equipes: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde para 750 a 1000 famílias - Composição de equipes de saúde bucal: 1 cirurgião-dentista, 1 técnico de higiene dental e 1 auxiliar de consultório dentário para 2 equipes de PSF - Cada área de planejamento (AP) da saúde que possui equipes de PSF tem um supervisor responsável pelo gerenciamento destas atividades 	<ul style="list-style-type: none"> - Número de equipes necessárias: 450 - Equipes de saúde bucal: 225 - Cobertura populacional: 1.800.000 habs - Composição das equipes: 1 médico, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem, 6 agentes comunitários - Composição das equipes de supervisão: 1 supervisor operacional por AP, 1 grupo de apoio técnico (GAT) para cada 15 equipes de saúde da família, composto por 1 pediatra, 1 clínico-geral, 1 gineco-obstetra, 1 sanitaria, 1 enfermeiro, 1 odontólogo, 1 nutricionista, 1 profissional de saúde mental, 1 assistente social, terapeuta-ocupacional, 1 fisioterapeuta, 1 fonoaudiólogo 	<p>- dezembro de 2003: ampliação da cobertura nas áreas onde já existe o programa de forma a incluir 56.000 habs e criação de novas unidades em áreas ainda não cobertas de forma a abranger mais 550.106 habitantes. Tal expansão corresponderá 32,5% do total de cobertura a ser alcançado.</p> <p>A partir de 2004 atingiremos os seguintes percentuais de cobertura baseados no índice de desenvolvimento humano (IDH)</p> <p>- dezembro de 2004: 661.926 habitantes (35,5% do total a ser coberto).</p> <p>- dezembro de 2005: 280.000 habitantes (15% do total a ser coberto).</p> <p>- dezembro de 2006: 130.000 habitantes (7% do total a ser coberto).</p> <p>- dezembro de 2007: 77.000 habitantes (4,1% do total a ser coberto).</p> <p>Total: 1.865.432 habs</p>

Fonte: Coleção Estudos da Cidade / junho 2003 – Diretoria de Informações Geográficas Instituto Pereira Passos – Secretaria Municipal de Urbanismo - Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro

No mesmo documento estão descritos ainda, os elementos da política contratual das equipes para o Programa de Saúde da Família no município, que são em sua maioria, exercidas através de contratos de trabalho tipo CLT firmados com Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP).

Constituídas como entidades de direito privado, sem fins lucrativos, organizadas sob a forma de associações, sociedade civil ou fundação, as OSCIP podem, com base na Lei 9.790 de 23 de março de 1999, receber recursos públicos para o desenvolvimento de atividades de interesse público (MS, 2002).

A despeito da iniciativa de captação de recursos humanos oriundos do próprio quadro estatutário da SMS/RJ, as prefeituras - com essa forma de contratação - têm, em sua maioria, se beneficiado com a isenção de declarar esses profissionais como pertencentes ao seu quadro, portanto sem caracterização de vínculo de trabalho.

Contudo, há um debate crescente no sentido de superar as relações precárias que conformam o exercício do trabalho, confirmando, assim, a recomendação expressa na avaliação nacional do PSF de que estabilidade e proteção legal são requisitos básicos nas relações empregatícias, pois, influenciam diretamente a adesão dos profissionais ao programa e conseqüentemente o envolvimento com as comunidades assistidas (Escorel *et al*, 2002).

A definição em Manguinhos

A implantação do PSF em Manguinhos acontece mediante uma negociação direta entre a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ).

A intenção com esta negociação era ampliar, ainda mais, a cooperação técnica entre as duas instituições promovendo não só o início do PSF, mas também expandir o papel do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF) – unidade de saúde da área e departamento da ENSP – como centro treinador de profissionais de saúde para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e torná-lo referência para o Município do Rio de Janeiro.

O 3º termo aditivo, assinado em junho de 2001 prorrogou por mais dois anos o prazo de vigência do convênio existente, desde 1993, entre o Município do Rio de Janeiro e a Fundação Oswaldo Cruz (Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, 2001).

O objetivo era dar continuidade à cooperação pactuada em documento específico, “Projeto para implementação do Programa de Saúde da Família na totalidade

do Complexo de Manguinhos” (Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria/ENSP/FIOCRUZ, s/d) onde estavam discriminados os objetivos principais do acordo:

- “Implantar 2 equipes de PSF nas áreas Mandela de Pedra e Parque João Goulart no ano de 2000”.
- “Aumentar a cobertura do PSF para 100% da nossa área de atuação com mais 6 equipes de PSF estendendo até a comunidade de Monsenhor Brito em 2003”.
- “Instituir o CSEGSF como centro colaborador funcionando como unidade de primeira referência para equipes de PSF, aumentando sua resolutividade e realizando a supervisão das equipes de PSF além de atuar como co-responsável na organização do sistema de saúde da Leopoldina Sul”.

Ao mesmo tempo em que são estabelecidas novas frentes de cooperação técnica, a condição de centro colaborador inscreve o CSEGSF “na estrutura do sistema municipal de saúde, não apenas como instância de suporte, mas de efetiva definição de competência”.

Nessas bases, o PSF foi implantado, em agosto de 2000, em 02 comunidades das 15 que integram o Complexo de Manguinhos.

A escolha das 02 primeiras subáreas para a implantação do PSF, foi determinada pela presença de fatores locais que apontavam a necessidade de uma resposta favorável a algumas proposições oriundas dos Grupos de Trabalho (GTs) do Programa de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável (DLIS) Manguinhos, em curso na área desde 1999. Apesar de apresentarem problemas comuns a áreas faveladas, cada qual tem particularidades em sua origem, em sua relação com o CSEGSF e na organização comunitária.

Mandela de Pedra é, no Complexo de Manguinhos, a expressão maior da precariedade das condições de vida. Ruas sem pavimentação, fornecimento de água irregular, casas de madeira, barracos de plástico que agora cedem espaço para a alvenaria, compondo assim a comunidade formada entre 1994 e 1995, fruto de dois movimentos de invasão.

Parque João Goulart, cuja formação data da década de 60, reúne melhores condições com infra-estrutura de água e luz, comércio organizado e creche. Representa o lado mais antigo do Complexo, delimitado pela linha férrea.

Em toda a região do Complexo se observa o processo de favelização das áreas urbanizadas. É comum a co-existência de casas de alvenaria e barracos improvisados, muitas vezes em áreas consideradas de risco - próximo às linhas de alta tensão, ao lado dos leitos dos rios, em torno da tubulação da Adutora da água do Guandu.

A implantação do PSF nas comunidades de Mandela de Pedra e Parque João Goulart já foi objeto de avaliação, realizada no DLIS, e cujo objetivo “era identificar os obstáculos e os elementos facilitadores à inserção das equipes bem como o grau de adesão e resistência dos agentes implementadores da proposta” (Bodstein & Zancan, 2002).

Foram identificadas algumas tensões, no momento da implantação do programa na área. Segundo o documento, o papel de condutor das relações interinstitucionais e na organização da rede de serviços na área, exercido pela Coordenação da Área Programática 3.1 (CAP 3.1) foi negligenciado, com a articulação direta entre a ENSP e a SMS.

Não houve, portanto, nenhuma consulta prévia a esta Coordenação, que na época defendia a implantação do PSF em outras comunidades que não apresentavam alternativas assistenciais e dificuldades de acessar outros serviços de saúde da área programática.

Superada essa dificuldade inicial, as relações entre a CAP 3.1 e a gestão atual do CSEGSF caminham no sentido de atender as atribuições definidas no documento do Projeto de Implementação do PSF em Manguinhos.

No que tange à SMS, através de sua representação local, caberia atribuir ao CSEGSF o papel de autoridade sanitária local, além de definir seu representante no Conselho Gestor desta unidade de saúde.

Ao CSEGSF caberia atender as deliberações da CAP 3.1 e a SMS-RJ relativas às práticas de saúde assistenciais na área de atenção básica, no estabelecimento de rede de referência e contra referência, além de gerir as equipes de PSF nos moldes preconizados pelo Ministério da Saúde.

No estudo de Bodstein & Zancan (2002) mereceu destaque ainda, à análise da relação estabelecida entre os profissionais do CSEGSF e aqueles do PSF.

Através de entrevistas semi-estruturadas aplicadas a três profissionais de nível superior vinculados ao CSEGSF há mais de 10 anos, foi destacado o papel do Centro de Saúde como espaço privilegiado de projetos inovadores em formação profissional (como no caso do programa de Residência em Saúde Pública/ENSP), nas práticas de

saúde (como no exemplo do projeto de Saúde Comunitária, desenvolvido entre 1986 e 1993) e também a ausência de discussão sobre a implantação do PSF em Manguinhos, cujo processo foi reduzido a uma comunicação do desenho já definido para a área.

Na mesma análise também, foram ressaltados alguns aspectos relacionados às particularidades na composição das equipes do PSF que incluem agentes de saúde em dependência química. A presença desse agente é resultado da formação específica realizada, em serviço, para ex-dependentes e é desenvolvida pela antiga parceria entre o CSEGSF e a Associação Brasileira de Saúde em Alcoolismo (ABRASA).

3.2 PSF E AIDS: integralidade do cuidado à saúde e processos de trabalho

Reestruturar o setor saúde, significa empreender mudanças que possam favorecer o enfrentamento de problemas, alterando para melhor, condições adversas experimentadas pela população. Certamente as mudanças necessárias não estarão limitadas tão somente ao campo da saúde. A ação articulada com outros setores das políticas públicas é necessária e determina a intensidade e o alcance dessas mudanças.

Na saúde trata-se de garantir a aplicação de diretrizes e princípios do SUS, traduzidos no trabalho diário em uma assistência universal e integral a toda a população, baseada em suas necessidades, revigorada com sua participação e enunciadas através, do que Matos (2001) denomina de *“um conjunto de valores expressos tanto na organização do Sistema, quanto nas políticas e nas práticas de saúde”*.

Para o autor, a reunião desse conjunto de valores, comporia três grandes conjuntos de sentidos:

O sentido das **respostas governamentais**, buscando associar a formulação das políticas de saúde aos beneficiários dessas políticas e se comprometer com os diversos aspectos da atenção à saúde – promoção, prevenção, cura e reabilitação.

No âmbito da AIDS - considerada aqui como uma política pública que está relacionada às necessidades de um grupo específico - o que assistimos é o desenvolvimento de uma proposta-resposta que tem procurado ser abrangente (prevenção, assistência, direitos humanos) e atenta em apreender necessidades específicas e favorecer a utilização democrática de todos os recursos disponíveis para o controle e o combate à epidemia.

O sentido da **organização dos serviços de saúde** – buscando continuamente ampliar o conhecimento sobre necessidades de saúde sem dissociar práticas de prevenção e de cura.

Nesse rumo também se observam movimentos em direção à institucionalização de programas e ações, definição de competências, estabelecimento de supervisão e esforço de conjugar ações de saúde com ações que existem no espaço de outras políticas públicas.

O sentido das **práticas dos profissionais de saúde** – buscando compreender as necessidades de ações e serviços que o indivíduo requer, para além daquelas que motivam sua queixa e sua procura pelo serviço de saúde.

No território do serviço público local, onde as necessidades de saúde têm nome e sobrenome, cada vez mais os profissionais do setor são convocados a buscar compreender esse conjunto de necessidades e identificar ações e serviços que tenham correspondência com esse universo, superando a visão que atenta apenas os aspectos relacionados com a doença de um sistema ou aparelho biológico.

Cecílio (2001) destaca a integralidade e a equidade como objetivos maiores da atenção à saúde, e compreende que esses princípios extrapolam a *“definição simplificada de acesso ou consumo de ações e serviços”*.

O autor concebe a integralidade em duas dimensões: a dimensão macro - na qual há uma articulação dos serviços de saúde, constituindo uma rede organizada e com visão intersetorial - e a dimensão micro - na qual são construídas, através de abordagem multiprofissional e no espaço do serviço de saúde - as relações entre profissionais e usuários. Partindo do que denomina *“integralidade focalizada”*, considera que ela deva expressar o esforço de cada membro da equipe e da equipe como um todo, no compartilhamento de diferentes conhecimentos e práticas.

Todos, segundo o autor, comprometidos com a mediação entre a *“incontornável complexidade do conceito de necessidade de saúde e sua compreensão e apropriação pelos trabalhadores, visando a uma atenção mais humanizada e qualificada”*.

A integralidade então, nesse nível, poderia ser expressa pela interação, que é resultado de uma relação amistosa e produtiva entre *“pessoas, coletividade e instituição, em espaços e tempos determinados”*, como afirma Pinheiro (2001).

Na análise que faz sobre o tema, esta autora advoga o *“desvelamento do cotidiano”*, entendendo-o como *“campo de observação de práticas institucionais”*, sem

ignorar, entretanto, a importância dos elementos estruturais e políticos que certamente conformam as práticas de saúde.

Para atender ao objetivo deste estudo - o de implantar uma proposta de monitoramento da prática de Aconselhamento em HIV/Aids pelas equipes do PSF em Manguinhos - torna-se necessário, então, conhecer de que forma essas equipes operam o trabalho junto aos indivíduos e famílias e em que medida o programa confirma-se como alternativa de reorganização das práticas de saúde, na atenção básica.

Do mesmo modo e pelo mesmo motivo de desvelamento, compreender a lógica da organização do trabalho do Núcleo de DST/Aids do CSEGSF e os processos definidos para o seu desenvolvimento.

Particularmente no âmbito da assistência à Aids,

“o trabalho deve envolver e comprometer diferentes atores e setores, numa relação de integralidade e interdisciplinaridade. Esse envolvimento e comprometimento devem incluir desde a relação médico-paciente até a participação de profissionais de diferentes disciplinas, assim como a participação de familiares e agentes da comunidade” (ABIA, 2003).

Nessa perspectiva, a transcrição direta da possibilidade do trabalho integrado entre o Programa de Saúde da Família e a assistência à Aids, resultou nessa recomendação do PN DST/Aids:

“As ações de prevenção e controle das DST/HIV na comunidade/Rede Básica de Saúde serão implementadas através da integração da Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids com a Coordenação de Saúde da Comunidade - COSAC, que integra o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e o Programa de Saúde da Família - PSF, ambos já implantados em muitos municípios brasileiros, com sucesso”. (www.aids.gov.br/assistencia/link49.htm)

Trata-se, agora, de potencializar as lógicas de trabalho desses dois programas na área, tendo como foco a ação de Aconselhamento, e dar consequência prática ao esquema definido pela Secretaria de Assistência a Saúde e a Coordenação do Programa Nacional de DST/Aids que indica, para cada nível de atenção à saúde, as competências

e interações necessárias para funcionamento de uma rede hierarquizada de serviços, que ofereça atenção integral às DST/HIV/Aids no SUS.

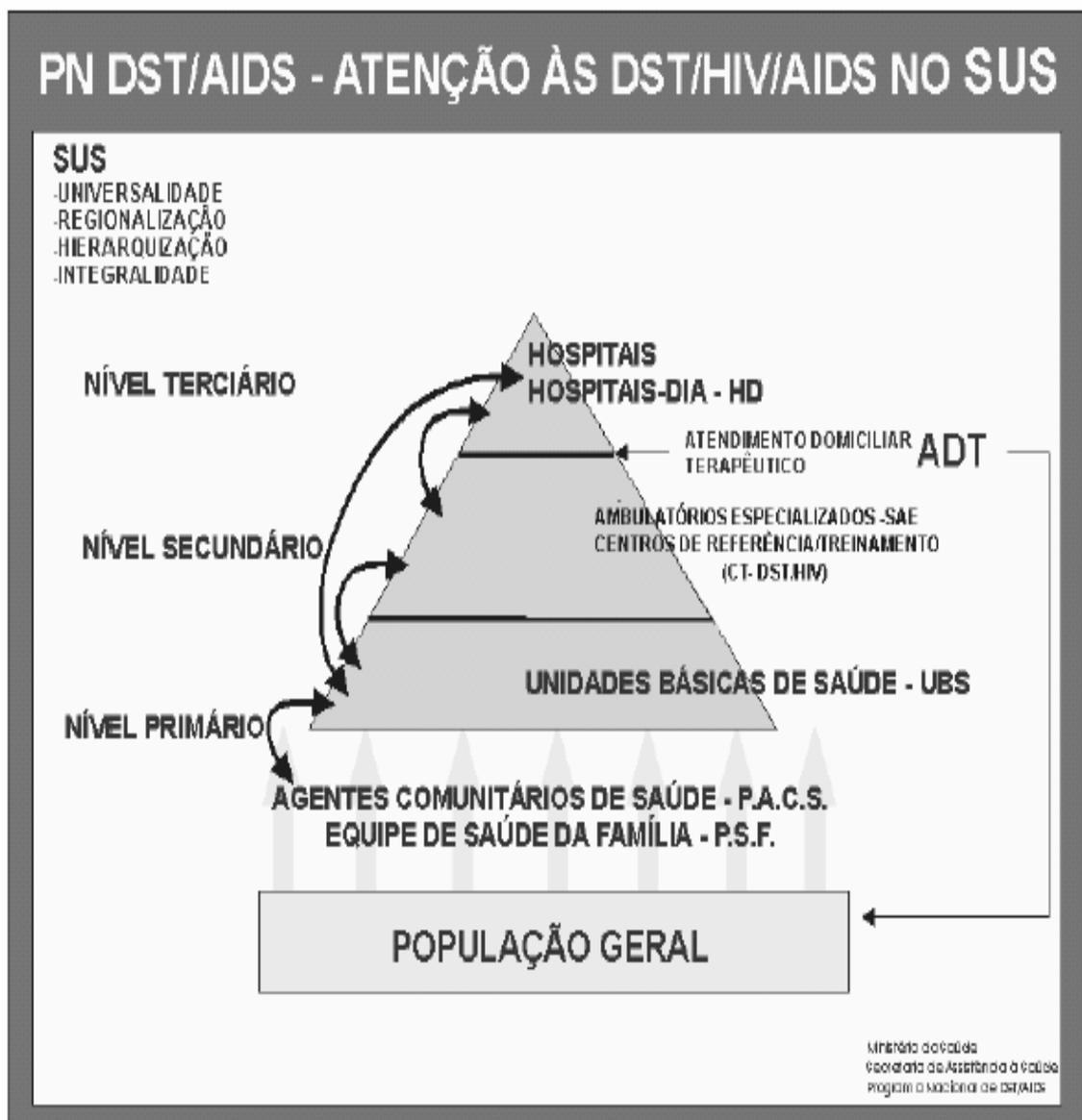
A figura 1, sugerida pelo PN DST/Aids, estabelece “níveis de ação”:

Na comunidade, através das equipes do PSF, estariam sendo favorecidos pelo trabalho com a população adscrita, o reconhecimento de indivíduos e famílias em situação de maior exposição ao HIV ou mesmo a identificação de indivíduos que já adoeceram, o incentivo a medidas de proteção e prevenção individual e coletiva, o mapeamento de grupos comunitários de ajuda e solidariedade, o aconselhamento e estímulo a testagem para o HIV.

De acordo com as necessidades manifestadas e identificadas, os usuários seriam referidos às Unidades Básicas de Saúde, supostamente com maior capacidade técnica e administrativa para a resolução do problema, nas quais um exame mais minucioso poderia detectar a necessidade de referência a níveis mais complexos de assistência, como ambulatórios especializados e unidades hospitalares.

Agregando diferentes conhecimentos e competências, disponibilizando recursos e tecnologias para alcançar o melhor resultado, garantindo o direito à saúde e demonstrando que integralidade é atributo de uma rede de serviços e níveis de atenção. Tendo como referência, sobretudo, as necessidades de saúde, agir no sentido de perceber grupos e indivíduos em situação mais desfavorável, para os quais uma atenção diferenciada e mais atenta constituiria o exercício da equidade.

Figura 1 - Organização da Atenção às DST/ HIV/AIDS no SUS



Fonte- Ministério da Saúde - Secretaria de Assistência à Saúde - Programa Nacional de DST/Aids
(www.ais.gov/assistencia/link48.htm)

Entretanto, a observação do processo de trabalho de diferentes equipes, constituídas muitas vezes, a partir de programas verticais tem evidenciado muitos problemas.

Ribeiro et al (2004) buscaram refletir, em particular, a forma como vem se dando à relação entre a teoria sobre o “processo de trabalho em saúde” e a realidade do trabalho, junto ao PSF e destacam como a rápida expansão do programa e consequentemente sua força de trabalho - no setor de serviços e numa conjuntura neoliberal - tem compartilhado características de outros trabalhos desse mesmo setor.

Chamam a atenção para “*a burocratização, a influência de a divisão parcelar do trabalho e as dificuldades do trabalho em equipe, além da pouca consideração da subjetividade de usuários e trabalhadores*”.

Para atender aos objetivos centrais definidos para o programa - prestação de assistência integral, contínua, com resolutividade e qualidade, às necessidades de saúde da população adscrita, destacando-se a perspectiva da família - as equipes devem utilizar a abordagem multidisciplinar, processos diagnósticos da realidade, planejamento das ações e organização horizontal do trabalho, compartilhamento do processo decisório, além do estímulo ao exercício do controle social (MS, 1997)

Pires (2000) afirma:

“O trabalho em saúde é essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade”.

Essencialmente institucional e de realização coletiva, o trabalho em saúde envolve muitos trabalhadores em sua execução. Segundo Schraiber et al (1999) termina “*gerando condições de complementaridade e interdependência dos diversos trabalhos especializados*”. Para os autores, a não integração entre as diversas ações de saúde resulta, em certa medida, das diferenças de autoridade entre profissionais e que, por sua vez, são decisivas na busca pessoal pela ampliação da autonomia técnica.

Essa visão é compartilhada com Pires, quando observa que a divisão parcelar do trabalho além de fragmentar as atividades, favorece seu controle gerencial pelos profissionais de nível superior.

“O trabalho é compartimentalizado, cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência de saúde separada dos demais, muitas vezes duplicando esforços e até tomando atitudes contraditórias. Os profissionais envolvidos dominam os conhecimentos para o exercício das atividades específicas de sua qualificação profissional, no entanto, os médicos, no âmbito do trabalho coletivo institucional, ao mesmo tempo em que dominam o processo de trabalho em saúde, delegam campos de atividades a outros profissionais de

saúde como enfermagem, nutrição, fisioterapia, etc. Esses profissionais executam atividades delegadas, mas mantém certo espaço de decisão e domínio de conhecimentos, típico do trabalho profissional”.

Segundo Merhy e Franco (2003), o modelo de assistência do PSF voltado para a vigilância em saúde, propõe uma nova forma de operar o trabalho, a partir da reorganização do seu processo, revendo os modos de fazer assistência centrada nas ações e saberes médicos. Entretanto essa revisão não está assegurada tão somente com a implantação do Programa e sim por mudanças, no que os autores denominam de *micropolítica* desse processo, baseado nas *tecnologias leves* - tecnologias das relações - na qual o conhecimento está nas experiências e modos singulares de cada profissional de saúde operar seu trabalho.

Para Campos (1997) “*a recuperação da prática clínica assentada no vínculo é a maneira prática de se combinar autonomia e responsabilidade profissional*”.

Advoga que assim as instituições poderiam acompanhar e identificar os resultados do trabalho de cada profissional, além de favorecer o exercício da cidadania pelo paciente.

Para o autor, utilizar mecanismos de envolvimento/participação em novas formas de funcionamento institucional - e reinventá-las cotidianamente - “*reaproxima os trabalhadores do resultado de seu trabalho*”.

3.3 ACONSELHAMENTO EM HIV/AIDS: elementos indispensáveis para boas práticas

Araújo & Camargo (2004) em uma análise minuciosa do desenvolvimento da prática de aconselhamento - introduzida no Brasil no final dos anos 80 e normatizada e ampliada no final da década de 90, como apoio a testagem sorológica para o HIV - apontaram para a precariedade de avaliações da assistência prestada nos centros de referência dessa prática, como também a precariedade da formação profissional no trabalho com Aconselhamento em HIV/Aids, na maioria dos serviços de saúde investigados.

O estudo observou, ainda, as mudanças conceituais que esta temática sofreu e que, em parte, são traduzidas pela adoção da abordagem coletiva ao invés da estritamente individual e do referencial pedagógico no lugar do psicológico.

Os autores apontam o que, atualmente, se constitui em proposição em relação a essa estratégia de prevenção:

“É muito importante lembrar sempre que, no Brasil, a atual política de prevenção de DST/Aids, indica que o aconselhamento não pode limitar-se aos Centros de Testagem Anônima (CTAs), pois precisa constituir prática habitual em todos os serviços de saúde, principalmente na Atenção Básica”.

Criados no início da década de 90, através de parceria entre secretarias estaduais e municipais de saúde e a Coordenação do Programa Nacional de DST/Aids, os Centros de Testagem Anônima - CTA/COAS (Centros de Orientação e Apoio Sorológico) - deveriam oferecer testagem anônima para o vírus da Aids, e, ao mesmo tempo, desenvolver um processo de prevenção e orientação aos seus usuários; possibilitar a realização de testes sorológicos para a infecção pelo HIV na própria rede pública; diminuir a demanda de procura por outros serviços de diagnóstico da infecção pelo HIV (como os hemocentros) e tornar esse serviço acessível à população sem condições de procurar os laboratórios particulares. (Minayo et al, 1999)

O objetivo agora, é que a rede básica de saúde incorpore o aconselhamento como ação estratégica no campo da prevenção das DST/HIV/Aids, qualificando assim o diagnóstico e os cuidados a esse agravo e para tanto, o PN DST/Aids tem procurado formular iniciativas nos diferentes níveis de gestão do SUS que promovam uma maior articulação das diferentes ações programáticas em saúde e a ampliação do diagnóstico e dos cuidados relacionados às DST/Aids.

Concretizando esse movimento de descentralização, técnicos do PN DST/Aids em associação com profissionais da Atenção Básica, definiram os elementos mínimos considerados essenciais, para o desenvolvimento do Aconselhamento em HIV/Aids neste nível de atenção e que, no caso do presente estudo, serviram como elementos-guia para a formulação do desenho no nível local (MS - PN DST/Aids, 2003).

1. **Acolhimento** - capacidade de atenção e disponibilidade para receber bem o usuário, ouvir o motivo que o levou ao serviço e dar respostas as suas demandas (recepção, segurança, porteiro, triagem, sala de espera....).
2. **Provisão de insumos** - material para coleta de sangue, preservativos, material instrucional. Na medida da consolidação da prática é

importante que se inclua a disponibilização de gel lubrificante e kits de redução de danos (agulhas e seringas descartáveis).

3. **Capacitação das equipes** - *o aprimoramento das práticas de saúde é uma busca constante dos profissionais comprometidos com a qualidade da atenção. A qualificação da equipe é um dos fatores essenciais para atingir este objetivo. Para tanto é fundamental que os gestores assegurem às equipes processos de capacitação que levem em consideração sua realidade, e auxiliem na reorganização de seus processos de trabalho. É importante identificar no município e nos estados as instituições ou serviços de saúde que possam promover espaços de reflexão, troca de experiências e auxiliem na qualificação da equipe por meio de capacitações e supervisões em serviço para a implantação das ações de aconselhamento.*
4. **Rede de referência** - *cabe aos gestores estabelecer, quando não existe, referências da rede laboratorial e de especialidades para os casos positivos.*
5. **Definição de fluxo do usuário** - *é exigido do serviço reestruturar fluxo para atender:*
 - a) *demanda espontânea;*
 - b) *aquela presente na unidade estimulada em outra atividade e*
 - c) *os parceiros de usuários da unidade*
6. **Entrega do resultado** - *deve necessariamente ser acompanhada de aconselhamento individual, no pós-teste. Aquela unidade que estabelecer o pré-teste coletivo deve oferecer o pré-teste individual para todos os usuários. O tempo de espera para o resultado é um período de muita ansiedade e stress e se houver demora prolongada o usuário pode até desistir de buscar o resultado. É fundamental articulação dos gestores, junto aos laboratórios, para garantir em até 15 dias o resultado conclusivo dos exames.*

Essas definições fortalecem as diretrizes e estratégias do próprio PN, mas é preciso considerar as dificuldades organizacionais que os serviços de saúde apresentam para superar as restrições estruturais na realização da testagem para o HIV de forma segura, próxima e ágil.

Seria necessário, ainda, considerar as dificuldades apresentadas - mesmo em serviços de referência - para realização da prática do aconselhamento, como mostra a pesquisa realizada por Filgueiras & Deslandes, em 1997.

Após dez anos de validação da prática do aconselhamento, as autoras realizaram, a pedido da então Coordenação Nacional de DST/Aids (CN DST/Aids), uma avaliação em dez serviços de referência do país. Os objetivos da avaliação - motivados pela percepção de que a prática do aconselhamento não se realizava plenamente - foram os

de analisar: a adequação dessa prática em relação às diretrizes preconizadas pela, então, CN DST/Aids, a percepção dos atores envolvidos na realização da prática, as condições institucionais de trabalho e sugerir redirecionamento e ajustes para maior efetividade da ação.

Conclusões e recomendações dessa pesquisa mostraram que é necessário:

- garantir um processo de capacitação permanente das equipes
- estabelecer mecanismos de apoio a equipe e supervisão contínua da prática;
- estimular, entre os profissionais, a capacidade de articular escuta e informação pois o acolhimento não pode ser confundido com o verdadeiro sentido da atitude de “escuta”, muitas vezes substituída pelas orientações técnico-normativas e pela necessidade de coletar dados sobre o paciente;
- centralizar o atendimento no usuário, priorizando suas vivências, estimulando-o a expor suas dificuldades para a criação de mecanismos que reduziriam seus riscos;
- utilizar um roteiro-base flexível para o registro da atividade, sem contudo, inibir o potencial reflexivo que resulta da interação do encontro do profissional com o usuário e de resposta às suas reais necessidades;
- rever a abordagem do risco pessoal de cada usuário, personalizando tanto quanto possível sua percepção e criando terreno mais propício para adesão de novos cuidados com a saúde;
- rever o aspecto normativo relacionado as orientações para uso de preservativos e abrir espaço para as dúvidas, resistências e dificuldades de negociação, particularmente entre mulheres, quanto ao uso do método;
- exercitar o diálogo compatibilizando a linguagem à condição cultural do usuário, sem contudo, negligenciar com a veracidade e qualidade das informações discutidas.

Segundo a pesquisa, ainda é necessário dar atenção aos elementos da estrutura física do serviço (para garantir privacidade); aos elementos relacionados à cultura e à prática profissional (para garantir a valorização da prática por todos os componentes da equipe) e aqueles que são apontados pela realidade social que cerca o exercício dessa prática e que assegurem o sigilo e a confidencialidade das informações obtidas junto aos usuários.

Todas as recomendações citadas possibilitam, pelo menos em tese, a reflexão sobre a atitude e a prática profissional orientadas na perspectiva do aconselhamento cuidadoso e centrada no indivíduo. Entretanto, cabe sinalizar para o que, de fato, se constitui no momento conflituoso do aconselhamento em HIV/Aids: o momento específico em que o profissional de saúde é convocado a elaborar de forma competente, crenças e valores norteados por sua experiência individual, consolidados nos padrões e normas da sociedade e, mais diretamente, no que é valorizado pelo extrato social ao qual pertence.

Pode-se, contudo, reconhecer o aconselhamento como um momento de elaboração compartilhada sobre a “necessidade” do conhecimento do *status* sorológico e que, comumente, gera tensão para profissionais e usuários.

Parte dessa tensão diz respeito às restritas condições de vida que dificilmente facilitarão - para o usuário prestes a “concretizar” seu adoecimento - alternativas sob seu controle e que garantam dignidade e autonomia em suas decisões sobre os cuidados necessários em sua vida cotidiana.

A esta tensão acrescenta-se - para o profissional de saúde - a capacidade de conduzir de forma íntegra e sensível o desvelamento da condição sorológica, quase sempre associado a ocasiões de grande densidade vivencial: a maternidade, a relação sexual e o uso de drogas.

Este momento é, sem dúvida, de singular importância e de solitária definição - pois, há “governabilidade” para decidir como conduzir o tempo da consulta - e pode determinar a capacidade educativa dos profissionais e melhorar as inter-relações sociais entre serviço e usuários, dos usuários entre si e em seu mundo de relações.

Não existem regras, de fácil consulta, para equacionar as dúvidas que surgem sobre como integrar, aos processos e práticas cotidianas dos profissionais das equipes de Saúde da Família às práticas relacionadas ao diagnóstico e cuidados aos indivíduos em situação e/ou presença de se defrontarem com a experiência de serem diagnosticados com a infecção e/ou doença causada pelo HIV.

Certamente, será necessário rever os aspectos prescritivos do trabalho das equipes do PSF e do caráter - por vezes - invasivo da visita domiciliar que, segundo Merhy (1999) podem limitar, correspondentemente, o grau de liberdade e privacidade de indivíduos e famílias.

Rever, ainda, a notória supremacia do profissional médico - seja ou não do PSF - que dificulta, não só, a interseção com os saberes e experiências dos outros profissionais

da equipe e do serviço de saúde, como também a compreensão do usuário em relação ao significado do resultado do exame, pois muitas vezes a testagem anti-HIV é privilegiada e a necessidade de oferecer e realizar o aconselhamento são negligenciadas.

Para Franco & Merhy (1999), trata-se de construir “*uma nova subjetividade em cada profissional e usuário*” e uma nova relação “*que se dá entre sujeitos, onde tanto o profissional quanto o usuário podem ser produtores de saúde*”.

Com desse referencial, o desafio deste estudo reside em construir - de forma participativa e democrática - um sistema que vigia sem, entretanto, punir ou segregar e que age com sensibilidade para entender as razões humanas - engenhosamente construídas - que explicam a fuga ou a aparente aquiescência do paciente em relação ao resultado de seu exame e de como pensa (e pode) conduzir a vida após seu diagnóstico.

IV MONITORAMENTO: reflexões e definições dos elementos teóricos e metodológicos para a construção de um modelo local

No âmbito da Atenção Básica, muitos são os esforços para definir em que bases metodológicas serão aplicadas as ações de monitoramento e avaliação, pois o campo específico admite uma ampla variedade de “*desenhos*”, “*indicadores*” e “*categorias avaliativas*” (CONASS, 2004).

Logo, para a concepção deste estudo, foi importante buscar referência em conceitos e proposições que estivessem articulados com a construção de um plano de monitoramento no qual, as estratégias de prevenção à infecção pelo HIV e de promoção da saúde se articulam com a experimentação da implantação do Programa de Saúde da Família, incluindo seus processos de trabalho e objetos de intervenção.

4.1 Sobre os indicadores

Segundo Felisberto (2004) pretende-se que o processo de institucionalização de ações de Monitoramento e Avaliação tenha ampla participação e incorpore o entendimento e a experiência de diferentes atores dos três níveis de gestão do Sistema, particularmente aqueles vinculados à Atenção Básica (foco da mudança), qualificando o corpo técnico dos serviços para a “*apreensão de práticas e capacidades específicas, mas, também para a aquisição de competências avaliativas*”.

Para tanto, deve ser considerado o grande contingente de recursos humanos vinculados ao PSF (estratégia da mudança), com sua lógica própria de trabalho em torno dos conceitos de territorialização, adscrição de clientela, identificação/discussão das necessidades em saúde e programação local com a comunidade, “*pois tem se constituído como principal indutor desse processo de institucionalização*” (Felisberto, 2004).

Logo, o foco das ações de monitoramento e avaliação, na Atenção Básica, deve estar dirigido para a apreciação de como são realizadas as mudanças no modelo assistencial com a implantação desse programa e se favorecem a humanização do atendimento, a prática intersetorial e a participação de usuários.

Para Hartz (2000), entretanto, devem ser revistas as finalidades estabelecidas para monitoramento e avaliação das práticas executadas pelo PSF que até agora estão mais focalizadas em acompanhar metas estabelecidas através de medidas de morbi-

mortalidade e de produção de serviços do que medidas que indicariam a reorientação do modelo assistencial.

A autora assinala que, conforme Greene, sistemas baseados em metas não representam, nem são capazes de captar a qualidade de uma intervenção, sem que estejam claros os acordos políticos que dão origem à sua formulação, os valores éticos e culturais que o sustentam e os processos técnicos que viabilizam sua operacionalização.

Em sua opinião, os indicadores assinalados - consolidados no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) - *“ainda que necessários, tornam-se insuficientes para apreender as mudanças desejáveis”* na reestruturação e consolidação da atenção à saúde neste nível, a partir dessa nova estratégia de mudança.

Questiona, ainda, a adequação desses indicadores, visto que estão fortemente vinculados ao repasse de recursos financeiros, e que essa ligação poderia influenciar o desenvolvimento e a contabilização de atividades, sem a necessária modificação das práticas profissionais e conseqüente melhoria das condições de saúde da população.

Logo, a escolha e a utilização de indicadores não podem se constituir no elemento principal para os quais seriam dirigidas as ações de monitoramento e avaliação, sem indagar quais e como são desenvolvidas as atividades que caracterizam as práticas profissionais das equipes do PSF. Trata-se, então, de observar o processo de trabalho e compreender em que bases e sobre quais objetos e critérios os resultados são alcançados.

No âmbito da assistência à Aids, o Sistema de Monitoramento de Indicadores do Programa Nacional de DST e Aids - MONITORAids - tem, desde 2004, se constituído como principal sistema de monitoramento da epidemia de Aids e de outras DST no país.

Seus indicadores foram elaborados com o intuito de permitir a avaliação das ações programáticas do PN DST/Aids e de indicar novos aspectos a serem analisados.

O sistema está estruturado em duas formas:

A primeira inclui os indicadores relacionados: ao contexto no qual ocorre a epidemia no país; ao desenvolvimento das 14 subáreas, desdobradas das 05 principais áreas temáticas que compõem o PN (vulnerabilidade individual, estratégias de prevenção, assistência prestada, vigilância de Aids, prevenção e controle das DST) e ao impacto determinado pelas ações desenvolvidas nos índices de morbi-mortalidade relacionados à Aids e outras DST.

A segunda está vinculada aos componentes técnicos do programa (vigilância epidemiológica, assistência, prevenção e componente inovador) agrupados a critérios pactuados - acesso, qualidade, efetividade e satisfação do usuário.

Esses critérios agregam indicadores de produtos e resultados esperados para cada dimensão da avaliação - implantação (acesso e qualidade), desempenho (efetividade) e impacto.

4.2 Sobre o conceito de monitoramento

Waldman (1988) apresenta o termo monitoramento com múltiplos significados: “acompanhar e avaliar”, “controlar mediante acompanhamento”, “controlar e às vezes ajustar programas”, “olhar atentamente, observar ou controlar com propósito especial”.

Para este autor, a multiplicidade de significados que o termo monitoramento apresenta e a freqüente utilização, como sinônimo de vigilância, pode estar relacionada à *“imprecisão dos objetivos, metodologia e critério de avaliação de seu desempenho”* ou à sua *“recente incorporação no campo da saúde ou mesmo a utilização, mais ampliada, por outros campos do conhecimento”*.

A despeito das inúmeras definições que cercam o termo, Waldman chama a atenção para o que considera que uma atividade, de caráter contínuo, deva obrigatoriamente contemplar: *“coleta de dados, análise regular dos dados e ampla disseminação dos dados a todos que deles necessitem”*.

No campo da saúde pública, segundo Last (1988), monitoramento pode ser definido como:

- elaboração e análise de mensurações rotineiras, através das quais seja possível detectar mudanças no ambiente ou no estado de saúde de comunidades.
- medição contínua do desempenho do serviço de saúde ou dos profissionais, ou, até mesmo, do grau de adesão dos pacientes às recomendações recebidas para os cuidados com a saúde.
- supervisão contínua da implementação de uma atividade com o objetivo de garantir que a liberação de recursos, os esquemas de trabalho, os objetivos a serem atingidos, estejam sendo processados de acordo com o planejado.

Para Hartz (2000) a análise continuada dos sistemas de informação, acompanhando procedimentos, produtos e situações de saúde, define o monitoramento.

No presente estudo, assume-se como definição de monitoramento aquela apresentada pela Unidade de Avaliação do PN DST/Aids (2005):

“O Monitoramento acompanha rotineiramente informações prioritárias sobre um programa e seus resultados esperados; acompanha os custos e o funcionamento do programa; provê informações que podem ser utilizadas para a avaliação de programas.”

Muitas dessas informações serão essenciais para orientar os desenhos de futuras avaliações, ainda que não seja possível apenas com o acompanhamento sistemático de dados entender todas as nuances que envolvem o interesse e o compromisso com a produção do trabalho em saúde. Ainda assim, são imprescindíveis para nortear processos de implantação e consolidação de novas práticas nos serviços de saúde (Felisberto, 2004).

O objetivo, portanto, é acompanhar o nível de operacionalização da intervenção e comparar, em certa medida, “as características da intervenção planejada com as da intervenção realmente implantada”. Para tanto, é necessário antever o desenho da intervenção e identificar através de um “modelo” as relações entre seus componentes.

4.3 Sobre os modelos lógicos

Para Hartz (2000), “a questão fundamental, na atribuição de efeitos ou resultados a uma intervenção ou ações programáticas de saúde, é a necessidade de modelos teóricos ou causais previamente construídos”.

O uso de modelos teóricos tem sido incentivado, não só por propiciarem um entendimento mais claro entre o problema identificado e a intervenção proposta, mas também da articulação desejável entre produtos e resultados esperados dessa intervenção, além de orientar a definição dos indicadores necessários ao acompanhamento do seu desenvolvimento.

Com vistas ao aprimoramento de suas ações, o PN DST/Aids adotou o uso de modelos teóricos para implementação da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação (PNM&A, 2005). Para fins operacionais, são apresentadas duas concepções: o Modelo Lógico do Programa (MLP) e o Modelo Teórico de Avaliação (MTA).

O primeiro elucida as relações entre o problema e as ações necessárias para seu controle ou erradicação e tem como base conceitual o *Framework for Program*

Evaluation in Public Health estabelecido pelo *Center for Diseases Control and Prevention* - CDC (1998,1999).

O segundo - MTA - especifica os passos necessários para a avaliação, ao definir os dados a serem coletados, os critérios para comparação de indicadores, os modos de divulgação dos achados e as recomendações da avaliação, em função da pergunta avaliativa. Segundo o PNM&A, essa matriz pode ser utilizada tanto para as avaliações normativas (quando os resultados obtidos são comparados a padrões de boas práticas), quanto para aquelas onde se busca associar os efeitos obtidos à intervenção planejada.

Na concepção do PN DST/Aids o Modelo Lógico do Programa (MLP) preconiza a abordagem de três dimensões estratégicas: interrupção da transmissão, manejo do caso e promoção de vida com qualidade. Esta terceira dimensão representa uma primeira adaptação à matriz original do CDC. Em função da intervenção proposta, essas dimensões definem respectivamente o nível de controle ou erradicação, da regulação de futuros danos, à população, potencializados pelo problema e de garantia de qualidade de vida, com base em proposições que garantam o exercício da cidadania.

A cada uma dessas dimensões são associados os componentes técnico-estruturais relacionados ao controle do agravo ou doença em questão - a vigilância epidemiológica, a assistência (clínica, laboratorial e farmacêutica) e a prevenção. O componente inovador representa uma segunda adaptação ao modelo original do CDC e sua inclusão permitiria alojar características (temporais, dos cenários interno e externo) não previsíveis da realidade.

Figura 2 - Modelo Lógico do PN DST/Aids

Dimensão Estratégica	Componentes Técnico		Estruturais	
	Vigilância Epidemiológica	Assistência	Prevenção	Componente Inovador
Interrupção da transmissão				
Manejo de caso				
Promoção da qualidade de vida				

fonte: www.aids.gov.br/data/documents - acessado 04 de março de 2006

Os modelos lógicos permitem uma visão geral das principais dimensões e componentes relacionados ao programa (intervenção). Organizados graficamente, permitem apreciar a coerência entre o problema e as ações indispensáveis para seu enfrentamento.

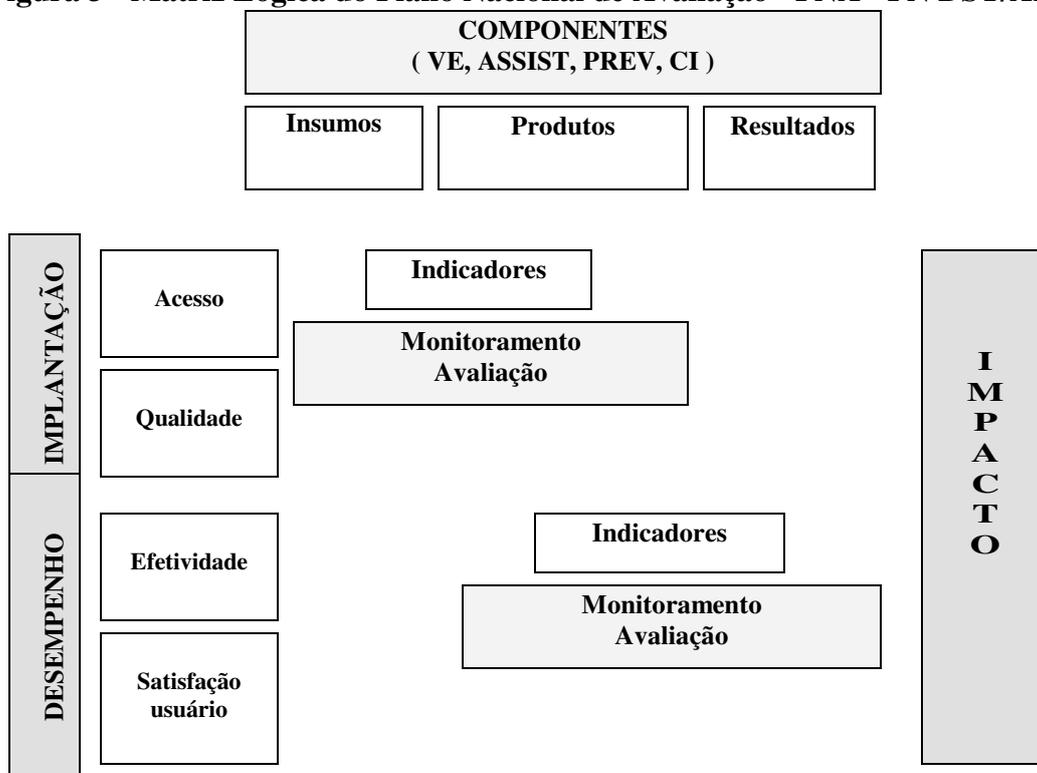
Na matriz de monitoramento e avaliação, segundo o PN DST/Aids, deverão estar agregadas “famílias de modelos lógicos”, que correspondem à estrutura dos componentes técnicos, envolvidos na intervenção.

Ainda sob a lógica deste modelo, o PN DST/Aids preconiza “que o desenho de um sistema de monitoramento ou de avaliação para cada componente técnico deve focalizar as ações que concentrem a racionalidade de controle, ou seja, aquelas que marquem as relações entre problema e solução”.

Observadas as especificidades de cada componente (modelos lógicos) definem-se as dimensões do monitoramento e avaliação - implantação e desempenho.

Para cada uma dessas dimensões, são agregados critérios específicos (acesso/qualidade; efetividade/satisfação do usuário), através dos quais os modelos lógicos de cada componente técnico serão monitorados.

Figura 3 - Matriz Lógica do Plano Nacional de Avaliação - PNA - PN DST/Aids



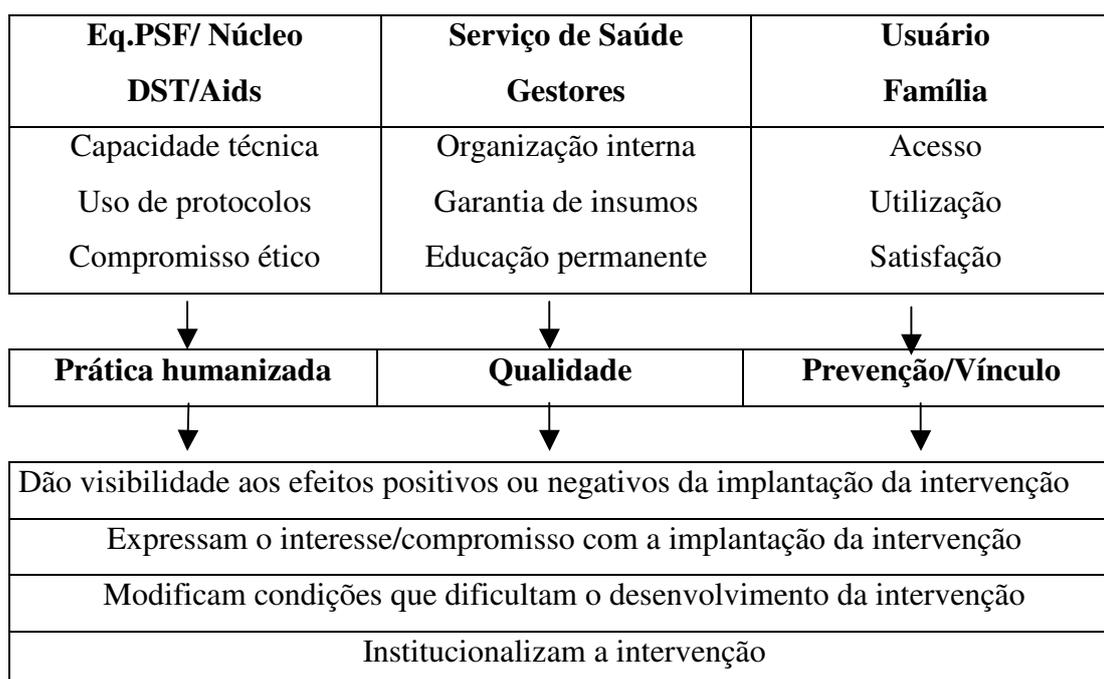
fonte: www.aids.gov.br/data/documents - acessado 04 de março de 2006

Essa forma de estruturação - avaliação em “cluster” - desenvolvida no final dos anos 80, tem favorecido o monitoramento e a avaliação de programas que “apesar de buscarem um objetivo comum, têm componentes independentes em sua operacionalização, com objetivos intermediários e modos de implementação diferenciados” (PNM&A, 2005).

A criação de um plano de monitoramento pode ser compreendida como uma ferramenta que auxilia a obtenção da qualidade da intervenção. Permite a identificação dos principais atores envolvidos na intervenção e suas responsabilidades, prioriza a qualificação das equipes técnicas para a apreensão de práticas e capacidades específicas, promove a organização do trabalho em saúde, qualificando-o e promovendo sua institucionalização. Constitui-se, também, num pré-requisito ao monitoramento dos efeitos e num valioso instrumento de gerenciamento do serviço de saúde no nível local, além de servir de estímulo ao processo de reflexão-ação-reflexão.

A figura apresentada a seguir, auxilia a identificação dos diferentes papéis dos atores envolvidos e o empenho na intervenção, em todos os sentidos: responsabilidade da gestão (estímulo ao pleno desenvolvimento do trabalho, garantia dos insumos requeridos), qualidade da ação realizada (pela sensibilidade e capacidade técnica dos profissionais de saúde) e conseqüente satisfação do usuário, traduzida com adoção de cuidados e vínculo com o serviço de saúde.

Figura 4 - Aconselhamento em HIV/Aids - Componentes/Atores/Requisitos



Os conceitos apresentados, portanto, expressam o esforço de identificar as bases teóricas que conformam a escolha de indicadores, o conceito de monitoramento e a construção do desenho mais apropriado para a intervenção, neste nível de atenção à saúde e que possa orientar e articular ações colaborativas entre sujeitos do trabalho, nas dimensões do indivíduo, da coletividade e na perspectiva do cuidado integral.

No nível da Atenção Básica fazer convergir - pois é factível - as diferentes famílias de modelos lógicos, combinando conjuntos integrados de ações que impeçam as pessoas de contraírem o vírus HIV; que impeçam os já infectados de desenvolverem Aids e de morrerem por essa causa e que garantam qualidade de vida e a saúde dos portadores e daqueles que vivem com Aids (Villela, 2003).

4.4 Sobre a utilização da abordagem de Patton

A proposta deste estudo foi a de que o processo inaugurado com a identificação da necessidade de mudança e a formulação da intervenção pudessem ser sistematicamente acompanhados e orientados, sobretudo, pelo que Patton (1997) denomina “abordagem com foco na utilização”.

Concentra-se nessa abordagem o compromisso com a melhoria do programa ou da intervenção e sua aplicação é plenamente coerente com um conjunto de circunstâncias, nas quais estão requeridas a avaliação interna e o empenho de criar uma cultura de aprendizado permanente e de desenvolvimento institucional (Santos *et al*, 2006). O que a distingue das abordagens tradicionais é o envolvimento de usuários potenciais - aqui denominados atores-chave - em todo o processo de desenvolvimento do estudo e o estabelecimento (através de negociação) da abrangência, complexidade e especificidade - dependendo do uso atribuído pelos atores - do modelo a ser criado (Patton, 2004).

Segundo Patton, a idéia de “utilidade” estaria relacionada a algumas lições aprendidas com experiências proveitosas de avaliações e baseada nos seguintes desafios:

- explicar para os atores-chave o uso intencional da avaliação.

Uso, significando o modo como os atores experimentam e aproveitam as descobertas que fazem do processo avaliativo.

- testar a realidade e indicar pacto para resultados concretos.
Obtendo evidências concretas sobre a realidade do programa/intervenção e sobre a conveniência dos resultados obtidos, indo além da intuição das observações.
- Determinar o grau de responsabilidade de cada um dos atores-chave.
Tornando claro que o comprometimento com a mudança implica, muitas vezes, em novas mudanças e que é necessário decidir em conjunto como aplicá-las.
- Na lógica da intervenção, observar e mensurar seus efeitos.
Compreendendo como ela se desenvolve é possível estabelecer medidas justas, expressivas e seguras.
- Informar os resultados amplamente, de forma que sua utilização democrática favoreça sua adoção em outras experiências.
Disseminando os achados dessa construção coletiva entre todos os atores-chave e em especial aos beneficiários da intervenção.

O que Patton destaca, com essa abordagem, é a importância da resposta dos atores ao enunciado do problema e o delineamento dos valores que escolhem para sua resolução. As escolhas que irão, em certa medida, caracterizar suas responsabilidades em utilizar as conclusões, promovendo a mudança.

O que este autor nos apresenta é a possibilidade de trabalhar com os atores-chave não somente no nível da avaliação, pois no caso deste estudo, o aconselhamento ainda precisa ser implantado - mas com o que, aqui, denominamos de etapas, de forma atuante, próxima e negociada.

O autor chama a atenção para o que denomina “receptividade situacional”, definida como a disposição do ator-chave em apontar quais os fatores que podem influenciar as etapas.

Desse modo, afirma ainda, que “*não há um modo padronizado que possa ser aplicado independentemente da circunstância ou contexto*”, sendo sempre necessário negociar e projetar o provável uso dos achados de acordo com a expectativa dos atores-chave. Portanto não existiria, na opinião do autor, um único método a ser utilizado.

Patton não advoga com essa abordagem nenhum conteúdo particular, desenho ou teoria, justificando então que o processo de negociação auxilia os atores-chave a fazer a seleção mais apropriada àquela situação-problema.

Os propósitos podem ser os mais diversos e entre tantos se destaca, principalmente, aqueles de intenção formativa - para o aprendizado, melhoria e identificação dos aspectos positivos e negativos da intervenção, principalmente a partir da perspectiva dos usuários beneficiados pela mudança - e os geradores de conhecimento (de desenvolvimento) - para a apreciação de várias experiências, que possibilitariam obter senão um, mas vários padrões de efetividade para uma determinada intervenção.

Para além dos propósitos, o autor defende a mesma lógica para a escolha do desenho do estudo (experimental, naturalista), das técnicas de coleta e análise dos dados (quantitativa, qualitativa) e também para a definição do foco da avaliação (processos, resultados, impactos).

Utilizada, neste estudo, como uma possibilidade de construção coletiva e consensuada, esta abordagem permitiria promover “*um processo para tomar decisões sobre estas questões em colaboração com um grupo identificado de usuários-potenciais focando nos respectivos usos intencionais da avaliação*” (Patton, 1997).

Portanto, pensar o monitoramento da ação de Aconselhamento num processo participativo, envolvendo passo a passo os profissionais responsáveis pela sua implementação é a base do que será descrito a seguir.

O processo formativo desencadeado é voltado sistematicamente para a construção de um sistema que equilibre diferentes interesses e capacidades, mas, que garanta um processo de gestão compromissada com a transformação ambiciosa de eliminar o preconceito e o estigma, através do provimento - à população - de serviços de qualidade e de promoção da saúde.

V METODOLOGIA: o caminho percorrido

Para que os objetivos do estudo fossem atingidos, foi importante a escolha de procedimentos que tornassem possível a execução das diferentes etapas de desenvolvimento deste trabalho.

Entretanto, *o como*, não pode prescindir da explicitação de alguns conceitos que permitem compreender os elementos que constituíram e orientaram, teoricamente, a construção do modelo local e da abordagem utilizada junto aos atores para sua (re) construção, baseada na reflexão sobre esses novos conceitos e na possibilidade de aproximá-los às práticas e atitudes profissionais do dia-a-dia.

Foi utilizada, tanto a abordagem qualitativa - que melhor permite reconhecer situações particulares, valores e expectativas dos atores sociais envolvidos, assim como a realidade social e institucional na qual estão inseridos - quanto à abordagem quantitativa, que permitiu consolidar dados relevantes ao processo de reflexão dos atores e selecionar indicadores adequados e necessários para compor a proposta preliminar do Plano de Monitoramento.

As etapas que, mais diretamente, envolveram os atores-chave foram registradas por escrito e em áudio com o consentimento prévio dos participantes, de modo a garantir fidedignidade das opiniões e relatos.

Dessa forma, os procedimentos explicitados a seguir, distinguiram as diferentes etapas de construção do estudo.

Caracterização dos contextos

Os procedimentos adotados, nesta etapa, envolveram o **levantamento documental**, a **observação participante** realizada no período desse estudo e a **observação sistemática** proporcionada pela inserção profissional no serviço.

Essa caracterização favoreceu a identificação dos atores e setores do serviço que eram estratégicos para o desenvolvimento da intervenção. Foi possível, a partir daí, estabelecer uma ordem de prioridades para o desencadeamento do processo de discussão sobre a construção do plano de monitoramento.

Para a caracterização do **contexto social de Manguinhos**, foram utilizados dados da Secretaria Municipal de Urbanismo/RJ, apresentados no relatório de Notas Técnicas n^{os} 8 e 9 do Plano Estratégico da Cidade do Rio de Janeiro - 2001/2004.

Para a caracterização da **conformação institucional do CSEGSF**, foram feitas consultas à chefia e as coordenações mais diretamente ligadas à gestão do serviço.

No que diz respeito à caracterização do **contexto de organização do trabalho do Núcleo de DST/Aids**, os dados apresentados foram apurados a partir de relatórios de trabalho e de publicação específica – Porto (2002) - sobre a criação e implantação desta experiência no nível local.

Agregou-se a esta caracterização o Modelo Lógico das Ações do Núcleo, formulado em 2004 e que representou a primeira sistematização das atividades desenvolvidas no trabalho com Aids no CSEGSF, dentro da concepção teórica sobre os modelos de programa para controle de doenças endêmicas.

Em relação ao **contexto de organização do trabalho das equipes do PSF** as informações obtidas tiveram origem na abordagem direta a responsável pela supervisão das equipes, na consulta dos dados da pesquisa promovida por Gribel (2005) e na observação e contato diretos com os diferentes profissionais deste programa.

Caracterização da demanda da testagem anti-HIV

O objetivo nesta etapa foi o de compor uma **base de evidências concretas** sobre a realidade da prática do Aconselhamento que vem sendo desenvolvida no CSEGSF.

Para tanto foi efetuada uma **investigação exploratória** sobre a demanda para a testagem anti-HIV, através da qual foi possível conhecer o perfil, a procedência e as principais características clínicas da população que utilizou o serviço no período selecionado, além dos procedimentos utilizados pelos profissionais nos momentos anteriores e posteriores à realização do exame.

Essa investigação - promovida simultaneamente às outras etapas deste estudo - possibilitou reunir informações fundamentais que orientariam a discussão com os atores durante o processo de desenvolvimento do plano, especialmente no momento da oficina de consenso.

Os dados foram consolidados a partir do livro de registros desse teste sorológico existente no Laboratório de Análises Clínicas, Ensino e Pesquisa (LADEPE) no período de 01 de julho de 2004 a 30 de junho de 2005 e a análise foi auxiliada pelo programa eletrônico EPI-INFO.

Além de contar com recursos humanos capacitados para esta técnica específica e os equipamentos necessários ao seu processamento, o LADEPE adota as recomendações do PN DST/Aids, que regulamentam o diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV, através da Portaria nº 59/GM/MS de 28 de janeiro de 2003.

O exame vem sendo oferecido a toda e qualquer pessoa, cadastrada ou não no CSEGSF, moradora de qualquer área do Município/ Estado do Rio de Janeiro, com prioridade para o morador de Manguinhos sem agendamento prévio, de segunda a sexta-feira das 8 às 15 horas.

No CSEGSF, as solicitações para o teste anti-HIV podem ser feitas não só a partir da demanda do usuário como também por recomendação de qualquer profissional capacitado para o aconselhamento.

Desenvolvimento do processo de elaboração do plano de monitoramento

Compreendendo a proposta de Patton, como um **processo compartilhado** de construção, essa etapa foi desenvolvida a partir de **encontros** com diversos **atores** identificados no serviço. Ao mesmo tempo, contou com o apoio das informações levantadas nas etapas anteriores.

Junto aos atores-chave - considerados aqui como aqueles elementos, que por sua posição, ação ou responsabilidade tem maior capacidade de decisão e influência - os encontros foram orientados por duas finalidades básicas: envolver e comprometer esses atores com a idéia, com o processo de desenvolvimento da proposta e delinear o grau de responsabilidade de cada um com a efetivação da sua aplicação prática.

Desse modo, a descrição dos encontros foi dirigida no sentido de registrar as expectativas, intencionalidades e receptividade dos atores à proposta do estudo; da compreensão que tiveram acerca das representações esquemáticas que foram apresentadas (como recurso gráfico e de síntese); da discussão que empreenderam sobre os novos conhecimentos obtidos; da conseqüente pactuação que foi estabelecida em cada oportunidade de debate e da necessária reconstrução da lógica da intervenção a ser monitorada, pois foi imprescindível incorporar elementos ao desenho desse plano a partir dos registros das opiniões, dúvidas e críticas que foram apresentadas.

Dessa forma, o **primeiro encontro** com a chefia do serviço - ocorrido, ainda, no momento de concepção do projeto do estudo - permitiu, em função do cenário de Manguinhos, mostrar a importância da proposta, entender com ela seria percebida e recebida, estabelecer o ponto de partida para a construção de uma agenda de discussões na medida do desenvolvimento do projeto e identificar os atores mais relevantes que deveriam ser envolvidos nesse processo.

Com os primeiros atores identificados, o **segundo encontro** permitiu contextualizar o problema identificado, tornando claro sua relação com a proposta formulada, refletir, com base nas atividades que já vinham sendo desenvolvidas no

serviço pelo Núcleo DST/Aids, aquelas que mais se aproximariam do possível trabalho do PSF e quais deveriam ser priorizadas.

A utilização dos esquemas que representavam o Contexto Organizacional do CSEGSF, o contexto de organização do trabalho do PSF em Manguinhos e das ações do Núcleo DST/Aids, favoreceu a compreensão sobre o esquema da integração do trabalho entre as duas equipes focado no Aconselhamento e indicou elementos para reconstruir a lógica da intervenção a ser monitorada.

Para o **terceiro encontro** foi fundamental a construção do modelo lógico da ação de aconselhamento, e que representou a primeira aproximação com o foco principal do estudo.

Foram sistematizadas nesse desenho as atividades mínimas, preconizadas pelo PN DST/Aids (2003) para o trabalho de aconselhamento na rede básica.

A especificação dos insumos, produtos e efeitos esperados do desenvolvimento da ação possibilitou - no processo de discussão - o conhecimento, o entendimento e a apropriação desse instrumento pelos atores.

A elaboração desse modelo, indicada pelo encontro anterior e sua discussão, dessa vez com um grupo ampliado de atores - Grupo Gestor - permitiu identificar preocupações e interesses na delimitação do trabalho do PSF com a temática do HIV/Aids no âmbito da Atenção Básica e agregar sugestões para - mais uma vez - refazer o desenho da intervenção e constituir as primeiras definições sobre o monitoramento do aconselhamento, através do mapeamento de indicadores qualitativos e quantitativos.

Nesse ponto de desenvolvimento do processo de elaboração do plano, a formulação do que foi denominado o **modelo local de intervenção e da proposta de monitoramento** constituiu-se em etapa intermediária, entre o terceiro encontro e o momento da oficina de consenso.

Tanto o modelo quanto o conjunto de indicadores representaram, sobretudo, produtos que emergiram do processo de discussão com os atores nos três primeiros encontros.

Entretanto, houve necessidade de uma nova consulta teórica que fundamentasse o conceito de qualidade de uma intervenção com essas características e que orientasse a formulação dos indicadores. Foi necessário, ainda, incorporar alguns achados que a análise da caracterização da demanda da testagem anti-HIV possibilitou obter e que refletiram, em certa medida, momentos constitutivos do processo de trabalho que compõe o esclarecimento sorológico da infecção pelo HIV.

No último encontro, nomeado como **oficina de consenso** os atores envolvidos na implantação da ação deveriam, apreciar, criticar e incorporar ao desenho proposto e ao conjunto de indicadores formulados, suas contribuições, promovendo o aprimoramento do modelo da intervenção local e o consenso sobre as principais medidas que tornassem viável o monitoramento de cada componente técnico.

A simples identificação dos participantes já exigiu algum consenso: do PSF, além da supervisora, foram convidados médicos e enfermeiros e essa priorização se justificou em função da organização interna que as equipes estabelecem para o trabalho com o aconselhamento e a testagem para o HIV para os usuários de cada uma das comunidades de sua área de cobertura.

Do CSEGSEF, foram incluídos todos os primeiros atores-chave - o grupo gestor e os profissionais do Núcleo de DST/Aids - e também profissionais que trabalham, com Aconselhamento há muitos anos, apesar de não estarem formalmente ligados ao trabalho do Núcleo, além de duas agentes de saúde, que trabalham com violência e que tem significativa atuação no movimento social em Manguinhos.

A lista inicialmente formada por 35 “atores potenciais”, foi ampliada para 47 participantes, pois foram incorporados os alunos do Programa de Residência em Saúde da Família, desenvolvido pela ENSP, que acompanham o trabalho do PSF nas comunidades do Parque João Goulart e de Mandela de Pedra.

A oficina envolveu momentos de apresentação da proposta, discussão plenária e trabalho em subgrupos.

Cada subgrupo contou com a presença de um “facilitador” ligado ao Núcleo de DST/Aids (organizador da oficina) e escolheu um participante para a função de relator.

O sumário da discussão pelo relator escolhido, foi apresentado, na segunda metade do dia de trabalho, e consolidado na planilha distribuída para cada componente técnico do modelo da intervenção local, representando assim o que foi valorizado e pactuado por cada subgrupo.

Por fim, cabe ressaltar que os dados foram coletados após o projeto ter sido aprovado pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP).

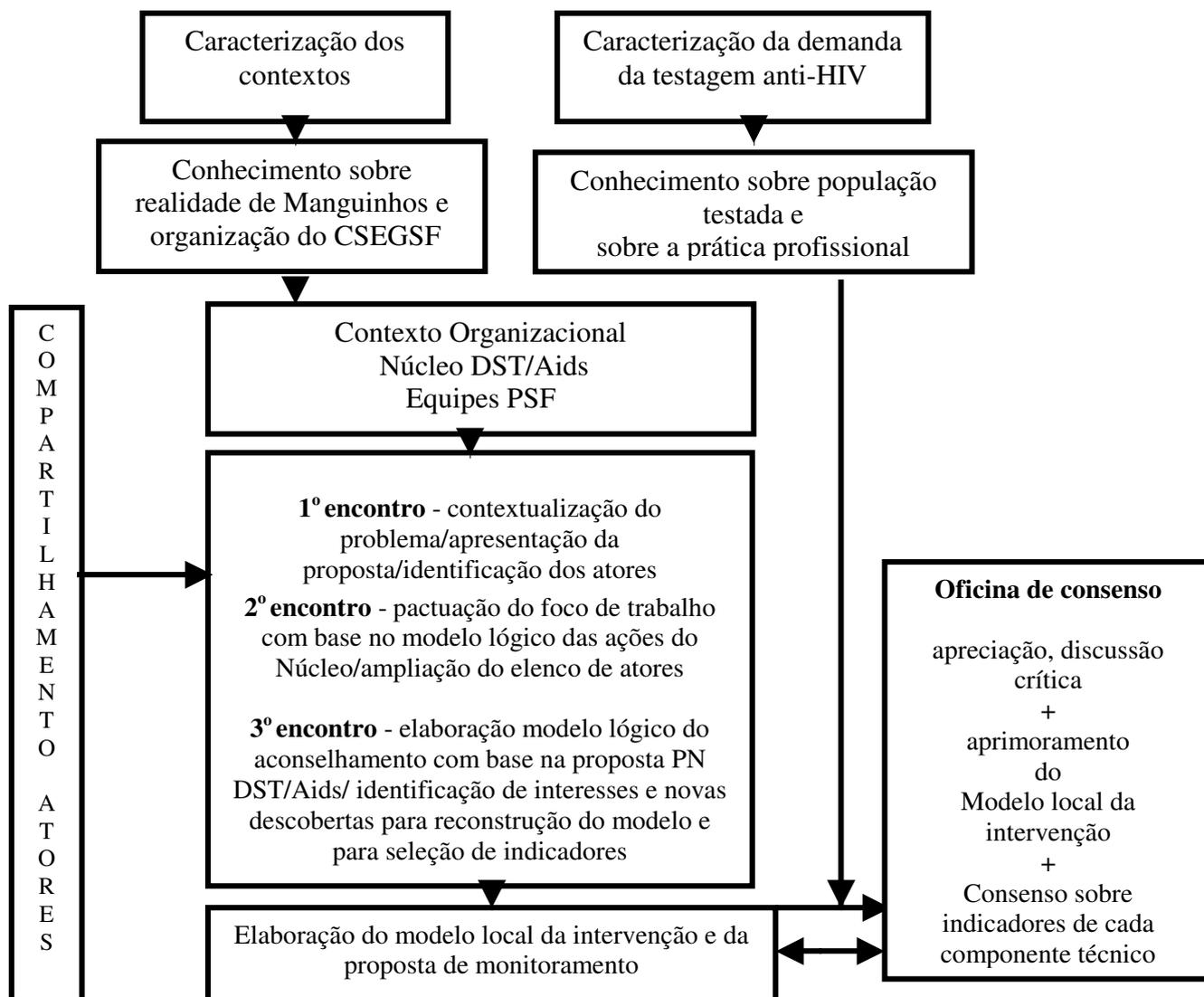
Para análise dos encontros com a chefia do serviço, com os primeiros atores-chave e com o Grupo Gestor, foram utilizados os dados provenientes dos registros escritos e gravados das reuniões.

Para a análise da oficina de consenso, foi utilizado não só o registro em áudio com também o registro escrito produzido na planilha de indicadores por cada subgrupo,

além dos dados consolidados a partir da avaliação individual sobre a metodologia adotada no evento.

Para efeito de síntese, a figura 5, abaixo, indica o caminho percorrido no desenvolvimento desse processo de construção coletiva.

Figura 5 - Processo de elaboração do plano de monitoramento



VI RESULTADOS: os efeitos obtidos

Para efeito de sistematização, os resultados de cada etapa metodológica serão apresentados em vários itens e, tanto quanto possível, na ordem em que cada etapa ocorreu. No entanto, esse processo foi desenvolvido por aproximações sucessivas e guiado pelas conclusões dos atores.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS

Cenário de Manguinhos

O bairro de Manguinhos, local de moradia de cerca de 50 mil pessoas, apresenta características indesejáveis e nada invejáveis, mas comuns a um expressivo número de comunidades faveladas da cidade do Rio de Janeiro. Situado na Zona Norte do município, entre os bairros de Bonsucesso e Benfica, é cortado pela Estrada de Ferro da Leopoldina e dois importantes rios – Jacaré e Faria Timbó.

Do ponto de vista sócio-geográfico, nessa área, formada por 15 comunidades que compõem o Complexo de Manguinhos¹, coexistem baixa renda, desemprego, violência, problemas de saúde, habitação e transporte, velhas dificuldades na educação, inexistência de alternativas de lazer e entretenimento, tudo o que, sabidamente, concorre para degradar a qualidade de vida de seus moradores.

De acordo com dados do Censo Demográfico de 2000, Manguinhos apresentou expressivo crescimento populacional de 21% na última década, podendo este dado ser um indicador de ocupação irregular do solo urbano (IBGE, 2000).

A mortalidade infantil em Manguinhos apresentou, segundo a mesma fonte, taxa muito acentuada - 41 por mil nascidos vivos - em relação a outros bairros da região.

De acordo com dados da Secretaria Municipal de Urbanismo (2003) a longevidade de 57,4 anos apresenta índice considerado muito baixo em relação à média da Cidade do Rio de Janeiro.

Em comparação a outros bairros da AP3.1², a mesma fonte acima informa que Manguinhos concentra o menor número de habitantes com mais de 15 anos de estudos.

¹ Integram o Complexo de Manguinhos: Parques Carlos Chagas, Oswaldo Cruz, João Goulart Comunidades Nelson Mandela, Samora Machel, Mandela de Pedra, Monsenhor Brito, Conjunto Habitacional Provisório 2, Vila São Pedro, Vila União, Vila Turismo, Comunidade Agrícola de Higienópolis, Comunidade da CONAB, Ex-Combatentes e Área Urbana.

² O Rio de Janeiro é dividido em 10 Áreas Programáticas (AP). As APs são divididas em Regiões Administrativas (R.A), que, por sua vez, são compostas por vários bairros. A Área de Planejamento 3 – AP 3 – foi subdividida em AP3.1, AP3.2, AP3.3. A AP3.1 foi dividida nas Regiões Administrativas X, XI

A taxa de alfabetização é de 82%, bastante inferior às taxas médias dos outros bairros e a população com escolaridade superior é de cerca de 3%.

Também apresenta um dos maiores índices de domicílios que detêm as menores rendas médias da região (em torno de dois salários mínimos).

Acaba, mediante esses e outros dados, por ocupar a 155^a colocação no Índice de Desenvolvimento Humano/ RJ numa análise³ que incluiu 161 bairros da cidade.

Junto a antigos problemas como a falta de saneamento básico e a grave degradação ambiental, acrescentaram-se outros - como a Aids -, o aumento da incidência do uso indevido de drogas e a intensificação do narcotráfico, com todas as implicações para a vida e as relações da comunidade, influenciando desde o comportamento individual no espaço da família até a intimidação coletiva, gerando medo, ansiedade, estresse, cooptação e desestruturação da frágil organização comunitária local, no caso das drogas, bem como estigma e preconceito – que continuam fortemente presentes – em relação aos moradores soropositivos.

A Aids atinge, atualmente, as camadas mais pobres da população onde estão estampados, ao lado do desinteresse na conquista do bem coletivo, o empobrecimento generalizado e a dificuldade crescente em manter direitos individuais.

Contexto Organizacional do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria

A missão do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria é constituída de um tripé definido nas áreas de assistência à saúde à população moradora em Manguinhos, ensino e pesquisa em Saúde Pública.

Como departamento da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, o CSEGSF tem desenvolvido metodologias de novos modelos assistenciais e servido de campo de prática para alunos de graduação e pós-graduação de diferentes áreas de conhecimento.

Além da consulta médica ambulatorial nas clínicas básicas e de algumas especialidades, possui laboratório de análises clínicas e sedia, há cinco anos, o Programa de Saúde da Família.

A organização do CSEGSF está representada no organograma a seguir.

A chefia do Centro de Saúde está apoiada diretamente nos Serviços de Documentação e Informação em Saúde (SEDIS) e de Administração (SAD), além de três Coordenações - Ensino e Pesquisa, e Assistência.

e XX, XXIX e XXX cujos bairros são Ramos, Penha, Ilha do Governador, Complexo do Alemão e Complexo da Maré respectivamente. Manguinhos faz parte da X RA.

³ Relatório de Desenvolvimento Humano do Rio de Janeiro. Retratos do Rio, O Globo, 12/05/01.

A Coordenação de Ensino e Pesquisa responde pelos cursos e projetos de pesquisa desenvolvidos no serviço e tem progressivamente, interagido com a Coordenação de Ensino da ENSP, particularmente no âmbito do ensino lato sensu.

A Coordenação de Desenvolvimento Comunitário estabelece a relação do centro de saúde com a comunidade e as ações intersetoriais, que vez por outra, são demandadas pela direção da ENSP ou pela Coordenação de Projetos Sociais da FIOCRUZ.

A Coordenação de Assistência é responsável direta pela organização do atendimento à população, não só com as consultas dos diferentes profissionais, como também o apoio diagnóstico, a assistência de enfermagem e o setor de Vigilância Epidemiológica, ainda que cada um desses serviços tenha um responsável direto com autonomia para estabelecer um esquema próprio de organização do trabalho.

No caso da Vigilância Epidemiológica, cumpre ressaltar que este setor trabalha articulado ao Centro Municipal de Saúde Américo Veloso (CMS - Ramos/SMS - RJ), não só para organização das campanhas anuais de multivacinação como também para executar as ações de investigação e controle epidemiológico da região.

Por não dispor de um setor próprio de epidemiologia, o CSEGSF através do serviço de enfermagem, organiza o recebimento das vacinas e dá conhecimento aos profissionais sobre os informes técnicos que a SMS eventualmente elabora e que normatizam o uso de alguns imunobiológicos.

Estão também ligados à Coordenação de Assistência, os núcleos de ações específicas - DST/Aids, Saúde do Idoso (PASI), Direitos Humanos (NEDH), Práticas Naturais (NUPNS), Alimentação e Nutrição (CECAN), Dependência Química (NUDEQ), Comunicação em Saúde (NAECOS) e o Programa de Saúde da Família (PSF). A exceção do PSF, cada um desses núcleos conta com uma coordenação e pode, por critérios da equipe, estabelecer parcerias com outros departamentos da ENSP ou com entidades representativas da área.

A mediação do relacionamento, no nível local, entre o PSF e o CSEGSF é feita pela supervisora das equipes e acompanhada pelo Grupo de Apoio Técnico (GAT), que foram criados e estruturados nas Coordenações das Áreas Programáticas (CAPs) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RJ) e cuja função é oferecer suporte técnico ao trabalho das equipes de PSF.

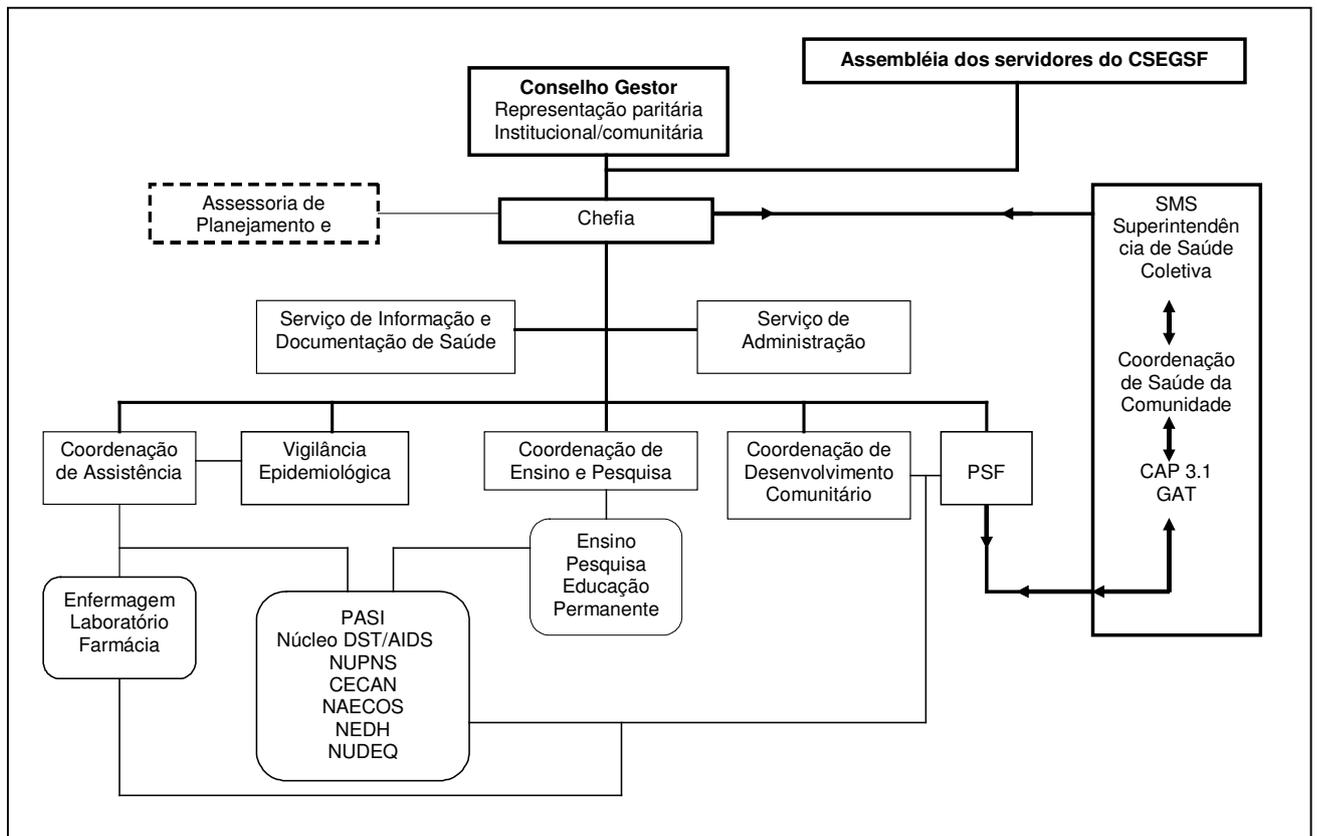
Estão presentes, ainda, neste esquema, como instâncias deliberativas a assembléia geral dos servidores do CSEGSF, eventualmente convocada em situações emergenciais, e o Conselho Gestor.

Esse conselho tem composição paritária e que inclui 06 representações institucionais (gestor do CSEGSF, representantes dos trabalhadores e da ouvidoria do CSEGSF, da CAP 3.1, da Funlar/CEMASI/SMAS-RJ e do CRE local) e 06 representações comunitárias (do grupo de dependência química, do grupo de idosos, de duas associações de moradores da região, da ONG CCAP e da Associação de Mulheres e Amigos de Manguinhos).

Os representantes desse conselho reúnem-se mensalmente, segundo convocação da chefia do serviço, e frequentemente as reuniões não contam com a presença de todas as representações. Há grande absenteísmo, particularmente, entre os representantes institucionais externos ao CSEGSF.

Entre os representantes comunitários a discussão dos problemas da gestão do serviço ainda é incipiente. Predominam as discussões que envolvem reivindicações específicas para melhoria das condições de atendimento para os grupos populacionais que estão representados no conselho.

Figura 6 - Contexto Organizacional do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria ENSP - FIOCRUZ



Contexto Organizacional do Núcleo DST/Aids

O Núcleo de DST/AIDS do CSEGSF, criado em 1996, acompanha atualmente cerca de 250 pacientes, entre portadores do vírus e doentes de Aids, homens, mulheres e crianças de ambos os sexos, neste último caso até a confirmação do diagnóstico sorológico quando então são encaminhadas – caso sejam portadoras do HIV – a um serviço de maior complexidade de assistência.

O grupo de trabalho, constituído como equipe multidisciplinar, é formado por 04 profissionais médicos (incluindo uma médica voluntária colaboradora nas atividades de promoção à saúde e com experiência em dependência química), 01 assistente social, 01 psicóloga, 01 enfermeira e 02 agentes de saúde, remanescentes do Projeto de Saúde Comunitária desenvolvido no CSEGSF entre 1987 e 1993.

No conjunto de pacientes soropositivos acompanhados, o que se observa, com relação à maioria, é a existência de uma série de limitações que são anteriores à contaminação e que se somam àquelas impostas pela doença e as agravam.

Baixa escolaridade, desemprego, falta de habilitação para o trabalho, dependência química. Mulheres chefes de família que não têm companheiros e homens que estão sozinhos, criando os filhos. Filhos que já não têm pai ou mãe. Órfãos que a Aids gerou se juntando aos órfãos sociais que o sistema não pára de fabricar (Porto, 2002).

Para além do compromisso com a assistência clínica, a proposta do Núcleo é criar oportunidades de discussão entre o serviço de saúde e a comunidade que o utiliza, sensibilizar os profissionais de saúde e envolvê-los num trabalho permanente, estimular a formação de grupos de ajuda e solidariedade e explorar melhor o potencial de recursos existentes dentro da FIOCRUZ no trabalho de combate à Aids.

Sob a ótica da Promoção da Saúde, a equipe acrescenta a essas proposições a busca de um melhor modelo de assistência, cuja tradução cotidiana é uma boa prática em saúde e para tanto tem procurado, associar o benefício da ação clínica – que exige conhecimento científico e técnica apurada – ao da ação sanitária, que exige, por seu lado, o reconhecimento de que a saúde ou sua ausência expressa o resultado de múltiplas determinações.

Desse modo, a equipe vem promovendo algumas iniciativas para o desenvolvimento local, dirigidas à adoção de práticas de cooperação e solidariedade entre o CSEGSF e a comunidade de Manguinhos.

Vem, ainda, experimentando e valorizando novas formas de trabalho que propiciem a reflexão e sensibilização da população e dos profissionais de saúde, no contexto de ações educativas, comunicativas e transformadoras em saúde.

Esse é um desafio permanente, pois implica na revisão de antigos conceitos e suas metodologias, e a obtenção de recursos para implementação de novas atividades, sem prejuízo das antigas tecnologias.

Verificou-se, que o Núcleo de DST/Aids organiza o trabalho de forma a estabelecer atividades em todas as três dimensões - interrupção da transmissão, manejo dos casos, promoção da qualidade de vida - que são preconizadas para prevenção e controle de doenças endêmicas.

Essa sistematização, entretanto, só ocorreu em 2004, em função do conhecimento adquirido sobre a teoria de avaliação de programas e na qual a descrição das atividades realizadas por cada componente técnico tem especial importância.

Desse modo, o Modelo Lógico das Ações do Núcleo (ANEXO 6) ilustra o modo como as atividades são organizadas dentro do CSEGSF e aponta, ainda, aquelas em que há necessidade de acionar os mecanismos de referência para outros serviços especializados.

A título de uma descrição mais detalhada, foram assinaladas no quadro 2 as dimensões estratégicas e os componentes técnicos que se relacionariam mais diretamente com a proposta do estudo.

Nas duas dimensões selecionadas - Interrupção da Transmissão e Promoção da Qualidade de Vida - foram destacados os componentes de Vigilância Epidemiológica, Assistência Clínica e Laboratorial e Prevenção.

Na primeira dimensão as ações dos diferentes componentes se concentram no aconselhamento pré e pós-teste, no diagnóstico sorológico da infecção, nas atividades educativas e de prevenção junto a grupos programáticos do serviço e nas comunidades, no cadastramento para dispensação regular de preservativos e nas atividades que se relacionam com a sensibilização dos profissionais do serviço para adoção de normas de biossegurança.

Na segunda dimensão estão organizadas aquelas atividades que, dependendo do componente técnico, promoverão à notificação dos casos sorologicamente confirmados, ações de suporte ao acompanhamento clínico e laboratorial dos usuários soropositivos e de apoio para adesão ao tratamento medicamentoso, além das atividades promotoras da solidariedade, como o Bazar, de representação no Conselho Gestor e de geração de renda, com no exemplo da Oficina Artesanal.

Quadro 2 - MODELO LÓGICO DAS AÇÕES DO NÚCLEO DST/Aids

Dimensão	Componentes			
	Vigilância	Assistência Clínica	Laboratorial	Prevenção IEC
Interrupção da Transmissão	Investigação dos casos de testes HIV+ para posterior confirmação Visita domiciliar para VDRL alterado e HIV+ sem retorno para resultado	Aconselhamento e testagem: gestantes, dependentes químicos, casos TB, DST, violência sexual, acidentes c/ material biológico, demanda espontânea, apoio psico-social, orientação para redução riscos e danos, disponibilização de AZT para gestantes HIV+	Realização do teste anti-HIV conforme fluxograma indicado pelo MS de todas as pessoas que recebem aconselhamento Registro de todos os testes realizados	Ações educativas, distribuição material informativo, campanhas, cadastro preservativo, Camelô Educativo, gr. anticoncepção, capacitação prof. serviço, sensibilização p/biossegurança
Promoção da qualidade de vida	Acompanhamento das notificações por cada sub-área ou comunidade para análise de iniciativas locais de intervenção, retroalimentação dos dados aos profissionais de saúde	acompanhamento e tratamento racional. redução do stress e ansiedade tratamento das intercorrências referência a serviços especializados referência para garantia do parto de gestantes HIV+ e internações casos graves apoio legal e orientação quanto a direitos, conquistas, benefícios desenvolvimento vacinas	presteza e qualidade dos exames realizados capacidade de resposta a situações emergenciais afirmação do acesso e fluxo para realização do exame de genotipagem	Envolv. Trat. desenv. pessoal repres. Conselho Gestor Bazar Solidariedade Oficina Artesanal Ass. Mulheres e Amigos do Complexo de Mangueiros ações contra preconceito e discriminação polít públicas

O aconselhamento é realizado por todos os profissionais da equipe do Núcleo, a despeito da menor dedicação dos médicos a esta atividade. Conta-se, ainda, com uma agente de saúde, vinculada à vigilância epidemiológica que realiza o aconselhamento demandado do setor de triagem do CSEGSF.

Existe ainda uma agenda própria para o aconselhamento, que pode ser utilizada por qualquer outro profissional (que não realiza esta prática) caso o usuário demande fazer o teste anti-HIV no CSEGSF.

Há, ainda, mecanismos próprios da equipe para absorver a demanda diária para o aconselhamento, caso haja uma necessidade mais imediata para realizar o exame.

O momento pré e pós teste, em geral, são realizados pelo mesmo profissional.

A consulta clínica, no caso do teste positivo, é agendada com profissional médico capacitado para o manejo do caso e de acordo com a decisão do usuário em fazer o acompanhamento neste serviço. Caso contrário, um outro local de referência é identificado para acompanhamento e tratamento.

A situação contrária também ocorre, pois o acompanhamento clínico e laboratorial é assegurado aos usuários não moradores de Manguinhos, que realizaram o teste anti-HIV no CSEGSF e que por múltiplas razões não desejam ou não podem se vincular aos serviços da rede pública, próximos ao seu local de moradia.

Os profissionais do Núcleo têm buscado estabelecer um trabalho integrado, interna e externamente. Dentro do CSEGSF, com os diferentes grupos de trabalho (particularmente com o Núcleo de Dependência Química (NUDEQ) e com o PSF) e setores (farmácia, laboratório, enfermagem, imunização, saúde mental, vigilância epidemiológica). Externamente, procurou estabelecer a relação do serviço com a SMS (Gerência de DST/Aids da Coordenação de Doenças Transmissíveis) e com outras unidades, laboratórios, pesquisadores, dentro do próprio *campus* da FIOCRUZ.

Do mesmo modo, tem procurado responder às demandas de atividades educativas e de prevenção ao HIV, que surgem de alguns grupos comunitários e associações de moradores da área, além do trabalho com o Camelô Educativo⁴, que em sua implantação no Parque Oswaldo Cruz se revelou uma estratégia de prevenção com boa aceitação popular.

Com o PSF, o Núcleo também promoveu vários momentos de discussão, seja para orientar os novos profissionais quanto à organização existente no CSEGSF para o aconselhamento e para a testagem anti-HIV e também para esclarecer sobre o encaminhamento interno, de modo a assegurar o acompanhamento clínico, social e terapêutico, dos usuários HIV+ identificados nas áreas de cobertura do programa.

Promoveu ainda, no final de 2001, capacitação em Aconselhamento em HIV/Aids para os profissionais das equipes de Parque João Goulart e Mandela de Pedra.

⁴ Semanalmente monta-se, numa rua específica da comunidade, uma barraca de camelô que contém uma caixinha tira-dúvidas, um varal informativo para colocar as respostas das perguntas depositadas na caixa e um mural interativo com cartazes sobre DST/Aids. O anonimato e o sigilo das perguntas têm permitido a participação dos tímidos. A estratégia da “rua” tem favorecido a participação dos moradores, em especial dos homens.

Contexto Organizacional do Programa de Saúde da Família

Atualmente a área de Manguinhos contabiliza um total de 08 equipes do PSF, dando cobertura a 12 das 15 comunidades da região e que corresponde à aproximadamente 80% da população da área. .

O processo de implantação iniciado em 2000 com 02 equipes, foi ampliado em meados de 2004 com a constituição de mais 06 equipes.

No momento deste estudo, uma das equipes não contava com médico, três não contavam com enfermeiros e duas não contavam com técnicos de enfermagem.

Portanto, o total de 79 profissionais de saúde ligados ao Programa de Saúde da Família estava distribuído em 07 médicos, 05 enfermeiros, 06 técnicos de enfermagem, 56 agentes comunitários de saúde, incluindo 06 agentes que trabalham especificamente com a dependência ocasionada pelo álcool.

O trabalho desses agentes de dependência química tem proporcionado a identificação e o acompanhamento clínico e psicológico aos moradores sensibilizados para o programa de semi-internato do Centro de Saúde e desenvolvido pelo NUDEQ, além, da visita domiciliar regular aos que ainda não optaram por esta proposta de intervenção.

Este grupo de trabalho conta ainda com 04 conselheiros em dependência química, remanescentes do convênio estabelecido entre o CSEGSF e a Associação Brasileira de Saúde em Alcoolismo (ABRASA) e que dão, internamente, suporte técnico ao trabalho de captação dos usuários feito nas áreas pelos agentes comunitários de saúde.

Outros 02 agentes atuam como redutores de violência e dão suporte as 08 equipes do PSF e sua incorporação é resultado do trabalho conjunto com a ONG Criola, iniciado em 2000, e expressa a conformação, presumidamente necessária, da proposta original da constituição das equipes às necessidades locais.

Diferentemente de outros bairros do Rio de Janeiro onde o PSF foi implantado, não tem sido observada grande rotatividade dos profissionais deste programa lotados no CSEGSF.

Esta alta permanência dos profissionais das equipes em Manguinhos parece estar relacionada às características do convênio estabelecido entre a Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (FIOTEC) e a SMS que tem proporcionado valores salariais acima da média do que os estabelecidos para equipes de outros bairros da cidade.

Desse modo, apesar da conhecida vulnerabilidade do vínculo de trabalho, as equipes que desenvolvem suas atividades há mais tempo, terminam por sedimentar com mais firmeza suas ações na comunidade.

O principal motivo da ausência dos profissionais deve-se às dificuldades de seleção, quando estão implicados critérios, como a qualificação e adesão aos valores propostos pelo programa, além da carga horária de 40 horas semanais de trabalho.

Em relação ao processo de trabalho Gribel (2005) identificou que as atividades realizadas pelas equipes - a despeito das particularidades da composição descritas anteriormente - seguem as orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o programa: visita domiciliar de rotina realizada pelos agentes comunitários, visita domiciliar agendada para o médico a partir de uma demanda do agente comunitário, interconsulta - realizada pelo técnico de enfermagem para complementação das orientações dadas na consulta da enfermeira ou do médico -, atendimento individual pelo médico ou pela enfermagem, atendimento em grupos temáticos - realizados tanto no CSEGSF, quanto nas comunidades.

Segundo a autora, existem dois grandes processos de trabalho que delineiam a organização das equipes: o assistencial, comportando 27 atividades compartilhadas por todos os profissionais e o gerencial, representado por 10 atividades, concentrados nos médicos e enfermeiros.

Dentre os assistenciais 12 ocorrem no CSEGSF e 06 nas comunidades.

De acordo com a pesquisa, as atividades assistenciais realizadas nas comunidades - acompanhamento de paciente para a unidade básica, pesagem de crianças menores de dois anos, organização de eventos de promoção da saúde - são, basicamente, executadas pelos agentes comunitários.

Já as atividades assistenciais desenvolvidas na unidade de saúde - acolhimento, agendamento de consulta, atendimento individual, interconsulta e encaminhamento para grupos temáticos - estão a cargo dos outros profissionais das equipes.

Verificou, ainda, que as atividades dos agentes comunitários de saúde são, basicamente, dirigidas para a promoção da saúde.

Analisou, também, que quando são agrupados os dois macro processos de trabalho (assistencial e gerencial) os enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem são responsáveis pela maioria dos processos.

Em relação ao aconselhamento em HIV/Aids o que se observa é que apenas as duas primeiras equipes - do Parque João Goulart e de Mandela de Pedra - implantadas em 2000, foram capacitadas em 2001.

Entretanto, no registro desta atividade o que se verificou é que esta prática está restrita aos médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem dessas equipes.

Não há, pelo menos formalmente, qualquer registro de aconselhamento realizado por ACS de nenhuma das equipes. Essa observação é, em certa medida, contraditória com o interesse que as agentes comunitárias demonstraram durante a capacitação e até mesmo discordante da freqüente solicitação de orientações que fazem, junto à equipe do Núcleo, sobre como abordar o usuário que as procuram com a preocupação de uma possível infecção pelo HIV.

Alguns pacientes soropositivos são acompanhados pelo profissional médico do PSF que, atualmente, atua na comunidade de Mandela de Pedra.

Na época - após a capacitação em 2001 - essa decisão foi tomada em função da necessidade de colaborar no estabelecimento de vínculo entre os usuários e as equipes que iniciavam o acompanhamento nas áreas e também com a possibilidade desse profissional manter permanente discussão sobre os casos clínicos, com outro médico, também do PSF, com experiência em infectologia.

Observou-se ainda que, em relação a testagem anti-HIV o usuário das áreas de cobertura do PSF, ora é aconselhado pelo Núcleo, ora é aconselhado por profissionais do PSF.

Mesmo nas equipes que começaram em 2004, a solicitação do exame é feita principalmente por médicos. O Núcleo DST/Aids é acionado, no caso do primeiro resultado do teste positivo, quando então o teste confirmatório vai determinar o acompanhamento médico específico.

Não tem havido uma discussão permanente sobre como combinar, junto ao usuário soropositivo, o acompanhamento clínico específico pelos profissionais do Núcleo DST/Aids, e pelo PSF e de acordo com outras necessidades que o usuário manifesta e, portanto, não é incomum observar orientações contraditórias ou mesmo acumulativas sobre um mesmo paciente.

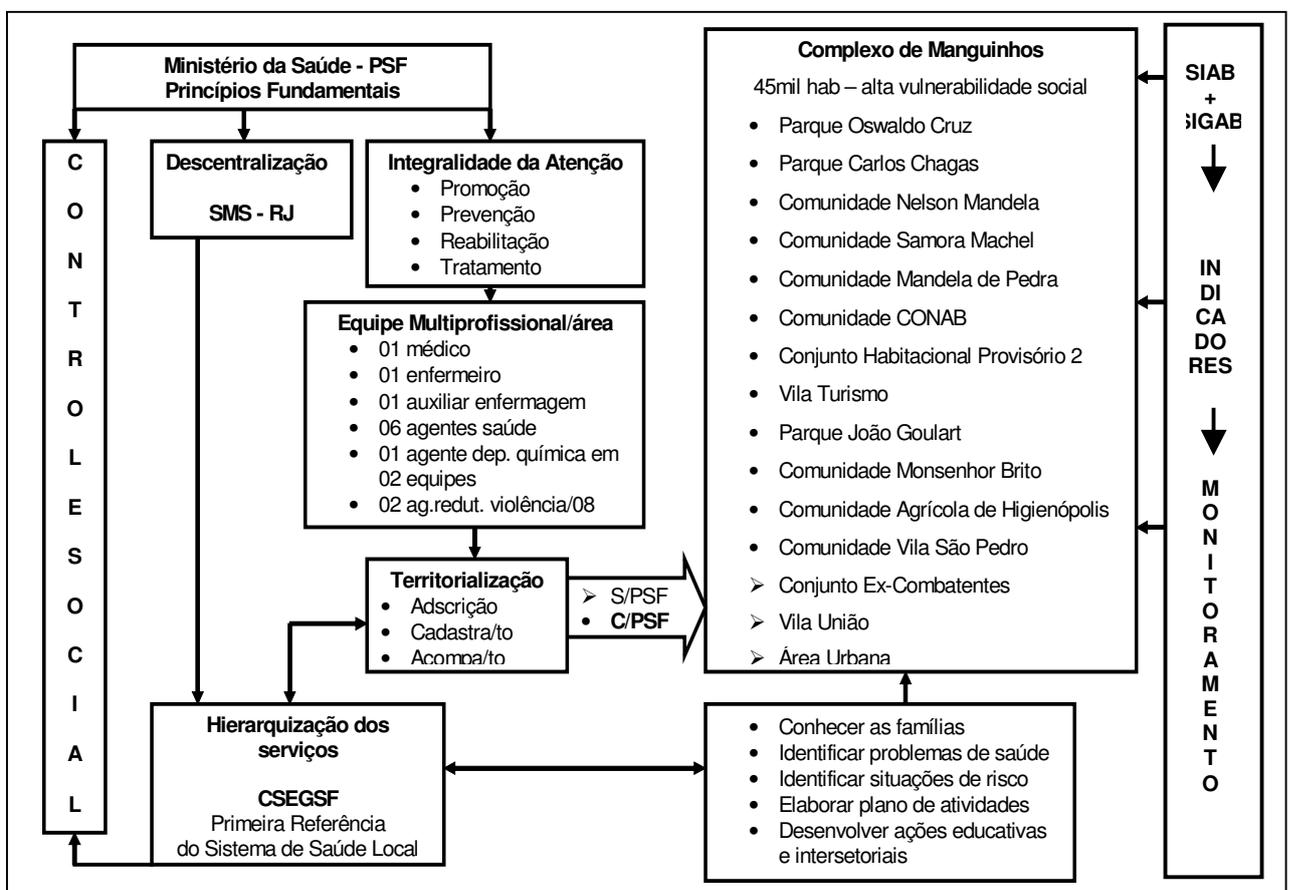
Como observa Gribel (2005) o processo de trabalho das equipes do PSF reforça o seu funcionamento como um programa, com seus componentes coesos entre si, porém pouco articulados com o CSEGSF.

Para a autora, as equipes do PSF sediadas no CSEGSF,

“caracterizam-se como do tipo “inquilina”, ou seja, funcionam instaladas em uma unidade básica de saúde, configurando-se em mais um programa dentro da estrutura do serviço de saúde. Portanto, não é um modelo em que o PSF substitui o modelo tradicional das unidades básicas”.

A figura abaixo, sintetiza o contexto de organização do PSF em Manguinhos, segundo os princípios do SUS e dos conceitos que associam o trabalho de equipes multiprofissionais, num território definido e reconhecido e no qual o processo de adscrição dos moradores é obtido através do cadastramento e acompanhamento regular das famílias e indivíduos das áreas de cobertura do programa e na clara presença do CSEGSF, como primeira referência do sistema de saúde local.

Figura 7 - Contexto Organizacional do Programa de Saúde da Família Manguinhos



6.2 CARACTERIZAÇÃO DA DEMANDA DA TESTAGEM ANTI-HIV

A título de síntese é importante frisar que parte desses dados foi apresentada aos atores no momento da oficina, buscando evidenciar o caráter de sensibilização desses achados entre os participantes e a reflexão sobre o modo como vem ocorrendo a prática diária. Entretanto, não se buscou uma discussão particularizada dessa etapa que pudesse comprometer o objetivo principal do encontro.

O caráter de julgamento - inevitável em investigações semelhantes - deveria ser minimizado e não estimular comparações entre um e outro conjunto de profissionais. Alguns dados considerados problematizadores para a oficina - distribuição por sexo, faixa etária, condição clínica e epidemiológica, natureza e entrega do resultado - foram apontados no sentido de favorecer a discussão e correlação com as atividades que integravam os componentes técnicos do modelo local da intervenção e da proposta de monitoramento, representada na planilha de indicadores que cada participante recebeu para consulta e análise.

Os dados apresentados a seguir, foram consolidados a partir do livro de registros de exames anti-HIV existente no Laboratório de Análises Clínicas, Ensino e Pesquisa (LADEPE), do CSEGSF, no período de 01 de julho de 2004 a 30 de junho de 2005 e o processo de trabalho que envolveu sua realização, correu paralelamente ao desenvolvimento de outras etapas do estudo.

As variáveis analisadas basearam-se nos itens que correspondem aos dados existentes no formulário próprio de solicitação da sorologia anti-HIV. Alguns são anotados pelo profissional que realiza o aconselhamento e assina a solicitação: nome, nº prontuário, idade, sexo e endereço do usuário, condição clínica observada no momento do exame (assintomáticos, tuberculose, gestante, doença sexualmente transmissível, complexo relacionado à Aids), condição epidemiológica levantada junto ao usuário (sexual, uso de droga injetável, transmissão vertical, receptor de sangue e derivados, acidente de trabalho, ignorado) e data de solicitação do exame.

Outras variáveis são registradas pelo profissional do laboratório: nº de registro de entrada do exame no livro-controle, data da coleta sanguínea, transcrição do nome do profissional que solicita o exame, resultado do exame, data que o resultado está disponível para a entrega, nome do profissional que retira o resultado, data de retirada do resultado, além das observações relacionadas à amostra sanguínea coletada (primeira segunda ou terceira amostras ou amostra hemolisada).

A partir da análise constatou-se que no período selecionado foram contabilizados 786 registros de exames anti-HIV.

Deste total, 45 registros correspondiam a usuários não moradores na área de cobertura do CSEGSF, e esse fato é plenamente explicável, pois conforme já foi mencionado, o teste não é restrito apenas ao morador de Manguinhos.

Quadro 3 - Frequência dos registros de testagem anti-HIV por área de cobertura do CSEGSF

Área de Cobertura	n	%
CSEGSF	741	94,3%
Fora de área	45	5,7%
TOTAL	786	100,0%

Fonte: LADEPE - CSEGSF - junho de 2005

O que é importante assinalar, é que o conhecimento da demanda total (interna e externa) permitiria planejar não só o quantitativo de insumos envolvidos na realização do exame, em determinado período de tempo, mas também organizar, caso necessário, o encaminhamento - para acompanhamento em outros serviços de saúde - no caso de usuários não moradores da área com resultado de exame positivo.

Do total de registros de exames realizados no período, 10,1% (80) não tinham nº de prontuário no CSEGSF assinalado. Observou-se que 44% (35) desse total representavam usuários cujo endereço pertencia a comunidades da área de abrangência do serviço de saúde. Esse achado remete a necessidade de atualização permanente dos cadastros e que pode ser viabilizado pelo PSF. A atualização favoreceria também usuários que migram internamente em Manguinhos além de contribuir para o conhecimento pelo serviço daqueles usuários, que apesar de terem prontuário no CSEGSF, já deixaram o bairro. Do ponto de vista do monitoramento, o conhecimento dessa demanda permitiria investigar sobre possíveis problemas em relação ao acesso dos moradores ao serviço de saúde.

Para efeito da análise das outras variáveis, utilizou-se como base os 706 registros de exames de usuários que tinham nº de prontuário no CSEGSF.

Esta definição foi estabelecida na perspectiva de viabilizar - em momento oportuno - outras análises a partir do prontuário clínico.

Em relação a esse universo, observou-se que 95,5% (674) foram de usuários residentes em comunidades cobertas pelo PSF e 2,5% (18) de usuários residentes em comunidades sem cobertura do programa. Usuários não residentes representaram 1,7% (12) e em 0,3% (2) não havia informação sobre o endereço da residência.

Quadro 4 - Distribuição dos registros de testagem anti-HIV por comunidade da área de abrangência do CSEGSF

Área	n	%
Monsenhor Brito (MB)*	3	0,4%
Comunidade Agrícola de Higienópolis (CAH)*	5	0,7%
Conab*	8	1,1%
Vila São Pedro (VSP)*	20	2,8%
Parque Carlos Chagas (PCC)*	29	4,1%
Samora Machel (SM)*	52	7,4%
Vila Turismo (VT)*	58	8,2%
Parque Oswaldo Cruz (POC)*	68	9,6%
Parque João Goulart (PJG)*	94	13,3%
Nelson Mandela (NM)*	102	14,4%
Conjunto Habitacional Provisório 2 (CHP2)*	117	16,6%
Mandela de Pedra (MP)*	118	16,7%
OUTROS (Vila União, Conjunto Ex Combatentes)	18	2,5%
SEM INF.	2	0,3%
Fora de Área	12	1,7%
TOTAL	706	100,0%

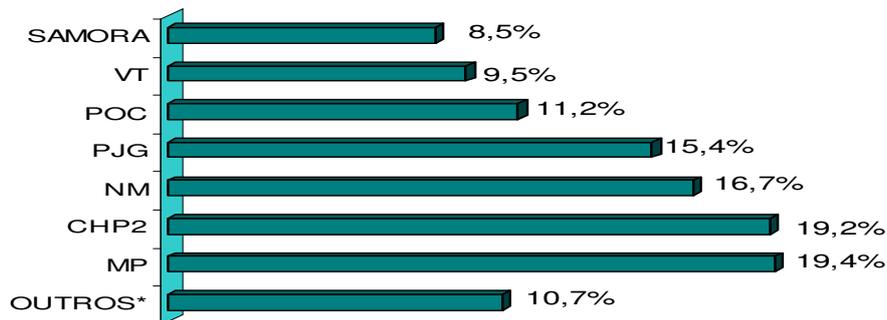
*Comunidades com cobertura do PSF
 Fonte: LADEPE - CSEGSF - junho de 2005

A análise sobre a distribuição dos 95,5% (674) dos registros de exames em áreas cobertas pelo PSF mostrou a participação de cada comunidade na testagem.

Nesse conjunto destacam-se as comunidades de Parque João Goulart (PJG), Mandela de Pedra (MP), Conjunto Habitacional Provisório 2 (CHP2) e Nelson Mandela (NM).

As duas primeiras são cobertas pelo PSF desde 2000 e suas equipes receberam pelo Núcleo DST/Aids do CSEGSF, em 2001, capacitação em Aconselhamento em HIV/Aids e isto as diferencia do conjunto. Nas duas últimas, as equipes iniciaram o trabalho em 2004 e não há relato de capacitação dos profissionais nessa temática.

Figura 8 - Distribuição dos registros de testagem anti-HIV por área de cobertura do PSF

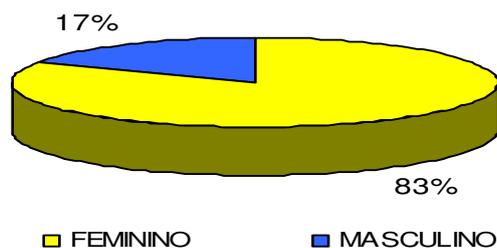


* VSP, CAH, CONAB e MB

Fonte: LADEPE - CSEGSF - junho de 2005

Em relação ao sexo, do total de 706 registros de exames de usuários com prontuário no CSEGSF, observou-se que a testagem foi majoritariamente entre mulheres. Este dado reflete o que é observado em grande parte dos serviços de saúde, o atendimento maior de mulheres do que homens, mas deve alertar para a valorização - entre os profissionais de saúde - da importante tendência da feminização que a epidemia vem apresentando.

Figura 9 - Distribuição dos registros de testagem anti-HIV por sexo



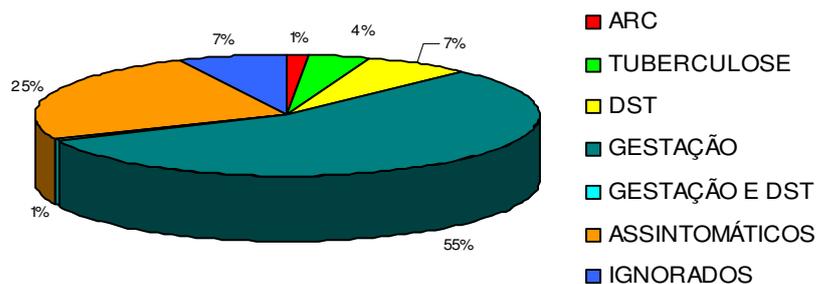
Fonte: LADEPE - CSEGSF - junho de 2005

Quanto à condição clínica assinalada, 55% (388) dos registros de exames diziam respeito à gestação como condição marcadora e em 25% (176) não havia qualquer sintomatologia e apenas 1% dos registros havia associação de gestação e DST e o complexo de sinais e sintomas relacionados a Aids (ARC).

Observou-se que o percentual relacionado à tuberculose como condição registrada foi de 7%, igual ao observado nos registros onde não havia qualquer condição

clínica assinalada. Em função da alta prevalência de casos de tuberculose em nosso meio, talvez esse dado reflita a subestimação do aconselhamento junto ao grupo de pacientes já identificados com este agravo e a necessidade de reforçar, junto aos profissionais de saúde, o conteúdo sobre a importância da co-infecção TB/HIV.

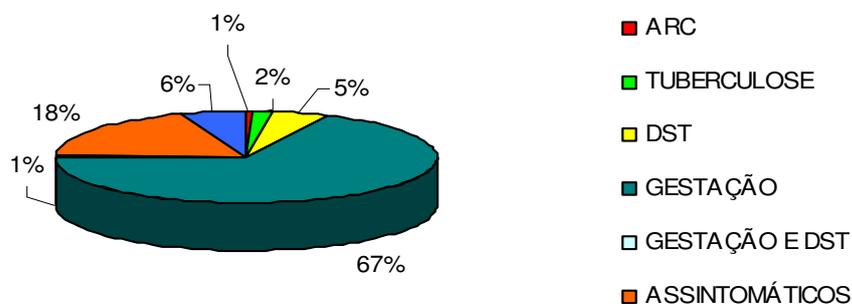
Figura 10 - Distribuição dos registros de testagem anti-HIV segundo condição clínica assinalada



Fonte: LADEPE - CSEGSF - junho de 2005

Entre mulheres, a gestação e a ausência de sintomas representam juntas, 85% das condições clínicas assinaladas contra 1% dos registros onde havia a presença de sinais e sintomas relacionados à Aids (ARC), mas é importante assinalar que em 6% dos registros não havia qualquer informação. Esses dados, influenciados pela atenção pré-natal, devem favorecer a identificação de problemas e outras necessidades em saúde no grupo feminino, seja no aspecto clínico-assistencial (associação com outras infecções, citologia oncótica) quanto nos de prevenção (acesso a métodos contraceptivos) e promoção da saúde (direitos, cidadania, trabalho).

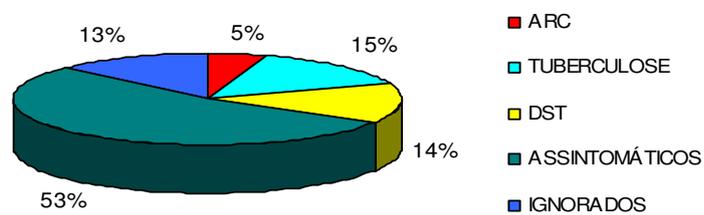
Figura 11 - Distribuição dos registros de testagem anti-HIV segundo condição clínica assinalada no sexo feminino



Fonte: LADEPE - CSEGSF - junho de 2005

Entre homens, a condição clínica não foi assinalada em 13% dos registros, enquanto as outras condições como tuberculose, DST e sintomas e sinais relacionados à Aids (ARC) representaram, juntas, 34% das condições assinaladas. Há predomínio dos assintomáticos, mas já se observa um percentual maior de usuários que apresentam problemas de saúde. Para efeito de seguimento desse grupo já adoecido, é importante buscar associação com ações e programas dentro do próprio CSEGSF, que garanta o acompanhamento individualizado e resolutivo.

Figura 12 - Distribuição dos registros de testagem anti-HIV segundo condição clínica assinalada no sexo masculino



Fonte: LADEPE - CSEGSF - junho de 2005

Em relação a condição epidemiológica, observou-se que apenas 14 (2%) dos 706 registros dos exames realizados continham alguma informação sobre a possível forma de exposição.

O achado é preocupante e pode refletir não só o caráter “rotineiro” da testagem, como também o desconhecimento dos profissionais sobre os aspectos que envolvem a percepção de risco e vulnerabilidade dos usuários.

A não observação a esta condição além de não contribuir para a identificação de grupos populacionais em situação de maior exposição à infecção e para os quais poderiam ser planejados atividades ou programas específicos.

Quadro 5 - Distribuição dos registros de testagem anti-HIV segundo condição epidemiológica assinalada

Condição Epidemiológica	n	%
SIM	14	2,0%
IGNORADA	46	6,5%
NÃO	646	91,5%
Total	706	100,0%

Fonte: LADEPE - CSEGSF - junho de 2005

A distribuição da condição epidemiológica nos 14 registros que continham informação assinalada foi a seguinte:

Quadro 6 - Distribuição da condição epidemiológica assinalada

Condição Epidemiológica	n	%
ACIDENTE TRABALHO	1	7,10%
IGNORADO	1	7,10%
RECEPTOR SANGUE	3	21,40%
UDI	4	28,60%
VERTICAL	5	35,70%
Total	14	100,0%

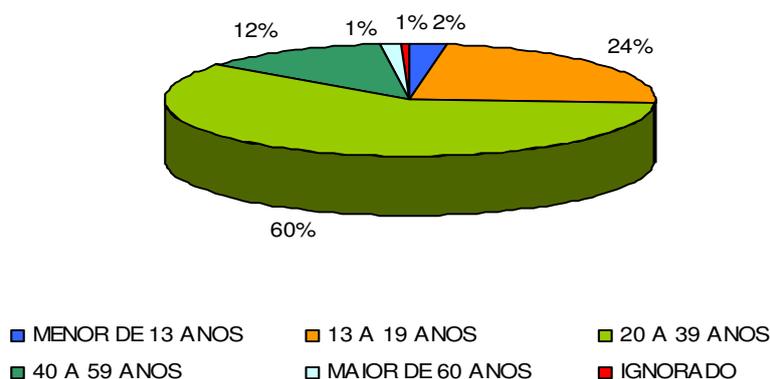
Fonte: LADEPE - CSEGSF - junho de 2005

O conhecimento da condição epidemiológica é particularmente importante quando estão evidenciadas as faixas etárias que predominaram no levantamento realizado.

Os usuários testados foram, em sua maioria, indivíduos em idade reprodutiva - 20 a 39 anos - mas também é expressivo o percentual daqueles entre 13 e 19 anos.

Reunidas, essas duas faixas etárias responderam por 84% dos exames realizados no período. Logo, ter conhecimento do perfil epidemiológico deste grupo pode contribuir para o desenho de estratégias preventivas mais adequadas e na programação do trabalho das equipes do PSF para dispensação mais criteriosa de preservativos, entre outros insumos.

Figura 13 - Distribuição dos registros de testagem anti-HIV segundo faixa etária



Fonte: LADEPE - CSEGSF - junho de 2005

Em relação ao resultado da testagem anti-HIV para o mesmo universo de registros, o que se observou foi o predomínio significativo de resultados negativos - 645 (91,3%) - e que em apenas 04 registros (0,6%) existiram anotações de problemas na coleta, inviabilizando a conclusão dos testes.

Entretanto os 50 (7,1%) registros com resultado positivo corresponderam a apenas 32 usuários, ao invés de 64 registros como seria esperado em função da realização de uma segunda coleta nos indivíduos cujo resultado do teste foi positivo.

Esse dado indicou a necessidade de outras análises para investigar as razões pelas quais alguns usuários positivos não realizaram o teste confirmatório e se foram encaminhados - de acordo com a organização interna - para acompanhamento com os profissionais do Núcleo DST/Aids. Seriam úteis também, para averiguar, se e quais orientações foram discutidas com os usuários cujo resultado foi indeterminado.

Quadro 7 - Distribuição dos registros de testagem anti-HIV segundo natureza do resultado

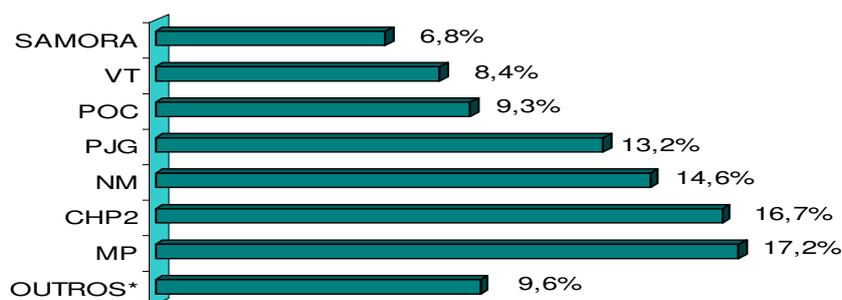
Resultado	n	%
NEGATIVO	645	91,3%
POSITIVO	50	7,1%
INDETERMINADO	7	1,0%
INCONCLUSIVO	4	0,6%
Total	706	100,0%

Fonte: LADEPE - CSEGSF - junho de 2005

Quanto à distribuição dos resultados - negativo e positivo - nas áreas de cobertura do PSF, é importante verificar os percentuais do Parque Oswaldo Cruz (POC), que apresenta 9,3% de registros negativos e 16% de registros positivos.

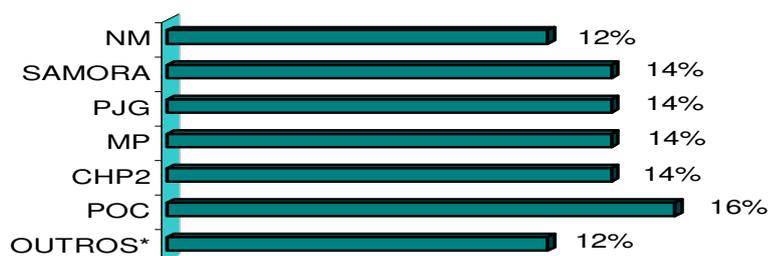
A mesma situação é verificada na comunidade de Samora Machel (SM) com 6,8% de registros negativos e 14% de registros positivos.

Figura 14 - Distribuição dos registros de resultados negativos por área coberta pelo PSF



*VSP, CAH, CONAB e MB - Fonte: LADEPE - CSEGSF - junho de 2005

Figura 15 - Distribuição dos registros de resultados positivos por área coberta pelo PSF



*VSP, CAH, CONAB, MB e VT - Fonte: LADEPE - CSEGSF - junho de 2005

Foi interessante apurar que na solicitação do exame havia uma distribuição equilibrada entre profissionais do PSF e do CSEGSF, desfazendo, portanto, uma primeira impressão que a maioria dos exames de moradores em áreas de cobertura do PSF, poderia ter sido, exclusivamente, solicitado por profissionais deste programa.

Contudo, sabe-se que falta capacitação específica para o aconselhamento à maioria dos profissionais do PSF e do CSEGSF. Do total de 34 profissionais que solicitaram exames no período apurado, 14 estão ligados ao PSF e apenas quatro foram formalmente capacitados, entre os profissionais do CSEGSF, há 10 profissionais preparados, dentre os 20 que solicitaram o exame.

Quadro 8 - Distribuição dos registros de testagem anti-HIV segundo responsável pela solicitação do teste

Solicitante do Teste	n	%
PSF	327	46,3%
CSEGSF	377	53,4%
NÃO IDENTIFICADO	2	0,3%
Total	706	100,0%

Fonte: LADEPE - CSEGSF - junho de 2005

Distribuição semelhante foi verificada em relação à entrega do resultado do exame, mas aqui o importante foi notar não só o percentual (3,2%) de solicitações cujas assinaturas não foram identificadas, mas, sobretudo, o expressivo percentual (27,6%) de registros que não haviam sido retirados do Laboratório até o final do ano de 2005.

Este dado indica problemas com o retorno dos usuários para o momento pós-teste e pode estar relacionado ao fluxo de retorno mal definido, a dificuldades do profissional em firmar com o usuário um compromisso com a devolução do teste ou a temores do próprio usuário em conhecer seu *status* sorológico.

A análise realizada não permitiu demonstrar em que medida o retorno ocorreu para o mesmo profissional que solicitou o teste e se houve garantia de agendamento.

Quadro 9 - Distribuição dos registros de testagem anti-HIV segundo responsável pela retirada do resultado

Retirada do resultado	n	%
PSF	223	31,6%
CSEGSF	266	37,6%
NÃO RETIRADO	195	27,6%
NÃO IDENTIFICADO	22	3,2%
Total	706	100,0%

Fonte: LADEPE - CSEGSF - junho de 2005

Entre os 195 registros de exames não retirados do Laboratório até o fechamento do banco de dados foi possível ter certeza que não havia nenhum resultado positivo retido, pois o Laboratório sistematicamente comunica este resultado ao profissional responsável pela solicitação do exame, permitindo assim que providências sejam tomadas para o contato com o usuário e a entrega do resultado do teste.

A distribuição dos registros por área, entre os resultados não entregues, denota que em áreas de cobertura do PSF os percentuais foram significativos.

Mesmo para resultados negativos, esse achado pode refletir dificuldades na organização do trabalho das equipes, que a princípio estão em contato, senão diário, pelo menos mais freqüentes com o usuário.

Quadro 10 - Distribuição dos registros da testagem anti-HIV segundo resultados não retirados por área

Área	n	%
CAH *	3	1,5%
MB*	3	1,5%
VT*	3	1,5%
VSP*	6	3,1%
PCC*	11	5,6%
SAMORA*	14	7,2%
POC*	20	10,3%
CHP2*	27	13,8%

MP*	32	16,4%
NM*	35	18,0%
OUTROS (Vila União, Ex Combatentes)	5	2,6%
Total	195	100,0%

*Comunidades com cobertura de PSF
 Fonte: LADEPE - CSEGSF - junho de 2005

Em relação ao intervalo de tempo entre liberação do resultado do exame pelo Laboratório e a retirada pelo profissional, foi verificado que 75% (383) dos resultados foram retirados em até 36 dias, mas houve uma grande variação entre o tempo mínimo (9dias) e máximo (413 dias) observados. O amplo intervalo verificado para a retirada é incompatível com bons padrões de qualidade. De acordo com o PN DST/Aids (2003) deve-se assegurar a devolução do resultado em até 15 dias, a contar da coleta sanguínea.

Quanto ao tempo relacionado entre a coleta sanguínea e a liberação do resultado pelo Laboratório, o que se observou no mesmo universo de resultados retirados, foi que 75% (383) das amostras haviam sido processadas em até 3 dias. A variação encontrada entre o tempo mínimo (processamento do exame no mesmo dia da coleta) e o tempo máximo de processamento foi de 24 dias.

O tempo máximo observado (24 dias) tem sido determinado por problemas com o planejamento da compra de Kits para a testagem, e o esforço atual da equipe técnica do LADEPE tem se concentrado em explorar novas fontes de fornecimento dos insumos necessários para a realização do exame, além daquela garantida anualmente pelo Plano de Objetivos e Metas (POM) do CSEGSF.

6.3 PROCESSO DE ELABORAÇÃO DO PLANO DE MONITORAMENTO

Primeiro encontro - 03 atores

Com as referências indicadas pelo mapeamento do cenário de Manguinhos, o **primeiro encontro** ocorre com a chefia do serviço e teve por objetivo contextualizar o problema identificado, apresentar a proposta do estudo e da abordagem que seria utilizada junto aos envolvidos.

Neste encontro, que contou com a participação da responsável pela Coordenação de Ensino e Pesquisa, a proposta preliminar foi entendida como uma das linhas de trabalho junto ao PSF e estratégia de organização das equipes na temática da infecção pelo HIV.

Essa primeira aproximação além de criar, internamente, **condições políticas** para desencadear o processo de discussão e negociação do estudo e estabelecer uma agenda de reuniões, permitiu ratificar - o que já havia sido denotado pelo contexto organizacional do CSEGSF - a identificação dos prováveis atores-chave desse processo.

Foi importante também, pois delimitou a participação dos atores ao ambiente interno do CSEGSF e das equipes do PSF, evitando, portanto qualquer convite ou consulta ao Grupo de Apoio Técnico (GAT), como representante da CAP3.1 e responsável municipal pela apoio técnico as equipes do PSF.

Os atores diretamente envolvidos na gestão do serviço de saúde - coordenações diretamente ligadas à chefia - e na supervisão do PSF foram identificados e convocados para uma apresentação mais estruturada da proposta.

Segundo encontro - 06 atores

No **segundo encontro**, além da chefia do serviço estavam presentes os responsáveis mais diretos pelo trabalho do PSF, pelas atividades de ensino, pesquisa, assistência e planejamento no CSEGSF.

Os responsáveis pelo trabalho da enfermagem e da vigilância epidemiológica, apesar de convidados, não participaram deste encontro.

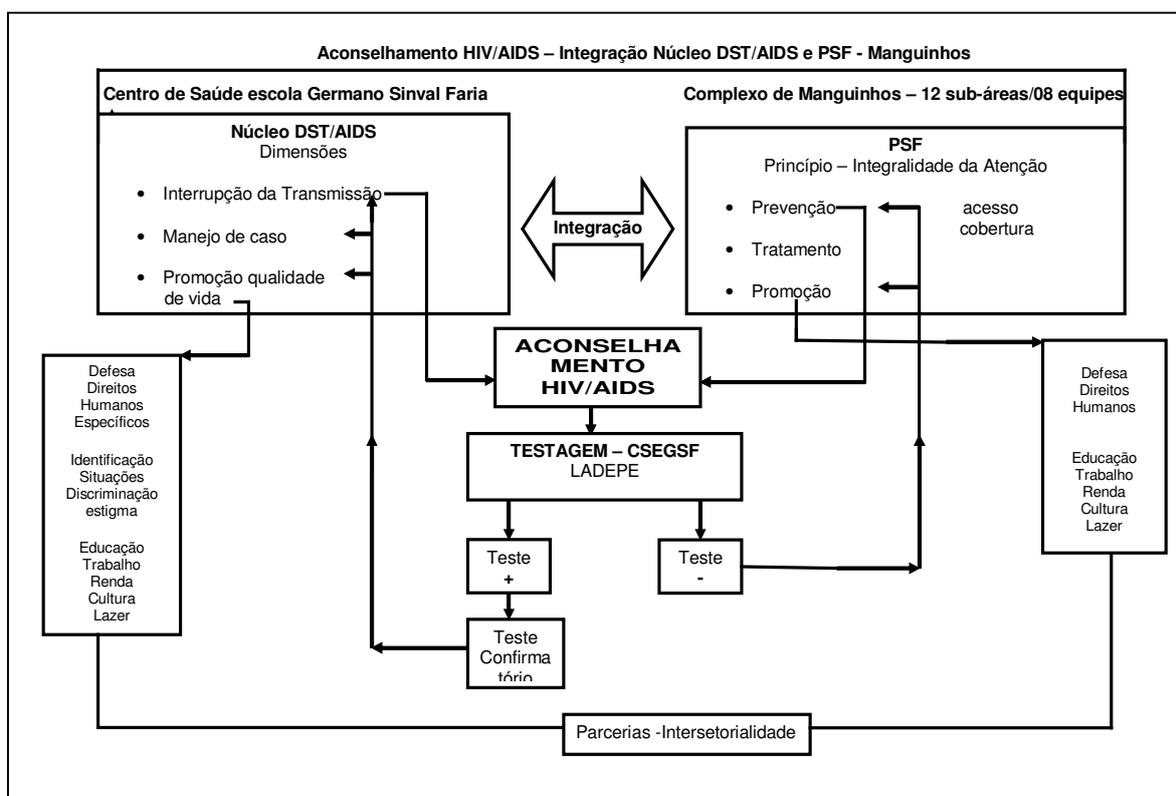
Nesta primeira exposição – em nome do Núcleo DST/Aids (o ator desencadeante do processo) - após a contextualização do problema e da proposta de intervenção, foram apresentadas e discutidas as representações esquemáticas dos contextos organizacionais do CSEGSF (figura 5) e do PSF (figura 6).

O detalhamento do Modelo Lógico das Ações do Núcleo (ANEXO 4) contribuiu para que os participantes tivessem uma primeira noção sobre as ações que o serviço já vem desenvolvendo na temática da Aids.

Mas é, quando se faz o recorte da dimensão da interrupção da transmissão da infecção, nesse modelo (Quadro 2), no qual o aconselhamento tem um peso expressivo, que a idéia do **foco do trabalho** - na figura 8 - fica mais clara. .

De acordo com a representação, através do aconselhamento - realizado tanto por profissionais do PSF e do Núcleo DST/Aids - seriam criadas oportunidades de trabalhar no nível da prevenção e também da promoção da saúde de uma forma organizada, favorecendo o diagnóstico precoce da infecção, promovendo o acesso dos indivíduos soropositivos ao serviço - cujos cuidados exigem manejo apropriado e orientado por protocolos específicos - e estendendo a cobertura do trabalho do PSF junto às famílias de sua área de atuação para a atenção contínua à saúde e a identificação das ações intersetoriais necessárias à melhoria da qualidade de vida.

Figura 16
Aconselhamento HIV/Aids - Integração Núcleo DST/Aids e PSF - Manguinhos



Foi importante perceber que a “figura” não cumpriu, tão somente, uma função ilustrativa, mas também elucidativa da importância (existência) dos setores e programas, das suas relações hierárquicas (formais) no desenvolvimento do trabalho, de síntese

(domínio) do campo de atuação, habilidades e competências de cada grupo e da possibilidade de integração entre esses campos.

A discussão sobre esse e os outros esquemas permitiu não só conferir como corrigir o desenho da estrutura de organização do CSEGSF (assinalando a interface externa que representa o convênio FIOTEC/SMS), socializar informações sobre os princípios e a lógica do trabalho desenvolvido pelo PSF e pelo Núcleo (pouco conhecidas por alguns participantes) e aprofundar o que pareceu ser a principal preocupação manifestada por uma participante,

“[...] mas como vai ficar a questão da assistência? [...] se mais pessoas vão ser identificadas com HIV, mais pessoas precisarão de atendimento e não será possível absorver essa demanda. Talvez o PSF possa também realizar acompanhamento clínico dos pacientes soropositivos”. (médica)

Ao grupo presente, não pareceu razoável que a responsabilidade de acompanhamento clínico de usuários soropositivos pudesse ser estendida ao PSF, tanto por exigir uma capacitação específica, quanto por representar uma sobrecarga de trabalho para as equipes.

Mesmo sob o efeito do que pareceu ser um limite real do trabalho das equipes e que essa “nova responsabilidade” poderia agravar os problemas de organização do processo de trabalho do PSF e afetar o desempenho das equipes, a idéia do trabalho integrado com o Núcleo, com definição de responsabilidades pareceu aos atores uma boa estratégia de enfrentamento à Aids na região.

“Acho que o problema, é que não há uma divisão igual dos pacientes entre os médicos que trabalham com Aids. Alguns têm muitos pacientes e outros poucos [...] fora os modos diferentes como são acompanhados [...] mas, a bem da verdade, a gente é que tem essa habilitação no momento”. (médico)

No nível da prevenção seria possível agregar o trabalho do PSF - pois faz parte do que está preconizado pelo Programa - ainda que fosse necessário amadurecer as discussões sobre os problemas, estruturais e organizacionais, que o componente assistencial da Aids já apresenta entre os profissionais que atuam nesse campo e que tem apontado para uma divisão desigual do trabalho e irregularidades na sistemática do acompanhamento clínico dos pacientes soropositivos.

Terceiro encontro - 13 atores

Contando, mais uma vez, com o mesmo material e com objetivo de envolver outros atores o **terceiro encontro** ampliou a participação para o chamado Grupo Gestor, que engloba os responsáveis por setores e serviços da unidade de saúde e também de representantes dos grupos de trabalho/núcleos/programas, num total de 12 representações. Apesar de não constar formalmente da arquitetura organizacional do CSEGSF, esse grupo se reúne regularmente e assume, via de regra, um papel executor das deliberações do grupo mais próximo à gestão do serviço.

Foi necessário recuperar as discussões dos encontros anteriores, de forma a atualizar os novos participantes sobre as conclusões dos primeiros atores, mas, ainda assim, a discussão sobre a definição dos limites de atuação do PSF retornou por um dos participantes, revelando dúvidas, perguntas e preocupações quanto à definição do trabalho das equipes com a temática do HIV/Aids no âmbito da Atenção Básica,

“Vamos restringir a atuação das equipes do PSF ao aconselhamento ou existe uma previsão de capacitar determinadas equipes [...] e que assim possam incorporar a Aids no seu trabalho?” (médica)

“PSF de Manguinhos [...], enquanto não estivermos trabalhando com a qualificação das oito equipes não é possível que elas realizem assistência clínica aos portadores. No conjunto, não estão preparadas.” (médico)

O debate sobre essas colocações resultou na concordância entre os participantes, de que a **opção de trabalhar com o Aconselhamento** se constituiria na primeira aproximação das equipes do PSF com o tema e que os esforços deveriam estar concentrados em identificar as dificuldades para realizar uma “boa prática”.

“Ontem mesmo, no Aconselhamento que fiz [...] o rapaz tinha 25 anos, tinha prontuário no serviço e foi encaminhado por outro profissional. Ele é negro, mora no CHP2 e na ficha havia um registro de julho/04 quando foi recomendado que fizesse o teste. Um ano depois, ele retorna com o mesmo problema clínico, pior na verdade, e nada aconteceu ... tem algo errado aí”.
(médica)

Avaliar, também, em que medida essa prática ajudaria a “democratizar o desenho” da assistência à saúde de forma mais abrangente.

“O aconselhamento é uma estratégia ampla e ganhou outra dimensão com o HIV e a Aids, mas ele já vem sendo utilizado há algum tempo, pelo menos aqui na unidade [...] o quê a gente fazia no TIG (teste imunológico para gravidez) não era aconselhamento?”

“As mulheres chegavam, com medo de fazer o teste e aí nós conversávamos, procurando entender o que estava acontecendo [...] não podia dizer nada pro marido, lembram?” (médica)

Ao diagnóstico de que há algo errado com a prática e a identificação que a prática do aconselhamento poderia ser utilizada em outras oportunidades de contato com o usuário, foram acrescentados problemas relacionados às dificuldades estruturais e organizacionais - observadas em vários serviços, segundo um dos atores - que profissionais e usuários encontram, para realização do teste anti-HIV.

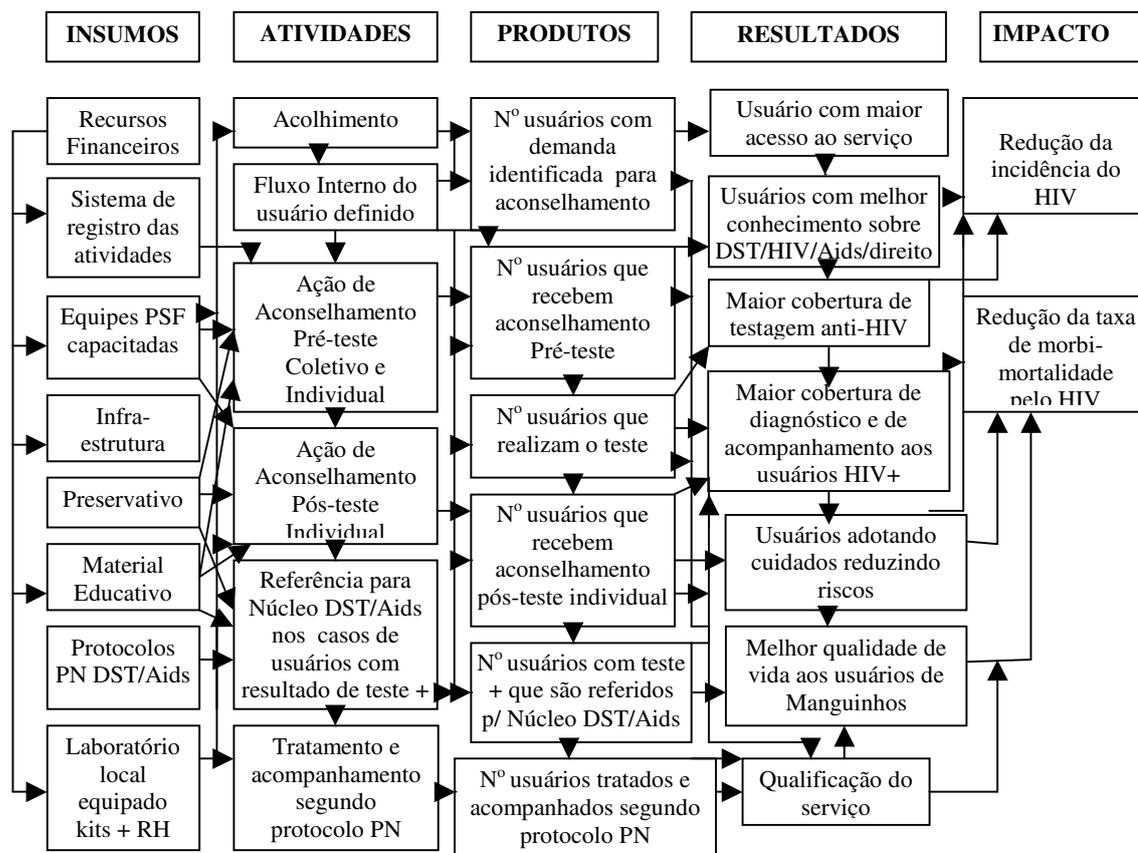
“Eu já pude constatar em algumas viagens que fiz, o quanto é difícil para o paciente fazer o teste. Na região norte, é uma loucura. A pessoa tem que se deslocar pra muito longe [...] o profissional também fica privado do resultado. Acho que é importante pensar na lógica de como as coisas serão realizadas aqui, saber com o quê e com quem a gente conta, ver como a coisa será organizada”. (enfermeira)

No modelo preparado, discutido com os atores, já haviam sido incorporados os elementos considerados essenciais para o exercício da prática do Aconselhamento na Atenção Básica, segundo recomendações do PN DST/Aids.

De acordo com essas recomendações, o serviço deveria estabelecer: um sistema de registro das atividades realizadas, condições para coleta de material para a testagem anti-HIV, promover a dispensação de preservativos e de material educativo, definir um fluxo interno para o usuário que facilitasse o acesso ao aconselhamento coletivo e individual e que garantisse não só a devolução do resultado, mas também o encaminhamento dos casos positivos para acompanhamento especializado através de um sistema de referência previamente identificado.

No caso do presente estudo, a **lógica-síntese do desenvolvimento da ação** foi representada como na figura 9, onde foram demonstradas não só as relações entre intervenção e efeitos, mas também as relações entre os recursos indispensáveis para operacionalizar a intervenção (insumos), os procedimentos utilizados (atividades) e as mudanças ou efeitos (imediatos, intermediários e acumulados) que a intervenção poderia alcançar.

Figura 9
Modelo Lógico da Intervenção - Aconselhamento em HIV/Aids - PSF - CSEGSF



A percepção de que o modelo já incorporava elementos próprios do CSEGSF, estimulou sua aproximação a outros objetos dessa realidade - como seria o modelo lógico do grupo de idosos, ou um modelo cujo objetivo fosse fortalecer o Conselho Gestor - e do quanto poderia ser útil como ferramenta para o planejamento, para o acompanhamento, como na opinião de um dos participantes:

“Vai lá, trabalha aquelas ações, depois consolida e checa para ver se está bom Mas, como é possível construir indicadores nesse modelo? Como monitorar a prática? Pelo número de profissionais capacitados?” (tecnóloga)

Ao grupo, entretanto, pareceu precipitado discutir indicadores sem antes refletir sobre como seria implantada a proposta no processo de trabalho do CSEGSF e como conjugar os dados gerados a partir do aconselhamento ao sistema de informações do serviço, evitando a criação de sistemas paralelos e otimizando o sistema atual.

“As mudanças que o SIGAB vem sofrendo, com a nomeação (humanização) das informações e introdução do GIL [Gerenciador de Informações Locais] permitiria o reconhecimento dos dados que já estão disponíveis. A idéia é varrer os formulários atuais e observar, se o que existe é satisfatório, caso contrário ver como novos formulários e novos dados podem ser incorporados”. (enfermeira)

A idéia de desenvolver um formulário para registro do aconselhamento pareceu interessante, pois se alinhava com a perspectiva atual de revisão dos instrumentos de registro de procedimentos que o serviço vem utilizando. O objetivo é estabelecer fichas por ciclo de vida e compor ao longo do tempo o histórico de saúde de cada usuário. Aventou-se ainda, a possibilidade de adaptar, para a realidade local, o modelo desenvolvido pelo PN DST/Aids para Aconselhamento nos CTA's.

Principalmente aos atores-gestores, os aspectos que envolviam o desenvolvimento de tecnologias locais revestiram-se de especial importância, pois, atenderiam a uma demanda mais política e que se relacionava com o fato do CSEGSF, como departamento da ENSP, cumprir com suas funções de pesquisa - atualmente muito tímidas - e que poderiam servir de modelos para outros serviços de saúde.

Segundo esses atores, haveria dois **enfoques principais** que precisariam ser considerados:

“Que o trabalho do PSF tem - ou precisa ter - interfaces com assistência, ensino, pesquisa, desenvolvimento comunitário [...] essas associações devem estar claras no desenho do trabalho com aconselhamento”. (médico)

“Que é necessário padronizar modelos, instrumentos e criar consenso para que todos tenham o mesmo entendimento do trabalho e ver onde, dentro do sistema de informações é possível adequar os indicadores que serão necessários para o acompanhamento dessa proposta”. (Isa, enfermeira)

Considerações a título de síntese

As aproximações sucessivas para o desenho de um modelo local, tiveram como base não só o reconhecimento dos cenários de organização do serviço, mas também do aporte da teoria que embasa sua construção.

Na medida de sua representação, o Modelo Lógico das Ações do Núcleo representou a primeira construção desse processo, ainda numa etapa anterior ao desenvolvimento deste estudo, mas que acabou por cumprir dupla função - elucidativa,

para os outros atores, mas também organizativa para aqueles que já atuavam com a temática do HIV/Aids.

A explicitação de como se organizavam as ações do Núcleo de DST/Aids (sua racionalidade) permitiu antever em qual nível a integração entre o trabalho das equipes significaria uma maior resposta ao problema identificado e o melhor aproveitamento das capacidades específicas das equipes. O trabalho com os atores apontou, entretanto, a necessidade de visualizar a intervenção específica.

Recorreu-se novamente a teoria, procurando identificar os pressupostos que orientam e normatizam a prática do Aconselhamento na Atenção Básica. O modelo da intervenção, então, deveria incorporar os elementos mínimos recomendados pelo PN DST/Aids (2003), necessários ao desenvolvimento da prática no nível local.

A apropriação pelos atores deste segundo modelo, promoveu novas idéias e delineou novos interesses e necessidades.

Deveriam estar claras as interfaces que o trabalho do PSF deve(ria) ter com a assistência, ensino, pesquisa e desenvolvimento comunitário, considerando-se a base institucional do CSEGSF e seu papel de agente formador, assim como deveria haver clareza quanto à compreensão da lógica da construção de um plano, a identificação das informações que seriam necessárias para seu monitoramento e estabelecer consenso quanto à concepção e operacionalização da proposta.

Logo, o modelo deveria evoluir e contemplar os dois principais enfoques destacados pelos atores.

Seria ainda necessário, incorporar, ao novo desenho e ao conjunto de indicadores, os “sinais e sintomas” que a caracterização da demanda para a testagem anti-HIV consolidou sobre o processo de trabalho que vem sendo realizado no Aconselhamento e no esclarecimento sorológico da infecção.

O desenho do modelo local da intervenção e a proposta de monitoramento

Os elementos anteriores - encontros com atores, caracterização da demanda da testagem - reiteraram o que parece ser o elemento principal que conforma a construção de modelos lógicos: a comparação com a realidade através da qual se confirmam os resultados atribuídos a intervenção e é possível *“reconciliar processos e resultados, apoiados por uma teoria de mudança”* (Hartz, 2000).

No caso do estudo, a “teoria de mudança” se relacionava com a implantação e monitoramento do Aconselhamento junto às equipes do PSF, mas também na recomposição das práticas profissionais que já vem sendo desenvolvidas no CSEGSF, com essa temática.

A nova construção, portanto, procurou revelar os aspectos desse duplo propósito, levando em conta o reconhecimento da realidade social de Manguinhos, da conformação institucional do CSEGSF, das arquiteturas organizacionais do PSF e do Núcleo de DST/Aids e o desafio de desenvolver e monitorar, ações de saúde integradas e integrais no nível da Atenção Básica.

Desse modo, os aspectos envolvidos nessa nova construção baseada no compartilhamento de capacidades específicas de trabalho e na identificação dos responsáveis pelo desencadeamento do processo estavam relacionados a incorporar os elementos pactuados pelos atores nos três primeiros encontros, discriminando os diferentes componentes técnicos necessários à execução da intervenção e estabelecendo sobre quais critérios será realizado seu acompanhamento.

Acesso e qualidade são, segundo o PNM&A (2005), os critérios envolvidos para monitoramento na etapa de implantação de intervenções e constitui o primeiro nível de associação com indicadores de insumos, processos e produtos relacionados às atividades desenvolvidas em cada um dos componentes técnicos que compõe a intervenção.

Como critérios para o monitoramento, sua utilização implicou em reconhecer, em certa medida, as opções conceituais que embasam seus usos e no caso do estudo deveria se relacionar, sobretudo, com a qualidade do cuidado prestado e com o reconhecimento de que a intervenção precisa ser implantada e é parte integrante de um conjunto de ações, traduzidas pelo trabalho do PSF e do Núcleo de DST/Aids.

Donabedian (1990) identificou três dimensões - estrutura, processo e resultado - para apreciar a qualidade dos serviços. A apreciação da estrutura envolveria o conhecimento sobre os recursos físicos, humanos e materiais, forma de organização e funcionamento (normas e procedimentos), tipo e especialização de equipamentos.

Na apreciação dos resultados seriam observados os aspectos que revelassem os efeitos diretos dos procedimentos (considerando-se a sua natureza) sobre a saúde dos usuários, Para a apreciação do processo (procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou de reabilitação) estariam agrupados os aspectos relacionados tanto à capacidade técnica de profissionais, quanto a interação entre profissionais e usuários.

No caso deste estudo, deveriam estar especificadas as atividades ou os procedimentos empregados pelos profissionais de saúde para transformar os recursos em produtos e resultados, utilizando o conhecimento e a tecnologia disponíveis numa seqüência lógica de cuidados à saúde dos usuários.

Para Hartz (2000), na Atenção Básica a referência ao conceito de integralidade é importante, pois, *“vai se referir à atenção nos diversos níveis - da promoção à recuperação da saúde - como também à totalidade de componentes ou atividades previstas como “elenco mínimo”, teoricamente indispensável ao alcance dos objetivos propostos”*.

No caso deste estudo, o resultado desta integração favoreceria o acesso de indivíduos e famílias, não só a ações e ao serviço de saúde, ampliando sua cobertura - o que representa um aspecto da integralidade - mas também potencializaria a associação de práticas preventivas, assistenciais e de promoção.

Nemes *et al* (2004), discutem que a integralidade das ações depende da qualidade do processo de trabalho, em suas diferentes dimensões e em toda sua complexidade.

Reconhecem que o acesso, desde que universal, tem produzido impacto, mas sua valorização isolada poderia reforçar o modelo de atenção centrado no atendimento imediato e simplificado das demandas, o que por si só não induz ao compromisso de profissionais e gestores com os aspectos da qualidade do cuidado oferecido, que é prerrogativa de qualquer serviço independentemente do seu grau de especialização.

No caso deste estudo, estaria sendo favorecida a “integralidade focalizada”, traduzida pela interação entre os sujeitos, a organização e exercício do trabalho interdisciplinar e a aquisição de novos conhecimentos e práticas.

Os mesmos autores advogam que, acesso e qualidade não devem estar subjugados aos aspectos indicativos da estrutura organizacional - a despeito das diferenças existentes entre os serviços e da importância dos elementos estruturais - pois

essa relação restringiria a qualidade desejável a um modelo de alta complexidade, sem explicitar, entretanto, quais as proposições éticas e técnicas que conformam o exercício do trabalho concreto. Assinalam ainda que a *qualidade* da intervenção será tanto maior, quanto maior for a coerência interna entre propósitos, normas e valores que orientam a ação.

No caso deste estudo, a organização de ações voltadas à saúde - seja para a promoção, recuperação ou prevenção de agravos - deveria considerar as dimensões coletivas e individuais na prestação do cuidado e aglutinar em seu desenho, não só o aparato técnico e de insumos necessários ao desenvolvimento da ação, ou algumas ações médicas que produzem o efeito desejável e, portanto, importantes para os usuários, mas também incorporar atividades que advogassem a saúde, como reflexo de sua responsabilidade social, para possíveis e desejáveis influências em outras políticas públicas.

Logo, no diálogo com essas teorias, o processo de implantação dessa ação específica impôs o reconhecimento não só dos recursos necessários para o seu desenvolvimento, mas, sobretudo, dos processos de trabalho necessários para cumprir os objetivos estabelecidos para cada componente técnico e que permitissem - tanto quanto possível neste momento de formulação - antever as etapas de acompanhamento, do seu esboço geral até o momento do encontro com o usuário e estabelecer os princípios gerais para a identificação de indicadores.

Desse modo, no modelo produzido buscou-se dar ênfase à **dimensão de interrupção da transmissão**, por ser essa a que se relacionava mais diretamente com a perspectiva da integralidade dos cuidados à saúde, favorecida pelo trabalho das equipes do PSF e do Núcleo de DST/Aids e selecionar, entre os componentes técnicos, aqueles que assegurassem cuidados no âmbito individual e coletivo.

Sendo assim, foram considerados como essenciais os seguintes **componentes técnicos**:

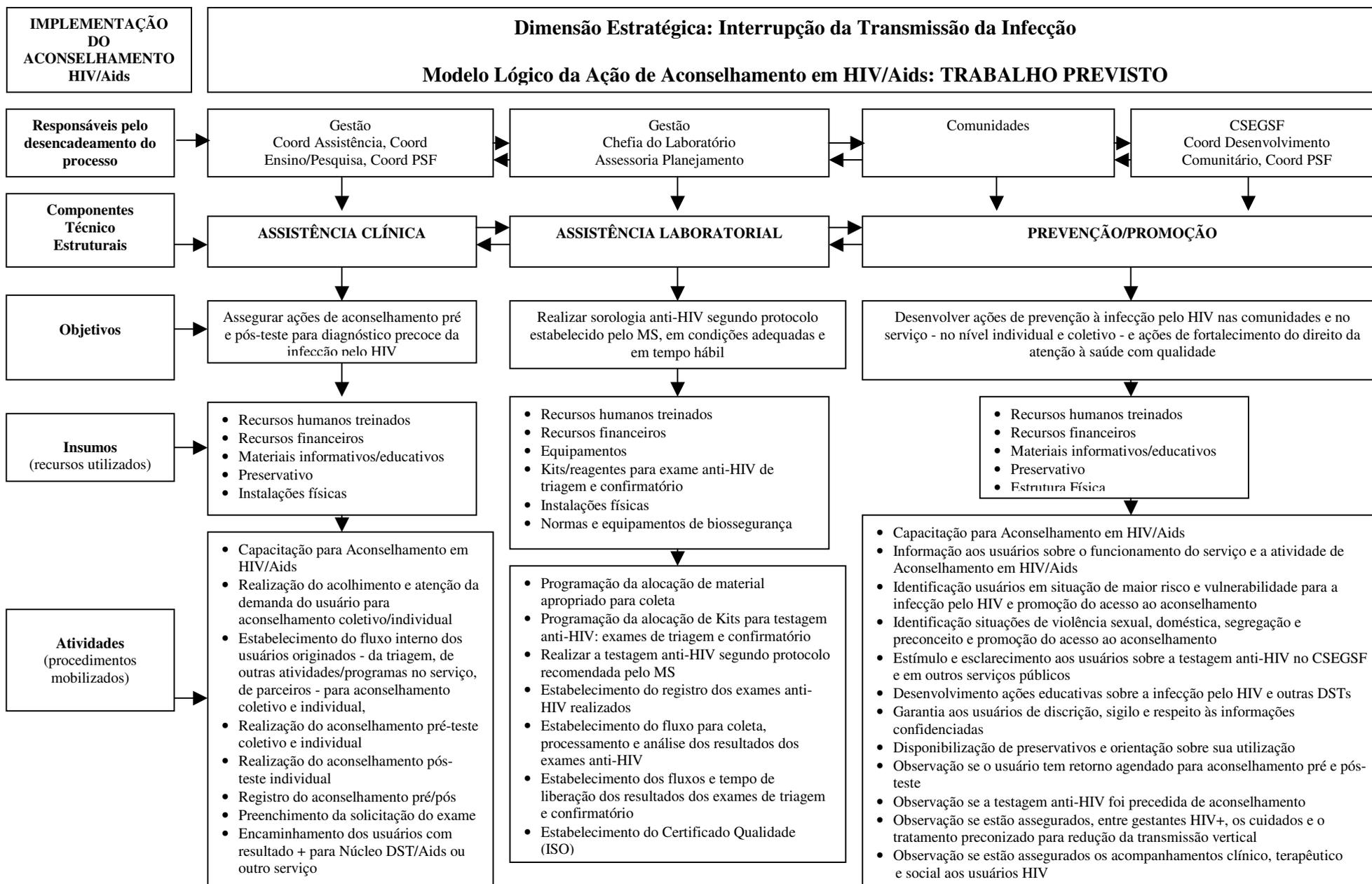
- **de assistência clínica** - envolvendo as atividades intra-muro mais estritamente ligadas ao aconselhamento e ao diagnóstico precoce da infecção pelo HIV.
- **de assistência laboratorial** - contendo as atividades que se relacionam com o diagnóstico sorológico da infecção viral.

- **de prevenção** - incluindo tanto as atividades realizadas no CSEGSF, quanto àquelas desenvolvidas nas comunidades.
- **de promoção da saúde/componente inovador** - abrangendo as atividades de estímulo ao desenvolvimento comunitário e de fortalecimento do direito a saúde.

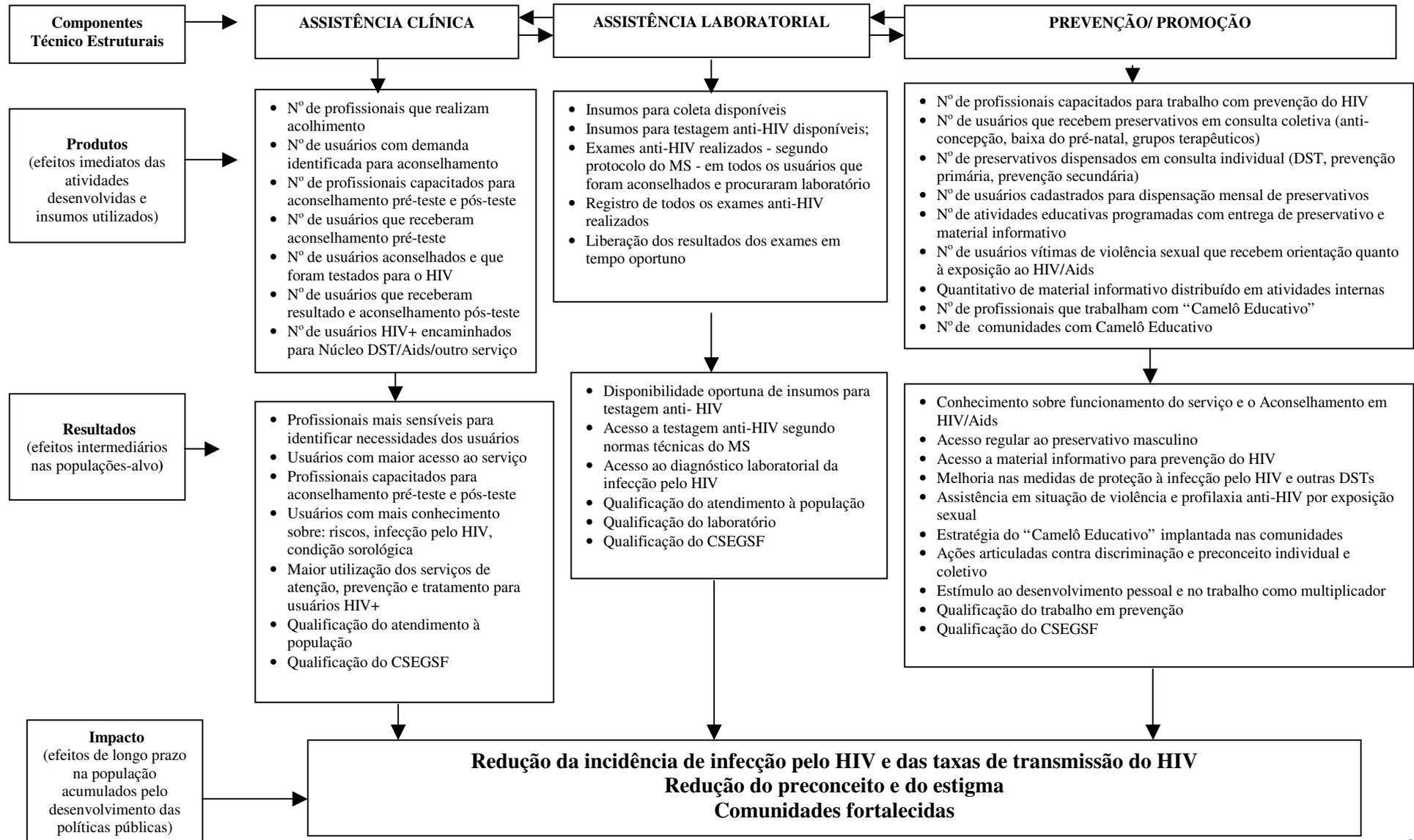
A cada componente - com seus objetivos específicos - procurou-se associar os recursos utilizados (insumos), os procedimentos mobilizados (atividades), os efeitos imediatos dos procedimentos utilizados (produtos), os efeitos intermediários na população atendida (resultados) e os efeitos de longo prazo que na população geral se expressariam através da interação dessa e de outras intervenções públicas.

Através de um modelo lógico, demonstra-se o “funcionamento” da intervenção e segundo Hartz (2000), reduzem-se as incertezas, que não seriam minoradas utilizando-se apenas uma orientação geral para a escolha de um determinado caminho para se atingir um objetivo. Para a autora, com os modelos ainda seriam cumpridas três grandes funções: *“comunicação mais efetiva e esclarecimentos das conexões e dos efeitos associados aos diversos componentes através de medidas de performance”*.

Assim, o desenho obtido para o desenvolvimento do Aconselhamento em HIV/Aids representou as singularidades de cada componente, antecipou o “diálogo” pretendido entre eles, demonstrou as conclusões entre causas e efeitos (para cada qual e para o conjunto dos componentes) organizados em uma cadeia seqüencial e lógica, procurando evidenciar a racionalidade da sua construção.



Modelo Lógico da Ação de Aconselhamento em HIV/Aids: EFEITOS ESPERADOS



No contexto do estudo, a definição dos indicadores tomou por base, sobretudo, a relação entre o nível de desencadeamento do processo, isto é, o momento de implantação da intervenção e a necessária vinculação aos seus componentes técnicos com os efeitos constituindo, desse modo, o primeiro nível de associação com indicadores de insumos, processos e produtos relacionados aos objetivos e atividades desenvolvidas por cada componente (PNM&A, 2005).

Para Assis et al (2005), indicadores são medidas quantitativas ou qualitativas elaborados para detalhar se os objetivos da intervenção estão sendo adequadamente conduzidos.

Os indicadores quantitativos permitiriam observar os aspectos da estrutura organizacional, as necessidades do serviço, o processo de implantação, enquanto os qualitativos, permitiriam observar os aspectos relacionados a adoção ou rejeição de atitudes, valores, estilos de comportamento e consciência.

Ambos, no caso do estudo, deveriam estar relacionados aos aspectos da qualidade discutidos no tópico, procurando evidenciar:

- a natureza das necessidades materiais, físicas, humanas e de equipamentos de cada componente técnico
- o sentido de continuidade da assistência clínica - acolhimento, aconselhamento pré e pós-teste, referência interna para os usuários identificados com sorologia anti-HIV positiva
- as dimensões coletiva e individual na prevenção e promoção da saúde - identificação de demandas para o aconselhamento, identificação de usuários e situação de maior risco à infecção pelo HIV, a promoção do acesso ao serviço de saúde, a materiais informativo e educativos, aos preservativos.
- a utilização de normas técnicas e éticas que representam o conhecimento científico acumulado no assunto, a utilização de meios de registro das atividades, a capacitação profissional necessária para o desenvolvimento das atividades e para o relacionamento com o usuário.

É importante ressaltar, que o esforço nesta etapa de “exploração” de indicadores foi, sobretudo, um exercício de conjugar o lado *formal e político* da qualidade, tendo em

vista a necessidade de apreciar tanto a dimensão objetiva - instrumentos, formas, técnicas - quanto a dimensão subjetiva - finalidades, valores, conteúdos (Demo, 1999).

Essa exploração determinou o agrupamento, daqueles com caráter quantitativo e qualitativo, na planilha apresentada aos atores no momento da oficina.

A organização dos indicadores teve por base os dados levantados na caracterização da demanda, o que é observado no serviço, (re) traduzidos em expressões que pudessem medir numericamente e medir a qualidade do processo de trabalho.

A observação e a discussão crítica de cada conjunto de indicadores, associada à consulta ao modelo local da intervenção, permitiria que os atores - durante a oficina - selecionassem aqueles considerados prioritários para o monitoramento dos insumos e das atividades de cada componente técnico.

Na planilha foram também indicadas as fontes dos dados que serviriam de base aos indicadores, ainda que algumas tenham, ainda, que ser elaboradas e outras reiteradas pelos atores envolvidos com a intervenção.

Do mesmo modo, as características desejáveis dos indicadores - clareza, utilidade, mensurabilidade, confiabilidade e validade - mereceriam debate e confirmação.

Por se tratar de uma proposta em discussão, foram agregadas, ainda, três outras colunas, relativas a metas (medidas quantitativas dos efeitos esperados em um tempo determinado), observações para discussão (sugerindo algum nível de discriminação maior para alguns indicadores) e de consenso, que permitiria ratificar, entre os atores, os indicadores discutidos e acordados pelo grupo durante a oficina de trabalho.

Monitoramento da Ação de Aconselhamento em HIV/Aids - Indicadores Quantitativos e Qualitativos
Componentes para implantação na Atenção Básica

Componente	Indicadores	Fontes de verificação	Metas	Observ. para discussão	Consenso
<p align="center">A S S I S T Ê N C I A</p>	<p align="center">Qualitativos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atitude facilitadora para identificar demanda do usuário e a urgência da necessidade • Clareza quanto à dinâmica do serviço, das alternativas para atendimento resolutivo • Disponibilidade para escuta • Aprimoramento da prática (conhecimento técnico, utilização roteiro-base, relação interpessoal, sentido de trabalho interdisciplinar) • Qualidade dos registros (prontuário, solicitação exame) • Sentido ético garantindo sigilo, confidencialidade das informações do e sobre o usuário • Compromisso em disponibilizar resultado no prontuário após conhecimento do usuário • Compromisso em disponibilizar resultado original do exame ao usuário, caso haja interesse/necessidade • Acionar outros recursos/profissionais para apoio ao usuário • Direito de escolha para usuários HIV+ de acompanhamento clínico em outros serviços • Direito de escolha para gestantes HIV+ de acompanhamento pré-natal em outros serviços • Direito de escolha para usuários HIV+ para alternativas de contato domiciliar • Direito de escolha para gestantes HIV+ para alternativas de contato domiciliar • Incentivo ao usuário para comunicação ao parceiro • Sigilo e confidencialidade com o resultado dos exames • Compromisso ético com privacidade 	<p>observação observação Observação Supervisão Supervisão Supervisão Supervisão Reg PC Reg PC Observação/PC Observação/PC Consulta usuário Consulta usuário Consulta usuário Consulta usuário Consulta usuário Consulta usuário Supervisão Supervisão</p>			

Monitoramento da Ação de Aconselhamento em HIV/Aids - Indicadores Quantitativos e Qualitativos
Componentes para implantação na Atenção Básica

Componente	Indicadores	Fontes de verificação	Metas	Observ. para discussão	Consenso
L A B O R A T Ó R I O	<p align="center">Quantitativos</p> <ul style="list-style-type: none"> • N° de profissionais capacitados para coleta sanguínea adequada ao exame anti-HIV • N° de profissionais capacitados e que realizam coleta sanguínea adequada ao exame anti-HIV • N° de profissionais capacitados para realização da sorologia anti-HIV • N° de profissionais capacitados e que realizam sorologia anti-HIV • N° de Kits anti-HIV - triagem e confirmatório - solicitados ao planejamento/período • N° de Kits anti-HIV - triagem e confirmatório - recebidos/período • N° de Kits anti-HIV - triagem e confirmatório - não recebidos/período • % de exames anti-HIV- triagem e confirmatório - não realizados por falta de Kits/período • N° de exames anti-HIV- realizados em determinado período • N° de exames anti-HIV+ realizados em determinado período • N° de exames anti-HIV liberados em tempo oportuno no pré-natal • Tempo médio de processamento - coleta até liberação do resultado - do exame anti-HIV triagem (dias) • Tempo médio de processamento - coleta até liberação do resultado - do exame anti-HIV confirmatório (dias) • Tempo médio de retirada do resultado anti-HIV- (liberação do resultado até assinatura do profissional que solicitou o exame) (dias) • Tempo médio de retirada do resultado anti-HIV+ (liberação do resultado até assinatura do profissional que solicitou o exame) (dias) 	<p>Check list Empenho Compra Gestão Livro Lab Livro Lab Livro Lab Livro Lab</p> <p>Livro Lab</p> <p>Livro Lab</p> <p>Livro Lab</p> <p>Livro Lab</p>			

Monitoramento da Ação de Aconselhamento em HIV/Aids - Indicadores Quantitativos e Qualitativos
Componentes para implantação na Atenção Básica

Componente	Indicadores	Fontes de verificação	Metas	Observ. para discussão	Consenso
L A B O R A T Ó R I O	<p align="center">Qualitativos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de protocolo do MS para fluxograma de realização da testagem anti-HIV • Manutenção dos equipamentos necessários para realização da testagem anti-HIV • Planejamento de compras de material para coleta sanguínea/período • Planejamento de compras de Kits anti-HIV (triagem e confirmatório) • Comunicação formal à gestão do quantitativo de Kits anti-HIV (triagem e confirmatório) solicitados/período • Comunicação formal à gestão do quantitativo de Kits anti-HIV (triagem e confirmatório) adquirido/período • Comunicação à gestão de problemas com o fornecimento de Kits anti-HIV • Preenchimento adequado do livro de registros de exames anti-HIV • Reunião técnica periódica com profissionais do laboratório • Sigilo e confidencialidade com resultados dos exames realizados • Compromisso ético com a privacidade das informações obtidas 	<p align="center">Protocolo disponível Contrato Planilha compras Planilha controle Livro ata Livro ata Livro ata</p> <p align="center">Livro ata instrutivo supervisão</p>			

Monitoramento da Ação de Aconselhamento em HIV/Aids - Indicadores Quantitativos e Qualitativos
Componentes para implantação na Atenção Básica

Componente	Indicadores	Fontes de verificação	Metas	Observ. para discussão	Consenso
PREVENÇÃO PROMOÇÃO	<p align="center">Quantitativos</p> <ul style="list-style-type: none"> • N° de profissionais qualificados para aconselhamento em Hiv/Aids pré-teste e pós-teste • N° de profissionais preparados para trabalho com prevenção ao HIV • N° de profissionais que realizam trabalho com prevenção ao HIV • N° de atividades educativas internas de prevenção/período • N° de atividades educativas externas de prevenção/período • N° de profissionais que dispensam preservativos em consulta coletiva • N° de preservativos dispensados em consulta coletiva/usuário • N° de profissionais que dispensam preservativos em consulta individual • N° de preservativos dispensados em consulta individual/usuário • N° de usuários cadastrados no serviço que recebem preservativos/mês • N° de usuários HIV+ que recebem preservativo/mês • N° de preservativos solicitados à SMS/mês • N° de preservativos recebidos da SMS/mês • N° de equipes de Camelô Educativo /comunidade • N° de preservativos disponibilizados para Camelô Educativo/equipe 	<p>Check list Check list</p> <p>Programação Programação Check list Check list Cadastro Cadastro Convênio convênio Cadastro Cadastro Cadastro</p>		viabilidade	

Monitoramento da Ação de Aconselhamento em HIV/Aids - Indicadores Quantitativos e Qualitativos
Componentes para implantação na Atenção Básica

Componente	Indicadores	Fontes de verificação	Metas	Observ. para discussão	Consenso
<p>PRE VEN ÇÃO</p> <p>PRO MO ÇÃO</p>	<p align="center">Qualitativos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aprimoramento da prática (conhecimento técnico, relação interpessoal, sentido de trabalho interdisciplinar) • Estabelecimento de prioridades na dispensação de preservativo • Acionar outros recursos/profissionais para apoio ao usuário • Atitude facilitadora para identificar demanda do usuário quanto a orientações de proteção individual e coletiva • Atitude facilitadora para identificar demandas do usuário quanto a orientações para redução de danos • Atitude facilitadora para identificar situações de discriminação e preconceito • Atitude facilitadora para identificar situações de violência física, moral e sexual • Sigilo e confidencialidade no trato com situações de estigma e discriminação • Compromisso ético com a privacidade das informações obtidas 	<p>Supervisão</p> <p>Supervisão Observação participante</p> <p>Supervisão Supervisão</p>			

A oficina como encontro para o consenso - 47 atores

O desenvolvimento da oficina começou pela pactuação técnica e política com a chefia do serviço. Técnica, pois foi necessário identificar recursos e apoios para operacionalizá-la e política, pois além da urgência em aproveitar o momento propício, (sinalizado pelo retorno das férias de grande parte dos profissionais e agendas ainda livres) era necessário definir, estrategicamente, quem seria convidado para participar do encontro e minimizar os prejuízos, que este tipo de evento costuma produzir nas atividades rotineiras do serviço de saúde.

Foi interessante observar - entre os convocados - nos dias que antecederam a oficina, certa inquietação, causada pela distribuição dos convites. A idéia de criar consenso, não era clara.

Entretanto, a idéia de não participar de um estudo que envolvia a Aids, mobilizou, sobretudo, os auxiliares e técnicos de enfermagem do PSF que não foram convidados. Foi preciso esclarecer os critérios acordados para a seleção e que novos encontros poderiam ser programados, na medida do interesse de todos. Para os agentes comunitários de saúde, a idéia preponderante era de que a oficina era para um estudo, “aonde vai o povo que pensa e não o povo que faz”.

Essa atitude revelaria, em certa medida, o efeito que a ausência de discussões técnicas e gerenciais tem provocado em vários trabalhadores deste serviço.

Ainda que a organização da oficina tenha sido oportuna, negociada e precedida da análise do problema identificado e da adequação da intervenção proposta, o processo de compartilhamento com os primeiros atores-chave não foi suficiente para dar conhecimento aos outros atores sobre o desenvolvimento e o caráter coletivo desse processo de discussão. Portanto, foi necessário recompor, no momento da apresentação, as iniciativas que este primeiro grupo de atores já havia produzido e que, de certo modo, justificavam esse novo encontro.

Ainda na apresentação, a explicitação do objetivo que guiaria todo o processo de trabalho foi fundamental para compreender a chamada do convite: criar consenso sobre uma proposta de monitoramento do Aconselhamento em HIV/Aids.

Nesse contexto, o consenso deveria ser compreendido como resultado de um processo coletivo de apreciação, crítica, reunião de idéias e de comprometimento com ações e atitudes para o futuro e como oportunidade de desenhar um novo modo de compartilhar conhecimentos, experiências, expectativas no desenvolvimento prático do trabalho diário.

A questão do compartilhamento de idéias deu sentido às necessidades de cumprir os preceitos éticos que envolviam o desenvolvimento do estudo e a participação livre e informada de todos os presentes.

Do mesmo modo, a questão do conhecimento remeteu à apresentação de vários conceitos: aconselhamento, como prática que aproxima profissionais e usuários; a definição do problema como identificação da realidade social de Manguinhos e a intervenção como iniciativa institucional concreta e expressão do esforço das equipes do CSEGSF e do PSF para enfrentar a epidemia de Aids na região, de forma organizada e colaborativa.

“É importante falar aqui uma coisa. Estamos diante de uma realidade muito particular aqui do Centro de Saúde. Quando se fala em casar a estratégia de abordar DST/HIV dentro da Atenção Básica, isto é ainda é um grande desafio, uma incógnita. Qual o caminho certo? Isso vai ser parte da Atenção Básica ou não vai, cabe ou não cabe? Aqui a gente já vem fazendo isso há alguns anos, temos uma experiência acumulada e essa proposta é um dos produtos dessa experiência [...] cabe ressaltar a importância e a alegria de estarmos aqui e falar, depois de alguns anos de trabalho, de um produto que foi gerado em cima de uma prática e que pode estar ligado ao nosso papel de aparelho formador para qualificação da Atenção Básica [...] a gente tentou dar a maior viabilidade para este evento, ainda mais quando se fala da descentralização de programas [...] estamos à frente dessa discussão quando se pensa em qualificar a Estratégia de Saúde da Família dentro dessa lógica do aconselhamento e do que poderemos trabalhar no acompanhamento e atendimento depois” (médico, CSEGSF)

Essa associação - aconselhamento, acompanhamento, atendimento - foi mais claramente apresentada quando da descrição do modelo lógico construído e, favoreceu o reconhecimento que a intervenção proposta dependia da integração entre componentes de assistência clínica, diagnóstica e de prevenção e não, somente, à realização do teste anti-HIV, como muitos serviços acabam por reduzir.

Seria, portanto, limitante, supondo que estivéssemos todos capacitados, com os ouvidos abertos e com uma atitude acolhedora e não pudéssemos contar com um laboratório equipado e confiável para realizar o exame. Do modo contrário, pouco adiantaria ter recursos diagnósticos e um usuário não aconselhado, que ao chegar à porta do setor descobre, desinformado e surpreso que vai realizar o exame da Aids.

Mais ainda, quando, à existência de tecnologia própria, conhecimentos específicos e profissionais sensibilizados e preparados, não correspondessem a um trabalho de ampla disseminação de informações nas comunidades que as ajudassem a acessar, utilizar e usufruir o que é seu por direito.

Um trabalho, na dimensão da interrupção da transmissão - um de nossos objetivos - só seria viável e exequível se incorporássemos a perspectiva da promoção da saúde que pode ativar a participação e controle do usuário e contribuir para o desenvolvimento local.

“Também queria fazer um reforço [...] O que eu acho interessante e bem apropriado é que, neste momento, são resgatados uma série de conceitos que o PSF traz, mas que no dia a dia a gente até perde e que tem a ver com vínculo, o aconselhamento, o acolhimento [...] e essa proposta dá uma oportunidade pra gente de fazer a coisa de um jeito, com um método e que não vai servir só para o HIV, tenho certeza [...] é uma forma que a gente se aproxima, a gente encontra um caminho. Muito legal, a gente estava precisando disso [...] cinco anos com um grupo e um ano e quatro meses com outro, a gente estava precisando [...] fico feliz, que a gente possa ver isso juntos” (enfermeira, PSF)

A descrição do modelo foi permitindo, como nos encontros anteriores, que na lógica do modelo, os atores se localizassem (aonde eu venho atuando) e localizassem para cada componente técnico, quais seriam os recursos necessários; os procedimentos indispensáveis; os efeitos mais diretos que esses procedimentos produziram e os resultados esperados desta seqüência lógica, tanto para quem fez (e isto é um elemento importante para os profissionais) como para quem utilizou todos esses recursos (e que representa algo possível de obter) e que, o resultado final e duradouro para o conjunto da população dependeria de uma associação ampliada - dessa e de muitas outras intervenções - e influências positivas de outras políticas públicas.

O modelo, entretanto, precisaria passar por ajustes, correções ou confirmações e ganhar maior representatividade, mas isso dependeria do refinamento que os atores identificassem como necessário, sem esquecer, contudo, que o desenho, não se constitui na ação, nem pretende engessar a reflexão.

Surge, assim, a primeira observação ao modelo:

“A farmácia está se modificando. A idéia é fazer assistência farmacêutica e isso muda a lógica do trabalho da equipe desse setor [...] nesse sentido, acho que ela poderia ser incorporada a esse desenho e ela não aparece aí” (enfermeira, PSF)

A idéia de que é possível corrigir, alterar ou incorporar um novo componente ao modelo precisou ser reiterada e na percepção desse ator, sem comprometer o desenho, a função da farmácia poderia até mesmo ser ampliada.

“Se a gente for pensar nessa lógica - a de recomendar - a farmácia pode entrar como na vigilância [...], por exemplo, junto às pessoas com tuberculose, vendo se estão tendo aconselhamento ou quem sabe, voltar a dispensar preservativos, desde que não tenha uso indevido, como anos atrás”. (médico, CSEGSF)

O retorno dos preservativos para a farmácia pareceu ser a melhor maneira de resolver os problemas que a centralização desse insumo pelo Núcleo DST/Aids tem representado para os outros profissionais, entretanto a idéia de atribuir uma nova função à farmácia pareceu improvável. Ainda que fosse possível sugerir novas atividades a esta equipe, seria importante saber como ela organiza o processo de trabalho no setor e quais problemas ela vem enfrentando.

A referência quanto ao processo de trabalho facilitou a apresentação de alguns dados da caracterização da demanda da testagem anti-HIV, mas foi necessário ressaltar que o levantamento não teve caráter avaliativo e que as informações coletadas no serviço são, a bem da verdade, pouco conhecidas, discutidas, divulgadas e utilizadas.

No levantamento, esses dados sinalizaram sim, para algumas conclusões:

Não conhecemos a condição epidemiológica da maioria dos usuários testados.

Provavelmente os 85% de registros de mulheres gestantes na testagem anti-HIV não correspondem à demanda absorvida pelo pré-natal oferecida pelo serviço.

Não sabemos como chegar aos homens, companheiros dessas mulheres que atualmente procuram, com maior frequência, realizar seus testes.

Deixamos o diagnóstico sorológico incompleto, para alguns dos usuários com resultado positivo e retardamos muito a entrega dos resultados negativos.

Nosso formulário de solicitação sorológica apresenta problemas e que, talvez, merecesse ser modificado.

Nosso laboratório, apesar do desencontro com o planejamento, vem organizando seu processo de trabalho e se esforçando para trabalhar com qualidade, disponibilizando os resultados em tempo muito acima da média de muitos laboratórios de referência da rede pública e até mesmo os particulares.

Por estarem referidas a um contexto próximo, com dificuldades de organização conhecidas, mas pouco discutidas, a análise apresentada terminou por confirmar, o que cotidianamente se percebe: as diferentes formas que cada profissional do CSEGSF e cada equipe do PSF têm de realizar o trabalho e isto tem representado problemas para os usuários, para identificar e obter o atendimento que procuram.

A demonstração das informações apuradas a partir de uma fonte de dados do próprio serviço teve um efeito particular sobre os atores, pois enquanto as equipes do PSF dedicam boa parte do tempo de trabalho consolidando as informações de sua produção semanal através de um sistema de informação, a produção do trabalho dos profissionais do CSEGSF é analisada por outro sistema diferente e, em ambos não fica claro como o trabalho é realizado.

‘Nós poderíamos ver no GIL, que está chegando, o que é melhor de utilizar como informação [...] tentar juntar e poder ver o que realmente é importante saber de tudo que realizamos [...] (enfermeiro, PSF)

Aos atores foi necessário demonstrar que as informações estavam lá - no livro preto - disponíveis, sem análise e sem divulgação e é exatamente esse encadeamento que o monitoramento pressupunha: coleta, análise e conhecimento do que vem ocorrendo, através de medidas, mais sensíveis e adequadas possíveis, e que esses três passos nos ajudariam a tomar decisões claras, coletivas e amparadas na realidade dos dados, mas que a apreciação que fariam sobre a extensa lista de indicadores quantitativos e qualitativos - organizados, na planilha, por componente técnico - não deveria substituir a discussão sobre o processo de trabalho, representado no modelo lógico pelas atividades de cada componente técnico.

Retomamos o contrato de trabalho, com atenção no tempo e na priorização da discussão nos subgrupos, onde certamente seria mais adequado refletir sobre o processo de trabalho de cada componente técnico, identificar a relevância dos indicadores sugeridos e os problemas priorizados.

O sumário da discussão foi apresentado, pelo relator escolhido, na segunda metade do dia de trabalho, e consolidado na planilha distribuída para cada componente técnico, representando assim o que foi valorizado e pactuado por cada subgrupo.

A dinâmica da oficina criou três subgrupos de trabalho, cuja caracterização e discussão estão descritas a seguir:

Subgrupo 1 - constituído por **sete** profissionais do PSF, **seis** profissionais do CSEGSF (com dois representantes da gestão e um facilitador do Núcleo), **dois** agentes de saúde que trabalham com violência e **quatro** alunos residentes.

Para o componente de assistência clínica o grupo destacou: o acolhimento precisaria ser ampliado aos pacientes acompanhados pelo NUDEQ, enquanto grupo de testagem compulsória; há uma necessidade real de treinamento para uniformização dos

discursos, práticas e ações, proporcionando maior vínculo com o cliente e sem que ele precise agendar aconselhamento com profissionais do Núcleo; de forma periódica os profissionais seriam avaliados quanto à qualidade do aconselhamento que fazem; para estudos futuros e paralelamente ao registro do laboratório, a captação da clientela deve ser registrada por equipe de PSF, no sentido de controlar os pedidos de exames e n^o de aconselhamentos; o aconselhamento deveria ser uma atividade que envolvesse toda a equipe (todos devem ser aconselhadores); o aconselhamento coletivo deveria ser feito, mas seria necessário garantir o espaço individual no pré-teste; o fluxo interno deveria incluir os usuário encaminhados das atividades externas (visitas domiciliares e grupos nas comunidades); o registro do aconselhamento pré e pós teste deveria conter representações do cliente quanto as informações recebidas.

O grupo não fez indicações para o componente de assistência laboratorial por falta de tempo hábil e em relação ao componente de prevenção/promoção houve consenso quanto às atividades indicadas no modelo lógico, além do reconhecimento que muitas delas interferem nas ações de assistência clínica; que o indicador relacionado ao n^o de preservativos disponibilizados deveria incluir os retirados na farmácia do CSEGSF, além daqueles dispensados pelo Camelô Educativo e pelas equipes de PSF.

Subgrupo 2 - constituído por **cinco** profissionais do PSF (incluindo seu supervisor), **seis** profissionais do CSEGSF (com um representante da gestão e **dois** facilitadores do Núcleo) e **dois** alunos residentes.

Para o componente de assistência clínica o grupo recomendou: incluir o componente da farmácia, para dispensação de preservativos e disponibilização a gestante soropositiva dos medicamentos necessários para interrupção da transmissão vertical; realizar aconselhamento pré-teste também no âmbito domiciliar e manter o do pós-teste apenas no âmbito do serviço; os indicadores poderiam ser levantados por área e orientar, assim, as necessidades de educação permanente das equipes; em relação ao fluxo interno de usuários o termo programa deveria ser substituído por áreas temáticas; incluir a condição epidemiológica nos indicadores de usuário/gestantes que são encaminhados para aconselhamento pré-teste; a comissão de revisão de prontuários formularia instrumento de acompanhamento da atividade de aconselhamento; para o encaminhamento interno de pacientes soropositivos estabelecer um parecer, conforme é feito na dermatologia, e criar indicadores para acompanhar esses encaminhamentos; assegurar o direito de escolha do usuário quanto ao profissional que fará seu acompanhamento clínico; incluir nas atividades a identificação de situações de violência

e assegurar o acompanhamento clínico dos usuários com resultado de teste positivo e indeterminado.

Quanto à assistência laboratorial, o grupo entendeu ser necessário criar um fluxo de informações entre os profissionais desse setor com todos os outros do serviço, de modo a reduzir o tempo de permanência do resultado do exame no laboratório.

Para o componente prevenção/promoção consideraram importante; capacitação de todos os profissionais do serviço no aconselhamento, no reconhecimento de situações de violência, na abordagem sindrômica das DST's e na temática sobre sexualidade; que é necessário reforçar a questão da ética e do sigilo tanto junto aos profissionais (supervisão, seminários) quanto na comunidade (atividades de educação em saúde); deve-se também incluir a oferta e orientação prática para o uso correto de preservativos no momento do aconselhamento e definir o quantitativo a ser distribuído por usuário; desenvolver uma abordagem mais ampliada entre a prevenção e promoção da saúde.

Subgrupo 3 - constituído por **dois** profissionais do PSF, **sete** profissionais do CSEGSF (com três representantes da gestão e um facilitador do Núcleo) e **quatro** alunos residentes.

Neste grupo apenas o componente de assistência clínica foi discutido: aconselhamento pré-teste deveria ser individual, ter formulário próprio e ser realizado apenas no serviço de saúde; o pré-aconselhamento coletivo seria realizado nas comunidades, como atividade de prevenção e promoção da saúde; a capacitação e a prática em aconselhamento deveriam ser obrigatórias e normatizadas para médicos e enfermeiros e focadas no essencial para a Atenção Básica; a capacitação de ACS e outros profissionais seria facultativa ou ser pensada uma estratégia que levasse em conta o perfil, o interesse e necessidades desses profissionais nesta atividade; os formulários de aconselhamento pré e pós-teste deveriam ser diferentes e registrados separadamente para evitar extravio ou falta de anotação que foram entregues ao usuário;

Aproveitar o momento de reformulação de formulários por ciclo de vida e pensar um instrumento de registro específico para o aconselhamento para o HIV e outros agravos; estabelecer uma guia de encaminhamento interno para especialidades no caso de usuários positivos; dar conhecimento às equipes de PSF sobre os casos positivos de sua comunidade; adicionar indicador relacionado ao n° de usuários que recebem solicitação e não realizam o teste e n° de exames realizados por comunidade; priorizaram os indicadores 7,8,9,10,11,12 e 16 desse componente.

De acordo com o relator, as questões éticas representaram grande parte das discussões do grupo e consideraram importante que profissionais e usuários discutam o assunto, entretanto, no sumário elas não foram assinaladas, pois não se obteve consenso sobre elas.

Considerações a título de síntese

Na síntese da discussão dos atores - consolidadas a partir dos relatórios dos três subgrupos - é importante destacar:

- O modelo é apropriado, mas que é imprescindível incorporar o componente de assistência farmacêutica, além de definir - com a equipe do setor - seus objetivos e seu modelo lógico.
- Foi adequado representá-lo de maneira a evidenciar a relação entre o componente de assistência clínica (do ambiente interno do serviço) e o componente da prevenção/promoção (dentro das comunidades), particularmente aos profissionais do PSF, pois é uma dimensão importante no trabalho das equipes, que permanece invisível e desconhecida pelos outros profissionais do serviço. Integrados representam o elo da integralidade.
- As associações, das ações de “fora” e de “dentro” se potencializam, expressam o sentido individual e coletivo dos cuidados à saúde e aliam a necessária assistência clínica aos problemas que os usuários apresentam com o fortalecimento do direito à saúde e de maior autonomia pessoal e coletiva.
- O componente de assistência laboratorial mereceu pouca discussão, mas que é necessário melhorar a comunicação deste setor com todos os outros setores e profissionais do serviço, pois é o componente-chave para a dimensão oportunidade.
- Há consenso sobre a importância das atividades assinaladas para todos os componentes, mas que é necessário aprofundar as discussões sobre o domínio (quem faz?) da prática de aconselhamento, pois as opiniões divergem entre a obrigatoriedade para médicos e enfermeiros e a limitação para os outros profissionais (incluindo os ACS), dependendo de seu interesse e habilidade.
- É necessário discutir os aspectos éticos envolvidos na prática do aconselhamento e que sigilo e confidencialidade devem estar assegurados em todos os espaços físicos da prática - no consultório, na triagem e particularmente no domicílio (onde falta privacidade e sobram constrangimentos conhecidos).

- As capacitações assinaladas como necessárias - aconselhamento, violência, abordagem sindrômica das DST's, sexualidade - sejam providenciadas e que valorizem, não só, os aspectos técnico-científicos, mas também aqueles relacionados à humanização do trabalho profissional.
- É necessário valorizar o acolhimento, não com etapa técnica e normatizada do processo de trabalho, mas como etapa que favorece fortemente o desencadeamento das outras ações e a resposta a demanda que o usuário traz.

Quanto ao **monitoramento**, a síntese da discussão dos subgrupos apontou que:

- Houve consenso em torno de vários indicadores e até mesmo priorização de alguns do componente técnico de Assistência Clínica.
- É necessário consultar o Gerenciador de Informações Locais (GIL) e identificar o que já existe e pode ser útil para o acompanhamento das atividades.
- A criação de novos indicadores ou mesmo a incorporação dos já identificados e priorizados por componente técnico dependem desse rastreamento anterior.
- O sistema de registros para acompanhamento das atividades - ficha e roteiro-base de aconselhamento, novo formulário de solicitação de exame anti-HIV - precisariam ser incorporados ao Sistema de Informações do CSEGSF.
- É oportuno aproveitar o momento de reformulação que o Serviço de Documentação e Informação em Saúde (SEDIS) vem empreendendo para discutir novas incorporações.
- Algumas fontes de verificação dos indicadores devem ser revistas, em função da criação de novos instrumentos de registro.

VII DISCUSSÃO: as limitações percebidas

Trabalhar no nível local, em que se aproximam as condições de vida e as pessoas que vivem essas condições, tem possibilitado verificar (passados quase dez anos de trabalho com Aids no CSEGSF) o surgimento, cada vez mais freqüente, de novos casos de usuários infectados pelo HIV, e muitas vezes gravemente doentes, numa situação semelhante a que era observada nos anos 90 e que denunciam não só o diagnóstico tardio - a despeito das queixas e da situação clínica - como também a dificuldade de acesso aos cuidados de saúde, evidenciada em alguns relatos de recusa de acompanhamento em serviços especializados. O que presenciamos hoje não é apenas a gravidade do problema na população de Manguinhos, pois as desigualdades nas condições de vida e saúde entre grupos sociais persistem e não se constituem em fato novo. Na verdade, atualmente, são cada vez mais acentuadas e evidencia a todo o momento a perversa simbiose entre adoecimento e pobreza, a falta de equipamentos sociais, mas também a fragilidade e, porque não dizer, o desprestígio das ações de prevenção, que cedem espaço - cada vez maior - aos anunciados efeitos dos coquetéis de medicamentos antiretrovirais.

O ponto de partida - existência de um problema e a necessidade de enfrentá-lo - movimentou interesses e interessados na construção de uma situação nova, que alterasse positivamente a condição inicialmente caracterizada como problemática.

Surgiram, então, outras necessidades: identificar os atores-chave (principais agentes de mudança); envolvê-los de modo participativo (em torno de uma proposta de resposta), mas, não sem antes “desvelar seus cotidianos” (Pinheiro, 2001).

Nesse desvelamento, o que se verifica em relação ao trabalho do Núcleo DST/Aids é, sobretudo, o esforço de assegurar a assistência clínica aos usuários infectados, pois a alteração positiva que o desenvolvimento e a disponibilização dos medicamentos trouxe à vida e à qualidade de vida das pessoas infectadas é inegável (Galvão, 2002). Entretanto, apenas isso não basta e a equipe sabe disso quando busca interagir com parceiros internos e externos, quando promove iniciativas dentro e fora do serviço de saúde, na prevenção da infecção e na promoção da saúde, particularmente no que diz respeito ao estímulo de ações e atitudes solidárias com os pacientes assistidos e no trabalho no âmbito dos direitos das pessoas que vivem com HIV/Aids.

Em torno dessas definições, a equipe procurou habilitar-se ao trabalho no campo da AIDS no nível da atenção básica, o que por vezes é problemático dentro de uma instituição de pesquisa e desenvolvimento tecnológico e onde freqüentemente o mérito recai sobre a academia, as pesquisas e os protocolos fechados e bem controlados.

Tratava-se então de continuar buscando, com objetividade, todas as aproximações possíveis com outros atores do serviço para o enfrentamento do problema e essa busca - influenciada pela nova política para a atenção básica - necessariamente deveria incluir o PSF para “contaminá-lo positivamente”, potencializando ações e ampliando os efeitos benéficos para a população. Esse movimento com certeza produziria melhores condições para encarar os graves problemas - e não são poucos - que tanto a prevenção e a assistência à AIDS ainda precisa resolver, a despeito das conquistas até hoje acumuladas por esta política pública.

Entretanto, desvelar o cotidiano das equipes do PSF não seria tarefa fácil e suficientemente cumprida apenas com as consultas sobre sua história de implantação em Manguinhos (Bodstein & Zancan), ainda que apenas com esse material já fosse possível entender algumas dificuldades, que mais tarde, se expressariam na restrição à participação do GAT, no desenvolvimento do processo de construção dessa proposta. Como representante da CAP 3.1 e que tem a responsabilidade de prestar apoio técnico às equipes do PSF sediadas no CSEGSF, parecia natural uma aproximação com esse ator. Contudo, entre os atores-chave (os que têm maior poder de decisão) identificados no serviço, não parecia claro o modo como a inclusão deste grupo poderia ser concretizada de modo a contribuir no desenvolvimento do estudo. O receio de possíveis influências de um parceiro externo pode ter origem na história de implantação do PSF na área, e que persiste apesar do estabelecimento das atribuições da SMS e do CSEGSF definidas no documento de ampliação do programa na área. Por essa ou por outras razões não completamente identificadas, a decisão, acolhida tacitamente sem muita discussão, pode subentender um grau maior de autonomia do CSEGSF neste convênio.

Há poucas análises, até agora, dessa experiência local, mas a que foi realizada por Gribel (2005) nos informa que o processo de trabalho das equipes do PSF tem concentrado - diferente do que é proposto para o programa - mais da metade das atividades assistenciais dentro do CSEGSF, e que elas ainda expressam a lógica voltada para o modelo médico. Confirma ainda, da mesma forma que Pires (2000), a divisão

parcelar do trabalho (atividades assistenciais, aos cuidados de toda a equipe e atividades gerenciais exclusivas de médicos e enfermeiros) e a burocratização do trabalho (representada pelo excessivo tempo destinado ao preenchimento dos formulários, especificamente desenvolvidos para acompanhamento das atividades dos profissionais das equipes). Trabalham, segundo Gribel, como mais um programa dentro do serviço, sem, contudo, se articular com o serviço e provavelmente sem alterar a lógica da atenção à saúde que inspirou sua formulação e que o distingue como elemento estratégico para o (re)desenho de novas práticas (Merhy & Franco, 2003).

Sem dúvida a identificação dos contextos de organização de trabalho das equipes foi importante, não só pela sua caracterização simplesmente, mas também porque ajudou a compreender que da forma como elas vêm operando, subdividem o trabalho, comprometendo resultados e essa situação parece ocorrer em muitas áreas, onde o PSF foi implantado e já existia uma rede municipal de serviços estruturada (Escorel et al, 2002).

Através dessa caracterização ficou clara a falta de integração das práticas profissionais das duas equipes, levando os atores-chave a refletirem sobre a adequação da proposta de intervenção, apresentada tanto no sentido de resposta às condições de vulnerabilidade de Manguinhos quanto no sentido de romper seus isolamentos, que o mapeamento anterior apenas permitia conferir.

Bem verdade que a proposta de intervenção, em torno do Aconselhamento, não brota desses atores. Ela é concebida antes, num processo anterior, quando é possível entrar em contato com os conceitos de Monitoramento e Avaliação e a importância que esses dois temas têm, atualmente, para a atenção básica (Felisberto, 2004), mas também, pelo que significaria de oportunidade real de, aproximando o trabalho das equipes do PSF à realidade da Aids na região promover, ao mesmo tempo, a (re)organização das práticas em saúde (Mattos, 2001) e monitorar o seu processamento.

O que os atores discutem, portanto, nos primeiros encontros é a possibilidade de realizar a “integralidade focalizada” (Cecílio, 2001), num esforço que revelasse - a partir do Aconselhamento - a potência de esforços conjugados e como os cuidados a indivíduos e famílias, através de intervenções biológicas, psíquicas e sociais poderiam ser idealizadas e executadas, integradas e integrais. Também foi momento de conhecer um outro aspecto, não menos importante, de “utilidade” da proposta de intervenção e

que dizia respeito às possibilidades do CSEGSF firmar-se como elemento formador - dentro da Atenção Básica - capacitando e qualificando as equipes de PSF, respondendo aos questionamentos da ENSP quanto ao seu papel no ensino e no desenvolvimento de pesquisa de novas metodologias para o sistema local de saúde.

Foram esses os primeiros **usos intencionais** que os atores fizeram no processo de discussão e que permitiram confirmar a delimitação do foco de trabalho, agregar as expectativas que o processo de construção compartilhada estava indicando e identificar os atores prioritários que estariam envolvidos nas etapas seguintes.

Ter por bússola os atores, presumidamente sensibilizados, não dispensou a realização de outras etapas que fortalecessem o conhecimento de todos sobre o que vinha ocorrendo no dia a dia. Nesse sentido a caracterização da demanda da testagem anti-HIV, foi de realização oportuna, não só no que diz respeito a criar uma base de evidências concretas sobre a prática e avançar para além das intuições que, via de regra, caracteriza a “avaliação” em serviço, mas também de servir como substrato para comparações futuras após a implantação da intervenção. Através da análise, foi possível caracterizar momentos constitutivos do processo de trabalho dos profissionais do PSF e do CSEGSF que envolve o esclarecimento sorológico da infecção pelo HIV e dar sentido e utilidade prática os dados que alguém, solitariamente, insiste em organizar e que a desorganização do trabalho insiste em ignorar. A apreciação apenas de produtos resultantes desse processo, trouxe limitações a uma avaliação mais apurada, pois o modo como as distintas fases do processo foram operadas não está sendo discutido. Uma outra etapa de consulta aos prontuários seria desejável, pois permitiria apurar melhor outros aspectos como, por exemplo, a existência e qualidade do registro, outras necessidades dos usuários, os encaminhamentos feitos, o agendamento de retorno. Ainda que parciais, as informações foram importantes não só para “testar a realidade” (Patton, 1997), mas também sensibilizar os atores da prática sobre sua prática e consubstanciar a identificação de alguns indicadores para o monitoramento do Aconselhamento. Socializadas, no momento da oficina, alguns desses dados trouxeram satisfação, em especial ao povo do laboratório que vem trabalhando com atenção na qualidade do processo de trabalho, apesar de algumas dificuldades operacionais com a compra e alocação de kits para a testagem anti-HIV e de manutenção dos equipamentos.

Estabelecidas, as prioridades no enfrentamento do problema e observado o conjunto dos fatores (operacionais, institucionais, sociais) que se relacionavam com estas prioridades, foi preciso, novamente, consultar a teoria (PNM&A, 2005) para formatar o modelo local da intervenção, além de procurar adiantar, para análise dos atores, o modo e as medidas de como seria possível acompanhar seu desenvolvimento.

Afora as considerações teóricas que conformaram seu desenho e que já foram apresentadas o que importa assinalar é que essa modelagem deveria ressaltar o quanto de necessidades de saúde existentes e latentes estariam sendo atendidas de forma sincronizada pelas equipes, no ambiente interno e externo do serviço de saúde. De que forma - apoiada pelo conhecimento científico, o reconhecimento diagnóstico e o manejo qualificado dos problemas - ela representaria as diferentes preocupações referentes à saúde e sinalizariam para o real atendimento de necessidades e apresenta-se aberta à participação do usuário (Starfield, 2002). É possível acreditar no seu entendimento pelos atores, durante a oficina. Foi importante descrevê-la e tornar clara sua racionalidade e, esse processo ampliou não só o conhecimento sobre a própria intervenção, sobre seus componentes, mas, sobretudo, estimulou a discussão sobre o processo de trabalho (e isto é uma necessidade quase urgente entre as equipes). Esse foi o mérito maior do modelo lógico. Não haveria como pensar um plano de monitoramento, sem pensar os processos de trabalho necessários para realizar a intervenção. Não haveria como pensar os processos de trabalho sem dialogar, compartilhar e pactuar objetivos comuns com atores da prática.

Momentos como da oficina costumam ser reveladores, pois a definição de interesses e o estabelecimento da cooperação mútua para chegar ao consenso acabaram por revelar, durante a discussão, critérios e valores dos profissionais. As sínteses dos subgrupos indicaram, quase unanimemente, grande preocupação com a prática do Aconselhamento e muitas das observações anotadas reiteraram aquelas que foram observadas por Filgueiras & Deslandes (1997). Há muito que aprofundar sobre o papel do agente comunitário de saúde no aconselhamento e sobre o exercício democrático dessa prática por todos os membros das equipes, pois sobre essas questões ainda não há consenso. Dúvidas cercam os conceitos - e consequentemente o exercício - sobre a ética e o sigilo das informações confidenciais pelos usuários e em situações em que são apresentados alguns dilemas de difícil solução: casais sorodiscordantes que não utilizam qualquer proteção, expondo-se ao risco constante da contaminação; grávidas soropositivas que desejariam interromper a gestação, mas que não encontram amparo

para essa decisão; mulheres portadoras que se alegram em parir novamente – pois “a saúde se renova”, dizem elas, escandalizando os profissionais de saúde.

Situações nas quais será necessário rever valores morais que habitam o profissional, e entender, se o dilema existe por causa do choque com esses valores ou se não foram exercitadas todas as dimensões envolvidas na qualidade do cuidado.

Há, também, muito que discutir sobre o monitoramento, pois o trabalho não termina com a formulação de um conjunto de indicadores. O uso do prontuário clínico como principal instrumento de registro de procedimentos, como é o caso do CSEGSF, reforça a necessidade do monitoramento da qualidade desse registro. Ainda que esse prontuário seja único, individualizado e produto de um extenso processo de discussão e reformulação na década de 90, não inibiu a construção de outros instrumentos e sistemas mais particularizados, como do PSF, que utiliza cerca de 14 formulários que permitem o acompanhamento das atividades dos profissionais (Gribel, 2005) sem ajudar na compreensão sobre como estão sendo realizadas as mudanças assistenciais desejáveis (Hartz, 2000). Mapear os sistemas em uso - SIGAB, SIAB - e conhecer as potencialidades do GIL (Gerenciador de Informações Locais) são etapas inadiáveis desse processo de elaboração do plano de monitoramento e que podem auxiliar na definição mais consequente, não só da introdução de novos instrumentos, mas também da definição quanto ao seu uso tanto por profissionais e usuários, quanto por gestores.

Será ainda necessário, retomar a discussão sobre as responsabilidades do gestor e das coordenações como atores, que foram essenciais para o desencadeamento desse processo de construção, e, indispensáveis que são para garantir seu prosseguimento.

Seria ainda necessário reconhecer que o processo que foi compartilhado até agora, não contou com a participação do usuário. Não por esquecimento, nem tampouco por deliberada exclusão, mas por necessidade imperiosa de organizar o trabalho internamente. Mas, não por força dessa limitação, deixar de imaginar o poder humanizante que a participação popular provocaria em todo o processo.

A definição inspirada na abordagem sugerida por Patton (1997), implicou em olhar para dentro do serviço, identificando pessoas, situações e dados. Exigiu, portanto, conciliar, etapas de apropriação teórica e de reconhecimento da realidade local com aquelas de interlocução com atores importantes desse processo de construção.

Uma etapa acaba por instruir e orientar a outra, interligadas que estão em aproximar a teoria da prática, o conhecimento das ações que vêm sendo e que poderão ser desenvolvidas e dos conceitos que as orientam e a ação reflexiva que os atores, vão realizando sobre esses conceitos e sua utilidade.

Mas, existiram limites reais e locais para sua plena “utilização”. Não foi possível incorporar todos os atores, todo o tempo e em todas as oportunidades necessárias e desejáveis desse processo de construção. Uma aplicação mais fiel de seus conceitos, implicaria em garantir, e muito, a ampliação do tempo e de recursos humanos e financeiros para o desenvolvimento mais harmonioso desse processo de construção e, talvez nesses aspectos não seja possível “aceitar” sua teoria. Mas, em muitos outros aspectos é possível afirmar que foram criadas novas possibilidades de trabalho e de entendimento sobre o trabalho. Que certamente, nesse momento de valorização e organização da discussão interna, outros atores tenham sido mantidos à distância, e que esta decisão expressou um determinado “uso intencional” do processo de desenvolvimento e elaboração do plano. Do mesmo modo quando os atores tornam claros seus enfoques prioritários, manifestando expectativas e produzindo demandas concretas para os próximos passos.

A escolha em aplicar a abordagem focada na utilização, cria possibilidades de sucesso na execução de um sistema de monitoramento desenhado de forma pactuada, próxima e que não ignora a realidade, pois o sentido maior - além de envolver e comprometer os atores - é reconhecer o caráter pessoal e situacional (Patton, 2004) dessa construção. Na medida da implementação desse modelo, é desejável que o amadurecimento favoreça, cada vez mais e na medida necessária, a singularização do modelo de aconselhamento de cada uma das comunidades. Representando, portanto, as influências de outros atores, as potencialidades e prováveis limitações de cada área e cada equipe, a partir da emancipação do modelo original.

VIII CONSIDERAÇÕES FINAIS: as conseqüências do desenvolvimento do processo de trabalho

Em função do que foi apresentado, não seria prudente considerar que os produtos obtidos estão finalizados e completos e que esse conjunto constitui um plano de monitoramento enquanto arquitetura acabada e que sinaliza para o início de um processo sistemático e contínuo de coleta e análise de informações selecionadas.

A ausência de discussão sobre as metas que a intervenção deveria atingir e a lacuna da incorporação e discussão sobre a Vigilância Epidemiológica, refletem parte dessas limitações.

Além das restrições teóricas e metodológicas no processo de construção da proposta e que podem justificar parcialmente as limitações anteriores, somam-se aquelas decorrentes do processo de trabalho desenvolvido e que envolveram uma delimitação mais precisa entre o papel de investigador e, ao mesmo tempo investigado e que tem a tarefa de facilitar o processo de investigação e construção da proposta.

Desse modo, é também prudente considerar as dificuldades que esse duplo papel trouxe, tanto para o desenho, quanto para a execução do estudo.

Não seria pouco associar a essas dificuldades, aquelas impostas pelo tempo, inimigo poderoso do vai e vem necessário em estudos com essas características.

A despeito das limitações apontadas, é possível concluir, através dos resultados obtidos, que os procedimentos metodológicos adotados, no seu conjunto, atenderam os objetivos enunciados e forneceram elementos importantes à composição de um plano.

Da mesma forma que outras investigações, esse estudo ajudou a entender que o processo de implantação de uma intervenção está submetido à sua integração a um determinado contexto organizacional, que apresenta problemas.

Logo, não seria sensato ignorá-los, mas deveria sempre existir uma disposição de contorná-los de forma coletiva. Em função desses problemas foi importante associar, sempre que possível, as experiências compartilhadas entre os profissionais de saúde no atendimento de algumas necessidades que os usuários apresentam - facilitando, por vezes, a compreensão sobre a lógica de operar o trabalho - e demonstrando na prática a possibilidade do trabalho integrado entre equipes.

Nos encontros com os atores é admissível pensar, que foram construídas novas habilidades e novos conhecimentos, traduzidos, na oficina, pelo entendimento que tiveram entre o problema identificado e a proposta de intervenção, a apreciação e a

pactuação que fizeram sobre seu provável desenho e sobre os elementos que tornam possível o acompanhamento de parte de seus resultados.

A pretensão final com o caminho descrito na produção deste plano, é que ele expresse o processo de construção da rede explicativa dos problemas junto aos profissionais do serviço, o processo de pactuação de interesses, objetivos comuns, necessidades, visões de todo o grupo de atores e a formação de uma rede de cooperação de profissionais comprometidos com um novo modo de realizar o trabalho em saúde.

Certamente um novo modo de agir, gera novos conhecimentos e provoca novas indagações.

O desenvolvimento de um processo de trabalho para a construção coletiva de uma proposta de intervenção no serviço de saúde, implica em várias etapas, que muitas vezes não se distinguem umas das outras. Pelo contrário, combinam-se e reforçam-se, pois são, em certa medida, a expressão do esforço de conjugar a tarefa acadêmica de formação (identificação e diálogo com a teoria que já foi produzida), de antever a sua aplicabilidade prática (no mundo real), de compartilhar os achados e o modo de sua compreensão pelos outros atores, estabelecendo um movimento contínuo que consulta, envolve e compromete gestores e a instituição com as respostas às necessidades de saúde.

Certamente existem falhas em construções semelhantes a que este estudo promoveu, pois fazem parte de sua natureza coletiva de formulação.

Tal qual uma casa, essa construção precisará de ajustes e adequações a melhores modelos e melhores práticas.

Agora, o empenho deve estar concentrado em garantir que a ampliação do diagnóstico sorológico para o HIV na rede básica, possa estar resguardada pelo aconselhamento, antecedido pelo acolhimento generoso e pela escuta atenta.

Possa, ainda, amparar-se na existência de um ambiente favorável não só do ponto de vista da organização interna, da garantia e adequação de insumos, da existência de profissionais bem preparados e eticamente seguros, da franca disposição em utilizar a cooperação técnica com parceiros internos (do serviço local) e externos (outros níveis de atenção), mas principalmente que inspire confiança, assegure confidencialidade ao usuário e que lhe ajude na (re)descoberta de sua autonomia.

Assegurar aos usuários condições que facilitem a abertura para que o risco individual se revele, sem constrangimentos, que a recomendação para a testagem não seja exercida como imposição e não seja recebida com o despreparo de quem não foi “ouvido” e não se apropriou de nenhum conhecimento.

Uma oportunidade de encontro ampliada, para além do conhecimento do *status* sorológico da infecção pelo HIV, sensível para identificar outros problemas.

Uma prática profissional que é consequência direta da formulação e execução baseadas no contexto dos direitos da população à saúde, por equipes interdisciplinares, que conjugam do mesmo objetivo e que, portanto, acionam o desenvolvimento de ações múltiplas e especializadas.

Quando chegar o momento de novas reformas em nosso modelo e em nossas práticas, tal qual uma casa, não vamos deixar de convidar o usuário.

IX RECOMENDAÇÕES: as necessidades para a implantação da ação

Serão mencionadas aqui algumas recomendações no sentido de favorecer a implantação do Aconselhamento em HIV/Aids e seu monitoramento:

- Promover uma ampla exposição das conclusões deste estudo, junto a todos os atores envolvidos em sua elaboração e ao Conselho Gestor do CSEGSF.
- Compor, com o Núcleo DST/Aids e os atores-chave, um grupo de supervisão para o monitoramento das iniciativas assinaladas abaixo.
- Garantir o processo de capacitação das equipes do PSF e de outros profissionais interessados, em relação aos temas indicados pelos subgrupos na oficina de consenso - aconselhamento em HIV/Aids, sexualidade, violência e abordagem síndrome das DST's.
- Promover, junto a todos os profissionais de saúde do CSEGSF e as equipes do PSF, um amplo debate sobre a humanização e a ética profissional no exercício do trabalho em saúde.
- Estimular a formação de grupos de trabalho multiprofissionais, no sentido de formular uma proposta dos novos formulários para registro do aconselhamento.
- Promover a integração com o SEDIS no sentido de organizar o rastreamento no GIL, dos possíveis indicadores já existentes relacionados ao Aconselhamento em HIV/Aids e discutir a incorporação dos indicadores priorizados e selecionados pelos subgrupos na oficina de consenso.
- Aprofundar, junto ao LADEPE, as discussões quanto à seleção dos indicadores mais adequados para este componente técnico, da reformulação da solicitação do teste anti-HIV, assim como do fluxo de comunicação com os outros setores do CSEGSF.
- Discutir, junto à Farmácia do CSEGSF a elaboração do seu modelo lógico, incluindo a retomada de dispensação de preservativos.
- Organizar com o NAECOS uma estratégia de comunicação permanente, dentro do CSEGSF, para os departamentos da ENSP e a CAP3.1, sobre o significado e as iniciativas para implantação dessa ação junto as equipes do PSF da área.
- Recomendar à Coordenação de Ensino da ENSP, a apresentação e discussão desta construção coletiva no âmbito da Atenção Básica, junto aos alunos do Programa de Residência em Saúde da Família.

X REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ARAÚJO, C L F. *Aconselhamento em DST/HIV: repensando conceitos e prática* / Carla Luzia França Araújo, Kenneth Rochel Camargo Jr. – Rio de Janeiro: Folha Carioca, 2004.
- 2 ASSIS, S G; DESLANDES S F; MINAYO, M C S; SANTOS N C. Definição de objetivos e construção de indicadores visando à triangulação. In: Minayo, Maria Cecília de Souza (org.) *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 244 p.ilus.
- 3 BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Acompanhamento e Avaliação na Atenção Primária/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2004.
- 4 BODSTEIN, R & ZANCAN, L, 2002. Avaliação das Ações de Promoção da Saúde/DLIS em contexto de pobreza e vulnerabilidade social. In Zancan, L.; Bodstein, R. & Marcondes, W. B. (orgs.). *Promoção da Saúde com Caminho para o Desenvolvimento Local: a experiência de Manguinhos*. Rio de Janeiro, ABRASCO.
- 5 CAMPOS G W S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy E E, Onocko R T, organizadores. *Agir em saúde, um desafio para o público*. São Paulo: Editora Hucitec: 1997. p. 229-66.
- 6 CECÍLIO, L C O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In Pinheiro, R; Mattos, R A. (orgs.) *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. 180 p.
- 7 DEMO, P. (1999). *Avaliação qualitativa*. São Paulo: Cortez.
- 8 DONABEDIAN, A. (1990). *Garantía y monitoria de la calidad de la atención médica: um texto introductorio*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- 9 ESCOREL, S; GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M H; MAGALHÃES, R; SENNA, M C M. *Avaliação da Implantação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.288 p.
- 10 FELISBERTO, E. *Monitoramento e avaliação na Atenção Básica*. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, 4(3): 317-321, jul./set., 2004.
- 11 FERNANDES, A S. *Estratégia Saúde da Família: História, Perspectivas e Desafios*. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, 2005. Brasília: Ministério da Saúde.
- 12 FILGUEIRAS, S L & DESLANDES, S F. Avaliação das ações de aconselhamento. Análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. *Cad. Saúde Pública*, 1999, vol. 15 supl. 2, p. 121-131.

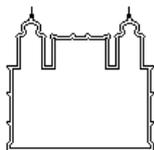
- 13 FRANCO, T & MERHY, E E. *PSF: Contradições e novos desafios*. Conferência Nacional de Saúde On-Line. Tribuna Livre. Consultado em dezembro de 2005. Disponível em: [http:// www.datasus.gov.br/cns](http://www.datasus.gov.br/cns)
- 14 GALVÃO, J. 1980 - 2001: uma cronologia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no mundo. *Coleção ABIA - Políticas Públicas*, v.2. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. Rio de Janeiro, 2002, p.5.
- 15 GIOVANELLA, L; ESCOREL, S E MENDONÇA, M H. *Saúde em Debate*. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Porta de entrada pela Atenção Básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. Ano XXVII vol. 27 n° 65, p.278-289, set/dez 2003.
- 16 GRIBEL, E B. *Atenção Básica: do Processo de Trabalho ao Sistema de Informação*. [Dissertação Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; abril, 2005.
- 17 HARTZ, Z M A. (org.) *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, ABRASCO, 1997.
- 18 HARTZ, Z M A. Pesquisa em avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n21, p.29-35, dezembro 2000.
- 19 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Demográfico Brasileiro*. Rio de Janeiro: IBGE, 2001.
- 20 LAST, J M. *A dictionary of epidemiology*. Oxford University Press, New York, 1988.
- 21 MATTOS, R A. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In Pinheiro, R; Mattos, R A. (orgs.) *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. 180 p.
- 22 MERHY, E E; MIRANDA, H; JUNIOR, M; FRANCO, T F; BUENO, W S. *O trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. Editora HUCITEC, São Paulo, 2003.
- 23 MINAYO, M C S; SOUZA E R; ASSIS S G; NETO O C; DESLANDES, S F; SILVA, C.M.F.P. Avaliação dos Centros de Orientação e Apoio Sorológico/CTA/COAS da Região Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15(2):355-367, abr-jun,1999.
- 24 MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997. *Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis*. Brasília: Coordenação Nacional de DST/Aids.
- 25 MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Assistência à Saúde, 1999. *Manual para a Organização da Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde.

- 26 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2001b. Projeto de Apoio à Implantação e Consolidação do Programa Saúde da Família no Brasil. Brasília, mimeo.
- 27 MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001e. *Sistema de Informações hospitalares – SIHSUS*. www.datasus.gov.br
- 28 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional de Saúde, 2002. *Situação da prevenção e controle das doenças transmissíveis no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde.
- 29 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança no modelo de Atenção Básica. *Rev. Bras. Saúde Materno Infantil*, jan/mar. 2003, vol.3, nº 1 p 113-125. ISSN 1519-3829.
- 30 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. Informe da Atenção Básica. O Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família - PROESF. ANO IV, jul/ago. 2003.
- 31 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância de Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Centers for Diseases Control and Prevention. MonitorAIDS: Sistema de Monitoramento de Indicadores do Programa Nacional de DST e Aids (Versão 1.0)/ Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Centers for Diseases Control and Prevention - Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 100p.il.
- 32 MINISTÉRIO DA SAÚDE, Programa Nacional DST/Aids. *Aconselhamento em DST/HIV/Aids. Recomendações no contexto da Atenção Básica*: www.aids.gov.br/fiquesabendo/documentos.asp - acessado em março 2005.
- 33 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Assessoria de Monitoramento e Avaliação. Plano Nacional de Monitoramento e Avaliação. Brasília. Versão Preliminar, julho, 2005.
- 34 MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids, 2005. *Manual da Oficina de Capacitação em Avaliação com Foco na Melhoria do Programa*. Brasília: Ministério da Saúde.
- 35 NEMES M I B; CASTANHEIRA E R L; MELCHIOR R; ALVES M T S S B; BASSO C R . Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 Sup. 2: 5310-5321, 2004.
- 36 PARKER, R. G. Construindo os alicerces para a resposta ao HIV/Aids no Brasil: o desenvolvimento de políticas sobre o HIV/Aids, 1982-1996. *A Resposta Brasileira ao HIV/AIDS: analisando sua transferibilidade. Divulgação em Saúde para Debate*, Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES, 2003.

- 37 PATTON, MICHAEL QUINN. Utilization-focused evaluation: the new century text, 3rd edition. Thousand Oaks, California: Sage Publications, 1997,431 p.
- 38 PATTON, MICHAEL QUINN. A microcosm of the global challenger facing the field: commentary on HIV/Aids monitoring and evaluation. In: Deborah Rugg et al. (ed.). *Global Advances in HIV/Aids monitoring and evaluation*. New Directions for Evaluation, n.103. Jossey-Bass/AEA, 2004, p. 163-171.
- 39 PINHEIRO, R. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In Pinheiro, R; Mattos, R A. (orgs.) *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. 180 p.
- 40 PIRES, D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. *Rev Bras Enfermagem* 2000; 53:251-63.
- 41 PORTO, C S B M. Promoção da Saúde e AIDS: limites e possibilidades de uma experiência local. In: Zancan, L (org). *Promoção da Saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência de Manginhos-RJ*. Rio de Janeiro: ABRASCO/FIOCRUZ, 2002.
- 42 PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, 2001. 3^o Termo de referência e prorrogação do convênio entre SMS Rio de Janeiro e ENSP. Capacitação e Educação Continuada das Equipes de Saúde da Família e Desenvolvimento de Tecnologias de Atenção à Saúde. Rio de Janeiro, 31/05/01.
- 43 PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, Secretaria Municipal de Saúde. [www.saude.rio.rj.gov.br/Programa Saúde da Família](http://www.saude.rio.rj.gov.br/Programa%20Saude%20da%20Familia) - acessada em dezembro de 2004.
- 44 PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, Secretaria Municipal de Urbanismo. Instituto Pereira Passos. Diretoria de Informações Geográficas. Notas Técnicas do Plano Estratégico n^{os} 08 e 09 - Tijuca/Vila Isabel e Leopoldina. Publicado em Rio Estudos n^o 98. *Coleção Estudos da Cidade*. abril, 2003.
- 45 PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, Secretaria Municipal de Urbanismo. Instituto Pereira Passos. Diretoria de Informações Geográficas. Expansão e Consolidação da Saúde da Família. Publicado em Rio Estudos n^o 107. *Coleção Estudos da Cidade*. junho, 2003.
- 46 PROJETO PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA TOTALIDADE DO COMPLEXO DE MANGUINHOS. Centro de Saúde Escola Germano Sival Faria ENSP/Fiocruz: s/data.
- 47 RAXACH, J C [et al]. Reflexões sobre Assistência à Aids: relação médico-paciente, interdisciplinaridade e integralidade, Rio de Janeiro: ABIA, 2003.
- 48 RIBEIRO, E M; PIRES; D, BLANK, V L. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa de Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2): 438- 446, mar-abr, 2004.

- 49 SANTOS, ELIZABETH MOREIRA dos (org.) Dimensão técnico-operacional: unidades didático-pedagógicas: modelo teórico da avaliação/ Organizado por Elizabeth Moreira dos Santos e Sonia Natal, - Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006.
- 50 SCHRAIBER, L B; PEDUZZI, M; SALA, A; NEMES, M I B; CASTANHEIRA, E R L; KON, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência e Saúde Coletiva* 1999; 4:221-42.
- 51 SOUSA, M F; FERNANDES, A S; ARAÚJO, C L; FERNANDES, M C. 2000. Gestão da Atenção Básica: redefinindo contexto e possibilidades. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n^o 21, p.11, dez.
- 52 SOUSA, M F; FERNANDES, A S; ARAÚJO, C L; FERNANDES, M C, 2000. Gestão da Atenção Básica: redefinindo contexto e possibilidades. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n^o 21, p.13, dez.
- 53 STARFIELD, B. *Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- 54 TEIXEIRA, P. R. Políticas públicas em AIDS. In Parker, R (org.). *Políticas, Instituições e AIDS: Enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar: ABIA, 1997.
- 55 VASCONCELOS, EDUARDO M. A riqueza multifacetada da vida dos pobres e a pobreza unidimensional da vida dos ricos. *Educação popular e a atenção à saúde da família*, São Paulo: Hucitec, 1999. p.19.
- 56 VILLELA, WILZA; SANEMATSU MARISA. Dossiê Mulheres com HIV/AIDS: elementos para a construção de direitos e qualidade de vida. São Paulo: INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO - Comunicação e Mídia, 2003.
- 57 WALDMAN, E A. Usos da Vigilância e da Monitorização em Saúde Pública. *Informe Epidemiológico do SUS*, VII (3), jul/set. p.7-26, 1998.

ANEXOS



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O (a) Sr.(a) está sendo convidado(a) para participar do estudo, **Aconselhamento em HIV/Aids pelo Programa de Saúde da Família: Uma proposta de monitoramento da implantação em Manguinhos**, que está sendo desenvolvida dentro do programa de Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde e Avaliação de Programas de Controle de Processos Endêmicos, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ.

O objetivo deste estudo é construir um Plano de Monitoramento da Implantação da Ação de Aconselhamento em HIV/Aids, junto às equipes do Programa de Saúde da Família, sediadas no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria/ENSP.

Sua participação nesta pesquisa será fundamental para a construção do desenho de Monitoramento, de forma que expresse as características da experiência local do trabalho do PSF.

As informações fornecidas pelo sr (a) contribuirão para um maior conhecimento sobre as necessárias articulações de grupos de trabalho, dentro do CSEGSF, visando à promoção da saúde da população de Manguinhos e para o planejamento e execução de melhorias na assistência às pessoas que vivem com HIV/Aids.

As fitas de áudio, geradas em diversas etapas de desenvolvimento da pesquisa serão, após transcrição, guardadas pela pesquisadora responsável, junto ao Núcleo de DST/Aids do CSEGSF, pois se constituirão em acervo do próprio serviço de saúde. Como acervo poderá ser consultado - desde que haja compromisso com o sigilo - mas não poderá ser utilizado para qualquer outra finalidade.

Nessa pesquisa, as informações serão confidenciais e o sigilo sobre sua participação também estará assegurado. Seu anonimato será preservado quando os dados forem divulgados. Os dados poderão ser utilizados em relatórios, artigos científicos, dissertações de mestrado e teses de doutorado.

O sr(a) receberá uma cópia deste termo onde constam telefone e endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

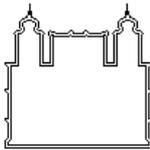
Esclareço ainda, que sua participação não trará nenhum risco individual e coletivo e também não é obrigatória. Caso aceite participar do estudo poderá retirar o consentimento a qualquer momento sem prejuízo à sua vida pessoal e profissional.

Rio de Janeiro, , de de 2006

Celina Santos Boga Marques Porto – Coordenadora da Pesquisa
Rua Leopoldo Bulhões, 1480, térreo - tel (21) 25982876
e-mail: boga@ensp.fiocruz.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Profissional de Saúde



Monitoramento da qualidade da Ação de Aconselhamento em HIV/Aids
Avaliação da Oficina de Consenso
Fevereiro/2006

(PSF - Núcleo DST/Aids - Gestão - Outros setores (especificar))

Data : ____/____/____ (identificação subgrupo) 1 2 3

Por favor, faça uma marca na opção que lhe convém.

1- Como se sentiu no subgrupo?

☺ ☹ ☹

Comentários: -----

2-Como classifica sua contribuição no subgrupo?

() alta () boa() como espectador () baixa

Comentários: -----

3- A Oficina de Consenso representou para você...

✚ ☀ ☠ ✈ 🕯 📖 ❤

Ícones: cruz (sentido de sacrifício), bomba (sentido de tensão), caveira (morte, ruim), avião (viagem, voando), vela (luz, esclarecedor), livro (conhecimento, enriquecedor), coração (acolhedor)

Comentários: -----

4- A Oficina de Consenso foi produtiva para o subgrupo?

() ótima produtividade () boa produtividade () pouca produtividade

5- Como foi o desempenho do relator do seu subgrupo?

() ótimo () bom () pouco apropriado () ruim

Comentários: -----

6- Como avalia o material utilizado?

() ótimo () bom () pouco apropriado () ruim

Comentários: -----

7-Que momento da Oficina de Consenso você destacaria?

Monitoramento da Ação de Aconselhamento em HIV/Aids

Planilha Consenso

Indicadores Quantitativos e Qualitativos

Fevereiro/2006

Componente Assistência	Consenso Sub-grupo ()sim ()não ()observações
Comentários:	

Monitoramento da Ação de Aconselhamento em HIV/Aids

Planilha Consenso

Indicadores Quantitativos e Qualitativos

Fevereiro/2006

Componente Laboratório	Consenso Sub-grupo ()sim ()não ()observações
Comentários:	

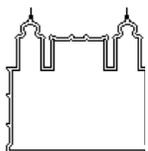
Monitoramento da Ação de Aconselhamento em HIV/Aids

Planilha Consenso

Indicadores Quantitativos e Qualitativos

Fevereiro/2006

Componente Prevenção Promoção	Consenso Sub-grupo ()sim ()não ()observações
<p>Comentários:</p>	

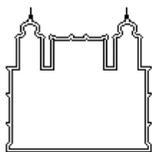


Aconselhamento em HIV/Aids: Criando consenso para o monitoramento da qualidade desta prática no CSEGSF Oficina de Trabalho - programação para facilitadores - fevereiro/2006

Hora	Programa / Conteúdo	Atividade	Produto
8:30	<ul style="list-style-type: none">Boas Vindas/Interação de todo o grupo/Contrato de trabalhoApresentação Geral - justificativa do Trabalho (proveitoso p/ o serviço, população e profissionais, projeto mestrado profissional, aprovado pelo CEP, com a participação do grupo gestor do CSE, exigência: conhecimento da pesquisa e consentimento para participação (distribuir o termo de consentimento para ler, assinar e entregar antes da saída para o almoço, assinar lista de presença da manhã)Breve apresentação de alguns conceitos (aconselhamento, monitoramento, indicadores, Modelo Lógico)Distribuir pacote com Modelo Lógico e Planilha de Indicadores para que acompanhem a explicação geralObjetivo da Oficina - pactuar indicadores quantitativos e qualitativos relacionados ao processo de trabalho, indispensáveis ao desenvolvimento do aconselhamento. Vamos priorizar o processo de trabalho contemplando os elementos mínimos (PN DST/Aids) para AB Básica de Saúde	Plenária	
10:30	<ul style="list-style-type: none">Dividir os participantes em 3 sub-grupos - 1, 2 ,3.2ª. etapa - trabalho em sub-grupo Cada participante já estará com seu Modelo Lógico e Planilha de Indicadores Distribuir as planilhas de consenso de cada sub-grupo (assistência, laboratório, prevenção) Orientar que todos os grupos comecem por Assistência	sub-grupos	

	<p>No sub-grupo observar e registrar:</p> <p>nº participantes</p> <p>composição (PSF, Gestão, Núcleo, outros)</p> <p>como o grupo decide trabalhar</p> <p>se/como o grupo estabelece prioridades</p> <p>se interage, quais as dúvidas</p> <p>quem/como escolhem relator</p>		<p>Termo assinado</p> <p>Lista presença manhã assinada</p>
--	--	--	--

12/13:00	Almoço		
13:30/	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho em sub-grupos - continuação da discussão Facilitadores registram os itens acima • Preparação da síntese de cada sub-grupo - utilizar as planilhas de consenso • Apresentação da síntese de cada sub-grupo pelo relator (3 pessoas) 	sub-grupos	Planilhas consenso preenchidas
16:30		Plenária	Avaliação individual preenchida
17:00		Individual	Lista presença tarde assinada
	<ul style="list-style-type: none"> • Auto-avaliação • Encerramento • Agradecimentos 		Anotações dos facilitadores entregues



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria



Aconselhamento em HIV/Aids: Criando consenso para o monitoramento da qualidade desta prática no CSEGSF Oficina de Trabalho - fevereiro/2006

Hora	Programa/Conteúdo	Atividade
8:30	<ul style="list-style-type: none">• Boas Vindas/Interação de todo o grupo/Contrato de trabalho• Apresentação Geral - justificativa do trabalho• Apresentação de alguns conceitos	Plenária
10:30	<ul style="list-style-type: none">• Objetivo da Oficina - pactuar indicadores quantitativos e qualitativos relacionados ao processo de trabalho, indispensáveis ao desenvolvimento do aconselhamento• 2ª. etapa - trabalho em sub-grupo	sub-grupos
12/ 13:00	Almoço	
13:30	<ul style="list-style-type: none">• Trabalho em sub-grupos - continuação da discussão• Apresentação da síntese de cada sub-grupo	sub-grupos Plenária
17:00	<ul style="list-style-type: none">• Auto-avaliação• Encerramento/Agradecimentos	individual

ANEXO 4 - MODELO LÓGICO DAS AÇÕES DO NÚCLEO DE DST/AIDS – CSEGSF/ENSP/FIOCRUZ

Dimensão Estratégica	Vigilância Epidemiológica	Assistência Clínica	Assistência Laboratorial	Assistência Farmacêutica	Prevenção IEC
Interrupção da transmissão	<ul style="list-style-type: none"> - investigação dos casos prováveis para posterior confirmação - visita domiciliar com resultado de exame HIV+ - visita domiciliar com VDRL alterado 	aconselhamento/oferecimento do teste anti-HIV a: <ul style="list-style-type: none"> - gestantes - indivíduos com risco acrescido (dependentes químicos, casos de TB, DST, violência sexual, acidentes com material biológico) - demanda espontânea - apoio psicossocial - orientação para redução do risco - prescrição de AZT a todas as gestantes HIV+ para interrupção da transmissão vertical 	realização do teste anti-HIV conforme fluxograma indicado pelo MS de todas as pessoas que receberam aconselhamento <ul style="list-style-type: none"> - registro de todas os testes Anti-HIV realizados 	<ul style="list-style-type: none"> - dispensação de AZT a todas as gestantes HIV+ a partir da 14^a semana de gestação - dispensação eventual de AZT xarope 	<ul style="list-style-type: none"> - ações educativas - distribuição de material informativo - campanhas - cadastro para preservativos - Camelô Educativo - grupo de anticoncepção - treinamento de profissionais do serviço e PSF para trabalho de aconselhamento - sensibilização para biossegurança
Manejo de caso	<ul style="list-style-type: none"> - notificação dos casos de AIDS - Gerência de AIDS da SMS do RJ - notificação dos casos de DST associados aos casos de AIDS - notificação dos casos de TB associados aos casos de AIDS - registro dos casos de quimioprofilaxia para TB associados aos casos de AIDS - registro dos casos dos indivíduos HIV+ 	<ul style="list-style-type: none"> - tratamento com antiretrovirais segundo o consenso do MS - acompanhamento clínico mensal - apoio terapêutico em grupo específico - apoio serviço social - acompanhamento dos portadores - acompanhamento dermatológico - acesso à práticas alternativas - atendimento de nutrição - tratamento das I.O - acompanhamento das gestantes HIV+ - acompanhamento ginecológico 	<ul style="list-style-type: none"> - realização dos exames regulares de CD4 e CV para todos os indivíduos HIV+ - realização de exames bioquímicos - realização de exames sorológicos - pesquisa BAAR - dosagem PSA - realização de EPF, EAS, TIG - realização de exames bacteriológicos 	-dispensação de: ARV a todos casos AIDS <ul style="list-style-type: none"> - de medicamentos para tratamento das IO - de medicamentos dermatológicos - de INH para quimioprofilaxia para TB - de medicamentos para tratamento de algumas DST 	<ul style="list-style-type: none"> - orientação para prevenção secundária a todos HIV+ - dispensação regular de preservativo masculino - orientação para uso de ARV - distribuição de material educativo específico para HIV+ - sensibilização dos profissionais no

	indivíduos HIV+	(externo) <ul style="list-style-type: none"> - acompanhamento da criança exposta ao HIV até confirmação sorológica - encaminhamento das crianças HIV+ à serviços pediátricos de referência - acompanhamento dos casos de acidente com material biológico - imunização para hepatite B, tétano, gripe - internação - diagnóstico radiológico (externo) 	- cadastro no SISCEL	- cadastro para dispensação de ARV – SICLOM <ul style="list-style-type: none"> - orientação sobre aprazamento de entrega de medicamentos - negociação com outras farmácias para reposição/troca 	contato/trato com indivíduos HIV+
Promoção de vida com qualidade	<ul style="list-style-type: none"> - acompanhamento das notificações por cada sub-área (comunidade) para análise de iniciativas locais de intervenção - retroalimentação dos dados aos profissionais de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> - acompanhamento e tratamento racional - redução do estresse e ansiedade - tratamento das intercorrências - instituição do sistema de referência a serviços especializados - instituição do sistema de referência para garantia do parto de gestantes HIV+ - instituição do sistema de referência para internações hospitalares - apoio legal - esclarecimento e atualização quanto a direitos, conquistas, benefícios - esclarecimento quanto ao desenvolvimento de vacinas 	<ul style="list-style-type: none"> - presteza e qualidade dos exames realizados - capacidade de resposta a situações emergenciais - estabelecimento do acesso e fluxo para realização do exame de genotipagem 	<ul style="list-style-type: none"> - cumprimento do protocolo para aquisição dos ARV junto à SMS - cumprimento do protocolo para aquisição dos medicamentos para IO junto à SES - comunicação permanente com gerência de AIDS da SMS - esclarecimento ao usuário quanto ao aprazamento para retirada medicamentos ARV 	<ul style="list-style-type: none"> - estímulo tratamento - representação Conselho Gestor - Bazar da Solidariedade - Oficina Artesanal - Associação de Mulheres e Amigos do Complexo de Manguinhos - colaboração com grupos comunitários - ações contra preconceito e discriminação - estímulo ao desenvolvimento pessoal - defesa direitos sociais - associações com outras políticas públicas

