

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE MEDICINA TROPICAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM DOENÇAS TROPICAIS**

Marcelo Monteiro Mendes

**Avaliação do Programa de HIV/aids na concepção dos usuários: o
caso em um hospital de referência em Belém-PA.**

**BELÉM
2010**

Marcelo Monteiro Mendes

Avaliação do Programa de HIV/aids na concepção dos usuários: o caso em um hospital de referência em Belém-PA.

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Doenças Tropicais, do Núcleo de Medicina Tropical da Universidade Federal do Pará, para obtenção do título de mestre.

Área de concentração: Patologia das doenças tropicais.

Orientadora: Dra. Rita Catarina de Sousa Medeiros.

Co- Orientadora: Dra. Maria do Socorro Batista de Sousa.

**BELÉM
2010**

Marcelo Monteiro Mendes

Avaliação do Programa de HIV/aids na concepção dos usuários: o caso em um hospital de referência em Belém-PA.

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Doenças Tropicais, do Núcleo de Medicina Tropical da Universidade Federal do Pará, para obtenção do título de mestre.

Área de concentração: Patologia das doenças tropicais.

Data de aprovação:

Banca Examinadora:

Rita Catarina de Sousa Medeiros – Orientadora

Titulação: Doutora.

Instituição: NMT/UFPA.

Maria do Socorro Batista de Sousa – 1º Membro

Titulação: Doutora.

Instituição: Faculdade de Enfermagem - UFPA.

Maria Tereza Sanches Figueiredo – 2º Membro

Titulação: Doutora.

Instituição: HUIBB/UFPA.

Marília de Fátima Vieira de Oliveira – 3º Membro

Titulação: Doutora.

Instituição: Faculdade de Enfermagem - UFPA.

Aos meus pais.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela sabedoria, discernimento, saúde, inteligência, persistência e por estar presente como testemunho vivo diário em minha vida.

A minha orientadora, Prof^ª. Dra. Rita Catarina de Sousa Medeiros pela disponibilidade de me ensinar e direcionar o caminho a ser seguido ao longo do curso de mestrado.

À minha amiga, eterna professora, educadora e co-orientadora, Prof^ª. Dra. Maria do Socorro Batista de Sousa, que foi incansável, disponível, acolhedora, que sempre compartilhou seus conhecimentos e me ajudou a conduzir a construção de meus saberes científicos.

Aos meus alunos que sempre me encorajam e acreditam nas minhas possibilidades, no meu crescimento, na minha luta eterna pela enfermagem de qualidade, na busca pela valorização da categoria e que sempre me envaidecem e me incentivam a buscar sempre mais, a ser dinâmico e sonhador.

Aos participantes da pesquisa que se dispuseram a colaborar com esse estudo, proporcionando melhorias aos serviços de saúde prestados aos usuários.

*Mais triste que o sorriso triste só a tristeza de não poder sorrir.
(Autor desconhecido).*

RESUMO

MENDES, M.M. **Avaliação do Programa de HIV/aids na concepção dos usuários: o caso em um hospital de referência em Belém-PA.** Dissertação de Mestrado (Mestrado em Doenças Tropicais – Patologia das Doenças Tropicais) – Núcleo de Medicina Tropical – Universidade Federal do Pará, Pará, 2010.

Estudo referente a avaliação do Programa de HIV/aids em um hospital de referência, na concepção dos usuários. O objetivo geral da pesquisa foi descrever a concepção dos usuários na unidade de internação e ambulatorial, sobre o programa de HIV/aids em um hospital universitário de referência na cidade de Belém-PA. Para o estudo foram traçados como objetivos específicos: apresentar as sugestões dos usuários do programa para a melhoria no desenvolvimento das atividades do programa e fornecer as ferramentas mínimas para a construção de um modelo de avaliação para o programa. No referencial foi utilizado o panorama da epidemia de HIV/AIDS, políticas de saúde no Brasil e a aids, e a avaliação de programas e serviços em saúde. O método e a abordagem foram qualitativo, descritivo do tipo estudo de caso. Foi utilizado um roteiro de entrevistas semi-estruturado sobre a temática. A pesquisa foi desenvolvida nas dependências do HUIBB, mais especificamente nos serviços do Programa de HIV/aids, em que foram entrevistados usuários do SAE e os internados na clínica de doenças infecto-parasitárias. Através da análise dos dados, foram divididas as falas em quatro categorias: caracterização do usuário quanto ao acesso ao serviço; a motivação do usuário pela qualidade do serviço; dificuldades frente às atividades e orientações do serviço; expectativas para a melhoria do programa. O resultado da pesquisa esclarece as restrições e qualidades do programa; a insatisfação do usuário no acesso ao serviço; o alto grau de motivação bem como a ausência da mesma; as principais dificuldades dos usuários em aderir as orientações e atividades do programa, como o medo de encarar a morte, a falta de recurso para chegar ao serviço, o preconceito vivido pelas pessoas com HIV/aids e a promiscuidade sexual; e as expectativas dos usuários para o programa: rapidez no atendimento, melhor infraestrutura. Conclui-se com as melhorias que podem contribuir para a qualidade de vida dos usuários, subsidiar demanda suficiente de profissionais para atender no programa e oferecer tratamento completo às pessoas que vivem com HIV/aids atendidas no programa do HUIBB.

Palavras-Chave: HIV/aids; Avaliação em saúde, avaliação de programas de saúde.

ABSTRACT

Study regarding the evaluation of the HIV / AIDS in a referral hospital in the design of the users. The purpose of this study was to describe the design of the users in the inpatient unit and outpatient program on HIV / AIDS in a university hospital in Belém-PA. For the study were plotted as specific objectives: to present the suggestions of users of the program to improve the development of program activities and provide minimal tools for building an evaluation model for the program. Reference was used in the landscape of HIV / AIDS, health policies in Brazil and AIDS, and evaluation of programs and services in health. The method and approach were qualitative, descriptive case study. We used a structured semi-structured interviews on the topic. The research was conducted in the dependency HUIBB, more specifically in the services of the HIV / AIDS, in which respondents were users of the NCS and hospitalized at the clinic of infectious and parasitic diseases. By analyzing the data, the lines were divided into four categories: characterization of the user as to access the service, the motivation of the user quality of service; difficulties facing the service and guidance activities, expectations for improving the program. The search result clarifies the restrictions and qualities of the program, the dissatisfaction of the user in accessing the service, the high degree of motivation and the lack of it; the main difficulties of adhering to the guidelines and program activities, such as fear to facing death, lack of resource to get the service, the prejudice faced by people with HIV / AIDS and sexual promiscuity, and user expectations for the program: fast service, better infrastructure. It concludes with the improvements that can contribute to the quality of life of users, support is enough demand for professionals to attend the program and provide comprehensive treatment to people living with HIV / AIDS seen at HUIBB program.

Keywords: HIV / AIDS, Health assessment, evaluation of health programs

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 2 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1 – PANORAMA DA EPIDEMIA DO HIV/AIDS	15
2.2 – POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E A AIDS	18
2.3 – A AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS E SERVIÇOS EM SAÚDE.....	25
CAPÍTULO 3 – O CAMINHO METODOLÓGICO	33
3.1 – MÉTODO E ABORDAGEM.....	33
3.2 – O CENÁRIO.....	35
3.3 – SUJEITOS DA PESQUISA.....	36
3.4 – AVALIAÇÃO DE RISCOS E BENFÍCIOS DA PESQUISA.....	37
3.5 – PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	37
3.6 – ANÁLISE DOS DADOS E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.....	38
3.7 – TRATAMENTO ÉTICO DA PESQUISA.....	39
CAPÍTULO 4 – RESULTADOS	40
4.1 – CARACTERIZAÇÃO DO USUÁRIO QUANTO AO ACESSO AO SERVIÇO.....	40
4.1.1 – Restrições e Qualidades Relativas ao Programa	41
4.1.2 – Insatisfação do Usuário no Acesso ao Serviço	42
4.2 – A MOTIVAÇÃO DO USUÁRIO PELA QUALIDADE DO SERVIÇO.....	43
4.2.1 – O Usuário Motivado no Programa	43
4.2.2 – Medos e Apreensões gerando Desmotivação	44
4.3 – DIFICULDADES FRENTE ÀS ATIVIDADES E ORIENTAÇÕES DO SERVIÇO	45
4.4 – EXPECTATIVAS PARA A MELHORIA DO PROGRAMA.....	47
CAPÍTULO 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
Referências	51
Apêndice (s)	
Anexo (s)	

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

No início da década de 80 eclodiu uma nova doença no mundo, posteriormente conhecida como AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), que foi responsável por radicais mudanças sociais, científicas, políticas, culturais e econômicas no mundo. (GALVÃO, 2000).

A partir da identificação da síndrome em 1981, a epidemia da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e da AIDS vem representando um fenômeno mundial, dinâmico e instável, tendo sua ocorrência amarrada ao comportamento do homem e da sociedade. Esta síndrome ganhou destaque entre as doenças infecciosas emergentes pela sua magnitude e pelos danos que causam às populações, sendo, portanto, uma epidemia complexa. (BRITO *et al*, 2001).

Atualmente a epidemia se encontra em níveis elevados no Brasil e no Mundo, embora o número de óbitos em 2004 tenha reduzido a relativa estabilização entre os cidadãos (ãs) e a diminuição por casos novos em função do uso de drogas injetáveis e a corajosa política de redução de danos. Assim o Ministério da Saúde (MS) enfatiza tendências de crescimento de casos novos de HIV/aids, estando inclusa a Região Norte dentre outras. Apresenta metas para a diminuição da pandemia até 2015, diante de sua propagação, começando a inverter a tendência mundial. (MS, 2006).

A assistência especializada aos portadores teve suas atividades iniciadas na década de 80 e no Brasil ganhou forças com a implantação do Programa Nacional de DST/aids, em 1986. A partir daí, foram definidas diretrizes para a organização de ações no serviço ambulatorial especializado (SAE), inserindo as equipes multiprofissionais, reconhecendo ser a aids um complexo problema de saúde pública. Como consequência, houve uma ampliação do serviço oferecido ao usuário-portador da doença nas unidades de saúde, em diferentes situações institucionais e organizacionais da assistência. (NEMES *et al*, 2004).

Diante da heterogeneidade da clientela assistida, portadora de HIV/aids, foram estabelecidas ações estruturantes no serviço, buscando-se a qualidade da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde – SUS, propondo mudanças nas práticas de saúde desde o atendimento até a internação, diante dos fluxos de referencia/contra-referencia. Até então, o portador tinha o acesso às técnicas de diagnóstico e terapêutica, num desafio objeto de incorporação de tecnologias face ao intenso mercado de saúde.

Segundo dados do MS, o país começou na luta contra a AIDS com o nascimento das organizações não-governamentais como o GAPA (Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS), em São Paulo, criado em 1985, além da ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS), fundada por Herbert de Souza. Ao longo dos anos, o número de óbitos por aids cresceu no país, obrigando a criação do Programa Nacional de DST/AIDS, em 1986. Nesse mesmo ano, foi realizada em Brasília, a VIII Conferência Nacional de Saúde, com a presença de aproximadamente 4000 pessoas, entre as quais os representantes dos movimentos populares de saúde, evento que consagrou as idéias da Reforma Sanitária, que se tornaram parte da carta magna do país com a promulgação em 1988, da nova Constituição Federal (CF). Com ela nasceu o SUS e no mesmo ano a Organização Mundial da Saúde (OMS), que instituíram o dia 1º de dezembro como dia internacional de luta contra a aids, buscando estratégias de mobilização, sensibilização e prevenção da pandemia em escala global. (BRASIL, 2007).

O SUS após duas décadas como política de Estado, vem enfrentando desafios na busca da superação de dificuldades desde a implantação do Programa a nível Nacional. Em 2006, a OMS, através do Conselho Nacional de Saúde – CNS sugeriu ao MS a implantação do Pacto pela Saúde em defesa da vida, mostrando responsabilidades nas três esferas, realizando reforma institucional em novas bases à melhoria do acesso ao usuário, incluindo o de HIV/aids. (MS, 2006).

Como os avanços no atendimento ao portador têm sido viabilizado a toda população, o acesso abrangente e a qualificação das ações e serviços de saúde num compromisso sanitário prioritário, com mentalidade profissional, científica, técnica, política e administrativa capaz de desenvolver estratégias e práticas adequadas à comunidade. Nesse contexto incorporam-se os valores de um sistema de saúde solidário, público, equitativo que propicia mudanças nas práticas de saúde e de processo de trabalho, como exigências do novo cenário do mundo do trabalho no SUS. (CONASS, 2006).

A partir do início da epidemia no Brasil na década de 80, até junho de 2007, a Coordenação Nacional de DST e aids, do MS, registrou a notificação de 474.273 casos, com uma prevalência maior da região Sudeste (289.074) e a menor prevalência na região Norte (16.103), sendo a epidemia no país classificada como uma epidemia concentrada, com taxa de prevalência de 0,6% na população de 15 a 49 anos. (BRASIL, 2007).

Por ser uma doença incurável até os dias atuais, de caráter crônico, o seu tratamento vem se consolidando ao longo de três décadas como um grande problema de saúde pública,

não só por sua alta morbi-mortalidade, mas pelo custo da doença ao portador, especialmente em fase de aids (doença instalada), quando o paciente fica exposto a diversas infecções oportunistas, aumentando mais os gastos com o tratamento e com as políticas e programas de prevenção. A mesma, por ser estigmatizante, tem sido uma doença de difícil abordagem, dotada de infinitas particularidades que requerem atenções específicas. Para isso, foram criados programas estaduais e municipais para prestarem assistência em nível primário e secundário.

No país, a avaliação em saúde de maneira geral leva em conta o acesso da população aos serviços e a cobertura oferecida muitas vezes sem haver preocupação se as atividades previstas foram implementadas com êxito ou se o impacto do plano na evolução de indicadores de saúde ou frequência de agravos está contemplado, alcançando aos objetivos pretendidos e produzindo resultados em condições ideais.

Quanto a avaliação do programa de HIV/aids considerada incipiente na área da saúde, algumas vezes, possui até um caráter burocrático e prescritivo, fazendo com que o acesso, uso, e continuidade do cuidado, sejam analisados em suas particularidades, e capazes de interferir na qualidade do mesmo.

Assim é que, ao vivenciar diariamente, como enfermeiro, o desenvolvimento das atividades no programa de HIV/aids em um hospital universitário, percebi as dificuldades no enfrentamento às soluções de problemas, em princípio para evitar as complicações e agravos da patologia e o desenvolvimento de doenças oportunistas, além das relações do paciente e com o outro. Acrescente-se que a aids como doença tem mau prognóstico e possibilidade de cura considerada nula, ficando apenas o controle e o acompanhamento. Além disso, a partir da escassez de literatura na área de avaliação de programas de saúde e de dados que permitissem realizar o estudo em um programa de vital importância, resolvi avaliar o programa de HIV/aids desenvolvido em um Hospital Universitário, tendo em vista a ausência de informações básicas relativas a satisfação do usuário junto a comunidade atendida pelo serviço de saúde. Desse modo, avaliar o programa de HIV/aids segundo a concepção do usuário em tratamento em regime hospitalar e ambulatorial, tornou-se necessidade iminente enquanto profissional da saúde.

Diversas iniciativas têm sido propostas aos serviços de saúde, além das que o MS já vem incorporando, se faz necessário o uso de pesquisas avaliativas para subsidiar a elaboração de políticas de saúde e programas setoriais com difusão dos resultados. A política

de institucionalização tem buscado superar os limites organizacionais para que seja entendida como estratégia em diversas ações/atividades, projetos e políticas, incorporando a avaliação no cotidiano da saúde. Portanto, é de fundamental importância, promover a aprendizagem na situação de trabalho e garantir a equidade e acessibilidade dos serviços aos usuários.

O interesse pela temática além da já explicitada decorreu do fato de eu ser trabalhador da saúde, em um hospital de ensino, cujo conhecimento aplico em prol do atendimento das necessidades dos usuários- portadores de HIV/aids em tratamento sob regime de internação e em atendimento ambulatorial no respectivo institucional.

Nesse sentido, considero a avaliação de um programa ser de fundamental importância pela possibilidade do estudo vir a promover a identificação de possíveis nós críticos no desenvolvimento do referido programa bem como suas limitações. Ao avaliar o usuário em regime de hospitalização e atendimento ambulatorial é relevante não só para a instituição, mas à rede de atendimento ao portador uma vez que a instituição é referência para toda a região.

No Estado do Pará, o programa existe desde a década de 90 a partir de 24 de julho de 1992, com a publicação da Portaria nº. 7.750 do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, momento em que o hospital universitário tornava-se referência nacional para o tratamento do HIV/aids no Estado, oferecendo leitos para hospitalização. No entanto, somente em 2007 é que o SAE foi implementado no hospital, e ainda não há estudos de avaliação do programa e seu desenvolvimento, tanto em âmbito hospitalar como ambulatorial.

Diante disso, destaca-se a importância de medidas que possibilitem o fornecimento de informações para qualificar as ações de prevenção e a educação a saúde dos indivíduos por meio de uma abordagem voltada para a sensibilização dos mesmos, alertando-os sobre a importância dos riscos considerados para a doença.

Portanto, o trabalho foi motivado pelo questionamento: Qual a concepção dos usuários em relação às ações e serviços do Programa de HIV/aids oferecidos pelo hospital? Para auxiliar a pesquisa, foram levantadas as seguintes questões:

- Qual a avaliação do usuário referente às ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional que atendem os usuários no programa de HIV/aids do HUIBB?
- Quais as sugestões dos usuários para a melhoria do programa?

O objetivo geral da pesquisa foi descrever a concepção dos usuários na unidade de internação e ambulatorial, sobre o programa de HIV/aids em um hospital universitário de referência na cidade de Belém-PA. Para o estudo foram traçados como objetivos específicos: apresentar as sugestões dos usuários do programa para a melhoria no desenvolvimento das atividades do programa e fornecer as ferramentas mínimas para a construção de um modelo de avaliação para o programa.

CAPÍTULO 2 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 – PANORAMA DA EPIDEMIA DE HIV/AIDS

Estima-se que aproximadamente 30 milhões de pessoas estejam convivendo com a infecção pelo HIV e que mais de 2,5 milhões de pessoas tenham sido infectadas no ano de 2007. Desde o primeiro caso em 1981, a aids já matou mais de 25 milhões de pessoas no mundo, portanto é uma das pandemias mais devastadoras da história das populações. Só em 2007 a aids vitimou letalmente cerca de 2,1 milhões de pessoas, cerca de 330 mil só de crianças menores de 15 anos, mesmo com toda a oferta de tratamento anti-retroviral em diversas regiões do planeta. (WHO/Unaid, 2007).

A epidemia vem crescendo em todo o planeta, com destaque para os países do Leste Europeu e Ásia Central, onde a incidência cresce de forma acelerada, aproximadamente 1,6 milhões de pessoas vivendo com HIV só em 2007. Desses casos novos, cerca de 150 mil somente no Leste Europeu e Ásia Central, o que representa um aumento de 150% entre os anos de 2001 e 2007. (WHO/Unaid, 2007).

Mundialmente os casos novos estão com maior incidência entre os adolescentes e adultos jovens, na faixa etária de 15 a 24 anos, respondendo por aproximadamente 40% das infecções de HIV no mundo. A região mais afetada pela pandemia nas últimas décadas continua sendo a África subsaariana, onde cerca de 2/3 da população infectada está localizada, algo em torno de 22,5 milhões de pessoas. Refere que no início da epidemia no Brasil, a infecção aconteceu predominantemente em homens homossexuais e “bissexuais” masculinos e fortemente incidente em pessoas que receberam hemotransfusão, nas áreas de metrópole do país. Em seguida a epidemia passou a ser encontrada entre os usuários de drogas injetáveis e seus parceiros sexuais e nas relações homossexuais masculinas nas cidades de médio porte. (GIOVANELLA *et al.*, 2008).

A literatura refere que no mundo cerca de 6800 pessoas são infectadas e 5700 morrem de AIDS todos os dias, principalmente em função do acesso aos serviços de prevenção e tratamento de HIV/aids. Desse modo, a pandemia aparece como uma das mais sérias doenças infecciosas, o que vem mudando a saúde pública mundial. Apesar disso, a avaliação da corrente epidemiológica tem sido incentivada a partir da prevalência global da infecção,

estando a mesma equilibrada, embora o número de pessoas vivendo com HIV esteja aumentado em função do acúmulo das infecções em curso com as que têm sobrevivido ao longo dos tempos. Há uma redução localizada da prevalência em países específicos; uma diminuição das co-infecções, principalmente atribuídas ao sucesso dos novos tratamentos, bem como o aumento no acesso a estes e uma redução no número anual de novos casos de infecção pela referida doença. (BRASIL, 2007).

Nas regiões Sul, Sudeste e Centro Oeste, a incidência de aids tende à estabilização. O MS retratou em 2007, alguns dados sobre a proporção de pessoas que continuam vivendo com aids cinco anos após o diagnóstico, tendo como base, o número de infectados com a doença no ano de 2000. Em cinco anos depois foram diagnosticadas que 90% das pessoas com aids no Sudeste estavam vivas, enquanto que nas outras regiões, os percentuais foram: Norte (78%); Centro Oeste (80%); Nordeste (81%); Sul (82%). (BRASIL, 2007).

No que concerne aos menores de cinco anos, foram identificados 700 casos de aids em 2005, o que representava uma taxa de incidência de 3,9 casos por 100 mil habitantes. Já em 2006, registraram aproximadamente 526 casos. Ao considerar no país as regiões, a taxa de incidência foi maior no Sul (6,1), seguido do Sudeste (4,4); Nordeste (3,1); Norte (2,7) e Centro Oeste (2,6). (BRASIL, 2007).

Para Szwarcwald; Castilho (2000); Szwarcwald *et al* (2001), a infecção pelo HIV vem afetando os menos favorecidos economicamente, nos municípios mais pobres e nos galardões da miséria das grandes capitais. Os autores destacam que houve crescimento entre os desempregados e os sem qualificação profissional (subemprego), entre os analfabetos e os possuidores de ensino fundamental incompleto nos últimos 20 anos.

Na série histórica, a abordagem feita em relação ao gênero, teve destaque 314.294 casos de AIDS em homens e 159.793 em mulheres, o que possibilitou concluir que a razão entre os sexos vem diminuindo de forma progressiva, quando comparados com dados de 1985, em que haviam 15 casos da doença em homens para 1 em mulher. Atualmente, a relação é de 1,5 para 1. Ressalta-se que 60% dos casos são de pessoas brancas entre as mulheres, com um aumento de casos para a cor parda. Diante disso, destaca-se o crescimento entre as mulheres, os heterossexuais, pessoas com baixa escolaridade e os mais pobres. (MS, 2006)

Para Giovanella *et al.* (2008):

“A transmissão materno-infantil do HIV corresponde a aproximadamente 3% de todos os casos de aids registrados no país. Embora os dados referentes a populações especialmente vulneráveis sejam fragmentários, prevalências elevadas de infecção pelo HIV vêm sendo registradas em trabalhadores do sexo e usuários de drogas injetáveis. Apesar do número crescente de mulheres afetadas pela epidemia, a transmissão materno-infantil tem sido bastante minimizada com a adoção de medicação profilática, que visa impedir a transmissão do HIV da mãe para o bebê. (p. 1069).

A avaliação global e regional sugere que a pandemia está formando dois grandes modelos: generalizada epidemia sustentada em geral por muitos países da África sub-Sahara, especialmente países da região sul do continente; e epidemia do resto do mundo, primariamente concentrada nos países em que estão concentradas as populações de maior risco, tais como as de homens homossexuais; usuários de drogas injetáveis; profissionais do sexo e outros que possuem vários parceiros.

Giovanella *et al.* (2008), mostra que nos últimos anos vem crescendo a idéia de que é necessário elaborar um consenso capaz de dar resposta às ações preventivas e assistenciais às pessoas que vivem com HIV/aids, num âmbito internacional. Percebe-se um aumento das políticas voltadas para a área, em especial as voltadas para as questões de direitos humanos e de melhor qualidade de vida para as pessoas vivendo com HIV/aids, principalmente as ações coordenadas pelas Organizações das Nações Unidas (ONU).

As autoras ressaltam ainda o aumento dos financiamentos nacionais e internacionais voltados para as ações e estratégias no âmbito do HIV/aids nos últimos anos. Pensando na ampliação do acesso ao tratamento com os anti-retrovirais nos países em desenvolvimento, foi proposta a estratégia conhecida como ‘3 by 5’, que significa três milhões de pessoas tratadas até 2005, organizada pela OMS e pelo Unids. Os trabalhos iniciaram em 2003 e resultaram em três milhões de pessoas vivendo com HIV/aids tratadas somente em 2007, isto é, com dois anos de atraso. Isso fez a ONU reconhecer os problemas da implantação da estratégia ‘3 by 5’, admitindo que ainda há muito para se fazer e assumiu novo compromisso, de até o fim de 2010 tratar todas as pessoas que vivem com HIV/aids.

2.2 – POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL E A AIDS

A maior política social do Brasil é o SUS, que consiste no:

“... conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições Públicas Federais, Estaduais e Municipais, da Administração Direta e Indireta e das Fundações mantidas pelo poder Público” e complementarmente “... pela iniciativa privada.” (ROCHA; CESAR, 2008, p.109).

Segundo Almeida (2000), o SUS objetiva: dar assistência à população fundamentado no modelo da promoção, proteção e recuperação da saúde para que sejam estabelecidos os meios – processos, estruturas e métodos – capazes de atingir os objetivos eficientemente e efetivá-los no país. Tais meios devem ser orientados pelos princípios organizativos do sistema, a descentralização, a regionalização, a hierarquização, resolutividade, participação popular e complementaridade dos serviços contratados e conveniados do setor privado, concretizando o modelo de atenção à saúde desejado pelo Sistema Único de Saúde.

Para Rocha; César (2008) o SUS é pautado pelos seguintes princípios doutrinários:

- *Universalidade*: todas as pessoas têm direito ao atendimento independente de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda, etc.
- *Equidade*: todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme as suas necessidades. Os serviços de saúde devem considerar que em cada população existem grupos que vivem de forma diferente, ou seja, cada grupo ou classe social ou região tem seus problemas específicos, tem diferenças no modo de viver, de adoecer e de ter oportunidades de satisfazer suas necessidades de vida. Assim, os serviços de saúde devem saber quais são as diferenças dos grupos da população e trabalhar para cada necessidade, oferecendo mais a quem mais precisa, diminuindo as desigualdades existentes.
- *Integralidade*: as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas, ao mesmo tempo, para a prevenção e cura. Os serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser humano integral, submetido às mais diferentes situações de vida e trabalho, que o levam a adoecer e a morrer. Desta forma, o atendimento deve ser feito para a sua saúde e não

somente para as suas doenças. Isto exige que o atendimento deva ser feito também para erradicar as causas e diminuir os riscos, além de tratar os danos. Ou seja, é preciso garantir o acesso às ações de saúde de: promoção; prevenção e recuperação. (p.109-110)

Ainda para os autores o SUS é regido pelos seguintes princípios organizativos:

- *Regionalização e hierarquização:* a rede de serviços do SUS deve ser organizada de forma regionalizada e hierarquizada, permitindo um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de uma área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade. O acesso da população à rede deve se dar através dos serviços de nível primário de atenção, que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam dos serviços de saúde. Os que não forem resolvidos a este nível deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica.
- *Resolutividade:* é a exigência de que, quando um indivíduo buscar o atendimento ou, quando surgir um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo.
- *Descentralização:* é entendida como uma redistribuição das responsabilidades pelas ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da idéia de que, quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. A Lei n. 8080 e as Normas Operacionais Básicas do Ministério da Saúde (NOB-MS) que se seguiram definem precisamente o que é obrigação de cada esfera de governo.
- *Participação dos cidadãos:* é a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, poderá participar do processo de formulação das políticas de saúde, do controle e de sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local. Essa participação deve se dar nos conselhos de saúde, com representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviços, com poder deliberativo. As Conferências de Saúde, nas três esferas de governo, devem constituir as instâncias máximas de deliberação, devendo ocorrer

periodicamente e definir prioridades e linhas de ação sobre a saúde. É dever das instituições oferecer informações e conhecimentos necessários para a população se posicionar sobre as questões que dizem respeito à saúde. A representação dos conselhos de saúde, que é definida pela Lei n. 8.142, determina que os mesmos deverão ser paritários e tripartites, em todas as esferas de governo, conforme esquema anterior. (p. 110)

As políticas públicas numa visão de mercado deveriam garantir maior estabilidade à sociedade, mantendo as condições de permanência dos mais aptos e aos menos aptos, sob o ponto de vista de mercado, o acesso ao provimento de suas necessidades básicas de saúde. Para isso, o Estado arrecada tributos e os redistribui para prover proteção aos mais aptos a fim de continuarem nas redes de mercado e por meio de políticas públicas de assistência, afiançar que os menos aptos tenham suas necessidades básicas providas. Diante disso o poder público tem garantido o fornecimento de medicamentos anti-retrovirais a 100% das pessoas que vivem com HIV/aids, cerca de 170 mil em todo o país. (BRASIL, 2006)

Na visão universalista mais presente no discurso do que na prática, as políticas públicas existem para propiciar o acesso de todas as pessoas com equanimidade e paz, as riquezas materiais e imateriais da sociedade.

Inojosa (2008) refere que o cenário das políticas públicas é moldado em quatro fatores: visão simplista da questão sócio-ambiental; especialização cega; loteamento das organizações por grupos de interesses e corrupção. Diz que as pessoas e a sociedade não são os sujeitos das políticas públicas, são apenas números, frases, que aparecem nas justificativas, nos objetivos e metas. Servem para alocação de recursos para posteriores relatórios de prestação de contas, não de resultados.

A expansão de políticas e programas voltados para população de maior vulnerabilidade social tem aumentado, no entanto, às vezes, para o mesmo grupo populacional, que ocorre em um mesmo espaço ou território, os problemas sociais tematizados são abordados de forma setorializada, fragmentada, carente de articulação entre si. O próprio modelo de organização do nível federal da saúde em nosso país, excessivamente verticalizado com instâncias de articulações internas, produzindo uma forma de intervenção que tende a competição entre os agentes públicos; a redundância de ações; a ineficiência de gasto público e a baixa qualidade de serviços prestados a população. (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2008).

A Política Nacional de DST/aids de 1986 afirma que a infecção pelo HIV e a aids sofreu um processo de transição epidemiológica ao longo das décadas. Atualmente apresenta a tendência caracterizada pela feminização, pauperização, interiorização e heterossexualização. Tais características têm levado os gestores públicos, à elaboração das políticas de saúde, que incluem em seus princípios e diretrizes ações de prevenção e promoção, trazendo como principais desafios a diminuição da incidência de aids nos mais diversos segmentos da população, a garantia da cidadania para as pessoas no país e o estabelecimento de ações priorizando-as. (BRASIL, 1999)

A política nacional de DST/aids compõe-se de três segmentos de atuação: promoção, proteção e prevenção; diagnóstico e assistência; e desenvolvimento institucional e gestão, e inclui como seu primeiro componente, dentre outros, a promoção, conceitos e um referencial teórico que norteia as estratégias a serem adotadas visando o alcance aos objetivos pré-estabelecidos pela política. Destaca-se alguns deles:

- *Vulnerabilidade e risco*: entendido como prioridades ou alvos dos projetos a serem implantados; envolve diversos fatores, como culturais, sociais, econômicos e biológicos.
- *Redução de danos*: fundamenta-se basicamente nas mudanças do estilo de vida das pessoas que vivem com aids, principalmente nos danos causados pelo uso das drogas lícitas e ilícitas.
- *Participação e controle social*: vislumbra os direitos de cidadania das pessoas que vivem com aids bem como a garantia do direito ao controle social mediante as políticas de saúde.
- *Direitos humanos*: combater as condutas de preconceitos e discriminação às pessoas que vivem com aids.

O componente segundo, o diagnóstico e assistência, ganhando destaque a partir da década de 90 quando o MS aumentou as ações para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes que vivem com HIV/aids no país, através de estratégias e implantação de novos programas. Para isso foi necessário o treinamento e capacitação técnica, organização do sistema de referência e contra referência além da ampliação e diversificação das modalidades assistenciais prestadas.

Este componente tem como principal função garantir, através de suas ações, que pessoas portadoras de HIV/aids e outras infecções sexualmente transmissíveis possam ter garantidos o diagnóstico e tratamento de qualidade na rede pública de saúde. Para isso, adotou-se como estratégias as seguintes diretrizes: diagnóstico e tratamento das DST; diagnóstico laboratorial e monitoramento da infecção pelo HIV; acesso a medicamentos para tratamento da infecção pelo HIV e complicações oportunistas; ações de prevenção e controle das DST/HIV/aids na comunidade e rede básica de saúde.

Já no seu terceiro componente, desenvolvimento institucional e gestão do programa, a política nacional de DST/aids traz as ferramentas que permitam instrumentalizar a formulação de políticas de controle da epidemia, estimulando o envolvimento das organizações e instituições de saúde, de natureza pública ou privada. Para tal, as políticas são desenvolvidas em três âmbitos principais: políticas de saúde; políticas de Estado e políticas globais.

Para tal foram desenvolvidas as seguintes linhas estratégicas para elaboração das políticas, estando em consonância com os objetivos geral e específicos da política nacional de DST/aids:

1. Formação de recursos humanos, buscando-se a capacitação de profissionais dos setores público e privado, e da sociedade civil, que atuam na prevenção, controle e gestão de programas e projetos de DST/aids no Brasil (Subcomponente de Treinamento).
2. Produção de dados e disseminação de informações epidemiológicas para subsidiar a formulação, execução e avaliação das políticas de prevenção e o controle das DST e a aids, incluindo-se o adequado conhecimento das tendências da epidemia na população e seus determinantes (Subcomponente de Epidemiologia).
3. Aprimoramento do processo de gestão por meio de metodologias integradas e participativas de planejamento, programação, monitoramento e avaliação, aumentando-se a autonomia gerencial e tornando-se o processo decisório mais eficaz, flexível e participativo, com vistas à sustentabilidade das ações (Subcomponente de Gestão).
4. Instrumentalização, suporte e controle administrativo e financeiro para a execução eficiente e oportuna das diversas ações programáticas que operacionalizam os três componentes do Programa (Subcomponente administrativo-financeiro e Subcomponente de Monitoramento e Auditoria Preventiva).

5. Promoção da cooperação técnica internacional, baseada no princípio de "horizontalidade", com países e organismos internacionais bi e multilaterais (Subcomponente de Cooperação Externa).

6. Desenvolvimento de sistemas e suporte informático na área de programação visual (Subcomponente de Informática e Programação Visual). (MS. Ibid, p.52)

A referida política estabeleceu objetivos a serem atingidos pela implementação e implantação das ações dessa política, como: a redução da incidência e infecção pelo HIV/AIDS e por outras DST; ampliação do acesso ao diagnóstico, ao tratamento e à assistência - melhorando sua qualidade -, no que se refere ao HIV/AIDS; e o fortalecimento das instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das DST e da AIDS no país. Evidencia também outros objetivos específicos, listados abaixo:

1. Promover a adoção de práticas seguras em relação as DST;
2. Promover a garantia dos direitos fundamentais das pessoas atingidas direta ou indiretamente pelo HIV/aids;
3. Aprimorar o sistema de vigilância epidemiológica das DST e do HIV/aids;
4. Promover o acesso das pessoas com infecção pelo HIV e portadores de DST à assistência de qualidade;
5. Reduzir a morbi-mortalidade decorrente das DST e da infecção pelo HIV;
6. Assegurar a qualidade do sistema de diagnóstico laboratorial das DST e da infecção pelo HIV;
7. Promover a adoção de práticas seguras relacionadas à transmissão sexual e parenteral do HIV;
8. Promover a articulação com outros setores governamentais e da sociedade civil para o estabelecimento e fortalecimento de políticas públicas nas áreas de DST/aids e de prevenção do uso indevido de drogas. (BRASIL, 1999, p.11).

Adota para o referencial teórico das ações de promoção o conceito de saúde como sendo o resultado de determinantes e condicionantes socioculturais, econômicos, comportamentais, biológicos, demográficos e epidemiológicos.

No que tange a atenção ambulatorial especializada, Giovanella *et al* (2008) reporta-se a lógica de organização do SUS, que preconiza a constituição de uma rede de serviços organizada e regionalizada, hierarquizada, possibilitando o conhecimento mais amplo dos problemas de saúde da população de uma determinada área, garantindo ações de vigilância em saúde, envolvendo vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores e ações educativas voltadas para a sociedade, além de contemplar ações de atenção ambulatorial e especializada, em todos os níveis de complexidade da assistência.

O acesso a esses serviços se dá através das ações da atenção primária, que necessitam estar implantados para atender e solucionar os principais problemas que demandam dos serviços de saúde. A continuidade para os problemas não solucionados no nível primário deve ser garantida através do sistema de referência e contra-referência para os serviços ambulatoriais especializados e rede hospitalar. (GIOVANELLA *et al*, 2008).

Para Giovanella *et al*. (2008):

“Os problemas de saúde que não forem resolvidos no nível de atenção básica deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica, organizados de forma municipal ou regional, tais como os ambulatórios de especialidades e os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e de atenção hospitalar. Uma vez equacionado o problema, o serviço especializado deve encaminhar o usuário para que possa ser acompanhado no âmbito da atenção básica. Referência e contra-referência também funcionam entre serviços do mesmo nível de complexidade ou entre os serviços de atenção ambulatorial especializada, hospitalares, de reabilitação e de apoio diagnóstico e terapêutico. A organização e gestão deste sistema é uma responsabilidade da direção municipal do SUS, que deve estabelecer parcerias com municípios vizinhos a fim de garantir o atendimento necessário à população. (p. 633-34)

Para o sucesso no controle da aids no Brasil, Bastos *et al.* (2001), destaca as principais diretrizes da política de controle: integração entre prevenção e assistência; respeito aos direitos humanos e diálogos com a sociedade; trabalho conjunto entre governo e ONGs; acesso universal ao tratamento; produção doméstica de medicamentos; combate à estigmatização e ao preconceito; política de redução de danos para usuários de drogas; ações integradas para a prevenção da transmissão materno-infantil do HIV; descentralização das ações para estados, municípios e ONGs, e cooperação internacional, técnica e financeira.

2.3 – A AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS E SERVIÇOS EM SAÚDE

Felisberto (2006) propõe uma reflexão teórica e operacional sobre institucionalizar a avaliação a partir do processo, na inclusão da avaliação na rotina da atenção básica como ação norteadora da política de saúde. Tal discussão contextualiza que o ato de avaliar só agrega valor quando o conhecimento e o uso das informações produzidas geram aprimoramento institucional e profissional. Aborda-se também a utilização de ferramentas como a decisão político institucional, recursos financeiros, mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos.

Ressalta o autor que o zelo pelo bom desempenho e melhor qualidade de uma determinada prática, deve ser preocupação de cada um em sua atividade profissional. O interesse de avaliar sua própria prática é algo que pode transformar o fazer, fortalecendo a dedicação e a vontade de aceitar no cotidiano a função pública.

Contandriopoulos (2006) afirma ser preciso entender que o papel da avaliação é uma das importantes funções, a de favorecer a aprendizagem individual e coletiva. Entender a avaliação como excelente instrumento de transformação e inovação, além de permitir uma visão crítica da norma estabelecida. Ela deve estar orientada para a ação, criando oportunidades de aprendizagem diversificada, participativa, não hierárquica, portadora de sentido interdisciplinar válido, prospectivo e democrático.

Na pertinência da avaliação, o autor ressalta que, os problemas a serem resolvidos e objetivos de intervenção devem ser conhecidos pelos atores envolvidos (profissionais de

saúde, gestores, planejadores, e usuários). Refere o autor ser a institucionalização da avaliação, estratégia importante para melhorar a eficiência do sistema de saúde.

Cita as quatro lógicas usadas pelo governo: ao implementar o bem coletivo – a saúde – segue a lógica democrática (desejo do cidadão e valores da sociedade); os gestores ao definirem os serviços oferecidos a determinada população dentro de uma dotação orçamentária, segue a lógica tecnocrata; a indústria farmacêutica ou serviços estabelecem os preços de seus produtos seguindo uma lógica econômica e quando os clínicos propiciam bom atendimento obedecendo a lógica profissional, embora essas lógicas não sejam intercambiáveis, elas coexistem em qualquer sistema de saúde. (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Para Rocha; César (2008):

“O processo de avaliar significa produzir informações que permitam medir, no sentido de analisar com referência a um padrão, comparar o que se faz com outras ações similares ou esperadas, manifestar demandas de operações e estratégias para implementá-las e emitir um juízo de valor. É na emissão do juízo de valor que o avaliador se posiciona e, ao se posicionar, pode influir ou direcionar a tomada de decisão. Isto é importante de destacar na avaliação como instrumento para a gestão, porque se pressupõe que o avaliador pode ser interno, envolvido diretamente e um dos atores que participam do processo, ou alguém externo ao programa ou serviço avaliado. Neste momento, emerge um problema na condução da avaliação: uma possível ingerência do avaliador sobre o conteúdo do julgamento de valor emitido.” (p. 119).

Worthen; Sanders; Fitzpatrick (2004) acreditam que a avaliação como suporte para o processo de tomada de decisão ainda não está plenamente institucionalizada no âmbito das organizações de saúde no Brasil; logo é necessário atentar-se para o papel exercido pela análise do contexto. Tal análise serve de referência para o julgamento de valor na avaliação, tornando-o mais abrangente e menos direcionado pela subjetividade dos avaliadores.

Rocha; César (2008) consideram que a avaliação para a tomada de decisão tem como proposições, corrigir falhas no serviço ou programa; decidir sobre a perpetuação ou término do serviço ou programa além de garantir a escolha da melhor alternativa para a coerente alocação de recursos financeiros. Portanto, para avaliar, parte-se da escolha do propósito. A

avaliação deve ser compreendida como um instrumento ou ferramenta de gestão capaz de enfrentar a resolução de um determinado problema do serviço ou do programa de saúde. A definição prévia do propósito permite a formulação das chamadas perguntas avaliativas, pois acredita-se que uma vez o problema identificado, que demanda a avaliação na área da saúde, é complexo e exige o uso de diversas abordagens: a quantitativa e a qualitativa. Reconhece-se, portanto, que a avaliação parte de pelo menos duas perguntas.

A elaboração da pergunta avaliativa deve estar relacionada com a análise do contexto no qual o serviço/programa está inserido. Esse contexto compreende todas as variáveis possíveis de serem avaliadas, estando elas no âmbito político e institucional, capaz de sofrer influência e influenciar na tomada de decisão, tais variáveis são descritas: variáveis político-institucionais; variáveis organizativas; variáveis tecnológicas; variáveis sociais e variáveis individuais. (ROCHA; CESAR, 2008)

Destaca-se ainda os diferentes propósitos das avaliações: identificar que mudanças precisam ser realizadas no programa/serviço; descobrir em que medida o programa está atingindo os seus objetivos; descobrir o sucesso de um novo programa/serviço ou de seus componente (ações); descobrir qual a melhor opção a seguir dentre as alternativas disponíveis e decidir se o programa deve continuar a ser financiado. (ROCHA; CESAR, 2008).

Com o objetivo de avaliar a utilidade ou não de certas tecnologias/procedimentos para enfrentar problemas de saúde em países desenvolvidos a Avaliação Tecnológica em Saúde (ATS) tem servido como subsídio às decisões importantes de cobertura, diretrizes clínicas e processos de planejamento/gerência e avaliação de serviços e programas. Lembra o autor que as ATS são estudos complexos que sintetizam conhecimentos produzidos e conseqüências a sociedade sobre a utilização das tecnologias de atenção a saúde (promoção e prevenção), inclusive subsidiando decisões relativas à difusão e incorporação de tecnologias, o que possibilita atividades de avaliação/monitoramento dos serviços, fornecendo elementos fundamentais às diretrizes clínicas e a elaboração de padrões de qualidade desde estrutura, processo e até resultados. (SILVA, 2004).

Logo, muitas são as informações para avaliação, no entanto Contandriopoulos *et al.* (1997) diz ser a avaliação um julgamento de valor ou valores a respeito de uma determinada intervenção ou de seus componentes, com o objetivo de contribuir na tomada de decisões. Afirma ainda que a intervenção é um conjunto de meios, sejam eles físicos, humanos,

financeiros, organizados de forma específica, em um determinado momento, para produzir bens ou serviços, visando a mudança de uma situação problemática.

Nemes *et al.* (2004) pressupõem que a avaliação de programas deve-se constituir em uma ação programática, capaz de objetivar as proposições do programa em tecnologias, garantindo que a avaliação se configure em proposições éticas e técnicas que conformam o objeto de trabalho e os instrumentos de trabalho.

A evolução histórica da avaliação pode ser dividida em quatro estágios, que segundo Guba; Lincoln (apud Contandriopoulos *et al.*, 1997) o primeiro baseia-se na medida onde o avaliador é basicamente um técnico que deve saber construir e usar os instrumentos utilizados na mensuração dos fenômenos estudados. No segundo estágio são usadas técnicas para identificar e descrever a maneira pelas quais os programas conseguem atingir seus resultados. No terceiro a avaliação deve permitir o julgamento de uma determinada intervenção. Já no quarto estágio, ainda emergente, a avaliação é feita com a participação de todos os atores envolvidos na intervenção (programa) a ser avaliada.

Ainda sobre a avaliação de programas e serviços de saúde, para Schraiber; Nemes (1996) é possível afirmar que se tornou uma área de práticas e estudos a partir da década de 50, principalmente dentro do movimento responsável por consolidar os serviços de saúde como objeto de um campo científico. O surgimento desse campo, mas especificamente o das “ilhas de avaliação” impulsionou a grande expansão dos serviços de saúde, em função do rápido crescimento e desenvolvimento tecnológico da prática médica e das ciências da saúde; pelos altos custos das novas técnicas e pela crescente responsabilidade dos governos no financiamento da atenção à saúde.

Aqui no Brasil, a avaliação na área da saúde ainda é vítima de escassa atenção, valendo ressaltar o esforço conjunto da Associação Paulista de Medicina e do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada da Secretaria de Planejamento da Presidência da República, que juntas, em 1993, construíram um amplo programa de monitorização de indicadores de qualidade e de produtividade na área hospitalar. (BURMESTER, 1993).

A objetivação do programa pode ser avaliada nos mais diversos momentos analíticos do trabalho, começando no seu desempenho operativo até o momento prático. Ambos os momentos podem ser avaliados respeitando os seguintes critérios.

- Clareza na priorização: capacidade de operacionalizar, em objetos para o trabalho, as finalidades eleitas no plano discursivo do programa, ou seja, eleger adequadamente os alvos das ações refere-se às grandes finalidades do processo de trabalho, desde o pólo individual, como, por exemplo, a cura clínica até o pólo coletivo, como, por exemplo, o controle da transmissão de doenças.
- Acessibilidade dos alvos: capacidade do trabalho de operacionalizar um conjunto de instrumentos coerentes com os objetos do trabalho, ou seja, organizar conjuntos tecnológicos que acessem adequadamente os alvos. Refere-se às etapas do processo assistencial, desde a captação e recepção de usuários até o momento final da assistência, e pode ser representado pelo desenho geral do fluxograma assistencial.
- Especificidade na apreensão e manipulação dos objetos: capacidade dos instrumentos de trabalho de operarem específicas normatividades, ou seja, operarem mediante saberes coerentes com as características dos objetos e com a diversidade dos alvos. Refere-se ao conteúdo das diferentes atividades profissionais como, por exemplo, das abordagens clínicas e psicológicas ou das diferentes atividades propostas pelo programa, projetadas de modo a atender às especificidades de um mesmo objeto.
- Acoplamento amarrado de atividades: capacidade de articular de modo coerente e sinérgico os diferentes instrumentos de trabalho, ou seja, operar articuladamente as diversas abordagens dos alvos do trabalho. Refere-se à operação simultânea e integrada das diferentes atividades profissionais que compõem o programa.
- Coerência dos padrões de julgamento e avaliação: refere-se à coerência do julgamento com o objeto do trabalho priorizado, ou seja, operar com formas de ação profissional coerentes com a apreensão do objeto de trabalho. Refere-se ao plano do dever ser dos agentes e do foco e objetivo das avaliações realizadas na execução do trabalho.
- Compreensão, aceitação e adesão dos agentes: capacidade dos agentes de operarem as normas éticas e técnicas do trabalho como reguladoras da autonomia técnica na ação profissional concreta. Refere-se ao exercício concreto e autônomo das ações de cada profissional.
- Efetividade comunicacional dos encontros assistenciais: capacidade dos diversos tipos de encontro assistencial de dialogarem com cada um dos

indivíduos ou grupos alvos das ações, ou seja, tomarem a normatividade dos indivíduos e grupos como orientadora da ação técnica. Refere-se ao momento final do trabalho, o encontro com o usuário. (NEMES *et al.*, 2004, p.313).

Segundo Novaes (2000) utiliza-se critérios que auxiliam na construção de um modelo de avaliação, podendo ser adaptado para avaliação de programas e serviços de saúde. Necessário então selecionar estes critérios e variáveis, que são:

- *Objetivo da avaliação:* priorização das condições de produção do conhecimento ou das condições de utilização do conhecimento (tomadas de decisão, aprimoradas na gestão).
- *Posição do avaliador:* externo ou interno, por referência ao objeto avaliado.
- *Enfoque priorizado:* interno, de caracterização/compreensão de um contexto, ou externo, de quantificação/comparação de impactos de intervenções.
- *Metodologia predominante:* quantitativa ou qualitativa, situacional ou experimental/quasiexperimental.
- *Contexto da avaliação:* controlado ou natural.
- *Forma de utilização da informação produzida:* demonstração/comprovação ou informação, instrumentalização.
- *Tipo de juízo formulado:* comprovação/negação de hipóteses, recomendações ou normas.
- *Temporalidade da avaliação:* pontual, corrente, contínua. (NOVAES, 2000, p.549).

Enquanto isso, Campos *et al.* (2006) destaca os passos para se realizar uma avaliação:

- *Identificar os grupos de interesse:* os grupos de interesse podem ser definidos como pessoas ou grupos que de alguma forma são afetados por um processo avaliativo. Incluem a equipe do programa ou serviço,

financiadores, usuários, líderes comunitários, instituições parceiras, vizinhos, etc. Dessa forma podemos perceber que os programas e serviços objetos de uma avaliação têm sempre mais de um público com legitimidade tanto para formular questões quanto para participar efetivamente do processo. O engajamento dos diversos segmentos é crucial tanto para o sucesso do processo avaliativo quanto para a credibilidade dos resultados. A apatia ou a recusa a colaborar podem determinar o fracasso da avaliação. Esses grupos podem ser inseridos desde o início, quando o planejamento da avaliação. Suas questões e reivindicações podem fornecer rico material para definição do desenho final do processo. Subgrupos compostos por pessoas em condições de tomar decisões em relação ao objeto avaliado podem ser considerados os principais usuários da avaliação. ...

- *Definir os propósitos da avaliação:* um processo avaliativo pode ter muitas funções, sendo importante ter claras as principais motivações que impulsionaram um trabalho dessa natureza. Em linhas gerais, faz-se avaliação para ajustar: o programa de modo que ele possa atender melhor seus objetivos, aperfeiçoando-o (avaliação formativa); para decidir sobre sua manutenção, encerramento ou profunda modificação (avaliação somativa); para a geração de informações para ampliar sua escala (quando se trata de pilotos) ou para contribuir com o avanço dos conhecimentos. Esses princípios gerais devem ser detalhados até que se tenha clareza sobre o que motiva a avaliação, já que esses propósitos serão decisivos para a formulação das perguntas da avaliação.
- *Descrever o programa:* só é possível avaliar algo cuja estrutura essencial foi compreendida. Por isso, é fundamental que aspectos centrais do programa ou serviço estejam claros pra todos os grupos de interesse e para os avaliadores, servindo de base para os passos subseqüentes. Ou seja, é preciso estabelecer consenso sobre o que, afinal, estamos avaliando. Quais são os problemas enfrentados pelo programa? Qual é a sua clientela-alvo? Em que contexto social e político ele se desenvolve? Que atividades executa e como as articula? Quais são os seus produtos? Deverão ser descritas as diferentes operações realizadas pelo serviço ou programa, os recursos utilizados, etc., importando fazer as ligações entre os objetivos essenciais e os meios postos em prática para obtê-los. Essa concatenação e descrição formal (contendo os problemas, premissas, ações e resultados esperados) é o que constitui o “modelo lógico” ou a “teoria do programa”. Na maioria das

vezes, essas concepções sobre quais problemas e como opera um dado programa não estão explicitadas. Faz-se necessário esforços para evidenciá-las, o que constitui em si interessante oportunidade para a aproximação coletiva entre avaliadores e grupos de interesse e destes com o projeto... “(p.730-731)”.

Campos *et al.* (2006) ressalta também como passos para a realização de uma avaliação a definição das questões da avaliação; a coleta e análise dos dados, a comunicação dos resultados e a utilização dos resultados.

Tema importante em debate na literatura nacional e internacional (BEACHAM *et al.*, 2003; CAMPBELL *et al.*, 2003; KOPPEL *et al.*, 2003; PRO-ADESS, 2003; ROBLIN *et al.*, 2003; VILLALBI *et al.*, 2003; HARTZ, 2000; MEDINA *et al.*, 2000; RODRIGUES *et al.*, 2000; SILVEIRA *et al.*, 2000; BOND, 1999; MURRAY; JOLLEY, 1999; MADUREIRA *et al.*, 1989) apresentam um arcabouço conceitual para avaliação da Atenção Primária (APS) construído sobre uma base metodológica para esse campo de avaliação, demonstram uma breve seleção de metodologias que enfatizam a avaliação de aspectos assistenciais de serviços isolados; apresentam um exemplo de elaboração de protocolos; indicadores e padrões para avaliação de desempenho clínico; apresentação de metodologias/indicadores que denotem esforço para avaliar resultados e impactos de serviços da APS; apresentação de aspectos relevantes de estudos de casos de avaliação de desempenho de sistemas de saúde nacionais; apresentação de um projeto nacional para o desenvolvimento de metodologias de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. (BRASIL, 2006).

Nemes *et al.* (2004) afirmam ainda que a avaliação de programas de HIV/aids envolve componentes de prevenção, que podem estar centrados no controle dos fatores de risco e vulnerabilidade. No entanto a acham complexa, por envolver intervenções justapostas e de diferentes níveis e estratégias. Tais avaliações poderiam corresponder a modelos que permitam o monitoramento e explanação das possíveis mudanças nas intervenções, incorporando os resultados e as recomendações.

Segundo as autoras a literatura sobre a avaliação de tais programas de prevenção de DST/aids, aponta primeiramente para a lógica dos insumos de consumação para a medida do sucesso da prevenção, descrevendo a efetividade das ações apesar de abordagens estritamente quantitativas. Os efeitos das mudanças de comportamento, dos hábitos, crenças e práticas sexuais seguras, começaram a chamar atenção há pouco tempo.

CAPÍTULO 3 – O CAMINHO METODOLÓGICO

3.1 – MÉTODO E ABORDAGEM

O estudo desenvolvido consiste na abordagem qualitativa, com estudo descritivo, por ser o mais adequado para encontrarmos respostas às questões e do tipo estudo de caso. A avaliação estará fundamentada nos princípios de Denzin (1970), que sugere a triangulação como estratégia de avaliação, em que combina diferentes fontes de dados; diferentes técnicas de investigação e diferentes concepções acerca do objeto de estudo. Para Teixeira (2003, p.127) as características da pesquisa qualitativa são:

... [“O pesquisador observa os fatos sob a ótica de alguém interno à organização; a pesquisa busca uma profunda compreensão do contexto da situação; a pesquisa enfatiza o processo de acontecimentos, isto é, a sequencia dos fatos ao longo do tempo; o enfoque da pesquisa será mais desestruturado, se não houver hipóteses no início da pesquisa. Isso confere ao estudo bastante flexibilidade; e a pesquisa geralmente emprega mais de uma fonte de dados”]...

Minayo (1992) afirma que a metodologia qualitativa tem sido capaz de analisar fenômenos no processo saúde/doença como sendo permeado por vários elementos como os culturais e os sócio-econômicos, sendo compreendido e vivenciado por diversos atores sociais que dele fazem parte. A autora refere que valores, ideologias, crenças, costumes e posições de classe podem interferir no sucesso de determinados programas, serviços ou ações.

Para Deslandes (1997) a avaliação qualitativa está preocupada com os atores sociais envolvidos, bem como seus valores e crenças, quando incide nas ações de saúde para determinado grupo, considerando a inserção de todos no processo, não havendo, portanto exclusão.

Filgueiras; Deslandes (1999) trazem a ideia de que a avaliação qualitativa tem sido muito pertinente para a avaliação das ações e programas desenvolvidos e oferecidos na forma de serviços de prevenção das DST/aids, por se preocupar com os valores e incorporar significados dos atores sociais presentes na vida prática dos profissionais de saúde e dos

usuários em todo o seu cotidiano o que fornece subsídios para a elaboração de novas estratégias e ações mais sensíveis às expectativas dos envolvidos no programa de DST/aids.

Cordoni Junior (2005) apresenta o estudo de caso como um método qualitativo que permite o aprofundamento no estudo de uma determinada unidade ou caso, que se caracterize como um sistema, podendo variar de uma pessoa, uma instituição, um serviço, um grupo populacional e até mesmo uma atividade de um determinado programa. Para desenvolver o método, diversas técnicas são empregadas como a observação, a entrevista e a análise documental, sendo tais instrumentos aplicados também em outros métodos qualitativos.

Neste estudo foi utilizada a entrevista semi-estruturada, que para Richardson (1999) é desenvolvida partindo-se de perguntas precisas e pré-formuladas. Todo o processo é dirigido pelo entrevistador. Esta técnica permite maior liberdade ao entrevistador se comparada ao questionário.

A análise de conteúdo é composta por três etapas que segundo Minayo (2000, p.209-210) são: pré-análise, exploração da matéria, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

A leitura geral desses documentos deve ser minuciosa a fim de que o pesquisador possa imergir-se no conteúdo dessa leitura. A essa tarefa denominamos: leitura flutuante, que para Trivinos (2000) permite ao pesquisador alcançar dois fatos fundamentais: determinar os corpos da pesquisa e as hipóteses amplas da mesma.

Analisar é, portanto, decompor um todo em suas partes, a fim de efetuar um estudo mais completo. Porém, o importante não é reproduzir a estrutura do plano, mas indicar os tipos de relações existentes entre as idéias expostas. (MARCONI; LAKATOS, 2001).

Portanto, a metodologia qualitativa torna-se pertinente para a avaliação de programas na área das infecções sexualmente transmissíveis e da aids, mais precisamente nas ações de prevenção, pois incorpora a análise de significados e valores, construídos a partir das relações sociais, bem como os praticados pelos profissionais de saúde na atenção aos seus clientes. Possibilita desvendar o imaginário que serve de base para tais práticas e comportamentos em torno do problema da aids e proporciona a elaboração de estratégias e execução de ações mais sensíveis a tais expectativas (dos usuários).

3.2 – O CENÁRIO

A pesquisa foi realizada no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB) da Universidade Federal do Pará (UFPA), situado na Rua dos Mundurucus, número 4487, bairro do Guamá, na cidade de Belém do Pará. É um hospital geral de grande porte com aproximadamente 300 leitos, distribuídos em diferentes clínicas como Pneumologia, Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Geral e Unidade de Terapia Intensiva, em especial a de Doenças Infecto- Parasitárias - objeto do estudo, além de consultas especializadas a nível ambulatorial. É considerado hospital de referência para doenças tropicais e infectocontagiosas da Região Norte, como a Tuberculose e a aids entre outras. Dispõe ainda, de vários programas como o que oferece diversos serviços às pessoas que vivem com HIV/aids, a nível ambulatorial e hospitalar.

No ambulatório, o programa deveria ser desenvolvido por equipe multiprofissional, composta de médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo e farmacêutico. Recebe a denominação de “Serviço Ambulatorial Especializado (SAE)”, que funciona somente no turno da manhã, das sete às treze horas, às segundas, quartas e sextas-feiras, com apenas dois consultórios. Atualmente o serviço está com a equipe incompleta, contando apenas com uma médica infectologista e um psicólogo.

No SAE são atendidos apenas os casos novos de pacientes egressos da unidade de internação da clínica de doenças infecto-parasitárias do HUIBB, além de pacientes referenciados de outras unidades. No entanto, nesses casos o número de atendimentos ainda é incipiente.

A unidade de internação conta com 20 leitos adultos para pacientes do sexo masculino e 20 para os do sexo feminino, além de 16 de pediatria. Todos os referidos são regulados pela Central de Leitos da Secretaria Municipal de Saúde (SESMA) da cidade de Belém. Portanto quando há necessidade de internação imediata de um paciente atendido no ambulatório, havendo disponibilidade de leitos, o programa tem autonomia de internar esse usuário, sendo o procedimento informado a central, para evitar duplicidade de encaminhamento.

3.3 – SUJEITOS DA PESQUISA

Fizeram parte do estudo como sujeitos da pesquisa os usuários dos serviços ambulatoriais e de internação, do Programa de HIV/aids do HUIBB, que concordaram em participar espontaneamente da pesquisa.

A amostra foi selecionada de forma aleatória, tendo sido definido inicialmente uma amostragem qualitativa mínima de 30 sujeitos atendidos no SAE e 30 para os do serviço de internação, tendo sido, portanto, flexível a escolha da amostra, uma vez que o estudo é de cunho qualitativo, logo sua coleta de dados foi esgotada quando as inquietações do pesquisador foram saturadas e os objetivos alcançados.

Os sujeitos foram esclarecidos e informados sobre os objetivos do estudo, o destino dado aos resultados, a garantia de sigilo das informações e de suas identidades.

Os informantes não receberam incentivo algum para participarem da pesquisa e tiveram sua autonomia preservada, quando ficaram livres para deixar a pesquisa a qualquer momento, sem implicar em prejuízo a eles.

3.3.1- Critérios de Inclusão:

Foram incluídos na pesquisa todos os portadores de HIV/aids acima de 18 anos, com grau de instrução mínimo de alfabetização, de ambos os sexos, inscritos há pelo menos um ano no programa como usuários do programa ambulatorial (SAE) e para os de regime de internação foi considerado período mínimo de 15 dias da primeira internação ou informantes de internações subseqüentes. Todos que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Necessário ressaltar que a assinatura do TCLE foi feita em duas vias, ficando uma via com o informante e a outra com o pesquisador responsável.

3.3.2 – Critérios de exclusão:

Foram excluídos do estudo, pessoas portadoras de HIV/aids com menos de 18 anos e mais de 60 anos de idade, os que não estavam no programa do SAE há pelo menos 1 ano e para os internados de primeira internação com período inferior a 15 dias de internação.

Necessário ressaltar que a aids vem aumentando assustadoramente entre os idosos, no entanto para esse estudo foram excluídos informantes acima de 60 anos pelo fato dos mesmos ainda participarem em números ínfimos no programa e por não participarem exclusivamente do programa de HIV/aids, pertencendo a outros programas da atenção básica, como controle da hipertensão e diabetes, podendo, portanto, as concepções serem inverdades em relação ao programa.

Foram excluídos também os usuários com alterações neurológicas que comprometiam a cognição, logo a comunicação, além dos que se encontravam em estado minimamente responsivo.

3.4 – AVALIAÇÃO DE RISCOS E BENEFÍCIOS DA PESQUISA

Os riscos oferecidos aos sujeitos da pesquisa existiram, uma vez que o estudo manipulou prontuários e entrevistou os envolvidos, no entanto o pesquisador esteve em todo o momento comprometido com a ética, no sentido de preservar a identidade das pessoas envolvidas, bem como a sua privacidade, estando estas informações contidas no TCLE.

Os benefícios da pesquisa para os usuários consistiram no uso dos resultados como ferramentas para a tomada de decisão dos gestores do programa, subsidiando melhorias para o serviço, garantindo cada vez mais a integralidade e a universalidade da assistência no programa.

3.5 – PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

A coleta de dados ocorreu a partir das entrevistas com os usuários-portadores de HIV/aids no HUIBB, conforme roteiro (Apêndice A), utilizando-se de depoimentos gravados para complementar os dados. Foi explicado aos usuários a necessidade da gravação de suas falas e solicitado aos mesmos autorização para tal procedimento. Para a identificação dos usuários foi adotado o alfabeto da língua portuguesa, escrito em letra maiúscula, seguido de

números cardinais (Ex.: U1, U2, U3...), o que garantiu o sigilo das identidades dos informantes.

As entrevistas foram agendadas previamente após contato telefônico prévio, tendo sido obtidos os dados em prontuários, para os usuários atendidos no ambulatório, exatamente nos dias em que os serviços seriam oferecidos, para evitar deslocamento desnecessário, acarretando em despesas pessoais aos atores sociais.

Para os que se encontravam na unidade de internação, após avaliação do estado geral do usuário, foi realizado o convite para participar do estudo e definido pelo pesquisador e usuário o momento solicito para a realização da entrevista. Necessário ressaltar que todas as entrevistas foram realizadas no ambiente hospitalar cenário da pesquisa e as demais etapas em ambiente previamente agendado pelo pesquisador.

As entrevistas aconteceram na realização de perguntas estruturadas direcionadas aos usuários, sem interpelação do pesquisador. Cabe ainda destacar que não foi permitida a presença de terceiros (acompanhantes) no momento da entrevista.

No término de todas as entrevistas, após a saturação dos dados, foram construídas fichas unitárias também identificadas para a decodificação das informações, transcritas para um computador, o que auxiliou na interpretação dos dados e confecção dos resultados.

3.6 – ANÁLISE DOS DADOS E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

A análise dos dados foi realizada através de processos de acordo com as falas referenciadas pelos atores da pesquisa e da decodificação das fichas individuais. Utilizou-se a técnica simplificada de análise de conteúdo.

Na constituição do corpus o material foi organizado respondendo as seguintes normas de validade: Exaustividade – nessa norma o material contemplou todos os aspectos levantados no roteiro; Representatividade – o material conseguiu representar o universo pretendido pela pesquisa; Homogeneidade – o material obedeceu a critérios preciosos de escolha em termos de técnicas e interlocutores e Pertinência – onde o material concerniu aos objetivos.

Na formulação das questões norteadoras e objetivos foram estabelecidas hipóteses iniciais, uma vez que a realidade não respondia a questões teóricas que lhes foram colocadas. Para tanto, elaborou-se questões flexíveis que permitiram que novas questões surgissem a partir de procedimentos exploratórios.

Na exploração do material, codificou-se através dos passos: fez-se recortes dos textos em unidades de registro (palavras, frases, tema, personagem) e qualificação agregada dos dados onde foram escolhidas categorias teóricas ou empíricas para a especificação dos temas.

3.7 – TRATAMENTO ÉTICO DA PESQUISA

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do HUIBB da Universidade Federal do Pará e seguiu as orientações da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Brasil (1996), que orienta:

- a) Os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos;
- b) a exigência do consentimento livre e esclarecido dos participantes da pesquisa;
- c) as normas para protocolos de pesquisa que exigem informação sobre a pesquisa (projeto de pesquisa sobre os sujeitos de estudo).

Para a análise semântica foram apresentados O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B).

CAPÍTULO 4 – RESULTADOS

Para melhor compreensão das falas dos atores sociais dividiu-se as entrevistas em categorias e subcategorias, as quais são apresentadas em número de quatro, conforme situação pesquisada, para esclarecer ao usuário em relação a avaliação dos serviços do programa de HIV/aids desenvolvido no Hospital Universitário João de Barros Barreto.

Utiliza-se a categoria para valorizar a fala dos entrevistados que se referem aos serviços do programa de HIV/aids do HUIBB, gestados pela administração pública. Encontrou-se pontos relevantes citados pelos informantes da pesquisa no que diz respeito a sua concepção em relação aos serviços do programa de HIV/aids.

Assim, com minha análise crítica dentro deste estudo consegui responder aos questionamentos e justificá-los com base no referencial teórico utilizado. Segue-se portanto as categorias e subcategorias

4.1 – CARACTERIZAÇÃO DO USUÁRIO QUANTO AO ACESSO AO SERVIÇO

Nessa categoria verifico que os atores da pesquisa avaliam distintamente os serviços do programa, com um discreto predomínio das percepções positivas embora em algumas justificativas tenham pormenorizado os serviços em relação a alguns aspectos como:

- Falta de profissionais;
- Demora no atendimento;
- Absenteísmo dos profissionais;
- Dificuldades de acesso e
- Infra-estrutura inadequada.

Pode ser aprofundada essa análise, por se tratar de uma assistência especializada e também pela existência de um Programa Nacional criado em 1986.

Segundo a literatura, o Pacto pela Saúde 2006, no seu eixo Pacto pela vida, reforça a melhoria do acesso ao usuário de HIV/aids, destacando os avanços no atendimento ao

portador de DST/aids, viabilizando o acesso abrangente, estando em consonância com princípios doutrinários do SUS de integralidade, equidade e universalidade.

Os resultados mostram claramente que as prioridades estabelecidas no Pacto pela Saúde 2006, bem como os princípios doutrinários do SUS não têm sido atendidos integralmente pelo programa, uma vez que os pacientes reclamam do acesso, da falta de recursos humanos, das dificuldades estruturais, da demanda reprimida, da falta de integralidade e universalidade em termos de assistência. Isso nos leva a crer que o SUS ainda é um desafio, mesmo depois de inúmeras tentativas de acerto, a exemplo as Normas Operacionais Básicas (NOBs) e da Política Nacional de DST/aids e de infinitas Portarias Ministeriais, muitas vezes paradoxais aos princípios do SUS.

Aumenta a preocupação quando nos reportamos ao que está relatado na literatura, que aponta milhares de pessoas que são infectadas e morrem diariamente de aids no mundo, tendo como principal determinante a falta de acesso à serviços de prevenção e tratamento de HIV/aids. (BRASIL, 2007).

Essa categoria permitiu a elaboração de duas subcategorias, uma que destaca as restrições e as qualidades do programa relatadas pelos atores sociais, bem como a insatisfação do usuário relacionada principalmente ao acesso ao programa. Na seqüência as subcategorias ganham destaque.

4.1.1 – Restrições e qualidades relativas ao programa

Ao analisar as falas nessa subcategoria, ficaram ressaltadas qualidades em relação aos serviços do programa. No entanto ressalvas de melhorias foram destacadas pelos informantes, evidenciadas pelas respostas das entrevistas.

“... os serviços são bons, mas o atendimento deveria ser mais rápido.” U27.

“... acho que está excelente, só precisaria de mais gente para atender os pacientes.” U36.

“... para ficar excelente só falta eles darem os remédios aqui em não mandar pegar em outro lugar...” U23.

“... bom, no entanto os funcionários faltam e aí nós perdemos tempo vindo para cá ...” U44.

Cabe aqui ressaltar que as qualidades relatadas deixam dúvidas quando constatamos nas falas dos informantes inquietações relacionadas com problemas de gestão evidenciados, como a falta de estrutura mínima e os altos índices de absenteísmo dos profissionais. A falta de avaliação do programa tem interferido negativamente na tomada de decisão, o que para Rocha; César (2008) parece não ser prudente.

Cabe reportamos até a Política Nacional de DST/Aids, quando em suas estratégias para a elaboração das novas políticas voltadas para as pessoas que vivem com HIV/aids, preconiza a formação de recursos humanos através de capacitação dos profissionais dos setores públicos e privados e da sociedade civil para atuarem na prevenção, controle e gestão de programas e projetos de DST/Aids no país.

Destaca-se a importância desse estudo quando o mesmo fornece subsídios para o novo planejamento, para a elaboração dos planos de ação, pois segundo Campos *et al.*(2006) a avaliação de programas permeia a definição dos propósitos da avaliação, permite descrever o programa, definir com critérios coerentes as questões da avaliação, instrumentalizando a coleta e análise dos dados, a comunicação dos resultados e sua utilização.

Deve-se considerar que a avaliação como um processo é um fenômeno dinâmico que tem como característica inerente a flexibilidade, para a melhoria constante das ações de intervenção dos planos e programas. Para tanto é necessário envolver todos os atores sociais participantes do processo (usuários, executores e gestores), e a escuta pode ajudar na tomada de decisão. Logo se pode lançar mão da liderança como ferramenta do planejamento estratégico para auxiliar na descrição das mudanças necessárias. Tudo isso contribuirá para a satisfação dos usuários e evitar as lacunas e ou restrições nas suas avaliações positivas.

4.1.2- Insatisfação do usuário no acesso ao serviço

Aqui ficou explícita a insatisfação dos usuários com os serviços oferecidos pelo programa de HIV/aids do HUIBB. Muitos expressaram com certo ar de “nojo” ao responderem a essa questão. Nas falas está explícito a inquietude dos usuários em relação à

necessidade de melhorar o acesso ao programa, planejar melhor as ações, melhorar a gestão (recursos humanos) e garantir a integralidade da assistência (falta garantir a medicação anti-retroviral, mesmo que isso já tenha sido preconizado, garantido por lei e pelo próprio sistema de saúde vigente no país, com a Política Nacional de Assistência Farmacêutica). Em nossa concepção, fica muito claro que os informantes não estão sendo atendidos em consonância com os objetivos da Política Nacional de DST/Aids. Como mostram os relatos.

“ Ruim pois demora para conseguir uma vaga...” U13.

“O serviço é ruim, é difícil de conseguir uma vaga, às vezes o paciente morre na fila...” U46.

“... o tempo para conseguir uma consulta é muito demorado...” U56.

Parece ser paradoxal à literatura os resultados aqui encontrados, quando lemos que os recursos destinados à assistência a pessoas vivendo com HIV/aids estão em fase de crescimento nas últimas décadas, segundo Giovanella *et al.* (2008).

4.2 – A MOTIVAÇÃO DO USUÁRIO PELA QUALIDADE DO SERVIÇO

Na fala dos entrevistados percebe-se claramente nesta categoria a heterogeneidade das respostas, variando de alto grau até a ausência de motivação. Desvenda-se os mais diversos fatores que contribuem para a concepção dos usuários em relação ao seu grau de motivação, possibilitando a formulação das subcategorias.

4.2.1 – O usuário motivado no programa

Nesta subcategoria fica claro o alto grau de motivação dos usuários em relação à procura dos serviços do programa de HIV/aids do HUIBB, quando relatam que o tratamento é completo, proporciona bom atendimento além de garantir melhor qualidade de vida às pessoas que vivem com HIV/aids.

“... o tratamento é completo...” U11, U22, U35, U41, U47, U55, U57, U59, U62.

“ me sinto motivado pois sou bem atendido...” U03, U04, U07, U13, U48.

“ busca pela qualidade de vida...” 14 usuários.

Manter este espírito de motivação nos usuários do programa de HIV/aids do HUIBB é necessário e pode ser garantido através da preservação da autonomia dos sujeitos, além de assegurar o direito de ter a saúde praticada no seu sentido mais amplo, em uma tríplice dimensão: física, mental e social. Portanto é importante defender a avaliação na saúde de forma relativa, isto é, considerar como é produzida a saúde dos indivíduos e como é que se produz saúde. Para tanto, Campos *et al* (2006) afirma que:

Autonomia poderia ser traduzida, segundo essa concepção, em um processo de co-constituição de maior capacidade dos sujeitos de compreenderem e agirem sobre si mesmos e sobre o contexto conforme objetivos democraticamente estabelecidos.

A co-constituição de autonomia depende, portanto, de um conjunto de fatores. Depende sempre do próprio sujeito, do indivíduo ou coletividade. Por esse motivo nos referimos sempre a co-produção do processo de saúde/doença. O sujeito é sempre co-responsável por sua própria constituição e pela constituição do mundo que o cerca. No entanto, a autonomia depende de condições externas ao sujeito, ainda que ele tenha participado da criação destas circunstâncias. (p. 670-671).

4.2.2 – Medos e apreensões gerando desmotivação

No entanto nesta subcategoria pôde ser observado um alto grau de desmotivação, gerando preocupação para os executores do programa. Destaca-se algumas falas que comprovam a subcategoria aqui estabelecida.

“... Não me sinto motivado pela falta de estrutura para atender...” U58.

“ Só procuro quando adoço porque não dá para tratar em casa, não gosto deste hospital...” U35.

“ Nenhuma pois tenho medo da morte, aqui morre muita gente...” U46.

Nessa subcategoria está claro que os usuários não estão sendo atendidos em consonância com a Política Nacional de DST/Aids, que preconiza aprimoramento do processo de gestão, utilizando-se de estratégias participativas de planejamento, programação, monitoramento e avaliação. Isso sem dúvidas auxiliará na motivação do usuário, quando o mesmo for de fato ator social desse processo, sendo garantida uma diretriz do SUS: a participação popular (controle social), garantido na Lei n. 8142/90, que afirma que o controle social não deve ser feito só através de instâncias colegiadas (conselhos e conferências de saúde), mas também através de gestão participativa.

4.3 – DIFICULDADES FRENTE ÀS ATIVIDADES E ORIENTAÇÕES DO SERVIÇO

Muitas foram às dificuldades aqui relatadas pelos usuários, com destaque para as seguintes: medo de encarar a morte; falta de recurso para chegar ao serviço; o acesso péssimo ao serviço; o preconceito das pessoas e da sociedade e a não libertação da promiscuidade sexual.

Isso nos remete a vários nós críticos a serem desfeitos pela gestão como: acesso, combate ao preconceito, ações de orientação sexual, etc.

Os atores sociais percebem um avanço considerável em relação aos serviços do programa, o que retrata uma resolutividade de problemas em tempo hábil.

Uma valorização isolada do acesso, enquanto indicador de universalidade pode nos levar à falsas premissas, como a defesa de um modelo centrado no atendimento mais imediato e simplificado das demandas que, no mais das vezes, não responsabiliza os profissionais e a instituição com o alcance e incremento da qualidade e descaracteriza a complexidade das ações envolvidas na assistência.

Assim, além do acesso, a qualidade da assistência refere-se também ao processo do cuidado em sua amplitude e complexidade, articulando os preceitos da integralidade aos da universalidade. Nessa direção considera-se ainda que a qualidade deva ser prerrogativa de todos os serviços, apesar das grandes diferenças regionais e institucionais existentes entre eles. (NEMES *et al*, 2004).

No que tange o medo de encarar a morte bem como o preconceito social vivenciado pelos usuários, o maior obstáculo vem se arrastando ao longo das décadas e de forma “paraplégica”, locomovendo-se com auxílio de “órteses” ainda impotentes no sentido de diminuir as angústias e a estigmatização social vivenciada pelas pessoas que se obrigam a viver com HIV/aids, além da impossibilidade de erradicar o preconceito, por ainda vivermos em uma sociedade ignorante cientificamente, excludente por si só e sem compaixão.

A educação incipiente, empobrecida e de acesso restrito tem contribuído para a perpetuação dos preconceitos. A aids é vista como a doença dos homossexuais, dos usuários de drogas injetáveis e das pessoas sexualmente promíscuas. Sabe-se que os chamados grupos de risco foram extintos e que o simples fato de ser humano já é suficiente para sermos vulneráveis à infecção.

Surge nesse momento um grande desafio a ser enfrentado pelos gestores e executores de programas de tal natureza: Como fazer para impedir que a estigmatização social e preconceito não interfiram na motivação e adesão dos usuários às ações e atividades dos serviços? Está na hora de inovar na elaboração dos programas, isto é, aplicar a sociologia da saúde como aliada.

Para tanto a avaliação deve proporcionar ao avaliador identificar necessidades e desenhar as prioridades que irão nortear a elaboração de projetos novos ou reorientar os já existentes. (SANDERS, 1993).

Entre os sujeitos estão os que expressaram em suas falas não ter dificuldade alguma em aderir às atividades e orientações, o que pode ser evidenciado em algumas falas, surge outra preocupação. Ainda existem pessoas que acreditam na cura total da doença e a falta de orientação. É a prova concreta da desinformação, infringindo novamente princípios dos SUS: o direito à informação sobre o estado de saúde do paciente e divulgação das informações de saúde a população. Se mesmo com estas informações, que parecem maçantes na mídia, não

será a hora de rever como as informações estão sendo construídas e será que as mesmas informam de fato?

“ Nenhuma dificuldade porque quero ficar logo bom...” U 17.

“ Nenhuma dificuldade, cumpro tudo o que me mandam fazer.” U23.

Isso demonstra qualidades positivas dos serviços do programa de HIV/aids, que segundo MS 1997c (apud Gomes *et al*, 1999):

“Estudo realizado pelo MS acerca da prática de aconselhamento nos Centros de Testagem Anônima e Serviços de Assistência a Portadores de HIV/AIDS, com 25 entrevistados, conclui que a absoluta maioria verbalizou ter gostado do atendimento. Entre os principais motivos para essa avaliação, ressaltam-se os fatos de os profissionais prestarem aos usuários atenção e boa acolhida”. (p. 795).

4.4 – EXPECTATIVAS PARA A MELHORIA DO PROGRAMA

A análise subjetiva da categoria constata expectativas altas e até inalcançáveis (cura) em relação aos serviços do programa de HIV/aids do HUIBB; outras são possíveis e dependentes de intervenções da gestão, fugindo, portanto da governabilidade dos usuários e profissionais que atuam no programa, no entanto capazes de sinalizar aos gestores, no sentido de sensibilizá-los para atender tais expectativas e que servem como sugestões à melhoria do programa, como: rapidez no atendimento; melhor infra-estrutura; melhor qualidade de vida; demanda suficiente de profissionais; tratamento completo.

Mais uma vez projeta-se as atenções para os princípios do SUS. Cabe ressaltar que a maior política social do país, o SUS, preconiza em suas diretrizes a atenção integral com prioridade das ações preventivas sem prejuízo às ações assistenciais.

A integralidade deve ser capaz de ir além da atenção básica, das ações de média complexidade alcançando as atividades e procedimentos de alta complexidade. Deve

responder às ações de políticas intercaladas e ações intra e extra-setoriais da saúde, garantindo que outras políticas sociais possam contribuir para a integralidade. Ter garantido o direito a saúde é ter moradia, renda, lazer, trabalho, posse de terra e inclusive serviços de saúde suficientes, equipados com recursos tecnológicos, humanos, materiais e financeiros necessários para atender as necessidades dos usuários, como também estabelecido por um princípio do SUS.

Para tanto as expectativas devem ser questões avaliativas primárias dos avaliadores, com o auxílio de uma interrogação, saber quando intervir, como intervir, para quem e para o que?. Contandriopoulos *et al.* (1997) retrata que a avaliação é um julgamento de valores sobre intervenções os componentes desta e que contribuem para a tomada de decisões.

A pergunta avaliativa deve ser coerente com o contexto no qual o serviço/programa está inserido, bem como transformar as sugestões dos usuários em problemas de gestão e, portanto objeto de avaliação subsidiará melhorias para os serviços e aumentará a adesão dos usuários ao programa. (ROCHA; CESAR, 2008)

CAPÍTULO 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da aids ser uma doença incurável, com prognóstico reservado e sofrer com a estigmatização e exclusão às pessoas que vivem com HIV/aids, a procura pelo atendimento nos programas de HIV/aids aumentou nos últimos anos. O acesso se tornou mais fácil e diversos programas foram estabelecidos no país, tudo impulsionado pela implantação da Política Nacional de DST/Aids, que formulou estratégias, normatizou os serviços e programas e ousou na ampliação do acesso.

O estudo permitiu concluir que a concepção do usuário em relação ao Programa de HIV/aids do HUIBB, no que concerne as ações e serviços oferecidos, não atendem as expectativas dos que buscam tratamento adequado, integral, de fácil acesso, com equipe multiprofissional disponível para o atendimento e infra-estrutura adequada, deixando em evidência a insatisfação parcial dos usuários.

Possibilitou também perceber que usuários do programa estão desmotivados, insatisfeitos, dotados de medos, angústias, apreensivos, encontrando inúmeras dificuldades relacionadas às atividades e orientações do programa. Outros, em número menor, mostraram-se satisfeitos, no entanto foram pontuais e objetivos ao manifestar restrições e qualidades referentes ao programa. Todos expressaram sugestões para melhoria do programa.

O programa precisa passar por diversas mudanças no seu planejamento principalmente no que diz respeito à garantia e ampliação do acesso aos serviços ao usuário, honrando com a sua posição de referência estadual. Na avaliação dos sujeitos da pesquisa o acesso é precário, o tempo de espera é um grande nó crítico assim como o dimensionamento de profissionais para assistirem no programa.

Percebeu-se que os usuários em suas observações manifestam insatisfações e decepções. Relataram medo da exclusão social, da morte e do desconhecimento do prognóstico da doença. Isso deixou claro que o princípio da informação e divulgação das informações está sendo negligenciado pelos profissionais do programa, ou pelo absenteísmo excessivo ou pela insuficiência da equipe multiprofissional, problemas evidenciados pelos atores sociais da pesquisa.

Não sendo bastante, o programa não consegue suprir as expectativas e necessidades dos usuários. Portanto, a luta pela qualidade nos serviços de saúde da rede pública, em especial no Programa de HIV/aids do HUIBB, deve ser constante e incessante, para melhor servir o cidadão usuário do SUS.

Necessário ser somatizado o hábito de avaliar o que está sendo realizado. Isso é parte essencial do planejamento, que permite a integralização e efetivação das ações para o alcance dos objetivos.

Sugere-se ao gestor do hospital e gerente do programa:

- A implantação da avaliação como ferramenta gestora, visando a melhoria e ampliação dos serviços;
- Uso racional do recurso destinado e
- Estabelecer ações e estratégias que visem a satisfação do usuário.

Também como sugestão, propõe-se que um modelo de avaliação seja implantado para o programa, e que outra avaliação seja feita, ampliando a avaliação, levando-se em consideração em um novo momento a concepção dos profissionais e gestores do programa e do hospital, respectivamente e as confrontando com a avaliação na concepção do usuário aqui analisada. Cabe ressaltar que o modelo de avaliação a ser instituído, deve ser capaz de:

- Identificar os grupos de interesse,
- Definir os propósitos da avaliação,
- Descrever o programa a ser avaliado,
- Coletar dados,
- Fazer análise criteriosa dos dados,
- Elaborar e comunicar os resultados e
- Utilizar os resultados para propor mudanças.

Importante concluir que aqui, os resultados da avaliação não se traduzirão em decisão. Espera-se que as informações produzidas contribuam para julgamento de determinada situação e influencie na gestão no que tange a tomada de decisão.

REFERÊNCIAS

BASTOS, F.I. et al. Treatment for HIV/Aids in Brazil: strengths, challenges and opportunities for operations research. **AIDScience**. 1 (15): November 27, 2001. Disponível em: <<http://Aidsscience.org/Articles/Aidsscience 012.asp>>. Acesso em 20 de fevereiro de 2010.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. **Política Nacional de DST/Aids: princípios e diretrizes**. 1ed. Brasília, 1999, p.90.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. **Boletim Epidemiológico 2007**. Ano IV. n° 1. Brasília, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa no SUS. Painel de Indicadores, Ano I. n° 1. Out, 2006.

BRITO, A. M; CASTILHO, E. A; SZWARCOWALD, C. L. **AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada**. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* [online]. 2001, vol.34, n.2, pp. 207-217. ISSN 0037-8682.

BURMESTER, H. (Coord. Projeto de monitorização de Indicadores de qualidade e produtividade na área hospitalar) [ofício] 1993, ago. 19. São Paulo [para] Cláudio Camacho Biazir (Dir. Superintendente do Hospital Universitário de Londrina). Londrina. Manuscrito.

BUSS, P.M; PELLEGRINI FILHO, A. Determinantes sociais da saúde e ação intersetorial. **Saúde para debate**, Rio de Janeiro, n.41, p.9-22, abr.2008.

CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2006.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos, ficando revogada a Resolução 01/88. Resolução n.196, de 10 de outubro de 1996.

CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.L. & PINEAULT,R. A avaliação na área da saúde: Conceitos e métodos. In: **Avaliação em Saúde: Dos modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas**. (Z.M.A. Hartz, org.), PP. 29-48, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Cienc. Saúde Coletiva**. v.11, n.3, Rio de Janeiro. Jul/set, 2006.

CORDONI JUNIOR, L. **Elaboração e avaliação de projetos em saúde coletiva**. Londrina: Eduel, 2005.

DENZIN, N.K. **The Research Act**. Chicago: Aldine Publissing Co. 1970.

DESLANDES, S.F. Concepções em pesquisa social: Articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.13, p.103-08, 1997.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Cienc. Saúde Coletiva**, v.11, n.3. Rio de Janeiro. Jul/set, 2006.

FILGUEIRAS, S.L ; DESLANDES, S.F. Avaliação das ações de aconselhamento: Análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15(sup.2), p.121-131, 1999.

GALVÃO, J. **AIDS no Brasil: uma agenda de construção de uma epidemia**. ABIA, Editora 34, 2000.

GIOVANELLA, L., et al. (org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

GOMES, R. et al. Avaliação da assistência ambulatorial a portadores de HIV/AIDS no Rio de Janeiro, segundo a visão de seus usuários. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15 (4), p. 789-797, 1999.

INOJOSA, R.M. Revisitando as redes. **Saúde para debate**. Rio de Janeiro. N.41, p.36-46. Abr.2008.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 6ed. São Paulo: Editora Atlas, 2007.

MINAYO, M.C. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1992.

NEMES, M.I.B, et al. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 (sup.2), p.310-321, 2004.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Re. Saúde Pública**, São Paulo, 34 (5), p. 547-59, 2000.

RICHARDSON, R.J, et.al. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3 ed. São Paulo: Editora Atlas, 1999.

ROCHA, A. A; CESAR,C.L.G. **Saúde Pública: bases conceituais**. São Paulo: Atheneu, 2008.

SANDERS, J.R. Uses of evaluation as a means toward organizational effectiveness. In: GRAY, S.T. **A vision of evaluation: independent sector**. Miniapolis: [s.n]; 1993. p.13-18.

SCHRAIBER, L.B; NEMES, M.I.B. Processo de trabalho e avaliação de serviços de saúde. **Cadernos FUNDAP**, 1996.Jan/Abr.; (19): 106-121.

SILVA, L.K. Avaliação Tecnológica em Saúde: questões metodológicas e operacionais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 (sup.2), 2004.

TEIXEIRA, E. **As três metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa**. Belém: Editora Vozes, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)/UNAIDS. **Aids Epidemic Update**. Genebra: Unaid, WHO, 2007.

MORTHEM, B.R; SANDERS, J.R; FITZPATRICK. Definição de limites e análise do contexto da avaliação. In: **Avaliação de programas: concepções e práticas**. São Paulo: Gente, 2004. p.301-39.

Apêndice A – Entrevista dirigida aos usuários do Programa de HIV/aids do HUIBB.

Entrevista

Perguntas:

- 1 – Qual a sua avaliação em relação aos serviços do Programa de HIV/AIDS do HUIBB?
- 2 – Qual a sua motivação para a procura dos serviços?
- 3 – Quais são as suas dificuldades em aderir às atividades e orientações dos serviços?
- 4 – Quais são as suas expectativas e sugestões para a melhoria dos serviços do programa?

Apêndice B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A pesquisa intitulada “**Avaliação do Programa de HIV/aids do HUIBB na concepção dos usuários: o caso em um hospital de referência em Belém-PA**”, tem como pesquisador responsável o enfermeiro mestrando Marcelo Monteiro Mendes, do Programa de Pós-Graduação de Medicina Tropical. Trata-se de um estudo que objetiva avaliar a concepção dos usuários do programa de HIV/aids do HUIBB que estão no serviço há algum tempo. A pesquisa trará benefícios para os usuários, quando permitirá melhorias para o serviço, pois os resultados ajudarão nas mudanças. O pesquisador principal garantirá sigilo (segredo) sobre todas as informações. Os dados que interessarem poderão ser publicados em conjunto, sem identificação ou exposição de qualquer pessoa. Deixa-se claro que sua participação é de livre-arbítrio, não havendo pagamento pela mesma, podendo, em qualquer momento do estudo, recusar-se a responder quaisquer perguntas, permitir análise e divulgação dos dados contidos em seu questionamento. O pesquisador responsável pelo estudo está a sua disposição para esclarecer qualquer dúvida antes que você assine o termo de consentimento, durante e após o término do mesmo.

Em caso de dúvidas e para maiores informações, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável pela pesquisa.

Enf. Marcelo Monteiro Mendes

Trav. 14 de março, nº 236, fundos. Umarizal. CEP: 66113-300 Cidade: Belém-Pará

Telefones: (91) 3212-1673-3230-3575. E-mail: mmmendes@ufpa.br

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que li as informações acima sobre o estudo “**Avaliação do Programa de HIV/aids na concepção dos usuários: o caso em um hospital de referência em Belém-PA**”, e que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo do mesmo. Declaro ainda que por minha livre vontade, aceito ser incluído na pesquisa, fornecendo informações sobre minha pessoa que constarão em um questionário, as quais só poderão ser utilizadas em relatórios e publicações científicas.

Data: ___/___/___

Nome do Sujeito: _____ Assinatura: _____

Nome do Pai/Mãe/Tutor Legal: _____ Assinatura: _____

Pesquisador Responsável: Marcelo Mendes. Assinatura: _____

Endereço: Hospital Universitário João Barros Barreto. Av. Mundurucus, 4487. Guamá

Cidade: Belém-Pará. Telefones: (91) 3201-6600.

Anexo A – Declaração de aceite do CEP



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/HUJBB/UFP



DECLARAÇÃO

Protocolo: 523/2010

Projeto de Pesquisa: Avaliação do Programa de HIV/Aids do HUJBB na concepção dos usuários

Pesquisador Responsável: Marcelo Monteiro Mendes

Declaro para fins de direito que deu entrada neste Comitê de Ética em Pesquisa o projeto de pesquisa intitulado “**Avaliação do Programa de HIV/Aids do HUJBB na concepção dos usuários**”, sob protocolo de nº 523/2010. Informo que o referido já foi analisado por este CEP, aguardando apenas a assinatura do parecer de liberação.

Belém, 27 de abril de 2010.

Norma Fradua Soares Felício
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/HUJBB/UFP
Mat. 0334