

**ESELINDRA NATIVIDADE DA CUNHA**

**CENTRO DE INFORMAÇÃO ADEQUADO AO ESTUDO, ENSINO E PESQUISA  
NO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO**

Trabalho de Conclusão apresentado ao  
Centro de Informação Científico Tecnológico  
da Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção  
do Título de Especialista em Informação  
Científica e Tecnológica.

Orientadora: Sandra Fagundes

Porto Alegre

2005

## SUMÁRIO

|                                   |    |
|-----------------------------------|----|
| APRESENTAÇÃO.....                 | 3  |
| INTRODUÇÃO .....                  | 4  |
| 1 JUSTIFICATIVA .....             | 7  |
| 2 OBJETIVOS.....                  | 10 |
| 2.1 Objetivo Geral.....           | 10 |
| 2.2 Objetivos Específicos.....    | 11 |
| 3 METODOLOGIA .....               | 11 |
| 4 UNIVERSO DO PROJETO .....       | 15 |
| 5 QUADRO DE METAS .....           | 19 |
| 6 EQUIPE E PARCERIAS .....        | 20 |
| 7 CRONOGRAMA .....                | 21 |
| 8 ORÇAMENTO .....                 | 22 |
| 9 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO ..... | 23 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....   | 24 |

## **APRESENTAÇÃO**

### **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE:**

Hospital Fêmeina S/A

Endereço: Rua Mostardeiro, 17 - Moinhos de Vento, Porto Alegre, RS.

CEP: 91430-001

CNPJ: 926931340001-53

e-mail: hteghc.com.br

### **DADOS DE QUALIFICAÇÃO DA ENTIDADE**

O Hospital Fêmeina é um dos hospitais do Grupo Hospitalar Nossa Senhora da Conceição. Seu funcionamento começou no dia 18 de março de 1968, no endereço já referido, voltado para o atendimento à mulher. Hoje é 100% Sistema Único de Saúde (SUS), e seu objetivo principal continua sendo a atenção à mulher, em atividades como: ginecologia, neonatologia, oncologia, entre outros.

O Hospital oferece também campo de atuação adequado aos funcionários, incentivo à pesquisa e a ações de saúde. Faz publicações em cooperação com autoridades locais das secretarias de saúde do Estado e Município e com o próprio Ministério da Saúde.

## INTRODUÇÃO

O Brasil é reconhecido internacionalmente pelo desenvolvimento do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS (DST/AIDS) pela política eficaz, resultado da luta organizada, aliado ao esforço dos técnicos de saúde que defendem o princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) com ações que vão além do acesso aos medicamentos para atuar dentro de um contexto mais amplo de saúde, envolvendo e comprometendo diferentes atores e setores da sociedade. No sentido da atenção integral, da interdisciplinaridade e a intersetorialidade. Essas ações reconhecidas internacionalmente levou o país a fazer parte em um esforço internacional de pesquisa em AIDS, coordenado pela *National Institutes of Health* (NHI), agência de pesquisa em saúde do governo norte-americano pelo projeto NICHD/HPTN 040 FASE III, DO ESTUDO CLÍNICO RANDOMICO sobre a segurança e eficácia de três esquemas terapêuticos anti-retrovirais neo-natais para a prevenção da transmissão do HIV-1 no parto, cujo objetivo é comparar, na idade de 3 meses, a eficácia de três esquemas terapêuticos anti-retrovirais neonatais (ZDN *versus* ZDN e NVP, 3TC e NFC) na prevenção da transmissão do HIV-1 intraparto em recém-nascidos provenientes de mães que não receberam terapia anti-retroviral durante a gravidez atual.

A Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ) é responsável pelos estudos no Brasil. O trabalho inclui o teste de três novos medicamentos contra a AIDS em 100 pacientes brasileiros com o objetivo de prevenir a transmissão da doença aos recém-nascidos, filhos de mãe HIV positivas, diagnosticadas durante o parto. A transmissão pode ocorrer durante a gestação, no momento do parto, ou após o nascimento da criança, por meio da amamentação. Esta pesquisa possui grande importância para a realidade brasileira dado que ainda foi possível captar todas as mulheres gestantes para o pré-natal. Além disso, nem todas as mulheres que fazem acompanhamento pré-natal são testadas para HIV, o que faz com que muitas grávidas soropositivas sejam identificadas apenas no parto, por meio de teste rápido.

O universo da pesquisa coordenada pela NHI inclui 1.730 soropositivas em nove centros de saúde distribuídos por três países: Estados Unidos, Argentina e Brasil. No Brasil, fazem parte do estudo os seguintes estados: Rio de Janeiro, São Paulo, Belo Horizonte e Rio Grande do Sul.

Em Porto Alegre, a pesquisa está sendo conduzida nos seguintes hospitais: Santa Casa de Misericórdia, Nossa Senhora da Conceição e Hospital Fêmeina, este último que é também Serviço de Atenção Especializada (SAE) em Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis Congênita.

O Hospital Fêmeina iniciou suas atividades no dia 18 de março de 1968, voltado para o atendimento à mulher. Hoje é 100% Sistema Único de Saúde (SUS), e seu objetivo principal continua sendo a atenção à mulher, em atividades como: ginecologia, neonatologia, oncologia, entre outros.

A população do estudo consistirá de recém-nascidos de mulheres infectadas por HIV-1 grávidas ou no período de parto recente, que não receberam terapia anti-retroviral durante a gravidez, anteriormente ao trabalho de parto.

Todas as mulheres identificadas nas unidades clínicas como infectadas pelo HIV-1 na época do trabalho de parto e no parto, ou que forem previamente diagnosticadas como infectadas pelo HIV-1, mas que não tiverem recebido qualquer tratamento anti-retroviral durante essa gravidez, poderão ser recrutadas. As mulheres sem documentação escrita de teste de HIV-1 anterior a época do trabalho de parto terão teste de HIV-1 rápido no parto ou no período pós-parto, após aconselhamento de exame prévio e consentimento informado por escrito. As mulheres em trabalho de parto no primeiro período pós-parto, que forem identificadas como infectadas pelo HIV-1, poderão inscrever seus recém-nascidos no estudo de profilaxia neo-natal e terão que fornecer consentimento por escrito para a participação do estudo. Mães e bebês são atendidos pela equipe multiprofissional da unidade de forma sistemática, tendo como foco principal a adesão ao tratamento.

Essas mulheres são procedentes de Porto Alegre, Grande Porto Alegre e das cidades vizinhas cujas distâncias não ultrapassem a 100km.

## **1 JUSTIFICATIVA**

O estudo NICHD/HPTN 040 FASE III, DO ESTUDO CLÍNICO RANDOMICO sobre a segurança e eficácia de três esquemas terapêuticos anti-retrovirais neonatais para a prevenção da transmissão do HIV-1 NO PARTO teve seu início em junho de 2004 e avalia três medidas profiláticas pós-exposição usadas em recém-nascidos filhos de mães HIV positivas diagnosticadas durante o parto. O referido estudo já revelou também uma outra realidade, a vivida pelas mães, mulheres soropositivas, sem adesão ao tratamento e/ou desconhecendo seu diagnóstico.

O atendimento psicossocial a essas mulheres e o estudo que estamos realizando, revelam dados, tais como: falta de adesão ao tratamento, exclusão social, cultural e econômica, elevado número de mulheres infectadas, alto índice de violência física e os espaços públicos destinados a essa população ainda são restritos.

A presente autora, como profissional de saúde e Assistente Social (AS) do Hospital Fêmina envolvida no projeto, vem acompanhando essas mães em atendimento psicossocial. São mulheres, em sua maioria, sem ganhos financeiros, com baixo ou nenhum grau de instrução e morando em condições precárias. Além disso, e mais complexo, são mulheres que expressam fragilidade relacional, o que as torna extremamente vulneráveis.

Segundo Camargo (2003), no caso da AIDS, a busca por qualidade de vida dos pacientes e familiares não pressupõem somente condições objetivas, mas uma carência mais complexa, sendo necessário aliar a lógica instrumental à lógica simbólica. Por ser uma doença ainda com muito estigma, o que invariavelmente

leva a exclusão e ao apartamento das relações sociais. Assim, qualidade de vida é também a busca de um sentido de vida face à carências de todos os indivíduos no contexto contemporâneo. Trata-se assim da busca de uma percepção sobre si mesmo e sobre as relações que ligam aos outros.

Segundo Mann (1993), as vulnerabilidades podem ser descritas em três dimensões:

- **INDIVIDUAL** - Comportamentos que criam a oportunidade de infectar-se e/ou adoecer nas diversas situações já conhecidas de transmissão do HIV: relação sexual, uso de drogas injetáveis, transmissão de sangue e transmissão vertical. Além do próprio adoecimento dos indivíduos que não decorre exclusivamente de sua vontade, mas relaciona-se aos conhecimentos que estes têm das doenças decorrentes de tais comportamentos.
- **SOCIAL** - Dia respeito ao acesso a informação, quantidade de recursos destinados a saúde, nível geral de saúde da população através de comportamentos de indicadores de saúde como o coeficiente de mortalidade infantil, aspectos sócio-políticos e culturais de segmentos populacionais específicos como a situação da mulher, com menores salários, falta de salário, ausência de legislação de proteção específica, exposição à violência, restrições do exercício de cidadania, menor possibilidade de escuta nas esferas decisórias, precárias condições de bem-estar social, de moradia, escolarização, de acessos aos bens de consumo e de bem-estar social.
- **PROGRAMÁTICO** - Nível dos serviços de saúde e os demais serviços, comportamento de autoridades locais e instituições com ações efetivas de coligação interinstitucional/intersetorial de saúde, educação, bem-estar social, buscando conexões, construindo conhecimento, dando respostas à



complexidade do tema AIDS.

A visão de Camargo (2003) citada anteriormente situa-se, assim, dentro da dimensão social da vulnerabilidade, onde, para o foco do presente estudo, o não acesso à informação que promova um maior entendimento e esclarecimento do problema de saúde vivenciado pela mulher leva a possibilidade de quebra dos laços de sociabilidade. O termo AIDS traz associado um enorme potencial de rompimento de linhas de contato na reciprocidade entre os indivíduos, colocando em risco a qualidade de vida e o próprio sentimento de inserção no contexto social face ao estigma.

Castel (1998, p.50) aponta que as redes de solidariedade podem ser abaladas e rompidas, gerando o que ele chama de desfiliação:

A desfiliação, tal como a entendo é, num primeiro sentido, uma ruptura desse tipo em relação as redes de integração primária; um primeiro desatrelamento com respeito às regulações dadas a partir do encaixe na família, na linhagem, no sistema de interdependência, fundadas sobre o pertencimento comunitário.

Considerando as três dimensões mais a desfiliação, o nosso desafio é como emancipar essas mulheres para a conquista de uma cidadania ativa, levando em consideração a condição singular de cada uma de ter acesso a direitos, facilitando o seu ingresso nos serviços de saúde, mapeando o território de onde cada uma vem, suas condições de moradia, saneamento básico (água encanada, luz elétrica, pavimentação da rua) e recursos sociais locais disponíveis, que também são por nós acessados, de acordo com a necessidade de cada uma e em consonância com o meio onde vivem, ou seja, com a rede de assistência local. Hoje, após alguns meses

de trabalho, constatamos que é preciso intervir de forma mais eficaz, pois é inegável que as mulheres envolvidas no estudo

“[...] estão ameaçadas pela insuficiência de recursos materiais, como também fragilizadas pela labilidade de seu tecido relacional, não somente em vias de pauperização, mas também em processo de desfiliação, ou seja, em ruptura de vínculo com o social[...] (Castel, 1989, p. 23)

Estas populações caracterizam-se pela falta de ganhos, alojamentos, instrução e portanto estão ameaçadas pela insuficiência de recursos materiais que surgem como resultado de uma série de rupturas e fracassos na construção de vínculos necessários, de proteção e ajuda.

Percebemos que a vida dessas mulheres estão em ruptura em relação a ordem da produção, e isolamento em relação a ordem sócio-familiar. E, mesmo hoje, inseridas em um estudo que lhes garante tratamento contínuo, acesso a medicação, transporte (passe livre), e alimentação, quando necessária, o peso da suas histórias de vida pregressa, de desfiliadas, contribui para que não se sintam "merecedoras" desta atenção. Inclusive necessitamos de mediadores como os conselhos tutelares para garantir que façam o seu tratamento e/ou das crianças. Esta realidade é preocupante pois temos assim, indícios de uma desfiliação que é também descendente, ou seja, passa de pais para filhos.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVOS GERAIS**

Intervir no processo de desfiliação vivenciado pelas mulheres integrantes do estudo.

## **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Possibilitar estabelecimento de vínculos, diminuindo o isolamento;
- Trabalhar na perspectiva da referência e da contra-referência;
- Reduzir a desfiliação descendente (mães/filhos);
- Possibilitar uma nova experiência de vida para cada um e para todos os envolvidos;
- Oferecer na arte um outro lugar social que lhes dê sentido.

## **3 METODOLOGIA**

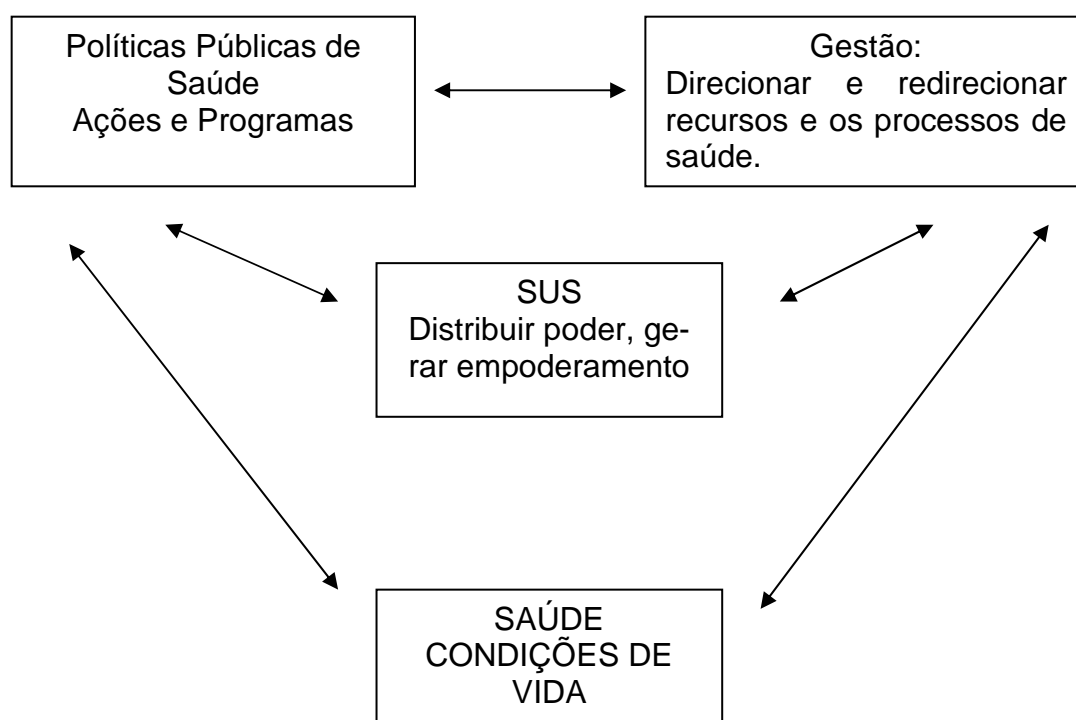
A pesquisa HPTN 040 demonstrou a pauperização desses sujeitos com a ruptura de uma série de vínculos destinados a protegê-los, colocando-os em uma situação complexa de sobreposição de motivos inter-relacionados, implicados com a experiência da inserção social. Para dar conta desta problemática, pretendemos usar a tecnologia do teatro, pois sabemos que nas peças produzidas e encenadas estão presentes várias instâncias: política, cultura, religião, e estas intervêm na produção de subjetividades, portanto constitui-se em um espaço de troca de todas essas instâncias da vida de cada uma delas, que por sua vez vai perpassar pelos vários saberes da equipe interdisciplinar, instalando a transversalidade. Trabalhar nessa perspectiva é trabalhar em rede que rompe com limites hierárquicos e permite uma melhor comunicação entre todos os envolvidos e onde o planejamento das ações é construído com todos, possibilitando repensar o conhecimento.

O conhecimento, por sua vez, como resultado de uma construção coletiva, é formado e formador de múltiplos fios e nós, de interconexões e com infinitas possibilidades de ser transmitido entre todos. Inclusive, poderá servir para subsidiar

o próprio processo de trabalho através desta experiência do fazer diferente, reinventando novas práticas de cuidado e gestão.

Em outras palavras estamos falando de gestão, Políticas Públicas de Saúde e transdisciplinalidade, assim representado:

### REPRESENTAÇÃO GRÁFICA



A questão é : será que o teatro enquanto método a ser utilizado na área da saúde garante os objetivos propostos?

De fato, inúmeras experiências anteriores no Brasil vem fazendo uso do teatro para educação e promoção da saúde. O Ministério da Saúde, mesmo através do

DST/AIDS, vem investindo no uso da arte para conscientização e prevenção, principalmente nos adolescentes e jovens.

O teatro reflete o que somos. No caso das mulheres desse estudo, revelou o processo de desfiliação em que se encontram, onde no teatro poderão trazer o invisível de suas vidas para o visível, demonstrar o seu hoje de abandono, de sofrimento e de exclusão em que se encontram, onde poderão, através da criação, da recriação e de um processo produtivo, dar um outro sentido às suas vidas que por conseguinte resultará em novas identidades.

A arte no contexto da saúde pode ter um caráter cívico, educacional, de quem, no caso dos profissionais da saúde, tem responsabilidade civil nos seus atos e no cotidiano coletivo, a possibilidade de formação e de intervenção social e cultural. Pois quando o indivíduo se deixa tocar, quando deseja ser tocado, automaticamente se transforma, e quando se transforma o entendimento sobre as coisas transforma-se também, assim como a ética, a estética, a linguagem e estas por sua vez modificam todo um olhar da sociedade, juntamente com outras estruturas.

Uma alternativa que tem sido adotada para educação e promoção da participação popular é o Teatro do Oprimido – uma técnica de dramaturgia para construção de peças sobre os problemas cotidianos enfrentados pela comunidade. As técnicas de teatro procuram atingir o imaginário já que criam representações do real, e elas podem ser usadas para discutir os problemas vividos e ensaiar maneiras de resolvê-los e superá-los. Ao estabelecer temas para discussão coletiva, envolvendo todos os participantes no debate de problemas comuns, busca estimular também a criatividade e a capacidade de propor alternativas para as questões do cotidiano (Boal, 2005).

Concebido pelo teatrólogo Augusto Boal, o Teatro do Oprimido é uma estratégia político-cultural que utiliza as técnicas de dramaturgia para favorecer a compreensão e a busca de alternativas para problemas pessoais e coletivos. Através da prática de jogos, exercícios e técnicas teatrais estimula-se a discussão e a problematização das questões do cotidiano. O objetivo é realizar reflexões sobre as relações de poder, opressão e exclusão, explorando histórias entre “opressor e oprimido”, onde o espectador não só assiste, mas principalmente participa da peça. Todos os textos são construídos coletivamente a partir das histórias de vida, baseados nas experiências e problemas típicos da coletividade, como a discriminação, o preconceito, o trabalho, a violência, entre outros.

O objetivo principal não será encontrar a solução certa para o problema, mas antes incentivar o participante à análise crítica e identificação de sua própria realidade. O Teatro do Oprimido proporciona o diálogo. O diálogo, segundo Paulo Freire, é o encontro entre os homens, com o objetivo de identificar o mundo, tendo o mundo como mediador.

De maneira geral, o desenvolvimento da atividade começa com o curinga, o protagonista, aquele que inicia a peça conduzindo a discussão. Esta figura tem a função de estimular o público a participar do jogo, convidando os espectadores a entrarem em cena em substituição ao protagonista, propondo alternativas para o desfecho da peça. O curinga auxilia na construção do texto e também debate com as pessoas presentes se as alternativas propostas podem ser efetivamente realizadas.

No teatro do oprimido, a peça, como a representação de uma situação de vida, é uma obra inacabada – está para ser feita, não é determinada por ninguém, e pode ser conduzida conforme a vontade de cada um. A intervenção do público é o que define o final de cada cena. Assim, o público deixa de ser espectador e se torna participante, ator, apresentando alternativas para o problema e se envolvendo na discussão do mesmo.

A técnica tem aspectos pedagógicos, sociais, culturais, políticos e terapêuticos. Chama a atenção do espectador para que, ao se identificar com o tema debatido, participa da peça, tornando-se protagonista da história. O indivíduo é levado a refletir sobre determinada situação, polemizando-a junto com os outros espectadores.

A abertura temática oferecida pelo Teatro do Oprimido proporciona, então, um duplo movimento: educação, uma vez que é possível escolher qualquer tema/conteúdo para problematizar, tornando-se assim também um mecanismo de divulgação de informações científicas sobre o problema, de uma forma nova e potencializadora. Indo além da absorção da informação, é possível, pelo lúdico e pela representação, “praticar essa informação” na vida real, amparada em uma rede de solidariedade essencial para fazer sentido da vida.

#### **4 UNIVERSOS DO PROJETO**

O público alvo são mulheres soropositivas diagnosticadas durante o parto.

Os profissionais da Unidade do Hospital Dia estarão envolvidos, bem como familiares destas pacientes.

Para alcançar a proposta, as seguintes atividades estão previstas:

### **Fase 1 - Institucional**

Nessa primeira fase vamos organizar as ações que dependem de decisão da própria instituição, preparando-nos para a implantação do projeto.

Aprovação do projeto e constituição da equipe de trabalho.

O projeto será encaminhado à Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Fêmina para análise e aprovação.

Nessa fase deverá ser feito contato com o Centro de Teatro do Oprimido, na cidade do Rio de Janeiro, organização sem fins lucrativos que tem por objetivo estimular e orientar na prática do Teatro do Oprimido. Essa organização é dirigida pela próprio Augusto Boal, e seus profissionais treinam multiplicadores para casos específicos.

### **Fase 2 - Implantação do Espaço Artístico do Hospital Fêmina e Constituição da Equipe**

A implantação do Espaço Artístico do Hospital Fêmina demandará ações locais inicialmente coordenadas por um assessor técnico responsável pelo projeto.

#### **Atividades Previstas:**

- Reunião para apresentação e discussão do espaço artístico;
- Seleção de pessoas (professores e/ou voluntários com suas respectivas formações, e/ou capacitados pelo Hospital Fêmina, no caso de serem voluntários);



- A equipe selecionada terá tarefas específicas e complementares na implantação e implementação do projeto;
- A equipe selecionada terá reuniões semanais;
- Cada integrante da equipe de trabalho terá atividades específicas de acordo com a sua função no grupo;
- As produções artísticas serão de responsabilidade da equipe após a sua constituição e serão expostas ao público interno e/ou externo mediante pagamento;
- Todos os integrantes do grupo de atividades terão acompanhamento grupal.

#### **Atividades Operacionais:**

- Apresentar a proposta para os diretores do Hospital Fêmeina a realizar-se no máximo em um dia com a adesão da equipe do Hospital Dia;
- A equipe coordenadora do projeto, juntamente com a direção do Hospital Fêmeina, capacitarão, em até dois meses, os voluntários para a equipe de trabalho e/ou contratará professores;
- A equipe de trabalho terá a tarefa específica de assessoria na implementação e na implantação do projeto e será responsável pela lista de frequência, relatório de desempenho dos pacientes, bem como da assessoria para mobília do espaço artístico;
- As reuniões de grupo acontecerão semanalmente para discutir o andamento do processo de implementação do espaço artístico. Após esse período, as reuniões permanecerão com outro enfoque: as tarefas artísticas que estarão sendo desenvolvidas;
- Cada profissional terá tarefas específicas de acordo com sua função, bem como o co-responsável pelo projeto;

- As produções artísticas serão expostas uma vez por ano para o público interno do hospital e seus familiares, bem como ao externo, quando solicitado, podendo ser alterado de acordo com decisão grupal.
- As apresentações fora das dependências do hospital, atendendo a convites, será cobrada taxa a combinar que será usada em traslado e reinvestido nos pacientes;
- Todos os participantes da produção artística terão acompanhamento focado na tarefa.

### **Fase 3 - Agendamento das atividades**

- As atividades serão agendadas com a participação das pacientes.

## 5 QUADRO DE METAS

| OBJETIVOS<br>ESPECÍFICOS  | ATIVIDADES  | METODOLOGIA  | RESULTADOS   | RECURSOS<br>FÍSICOS  | PRAZOS   |
|---|---|--|--|--|--|
| Organizar um espaço de criação artística cujo público são mulheres soropositivas e seus familiares.                                     | Possibilitar o espaço de criação através da produção de peças de teatro.                              | Inscrição dos Pacientes, adequação do espaço às atividades que serão desenvolvidas   | Ocupação e frequência de 70% das vagas oferecidas.   | Mesas, cadeiras, equipamentos de som e luz diversos (de acordo com a atividade), material diversificado (folhas, canetas, papel pardo), equipe de trabalho, limpeza e segurança. | A partir de doze meses será exibida a 1ª peça, que se repetirá um ano depois, podendo ser exibida fora da instituição. |
| Oportunizar a formação de grupos de troca de ajuda mútua e integração sólida, diminuindo o isolamento e a vulnerabilidade dos sujeitos. | Oferecer espaço de trocas relacionais e integração .  | Através do grupo teatral, trabalhar e intervir na realidade.   | A produção artística se dará pela construção o vincular com os membros do grupo. Produção de crônicas e síntese das reuniões do grupo de trabalho e lista de frequência. | Materializado na obra produzida e nos relacionamentos com a equipe e entre os membros do grupo.  | A partir da 1ª semana já se inicia o trabalho para que em 12 meses se tenha a produção da 1ª peça.                     |
| Possibilitar o acesso a atividades artísticas que contemplem interesses e necessidades dos participantes.                               | A atividade artística será a tarefa concreta e através desta trabalharemos subjetividades e vínculos. | Trabalhar as dificuldades e obstáculos em realizar as cenas artísticas como indicativo de suas próprias dificuldades pessoais. | Que 70% dos inscritos sejam capazes de produzir.   | O número mínimo de participação na peça será de uma cena por cada um dos inscritos.  | A 1ª peça será apresentada em 12 meses e deverá contar com a participação de todos os inscritos                        |

## **6 EQUIPE E PARCERIAS**

### **Equipe Direta**

O Hospital Fêmeina é a instituição responsável pelo projeto, assim como poderá propor parcerias, grupos e/ou instituições que venham ingressar neste processo e dar suporte financeiro ou permitir que a equipe o faça.

### **Parcerias**

As parcerias que atuarão de forma intensa na implementação e implantação do projeto e a do hospital, mais precisamente a equipe do Hospital Dia, bem como a Rede Nations Institutes of Health, agência do governo americano que financia a pesquisa que deu origem a esse projeto.



## 8 ORÇAMENTO

| DESPESAS                             | QIANTIDADE | FINANCIAMENTO         | CONTRAPARTIDA HOSPITAL<br>FÊMINA PESQUISA ESTUDO 040 |
|--------------------------------------|------------|-----------------------|--|
| Pessoal Fixo                         |            |                       |  |
| Pró labores dos<br>Coordenadores     | 3          | 10.000.00<br>6.000.00 |  |
| Professores                          | 2          |                       |  |
| Auxílio Alimentício                  | 7          |                       | 2.000.00   |
| Mesas                                | 3          |                       | 2.000.00   |
| Cadeiras                             | 20         |                       | 7.000.00   |
| Material Diversificado               |            |                       | 15.000.00  |
| Equipe de Limpeza                    | 1          |                       | 1.200.00   |
| Equipe de Segurança                  | 1          |                       | 1.200.00   |
| Material x Espaço Ar-<br>tístico     |            |                       | 15.000.00<br>100.00                                  |
| Caixa Coletora                       | 3          |                       | 16.000.00  |
| Carro                                | 1          |                       | 7.000.00   |
| Gasolina                             | 1          |                       | 1.500.00   |
| Motorista                            |            |                       |  |
| Equipamento para<br>Mobíliar a salas |            | 15.000.00             |  |
| Equipe de som                        | 1          | 1.000.00              |  |
| Discos                               | 20         | 1.000.00              |  |
| Almofadas                            | 30         | 5.200.00              |  |
| Total                                |            | 38.200.00             | 62.000.00  |

A captação de recursos poderá ser feita através do Ministério da Saúde (Programa de DSTs/ AIDS).

## **9 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

O monitoramento das atividades será constante, e de 3 em 3 meses será realizada uma análise dos diversos documentos recolhidos, levantando os principais problemas detectados, possíveis soluções, bem como as lições aprendidas.

### **Processo de avaliação**

- Análise da documentação referente às diferentes atividades desenvolvidas;
- Avaliação da exposição dos trabalhos produzidos;
- Preparação do relatório.

A avaliação final será realizada ao término do segundo ano que corresponderá a um ano de funcionamento do espaço e tem por finalidade medir a realização dos objetivos específicos.

Para saber se as atividades dos espaços produziram integração de vínculos, serão avaliadas as fichas de ingresso dos pacientes em comparação com seu estágio atual.

Os eventos de apresentação demonstrarão o nível de envolvimento e participação dos pacientes nas atividades.

A redução ou extinção da intermediação dos conselhos tutelares para garantir o tratamento das crianças.

Observar se essas mulheres estão se cuidando, e portanto, cuidando melhor de seus filhos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARILHA, Margareth - Políticas Públicas de Saúde, Mulheres e DSTs/AIDS: Reajustando o Olhar.
- CASTEL, Robert. Revista Saúde e Loucura, número 4, 1989.
- FONSECA, Tânia Mara Galli. Corpo Arte e Clínica. UFRGS, 2004.
- LEAL FACHEL, Ondina - ORG. Horizontes Antropológicos, outubro de 1968.
- MANN, J. M. - AIDS, 1992.
- PARKER, Richar - A Construção da Solidariedade.
- PICHON RIVIERE, Enrique. O processo Grupal. Martins Fontes - SO, 1994.
- PROJETO DE PESQUISA - Rede de Ensaios do HIV, HIV. Prevention Trals Network (HTPN) protocolo número 40.
- SAVAIA BADER (ORG.). As Artimanhas da Exclusão. Vozes, 2004.
- STEPLANAU (ORG.). Guia para Execução de Projetos Sociais. Sinodal, 2003.