

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Avaliação Participativa: uma construção a partir dos atores

Tese de doutoramento

Defendida por:

Ivani Bursztyn

Orientador:

José Mendes Ribeiro

Data da defesa:

17 de Dezembro de 2004

membros da Banca:

Luiz Fernando Rangel Tura (NESC-UFRJ)

Maria de Fátima Siliansky de Andreazzi (NESC-UFRJ)

Nilson do Rosário Costa (ENSP_FIOCRUZ)

Ligia Giovanella (ENSP_FIOCRUZ)

Suplentes:

Diana Maul (NESC-UFRJ)

**Ao Mauro,
Mili e André**

Agradecimentos

Agradeço aos inúmeros amigos e colegas que me apoiaram neste período.

Aos colegas do NESC, em especial a Luiz Fernando Tura, Rosângela Gaze, Fátima Siliansky, Diana Maul e Dona Cléia.

Aos colegas da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, à equipe do programa de atendimento integral à saúde do adolescente e da Superintendência de Saúde Coletiva, em especial à Viviane Castelo Branco, Vera Pacheco e Cristina Boaretto. Às secretárias da Superintendência de Saúde Coletiva: Cristininha, Jussara, Laurinês, Marinês e Rosângela. Às equipes das unidades básicas que nos acolheram.

À Gisela, Uliana e Ana Paula, pelo apoio nas oficinas.

Ao Serviço Alemão de Intercâmbio Acadêmico (DAAD), em especial ao Dr. Geller, Dr. Schwamborn e Ursula de Haro. Ao Professor Diesfeld e Axel Kroeger da Universidade de Heidelberg e Bárbara Dudden da Universidade de Hanover.

À equipe do escritório nacional da Unicef.

Aos Professores da Escola Nacional de Saúde Pública, em especial ao orientador deste trabalho José Mendes Ribeiro, e a Francisco Javier Rivera.

Aos professores membros da banca, Adolpho Chorny, Ligia Giovanella e Nilson Rosário Costa.

Aos colegas de pós-graduação que contribuíram na produção deste trabalho, em especial Valeria Cristina Gomes de Castro

À minha família, Mauro, Mili e André.

Aos meus pais, Pedro e Alice.

Resumo

O presente estudo teve por objetivo o desenvolvimento de uma metodologia participativa para a avaliação do Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente (PROSAD). Para tanto foi realizado um inventário crítico de metodologias e ferramentas participativas de planejamento, estabelecendo seus conceitos e princípios essenciais; uma análise do programa de saúde do adolescente, identificando suas características programáticas, dificuldades e desafios; elaboração e aplicação do modelo para avaliar o PROSAD. Entre as metodologias inventariadas destacaram-se o método formalizado de previsão de cenário desenvolvido por Godet e outros autores, a Logical Framework desenvolvida pela Organização das Nações Unidas, o ZOPP, desenvolvido pelo Sociedade Alemã de Cooperação Técnica (GTZ), Project Cycle Management desenvolvido pela União Européia, e Rapid Assessment Procedures que pode ser considerado como uma abordagem para desenvolvimento de técnicas de diagnóstico e intervenção mesclando as métodos e técnicas fundadas em campos diferentes do conhecimento (demografia, epidemiologia, ciências sociais, antropologia, etc). O modelo criado para o PROSAD compõe-se de 4 passos, envolvendo a constituição da matriz de análise, a oficina de auto-avaliação, síntese dos resultados, pontuação e respectiva representação gráfica. A matriz envolve os eixos: A) implantação das ações do programa, B) equipe interdisciplinar de saúde, C) estratégias de organização da assistência, D) parcerias, E) participação dos adolescentes. Cada eixo articula um conjunto de critérios a partir dos quais a equipe reunida discute, identifica suas limitações/possibilidades e atribui-se uma nota de 1-5. A aplicação do modelo proposto em diferentes Unidades Básicas de Saúde demonstrou que este promove a prática participativa na gestão dos programas de saúde, através do emprego de técnicas que possibilitam realizar a oficina em um tempo médio de 70 minutos, produzindo resultados reconhecidos e de fácil apropriação pela equipe local.

Palavras chave: **planejamento participativo, ação programática, saúde do adolescente**

Summary

This study aimed the development of a participatory methodology to evaluate the Adolescent Comprehensive Healthcare Program. (PROSAD) A critical inventory of available participatory planning methodologies and tools was carried out, setting its essential concepts and principles; an analysis of the Adolescent Comprehensive Healthcare Program identified its programmatic characteristics, as well as difficulties and challenges; a model was elaborated and tested to evaluate PROSAD. Among the methodologies investigated attention is called upon Godet's formalized method of scenario, the Logical Framework proposed by the United Nations Organization, the ZOPP proposed by the German Society for Cooperation (GTZ), the Project Cycle Management proposed by the European Union and the Rapid Assessment Procedures which can be considered an approach to implement tools for diagnose and intervention mixing techniques from different fields of knowledge (demography, epidemiology, social sciences, anthropology, etc). The model elaborated to evaluate PROSAD is made up of 4 steps, involving the construction of an analysis matrix, a workshop with the local team for self evaluation, putting together the results, punctuation and the corresponding graphic representation. The matrix involves five axis: A) implementation of the program actions, B) interdisciplinary team, C) strategies for healthcare organization, D) partnership and E) participation. Each axis articulates a set of criteria which provide the team elements for identifying possibilities and limitations as well as giving notes to their performance ranging from 1 to 5. Applying the proposed model in different Units of Basic Care provided evidence that it promotes participatory management in health programs by employing simple techniques which enables a workshop to be carried out in a mean time of 70 minutes, providing results that are easily recognized and appropriated by the local team.

Key-words: Participatory Planning, Health policies and program, Adolescent Heath

Apresentação

A pesquisa que deu origem ao presente trabalho teve um primeiro momento em 1998, quando a gerência do Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro solicitou-nos o desenvolvimento do componente avaliação de um projeto voltado para a qualificação do atendimento à adolescente grávida na área programática 3.3. Naquele momento pareceu-nos pouco produtivo propor uma avaliação baseada na evolução dos indicadores que constituíam o objetivo do projeto, pois era evidente que alteração no quadro da qualidade dos resultados da gravidez em adolescentes dificilmente seriam perceptíveis no período de 1 ano, tempo de duração do projeto. Optamos por avaliar a maneira como programa estava sendo realizado no cotidiano do serviço, uma vez que a proposta de promoção da saúde que norteia a ação programática depende da atitude do profissional, do sentido que eles dão ao seu objeto (saúde do adolescente) e de sua capacidade de gerar práticas diferentes. Desta experiência resultou a proposta de trabalharmos com os cinco eixos cujos critérios de preenchimento articulavam os objetivos processuais do programa com o sentido prático que estes objetivos adquiriam no cotidiano do serviço.

Em 2000, com o apoio da UNICEF, Constituiu-se uma cooperação entre o NESC/UFRJ e a SMS-RIO para desenvolver um modelo para avaliação do programa de saúde do adolescente, agora com a equipe ampliada, e tendo incorporado o estudo das representações sociais de profissionais e adolescentes acerca da saúde. Para estudo de campo selecionamos 10 unidades da rede básica do município representando as 10 áreas programáticas e os diferentes estágios de implantação do programa.

Seguindo critério semelhante selecionou-se, em cada AP uma escola considerada parceira e uma não parceira, para o estudo das representações sociais de saúde dos escolares.

Parte do material da pesquisa já se encontra analisado, tendo dado origem a duas dissertações de mestrado, ambas centradas no estudo das representações sociais de saúde. A presente tese refere-se a um dos componentes da pesquisa: Oficinas de auto avaliação. Trata-se do desenvolvimento de uma metodologia de avaliação utilizando a abordagem de Rapid Assessment Procedures (RAP). Um artigo de avaliação dos cenários do PSF utilizando análise prospectiva foi incluído por contribuir para uma reflexão acerca das ferramentas metodológicas disponíveis para o trabalho de produção de consenso e desenvolvimento organizacional. Duas outras aplicações da metodologia, ainda não publicadas na forma de artigo aparecem como capítulos adicionais.

Sumário

Avaliação participativa: uma construção a partir dos atores

Introdução	9
Justificativa	10
Objetivo	14
Roteiro do Estudo	14
Cap 1: Programa de Saúde da Família: uma análise prospectiva	17
Introdução	19
Método	19
Das ações básicas ao programa de saúde da família no Brasil	21
Uma análise prospectiva do programa de saúde da família	25
passo 1: seleção das variáveis	25
passo 2: análise estrutural	27
passo 3: análise de governabilidade dos atores sobre as variáveis	28
passo 4: definição das hipóteses de tendência central	29
passo 5: definição dos cenários mais prováveis	30
Cenário Central	30
Cenário Pessimista	31
Cenário Otimista	32
Considerações finais	32
Bibliografia	33
Cap 2: Avaliação participativa em programas de saúde: uma modelo para o programa de saúde do adolescente	35
Introdução	37
Porque a abordagem participativa?	38
As metodologias participativas, suas possibilidades e limites	40
Logical Framework (LogFrame)	40
Planejamento de Projeto Orientado aos Objetivos (ZOPP)	42
Gestão do Ciclo do Projeto (PCM)	44
Metodologias Rápidas (RAP)	45
Elementos para um novo modelo avaliativo	46
Construção de um modelo participativo para avaliação do Programa de Atenção à Saúde do Adolescente (PROSAD)	47
passo 1: construção da matriz de análise	48
passo 2: realização das oficinas	50
passo 3: pontuação do desempenho pela equipe	51
passo 4: visualização gráfica	51
Considerações finais	52
Bibliografia	54
Cap 3: Avaliação do PROSAD: uma construção a partir dos atores	56
Introdução	58
O PROSAD-RJ e sua história	59
Metodologia	62
Resultados	66
eixo A: Implantação das ações do PROSAD	69
eixo B: Equipe interdisciplinar de saúde	69

	viii
eixo C: Organização da Assistência	70
eixo D: Parcerias	70
eixo E: Participação do adolescente	71
Conclusão	71
Bibliografia	72
Cap 4: Avaliação do Projeto Homem Jovem e Saúde	74
Cap 5: Avaliação da Rede de Serviços Municipais de Saúde na Região Administrativa de Bangu	93
Cap 6: Considerações Finais	102
Bibliografia	107
Anexos:	
Anexo 1: planilhas referentes às avaliações apresentadas no capítulo 3	
Anexo 2: planilhas referentes às avaliações apresentadas no capítulo 4	
Anexo 3: planilhas referentes às avaliações apresentadas no capítulo 5	

Introdução

Avaliação participativa: uma construção a partir dos atores

As concepções de saúde/doença e o modelo médico assistencial no século XX foram profundamente marcados pela emergência da medicina científica. De cunho biologicista, a medicina científica vai buscar seus fundamentos nos estudos da anátomo-patologia e é impulsionada por vários fatores como, p. ex., o aperfeiçoamento do microscópio, entre outros. Detentor do saber científico, o médico se legitima como aquele que sabe o que tem que ser feito, o que é melhor para o seu paciente. Este modelo de autonomia médica tende a evoluir, acarretando práticas de intervenção cada vez mais incisivas de diagnóstico e tratamento da doença, centradas no indivíduo e baseada no desenvolvimento de uma tecnologia biomédica de alta complexidade e custos elevados.

No decorrer da segunda metade do século XX configura-se uma crise global deste modelo, que se reflete em questões de variadas dimensões. Em primeiro lugar, o olhar privilegiado sobre a doença focaliza nos determinantes biológicos, deixando de reconhecer a participação de outros campos na determinação da doença e relegando para planos secundários as atuações preventivas e de promoção da saúde. Em segundo lugar a concentração tecnológica que este modelo gerou contribuiu para restringir o acesso, deixando as camadas sociais mais pobres, e portanto mais suscetíveis ao adoecimento, descobertas e à margem do sistema de atenção médica. Em terceiro lugar está o alto custo deste modelo, uma vez que novas tecnologias tendem a agregar-se às anteriores sem, entretanto, substituí-las. Em quarto lugar lembramos que as transformações sociais e o próprio desenvolvimento da medicina têm resultado na chamada transição demográfica, a qual acarreta uma transição epidemiológica. Ou seja, com o envelhecimento da população passam a predominar, no quadro de morbi-mortalidade, os problemas crônico-degenerativos, como doenças cardíacas e os diversos tipos de câncer, ao lado de agravos classificados no CID como causas externas (violências e acidentes).

Se a luta contra morte, a qualquer custo, constituiu o principal desafio da medicina científica durante o século XX, a garantia da qualidade de vida vai, gradativamente, entrando em cena, na medida em que se transforma o perfil demográfico e epidemiológico. Trata-se, agora, de estruturar um modelo eficiente, no que concerne aos custos; inclusivo, no que concerne a equidade e universalização do acesso; e efetivo, no que concerne aos resultados da intervenção. Este deslocamento de eixo traz algumas

conseqüências importantes, entre as quais destacamos a emergência da programação e avaliação como bases fundamentais para erigir um modelo dirigido a objetivos de saúde.

Pode-se dizer que os programas de saúde no Brasil foram instituídos desde o início do século XX, a partir das campanhas de Oswaldo Cruz contra a febre amarela que assolava o porto do Rio de Janeiro com graves conseqüências para as relações do comércio exterior. Entretanto, é a partir de meados do século, através da disseminação do modelo CENDES-OPAS para planejamento em saúde, que se consolidam programas, entendidos como ações dirigidas a problemas focais, organizadas de forma centralizada e vertical com base em uma concepção tecnocrática. A decisão, baseada nos conceitos de magnitude, transcendência e redutibilidade, era tomada de maneira técnica, levando-se em conta critérios epidemiológicos das doenças e disponibilidade de tecnologia para seu combate, porém, tendo como referência maior a contribuição das ações no campo da saúde para a superação do atraso econômico. A percepção da população acerca de suas necessidades de saúde não era valorizada por este modelo de planejamento centrado basicamente em critérios econômicos e cálculos de eficiência. Diagnósticos de saúde exaustivos com profusão de informação, visando à identificação dos pontos vulneráveis da cadeia epidemiológica, constituíam uma das características do modelo, ao lado das práticas higienistas de educação e saúde. Ao criticar o modelo tecnocrático e normativo em sua proposição de planejamento estratégico em saúde, Matus¹ argumenta que o planejamento não é uma atividade meramente técnica, mas também política, na qual estão envolvidos diferentes atores sociais, cada um com seu projeto específico. Negligenciar esta realidade pode acarretar o fracasso de um plano ou programa de saúde. Este autor² defende que cada problema deve ser processado no nível organizacional para o qual represente um problema relevante, estabelecendo-se critérios para centralização/descentralização e definindo o planejamento/avaliação como atividade que deve estar presente em todos os níveis hierárquicos do sistema (central e local). O planejamento estratégico traz, ainda, a noção de que o planejamento é uma ação que precede e preside as ações do dia-a-dia e, portanto, diagnósticos e avaliações, para terem utilidade, tem que ter objetividade em sua formulação e implementação, a fim de serem concluídos nos menores prazos possíveis oferecendo as informações estritamente necessárias (Matus¹).

A constituição do Sistema Único de Saúde, a partir de 1988 significou um importante passo para a reforma sanitária no país. Sua implementação tem requerido um esforço no

campo de planejamento e gestão, na medida em que avança a descentralização e vão se constituindo redes de serviços, envolvendo o setor público e privado em ações coordenadas e dirigidas à promoção, prevenção e restabelecimento da saúde nos diversos níveis. Desde as conquistas expressas no texto da Constituição de 1988 até as determinações contidas na NOB 96 e, mais recentemente nas NOAS, observa-se uma trabalhosa caminhada, através de leis e portarias, que aponta para a necessidade de valorização do usuário e controle social – instituindo os Conselhos de Saúde – assim como para uma organização da assistência em bases programáticas, dirigida a objetivos de saúde. Segundo Schraiber *et al.*³, o desafio atual para a gestão consiste em buscar a máxima qualidade, articulando os recursos técnico-científicos e econômico-financeiros, visando a realização das diretrizes políticas da reforma sanitária. Diferente do clássico gerente de uma unidade prestadora de serviços, cuja responsabilidade consistia em gerir competentemente a oferta destes serviços, o gestor tem como responsabilidade gerir redes articuladas e complexas de serviços orientados para produzir impacto sobre a saúde da população. As ações de planejamento, programação e avaliação, devem estar voltadas para a identificação de problemas relevantes para a saúde coletiva e elaboração/implementação de ações efetivas, viáveis e factíveis, consolidando modelos assistenciais orientados para a integralidade da assistência médico-sanitária, multi e interdisciplinaridade no trabalho da equipe de saúde.

As atividades de planejamento e avaliação, enquanto apoio à gestão, devem, portanto, estar presentes em todos os níveis. Segundo Paim⁴, propostas como as de Vigilância em Saúde e as de Práticas Programáticas preocupam-se em “levar o planejamento para a intimidade das práticas de saúde, incidindo sobre o seu núcleo central: o processo de trabalho em saúde, e o conjunto das relações sociais que o constituem” (p.245)

O emprego de métodos tradicionais faz com que a atividade de avaliação goze de má reputação entre os profissionais devido à freqüente associação a processos de fiscalização, desconfiança e punição. Por outro lado, estes métodos orientam-se fundamentalmente para a avaliação do atendimento individualizado, baseado em um conjunto de normas pré-definidas, enfatizando o profissional médico e perdendo de perspectiva a própria proposição de programação em saúde, a qual envolve uma outra organização do trabalho. Schraiber *et al.*³ chamam a atenção para a “necessidade do trabalho integral de superar as avaliações instrumentais referidas nas normas fixas da clínica e da epidemiologia, muito embora estas possam jogar um papel importante em específicos arranjos do trabalho” (p. 238). Dentro da perspectiva de reformas e

mudanças, mais do que um mero julgamento de valor de uma intervenção, a avaliação deve objetivar o desenvolvimento organizacional e o fortalecimento do envolvimento e compromisso dos profissionais.

O desenvolvimento organizacional abrange um leque de questões e possibilidades de intervenção, incluindo o trabalho de equipe, participação do usuário, projetos pontuais, além do planejamento operacional e a gestão programática. O sucesso do trabalho de equipe depende da habilidade de compartilhar objetivos e normas, entender seu ambiente, aceitar os papéis diferentes de cada membro, estar aberto a inovações e ao intercâmbio, além, é claro, de definir objetivos alcançáveis e alcançá-los. A participação do usuário pode ser expressa por meio de instâncias formais, a exemplo dos conselhos de saúde, ou mesmo de maneiras mais flexíveis, por meio de grupos focais, consultas eventuais a lideranças e informantes-chaves, consulta a estudos sobre as visões e anseios dos usuários, e outros. Tendo em vista as características históricas da população brasileira e a incipiência no exercício da cidadania, a busca de uma efetiva participação é um desafio e requer um grande investimento e abertura da equipe de saúde para apreender os interesses mais verdadeiros evitando a manipulação. Projetos pontuais, com prazos e objetivos circunscritos, podem ser implementados como forma de fortalecer o trabalho de equipe e remover obstáculos, p. ex. a reestruturação de setores estratégicos como o de documentação médica e a porta de entrada. O planejamento operacional e a gestão programática são essenciais, para que as ações de saúde se mantenham fixadas aos objetivos e possam mostrar-se efetivas. Do contrário programas de saúde tendem a cristalizarem-se como rotinas burocratizadas e burocratizantes, produzindo o desânimo de profissionais e a prática de baixa qualidade.

A avaliação de qualidade proposta por Donabedian⁵, e amplamente reconhecida, constitui-se da avaliação de estrutura, processo e resultados. Os resultados da intervenção em saúde e sua avaliação envolvem um rol complexo de aspectos. Tradicionalmente mede-se o resultado de um determinado programa ou ação por meio de seu impacto sobre a redução da mortalidade. Este critério é insuficiente ou inadequado em um cenário de transição demográfica e epidemiológica. Estão também associados aos resultados outros aspectos como a *reintegração* da pessoa às atividades de trabalho e de sua rotina diária; a *qualidade de vida*, envolvendo aspectos psicossociais e funcionais; e a *satisfação do usuário*, medida que recoloca a discussão da bioética quanto aos sujeitos da tomada de decisão da intervenção médica (Bitzer et al.⁶)

Parâmetros, critérios e métodos para a avaliação em saúde constituem uma discussão não acabada, tendo em vista a abrangência e complexidade deste campo. Discutindo o emprego de múltiplas metodologias e a combinação de enfoques quantitativos e qualitativos, Harz ⁷ ressalta que não se deve pretender a justaposição mecânica de variados pontos de vista, mas sua integração em torno do mesmo objeto, o que determinaria uma pesquisa plurimetodológica.

Ao buscar-se a superação do modelo biomédico, avançando na concepção complexa de saúde, coloca-se a necessidade de constituir-se metodologias de avaliação que contemplem a subjetividade das questões relacionadas a atitudes e comportamentos. Neste sentido tem-se observado a emergência de diversas proposições, entre as quais destacamos o estudo das representações sociais (Tura⁸; Bursztyn e Tura⁹). As representações possibilitam a integração do objeto às experiências prévias do indivíduo constituindo um saber funcional que articula e dá sentido aos comportamentos, saberes e comunicação de indivíduos e grupos, podendo ser definida como “uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, tendo uma orientação prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (Jodelet⁰ p.22). Embora o presente trabalho não inclua a apresentação do estudo das representações sociais, vale assinalar que a pesquisa das representações sociais de saúde junto aos adolescentes e da representação de saúde do adolescente junto aos profissionais que operam o programa, realizadas em paralelo no mesmo projeto, forneceram importantes insights na formulação e análise dos resultados da avaliação empreendida.

A questão que se coloca para a avaliação em saúde hoje é o desenvolvimento de abordagens, metodologias e técnicas que contribuam para a superação do modelo biomédico e estimulem o desenvolvimento organizacional. Neste estudo desenvolve-se uma alternativa apoiada na prática participativa e na abordagem de RAP (rapid assessment procedures).

Objetivo:

- Desenvolver uma metodologia participativa para a avaliação do PROSAD adequada aos conceitos de ação programática.

Objetivos específicos:

- Rever criticamente metodologias participativas de planejamento amplamente difundidas, estabelecendo seus conceitos e princípios essenciais.
- Descrever o programa de saúde do adolescente, identificando suas características programáticas, dificuldades e desafios.
- Construir a matriz de avaliação do PROSAD adequado ao momento programático.
- Construir o passo-a-passo do modelo de avaliação do PROSAD
- Aplicar o modelo de avaliação do PROSAD a unidades de atenção básica à saúde.

Roteiro do Estudo:

Optamos por apresentar o estudo na forma de artigos, de maneira que os três primeiros capítulos correspondem a artigos já publicados ou aprovados para publicação. Os capítulos 4 e 5 correspondem a reaplicações da metodologia adaptadas para novas situações.

Capítulo 1: Programa de Saúde da Família: uma análise prospectiva.*

Este artigo resulta da aplicação do método formalizado de previsão de cenários de Godet à realidade do Programa de Saúde da Família. Compõe-se de uma síntese do método, da contextualização histórica da proposição do Programa de Saúde da Família (PSF) e da análise prospectiva do PSF. O exercício se desenvolve em 7 passos e ao final define-se um cenário central, um otimista e um pessimista. Entre as variáveis consideradas, evidencia-se o controle social e flexibilidade para adaptação local como as que desempenham papel mais estratégico para o sucesso do programa. A metodologia e as técnicas aplicadas constituem instrumentos potentes para a análise do jogo dos atores sociais e previsão da tendência de comportamento de variáveis envolvidas na determinação do sucesso de um programa de saúde.

Capítulo 2: Avaliação participativa em programas de saúde: um modelo para o programa de saúde do adolescente*

* BURSZTYN, Ivani, CASTRO, Valéria Cristina Gomes de, COHEN, Simone Cynamon, RIBEIRO, Ana Lúcia Valladolid, BRAGA, Marcelo Levy dos Santos, RIVERA, Francisco Javier Uribe. Programa de Saúde da Família: uma análise prospectiva. **Cadernos Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: , v.11, n.1, p.93 - 113, 2003.

* BURSZTYN, I e RIBEIRO, JM. Avaliação participativa em programas de saúde: um modelo para o programa de saúde do adolescente. **Cadernos de Saúde Pública**. Aprovado para publicação em setembro de 2004

Este artigo apresenta um modelo de avaliação participativa criado para o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD). Sua elaboração pautou-se pela discussão do conceito de participação, pela revisão de metodologias de planejamento validadas internacionalmente (RAP, LogFRAME, ZOPP, PCM) e pelas características programáticas do PROSAD. O modelo proposto compõe-se de 4 passos, envolvendo a constituição da matriz de análise, a oficina de auto-avaliação, síntese dos resultados e respectiva representação gráfica. Este modelo promove a prática participativa na gestão dos programas de saúde, através do emprego de técnicas que possibilitam realizar a oficina em um tempo médio de 70 minutos, produzem resultados reconhecidos e são de fácil apropriação pela equipe local.

Capítulo 3: **Avaliação do PROSAD: uma construção a partir dos atores****

Este artigo discute o uso do método de avaliação do Programa de Saúde do Adolescente baseada nos princípios de RAP (Rapid Assessment Procedures), que procurou estabelecer um modelo adequado à lógica programática, que pudesse ser facilmente assimilado e reproduzido pela equipe de saúde. Através de oficinas realizadas em 10 unidades de saúde se analisam diferentes eixos: a implantação do programa, a equipe interdisciplinar envolvida, a organização da assistência, as parcerias e a participação do adolescente. Apesar de basear-se em auto avaliação, os resultados possibilitaram não só a análise caso a caso, mas também um visão do conjunto das unidades, estabelecendo-se quais são problemas comuns, muitas vezes com soluções fora do âmbito de governabilidade das unidades, e quais são os que refletem conjunções locais.

Capítulo 4: **Avaliação do Projeto Homens Jovens e Saúde**

Este capítulo apresenta os resultados da aplicação do método desenvolvido para o PROSAD, visando avaliar os resultados após um ano desenvolvimento do projeto Homens Jovens e Saúde 5 unidades básicas da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. O referido projeto foi desenvolvido pela ONG Promundo, com financiamento da Organização PanAmericana de Saúde, tendo por objetivo estimular a participação do jovem de sexo masculino no atendimento e nas atividades promovidas pelos serviços de saúde. A matriz de análise foi adaptada, tendo em vista os objetivos próprios do projeto.

** BURSZTYN, I. BRANCO, VMC, TURA, LFR. Avaliação do PROSAD: uma construção a partir dos autores. **Saúde em Foco.** , v.7, n.21, p.53 - 68, 2001.

Capítulo 5: Avaliação da rede de serviços municipais de saúde na Região Administrativa de Bangu

Este capítulo apresenta os resultados da aplicação do método para a avaliação da rede de serviços de saúde em Bangu. Esta Região administrativa, conhecida como ‘deserto sanitário’, tem a mais baixa oferta de assistência de saúde, limitando-se a 9 unidades de atenção básica. A matriz de análise foi adaptada, visando identificar a situação de implantação dos diversos programas preconizados pela Secretaria Municipal de Saúde, assim como os pontos críticos de seu desenvolvimento.

Capítulo 1

Programa de Saúde da Família: uma análise prospectiva

Resumo

Este artigo resulta da aplicação do método formalizado de previsão de cenários de Godet à realidade do Programa de Saúde da Família. Compõe-se de uma síntese do método, da contextualização histórica da proposição do Programa de Saúde da Família (PSF) e da análise prospectiva do PSF. O exercício se desenvolve em 7 passos e ao final define-se um cenário central, um otimista e um pessimista. Entre as variáveis consideradas, evidencia-se o controle social e flexibilidade para adaptação local como as que desempenham papel mais estratégico para o sucesso do programa.

Abstract

This manuscript results from an application of the Godet's formalized method of scenario to the case of Family Health Program. It is constituted of a synthesis of the method, the history and context of the Family Health Program, and the prospective analysis of the program. The analysis is developed through seven steps and at the end a central scenario is described, as well as optimistic and pessimistic ones. Among the considered variables, the social control and the flexibility to adapt to local situations have been detected as playing the most strategic role to the success of the program.

Palavras chave: planejamento estratégico, análise de cenários, saúde da família

Key words: Strategic planning, analysis of scenario, family health

I- INTRODUÇÃO

Este trabalho resultou de um exercício de aplicação dos princípios do planejamento prospectivo (análise de cenários) à realidade do Programa de Saúde da Família, e tem por objetivo contribuir para a maior difusão desta metodologia que se mostrou um instrumento de uso simples e grande utilidade para a prática da gestão e avaliação em saúde. O artigo compõe-se de uma síntese do enfoque formalizado de previsão de cenários de Godet, uma contextualização histórica da proposição do Programa de Saúde da Família (PSF) e, finalmente, a aplicação do método ao PSF.

II- MÉTODO

A partir do trabalho de Rivera¹¹, apresentaremos, a seguir, os aspectos e procedimentos mais relevantes do método de análise prospectiva baseada em técnicas de cenários, empregada neste estudo:

1. **Delimitação do sistema ou do domínio problemático:** definição do assunto, da área, da organização ou do **problema que se pretende investigar**.
2. **Identificação das variáveis externas e internas do sistema (até 15) e redução de variedade:** identificação inicial das variáveis que seriam fundamentais para a evolução futura do objeto estudado, e aplicação posterior da **análise estrutural, com a finalidade de hierarquizar essas variáveis e de escolher as mais importantes para construção do cenário do objeto pertinente** (Hatem et al¹², Benassouli e Monti¹³). Esta análise consiste em um quadro de dupla entrada, no qual se estima a influência que cada variável exerce sobre as outras (ponderadas em termos de nenhuma, baixa, média, alta intensidade ou 0, 1, 2, 3). Define-se, assim, o grau de determinação (motricidade) e de dependência das variáveis. As capazes de exercer uma maior influência relativa ou um alto impacto sobre as demais denominam-se variáveis motrizes, e sua evolução futura marcará de maneira mais decisiva o sistema global. Aquelas variáveis de menor poder de influência relativa, que são mais o resultado das outras, seriam variáveis de maior dependência ou incerteza (e não interessariam para a construção de cenários). Aquelas que apresentam, simultaneamente, uma alta motricidade e um alto nível de dependência são denominadas variáveis de ligação. Na realidade, prefere-se, para construir o cenário,

variáveis de alto impacto e alta incerteza. Neste sentido, as variáveis de ligação são prioritárias, pois se caracterizam pela incerteza.

3. Análise explicativa das principais variáveis selecionadas (Hattem et al¹²; Bourse¹⁴): consiste em uma análise do jogo dos atores e das variáveis selecionadas, separando-se as de comportamento bastante estável e previsível, pouco importantes para discriminar os cenários, daquelas que podem ser influenciadas e modificadas, ganhando importância na determinação dos fatos futuros. No tocante à análise do jogo dos atores, sugere-se construir uma matriz que revele o poder de influência, o grau de controle ou governabilidade dos atores sobre as variáveis mais determinantes, ponderando esse controle em termos de alto (A), médio (M), baixo (B) e nenhum (0). Esta análise permite identificar os atores dos quais dependeria, preferencialmente, o comportamento futuro das variáveis. A exploração ou simulação de suas estratégias vis-à-vis as variáveis selecionadas, ajudará a perfilar as principais tendências, eventos ou hipóteses de comportamento das mesmas.

4. Estabelecimento definitivo das variáveis-chave ou das dimensões de incerteza e formulação das hipóteses centrais sobre a evolução das variáveis a partir das estratégias dos atores: Tendo em vista a recomendação de não se utilizar mais do que 6 hipóteses de comportamento, preconiza-se realizar um esforço significativo de redução/exclusão das variáveis. Por outro lado, como a princípio várias hipóteses de comportamento podem ser possíveis para cada variável, é necessário escolher as de maior probabilidade de ocorrência. Utiliza-se, para isto, o critério de representatividade da variável e o grau de probabilidade da hipótese. Consultas a especialistas poderão ser necessárias para se estabelecer as hipóteses de maior probabilidade (hipóteses centrais).

5. Definição das probabilidades de comportamento individual das hipóteses de comportamento central e das probabilidades condicionadas 2 a 2: Por meio de uma consulta a especialistas busca-se estimar a probabilidade de ocorrência isolada de cada hipótese, e as probabilidades condicionadas 2 a 2, p.ex.: qual é a probabilidade de ocorrência de uma hipótese (H1) caso se realize uma segunda hipótese (H2) e caso esta não se realize, e assim por diante. Os resultados são representados por dois tipos de matrizes, uma das probabilidades isoladas e, outra, que expressa as condicionais (Godet¹⁵ 1998). A partir das matrizes quantitativas estimam-se as probabilidades dos cenários ou combinações de hipóteses possíveis. A aplicação desta metodologia dos impactos cruzados (entre eventos) pode ser realizada de maneira menos formalizada sem uma consulta a peritos, no interior de um grupo de trabalho.

6. Identificação das combinações de hipóteses de maior probabilidade de ocorrência e escolha dos cenários definitivamente retidos: O método permite a estimativa da probabilidade de ocorrência de cada uma das diversas possibilidades de combinação das variáveis. O cenário comporta a possibilidade de ocorrência (1) ou não ocorrência (0) de cada hipótese. Quando o cenário comporta três hipóteses as combinações possíveis serão: 111 100 110 000 001 011 010 101. O cenário central é aquele com maior probabilidade de ocorrência.

7. Definição do plano de ação por referência aos cenários centrais: O desenho do Plano apóia-se no cenário central, definido pela maior probabilidade de ocorrência, e elege dois cenários alternativos para propostas complementares. Pode-se trabalhar com o cenário central, contrapondo-o a um cenário otimista e outro pessimista (Rivera¹¹). O monitoramento ativo e antecipatório de cenário real indicará no futuro a necessidade de uma reconstrução do cenário e das opções, da possibilidade de um maior detalhamento das opções marginais referenciadas ao cenário central, ou a afirmação da construção originária. O plano de ação obedeceria a três lógicas básicas: a) o que fazer para compensar os efeitos negativos de um cenário pessimista; b) o que fazer para promover o cenário mais favorável a nós, transitando do cenário central para o otimista (e dentro da hipótese de que o nosso cenário normativo se aproxima deste último); c) a adaptação dinâmica do plano à evolução do contexto real, o que implica em definir previamente opções alternativas para várias hipóteses de contexto/cenário.

III- DAS AÇÕES BÁSICAS AO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL

A história e a organização da assistência à saúde no Brasil tem sido marcada pelo embate entre uma perspectiva de assistência voltada para a garantia de direitos sociais e, por outro lado, os interesses de alguns segmentos da sociedade na acumulação de capital.

A década de 80, em especial, foi marcada, no Brasil, pela agudização dos problemas sociais e pela mobilização política em torno da abertura democrática. Na área de saúde observava-se a necessidade de reformas visando reverter o perfil da assistência baseado, prioritariamente, na assistência hospitalar e no privilegiamento do setor privado, assim como a superação da dicotomia entre as ações preventivas e assistenciais.

“Os serviços de saúde se tornaram o foco da crise do modelo de política social vigente entre 1975 e 1982. Não era para menos: as condições de saúde da população tornaram-se críticas, por causa de uma política concentradora, centralizadora, privatizante e ineficaz,

expressão do regime político autoritário. No início dos anos 80 a crise das políticas sociais (saúde, habitação, educação) era identificada como a crise do regime” (Luz¹⁶ p. 205).

Em 1981, é criado o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), visando reorganizar o sistema e controlar os gastos. As Ações Integradas de Saúde (AIS), um dos mais importantes programas desta época, constituiu-se na principal estratégia de reordenação da assistência, através de mecanismos de regionalização e hierarquização dos serviços nas três esferas de governo. Algumas experiências importantes de fortalecimento da atenção básica e da integração entre os serviços foram desenvolvidas pelo Programa de Interiorização dos serviços de Saúde do Ministério da Saúde/PIASS - a exemplo do Sistema Integrado do Norte de Minas com sede em Montes Claros - e por alguns municípios nessa época - como Londrina (PR) e Niterói (RJ) - tendo servido como referência para a reforma sanitária no país. Apoiavam-se, tais experiências, no movimento internacional expresso no acordo selado na Conferência de Alma-Ata em torno dos Cuidados Primários de Saúde e pela adoção da estratégia de Saúde para Todos até o Ano 2000. O modelo que se buscava deveria contemplar os objetivos de:

- Racionalização do sistema de saúde, com vistas a uma melhor relação custo efetividade;
- Descentralização geográfica e administrativa, com vistas a romper com a lógica dos programas verticalizados;
- Acessibilidade, com vistas não só à aproximação física dos serviços e seus usuários, mas também contemplando os aspectos culturais e outras barreiras;
- Hierarquização dos serviços, com vistas a organizá-los e distribuí-los com bases nos níveis de complexidade da assistência;
- Atenção primária como porta de entrada, com vistas a viabilizar os objetivos de descentralização, hierarquização e acessibilidade;
- Sistema de referência e contra-referência, com vistas a assegurar o atendimento integral do paciente, considerando o nível de complexidade requerido em cada caso;
- Participação comunitária, com vistas ao desenvolvimento da consciência de cidadania e efetiva participação da população nas políticas e programas de saúde.

Em 1986 realizou-se a VIII Conferência Nacional de Saúde, contando com uma ampla participação de setores organizados da sociedade civil, sendo um marco na reorganização do sistema. Em julho de 1987 é criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), objetivando contribuir para a consolidação das AIS. O SUDS significou uma estratégia de fortalecimento dos estados na administração dos serviços de saúde, visando iniciar um processo de descentralização administrativa do nível federal, e criando as bases para o que futuramente veio a se constituir no SUS.

Com o SUS é fortalecida a perspectiva de um novo modelo assistencial, tendo como princípios fundamentais a universalização, a equidade e a integralidade das ações. Conforme definido na Constituição Federal Brasileira de 1988, a assistência integral à saúde constitui-se em um dos princípios fundamentais de organização do sistema, sendo entendida como “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. (Brasil¹⁷).

É enfatizada assim, na política setorial a ação básica de saúde, com vista à transformação do modelo assistencial vigente. Busca-se desta forma, reorganizar a prestação de serviços de saúde, focando em ações que busquem “prevenir” riscos e agravos e “promover” a saúde dos indivíduos e da coletividade.

No decorrer dos últimos anos, algumas medidas administrativas, principalmente por parte do Ministério da Saúde, foram desenvolvidas com o objetivo de consolidar esse caráter prioritário da atenção básica nas ações de saúde. No início da década de 90 inicia-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em 1994, o Programa de Saúde da Família.

A Norma Operacional Básica de 1996 - NOB-96 (Brasil¹⁸), cria um incentivo financeiro aos municípios, instituindo o Piso Assistencial Básico (PAB). Ao estabelecer-se um repasse de recursos para a assistência básica municipal, fundado em um valor fixo *per capita*, rompe-se com a lógica de remuneração por serviços prestados, prevalente até então. Também foram implementados outros incentivos financeiros especialmente destinados ao PSF e PACS*.

Observa-se assim, que nos últimos anos houve um aumento progressivo do número de ações realizadas por profissionais desses dois programas. Segundo dados do Sistema de Informações do Ministério da Saúde – Datasus, em 1999 os procedimentos de atenção

* O PAB constitui-se de duas partes, sendo os valores baseados na relação *per capita* denominado PAB-fixo e os incentivos, como os destinados ao PACS e PSF, constitui o PAB variável.

básica realizados por médicos do PSF somavam 2.068.578 e os procedimentos executados pelos ACS totalizaram 19.743.706. No ano de 2001 esse número cresceu para 30.720.465 e 157.253.366, respectivamente (Brasil¹⁹).

Segundo o Ministério da Saúde o PSF é “um modelo criado para substituir o modelo tradicional centrado no hospital e assumir o desafio de garantir, a todos, equidade no acesso aos serviços de saúde. O PSF trabalha com o princípio da vigilância à saúde, que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde familiar, visando a todos, estejam sadios ou doentes, de forma integral e contínua. Para isso, o Programa centraliza os esforços do seu trabalho nas Unidades Básicas de Saúde que, trabalhando adequadamente, seriam capazes de resolver satisfatoriamente cerca de 85% dos problemas de saúde da população, diminuindo o fluxo dos usuários para os níveis mais especializados, “desafogando” os hospitais. (Brasil²⁰).

Nessa perspectiva, as Unidades de Saúde da Família funcionariam como um eixo estruturante do sistema, sendo a principal “porta de entrada” para os serviços de saúde do SUS, oferecendo ao usuário atendimento em locais destinados aos cuidados primários de saúde, próximo à sua residência, envolvendo ações de prevenção, promoção e assistência. Este modelo pretende avançar na organização do sistema, coerente com o paradigma da Promoção da Saúde. No entanto, já se configura um conjunto de desafios a serem enfrentados pelo PACS e o PSF para que se alcance uma assistência integral e equânime.

O acesso aos níveis de maior complexidade e especialização do sistema são exemplos destes desafios. Em janeiro de 2001 instituiu-se uma nova portaria, a Norma Operacional da Assistência - NOAS.(Brasil²¹), atualizada no ano seguinte (Brasil²²). Tendo como objetivo promover maior equidade na distribuição dos recursos e serviços, essas normas expressam negociações nas diferentes instâncias de poder do SUS a respeito de questões relacionadas ao acesso aos diferentes níveis de assistência, em especial aos de maior complexidade, estabelecendo a regionalização como a estratégia fundamental para aprimoramento do sistema. Porém, os resultados efetivos dessas novas medidas ainda têm sido incipientes para garantir o efetivo acesso da população a todos os níveis de assistência.

O financiamento também inspira preocupação, já que a escassez de recursos públicos destinados à saúde gera um estrangulamento. Por um lado, estimula-se a inclusão no sistema através das estratégias de ampliação da captação na ponta, e, por outro, se bloqueia o fluxo de referência para atendimento de maior complexidade, através da oferta limitada de serviços especializados, tanto ambulatoriais como hospitalar.

Conforme analisam Marques e Mendes²³

“Tendo em vista a escassez de recursos, em um ambiente de superávits primários crescente exigidos pelo Fundo Monetário Internacional, não é descabida a leitura de que a ênfase na atenção básica acabe por descuidar dos demais níveis de assistência à saúde”.

Desta forma, apesar da ênfase da política de saúde brasileira, nos últimos anos, centrar-se nos Programa de Saúde da Família e de Agente Comunitários de Saúde, faz-se necessário avaliar os diferentes aspectos envolvidos no cenário político nacional e internacional e a perspectiva dos atores sociais envolvidos na implementação desses programas, a fim de alcançar uma assistência à saúde pública de qualidade e voltada para os princípios do SUS de equidade e integralidade das ações.

IV- UMA ANÁLISE PROSPECTIVA DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

É importante ressaltar que os resultados aqui apresentados são o produto de discussões e reflexões de um grupo composto por: 1 arquiteta, 2 médicas, 1 assistente social e 1 historiador, configurando um conjunto interdisciplinar. Além disto, a heterogeneidade de inserção na prática profissional (ensino/pesquisa, gestão municipal, assistência, etc.) possibilitou que cada membro do grupo contribuísse com um aporte pessoal diferente no que diz respeito ao nível do envolvimento e vivências com o PSF, contribuindo para enriquecer as discussões e resultados.

A seguir apresentaremos, passo-a-passo, a análise realizada, discutindo a escolha das variáveis, o emprego das ferramentas e a seleção dos cenários prováveis.

PASSO 1: Seleção de variáveis

A partir das características do PSF apresentadas previamente, foram selecionadas as variáveis que proporcionassem os eixos básicos para a análise do cenário. Através de “brainstorm” foram listadas pouco mais de uma dezena de variáveis e, em seguida, reduzidas a sete. Vale ressaltar que estas variáveis são profundamente intercomunicantes, interrelacionadas e interdependentes.

Variável 1 (V1): Remuneração diferenciada e outros fatores de fixação do profissional.

Um dos principais fatores de sucesso do PSF está na possibilidade de fixar o profissional na comunidade, propiciando o vínculo entre serviço e população. A

principal estratégia adotada tem sido a de oferecer uma remuneração acima da média do serviço público, para assegurar o horário integral e dedicação exclusiva do médico.

Variável 2 (V2): Regras de financiamento e comprometimento do gestor

A disseminação de módulos de PSF pelo Brasil afora tem sido estimulado, em grande parte, pela política ministerial que proporciona o repasse fundo-a-fundo correspondente à parcela variável do Piso da Atenção Básica, instituída na NOB 96:

“O incentivo ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família consiste no montante de recursos financeiros destinado a incentivar a implantação de equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde, reorientando práticas, com ênfase nas ações de prevenção de doenças e promoção da saúde.”
(Brasil¹⁸: Art 5 § 1º)

Variável 3 (V3): Articulação com os programas de saúde visando a referência e contra-referência

Esta variável reflete uma série de fatores que podem comprometer o sucesso do programa. Por um lado o PSF pode estar excessivamente marcado pelas estratégias de focalização características das políticas neoliberais proporcionando um ‘atendimento pobre para uma população pobre’, barrando o seu acesso a níveis de atendimento mais complexo. Por outro lado, o próprio aumento da demanda causado pela inclusão de novos contingentes até então excluídos gera uma pressão para níveis mais complexos exigindo um redimensionamento da rede. Cabe, também, uma reflexão sobre o nível de resolutividade do PSF, que deverá estar acima da atenção básica tradicional do SUS.

Variável 4 (V4): Controle social e avaliação permanente

Qualquer programa de saúde está fundado em um diagnóstico inicial que contemple a situação epidemiológica, a disponibilidade de serviços e os recursos/arranjos estratégicos. No seu desenvolvimento os programas deveriam ser submetidos a avaliações sistemáticas permanentes, o que possibilitaria, inclusive correção de curso visando os objetivos propostos. O controle social, através dos Conselhos de Saúde, deveria ser a “ponta de lança” das atividades de avaliação, ajustando as políticas às necessidades e interesses das comunidades. Esta variável é importante, ainda, pois está fortemente associada ao desenvolvimento e conquista dos direitos e prerrogativas de cidadania, refletindo o avanço de outros setores, tais como: educação, emprego, desenvolvimento social em geral.

Variável 5 (V5): incentivo à formação profissional adequada ao programa

O PSF requer um profissional de saúde - seja ele médico ou outro profissional – com formação diferenciada. O médico, p. ex., deve ter formação generalista, estando apto a atender nas áreas de clínica médica, pediatria e gineco-obstetrícia.

Além disto uma boa formação em saúde coletiva é desejada uma vez que se espera que este profissional estabeleça estratégias de ação que devem ir além do uso do arsenal terapêutico clássico. A permanência e consolidação do programa demandam treinamentos específicos como cursos de residência, reciclagens e outros.

Variável 6 (V6): impacto sobre a saúde da população

A variável mais importante no cenário do PSF é, com certeza, o impacto produzido sobre as condições de saúde da população. Este impacto deverá ser medido através dos indicadores comumente utilizados, tais como, mortalidade por causa e por idade, mortalidade infantil, mortalidade materna, peso ao nascer, cobertura vacinal, prevalência e incidência de doenças sob vigilância epidemiológica e outros indicadores mais específicos que se queira acrescentar. É importante que a avaliação do PSF inclua indicadores capazes de evidenciar câmbios na qualidade de vida e fortalecimento do poder de cidadania nas comunidades.

Variável 7 (V7): flexibilidade e adequação a realidade local

Esta variável tem um significado chave em nossa análise. Ainda que, historicamente, os programas de saúde tenham sido concebidos como um “pacote” único para todo o país, o conceito de descentralização precisa incorporar a dimensão da flexibilidade, possibilitando a adequação às condições específicas de cada região e municipalidade.

PASSO 2: Análise Estrutural

Através da análise estrutural é possível mensurar o impacto de cada uma das variáveis sobre as demais. Desta forma estabelece-se aquelas com características motrizes e as com características dependentes. A ponderação dos impactos apresentada na matriz de análise estrutural (tabela 1) foi obtida por meio de consenso do grupo.

Observa-se que as variáveis V4 (Controle social e avaliação permanente), V6 (impacto sobre a saúde da população) e V7 (flexibilidade e adequação à realidade local) são as de maior força motriz, ou seja, tem capacidade de influenciar os eventos relacionados às demais variáveis. As de maior dependência são V6 (impacto sobre a saúde da população), V3 (articulação com os programas de saúde viabilizando o sistema efetivo de referência e contra-referência) e V7 (flexibilidade e adequação a realidade local). As

variáveis V6 e V7 ressaltam como variáveis de ligação, uma vez que são ao mesmo tempo motrizes e dependentes.

Através do cruzamento da motricidade e dependência observamos que o sistema representado por estas variáveis apresenta-se como um sistema instável, ou seja, caracterizado pelo predomínio relativo de variáveis de ligação.

Tabela 1: Matriz de análise estrutural

	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	Total	m o t r i c i d a d e
V1		0	2	0	3	2	2	9	
V2	2		2	1	1	2	0	8	
V3	0	0		1	1	3	3	8	
V4	2	2	2		1	3	3	13	
V5	1	0	2	1		3	2	9	
V6	1	1	2	3	2		2	11	
V7	2	0	3	3	0	3		11	
total	8	3	13	9	8	16	12		

d e p e n d ê n c i a

Considerando que não se visualiza uma variável que seja predominantemente dependente ou resultado das outras, sem nenhuma ou com pouca motricidade, o grupo optou por não excluir nenhuma variável para o processamento posterior.

PASSO 3: Análise de governabilidade dos atores sobre as variáveis

Tendo em vista as características de instabilidade descritas acima, recorreu-se a esta análise com o objetivo de aumentar a precisão no momento da definição dos eventos e as tendências centrais do cenário. Vale lembrar que o olhar deste trabalho está dirigido ao nível local do sistema de saúde, ou seja, aquele em que as políticas e programas se traduzem em ações, e não para o nível central, em que políticas e programas são formulados. Mais uma vez a influência dos atores foi estimada por meio de consenso no grupo e ponderada em termos de alta (A), média (M), baixa (B) e nenhuma (0)

Seleção dos atores com interesse e influência no PSF:

MS - Ministério da Saúde

CMS - Conselho Municipal de Saúde

GM - Gestor Municipal

CP - Conselhos Profissionais

SES - Secretarias Estaduais de Saúde

AFI - Agências Financiadoras Internacionais

EFPS - Escolas de Formação de Profissionais de Saúde

Tabela 2: Matriz de Influência dos Atores sobre as Variáveis

	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7
MS	A	A	B	0	M	A	B
CMS	B	B	M	A	M	A	A
GM	A	A	A	A	A	A	A
CP	M	0	0	M	A	M	0
SES	M	M	A	M	A	A	M
AFI	A	A	0	M	A	A	B
EFPS	0	0	M	B	A	M	A

Observa-se que o Gestor Municipal tem uma importância capital, seguido das Agências Financiadoras Internacionais e do Ministério da Saúde e SES. Lastimavelmente constatamos que os Conselhos Municipais de Saúde tem influência muito aquém da que seria desejada.

PASSO 4: Definição das hipóteses de tendência central

As hipóteses de comportamento das variáveis devem ser formuladas com base na consulta a um grupo de especialistas com representatividade qualitativa e quantitativa. Tendo em vista restrições de tempo e recursos optamos, mais uma vez por trabalharmos com o consenso no grupo, estimando que a diversidade profissional e de inserção e envolvimento com o PSF pudesse ter um efeito compensatório da limitação gerada pela base estreita de consulta.

V1 – **hipótese 1 (H1):** considerando os interesses dos diversos atores a tendência é haver a expansão do programa como política diferenciada

V2 – **hipótese 2 (H2):** há tendência de manutenção de normas de financiamento favoráveis ao PSF

V3 – **hipótese 3 (H3):** há tendência a restringir-se ao atendimento básico (primário) restringindo-se o acesso e referência para níveis complexos.

V4 – **hipótese 4 (H4):** a consolidação do controle social efetivo e a assimilação de sistemáticas de avaliação acontecem muito lentamente e de maneira pouco efetiva.

V5 – **hipótese 5 (H5):** há tendência à expansão dos programas de capacitação através de financiamentos próprios para este fim

V6 – **hipótese 6 (H6):** -----*

* A variável constitui um grande desafio, e como qualquer previsão de seu comportamento comporta um alto grau de incerteza, optou-se por sua exclusão nesta etapa.

V7 – **hipótese 7 (H7)**: há tendência a que surjam aberturas no sentido de uma maior adequação local.

Por meio de consenso no grupo foi feita uma avaliação da probabilidade de realização de cada hipótese isoladamente, utilizando-se escala de 0 a 1 (tabela 3). A relação de interdependência entre as hipóteses foi estimada em termos de co-ocorrência, e ponderada utilizando-se uma escala de -3 (máxima inibição) a +3 (máxima potencialização), conforme expressa a matriz de impactos cruzados da tabela 4.

Tabela 3: Probabilidade de ocorrência isolada

Hipóteses	H1	H2	H3	H4	H5	H7
prob.isol.	0.8	0.8	0.9	0.8	0.6	0.6

Tabela 4: Matriz dos Impactos Cruzados

	H1	H2	H3	H4	H5	H7
H1		+2	0	0	+3	+2
H2	+3		0	0	+3	0
H3	-1	0		0	-2	-2
H4	-1	-1	-2		0	-2
H5	+3	+1	+1	0		+2
H7	+3	+1	-2	+2	+2	

PASSO 5: Definição dos cenários mais prováveis

Quando é feita a consulta aos especialistas para definição das hipóteses e estimativa da probabilidade de ocorrência isolada e co-ocorrência pode-se centrar a análise nos três cenários de maior probabilidade. Como no nosso estudo o enunciado das hipóteses representa a visão de um grupo restrito, optamos por trabalhar com os valores extremos, ou seja, o cenário central por oposição ao cenário otimista e ao pessimista. Portanto, não havendo na matriz de impactos cruzados nenhum efeito de inibição significativo sobre nenhuma hipótese, e considerando a probabilidade de realização isolada das variáveis elegeu-se como Cenário Central, aquele em que todas as hipóteses formuladas se realizam (cenário 111111). Ainda com base na estimativa de ocorrência isolada das hipóteses e na matriz de impactos cruzados, o grupo definiu o Cenário Pessimista e um Cenário Otimista em torno do Cenário Central, contribuindo para uma melhor visualização das ações necessárias para o desenvolvimento do PSF.

Cenário Central: 111111

Considerando os interesses dos diversos atores, a tendência é haver uma expansão do programa como política diferenciada e a manutenção de normas de financiamento favoráveis ao PSF.

Por outro lado, havendo uma maior abertura na porta de entrada do sistema, é previsível que haja uma pressão de demanda para níveis mais complexos do sistema. Entretanto, as propostas do programa têm se concentrado nas questões pertinentes à atenção básica não havendo uma preocupação explícita com a resolutividade e a garantia de mecanismos de referência e contra-referência. Os atores com maior interesse em concretizar um atendimento mais efetivo, p.ex: os representantes dos usuários no Conselho Municipal de Saúde, tem baixo nível de organização e governabilidade, quando comparado com os demais. Nossa hipótese é de que o controle social e a assimilação de práticas sistemáticas de avaliação somente venham a se efetivar muito lentamente, o que contribuiria para a manutenção do PSF dentro dos limites da proposta de cesta básica de saúde. Com relação à capacitação profissional, já se observa a introdução de novas linhas de financiamento visando a instalação de cursos de especialização e residência para profissionais de nível superior, além da formação de pólos de capacitação nos Estados, visando o treinamento reciclagem de agentes de saúde e outros profissionais. Apesar de toda a dificuldade no que diz respeito ao desenvolvimento de um controle social efetivo, observa-se que há uma importante tendência de flexibilidade e adaptação local determinada pelo próprio fato da implantação do programa ocorrer no interior da comunidade.

Neste cenário, um plano de ações deve explorar esta potencialidade de adaptação local, estabelecendo treinamentos e programas de capacitação que enfatizem as habilidades de interação e escuta do profissional, tendo como objetivo o aumento da resolutividade do atendimento do PSF. Outro aspecto de importância é o estabelecimento de um sistema de referência que garanta o acesso a níveis de maior complexidade quando necessário.

Cenário Pessimista: 111110

No Cenário Central procuramos definir com bastante realismo as tendências centrais do PSF. Observou-se que o espaço a ser explorado no sentido de melhorar o desempenho do programa consiste na possibilidade de flexibilização local devido à própria pressão exercida no nível de implantação dos módulos. Entretanto, a probabilidade estimada de ocorrência isolada deste evento é de apenas 0.6, uma vez que o programa tem importantes traços de centralização e padronização a nível nacional.

Considerando um cenário em que a flexibilização local não se expanda, teremos um PSF profundamente enrijecido, sem grandes chances de se tornar um programa resolutivo e impactante, tendendo a tornar-se apenas uma política focalizada.

Cenário Otimista: 110011

Na descrição do Cenário Central observa-se que 2 dois pontos mais críticos do PSF, em nossa avaliação, residem na debilidade do controle social enquanto fonte de avaliação permanente do programa e do baixo nível de articulação da rede de saúde com vistas a um atendimento resolutivo. Desta forma o Cenário Otimista é aquele em que estes eventos não ocorrem, ou seja, em que o futuro nos regale com a consolidação do controle social e com uma rede hierarquizada de serviços de saúde, capaz de responder adequadamente à necessidade de atendimento. Neste cenário o PSF não teria dificuldades de produzir os impactos desejados no quadro de saúde da população.

V- Considerações Finais

Esse exercício possibilitou, por meio da utilização do método simplificado de Godet, proceder à análise prospectiva do PSF, programa prioritário para o Ministério da Saúde. Permitiu, através da discussão do grupo, identificar e avaliar as principais dificuldades e perspectivas na implantação do Programa, contrapondo uma visão idealizada à realidade observada, e ressaltou a importância da construção e da utilização de instrumentos de Planejamento em Saúde, na melhoria da qualidade dos serviços.

Os três cenários apresentados revelam que:

- o PSF será tanto mais efetivo quanto maior a flexibilidade e adaptação local do programa, e se beneficiará com a criação de treinamentos e capacitação das equipes do PSF.
- na ausência desta flexibilidade local, teremos o PSF profundamente enrijecido, com baixa resolutividade, e uma política focalizada.
- o controle social é o principal fator capaz de garantir a consolidação dos objetivos do programa e efetivação do atendimento integral.

Destacamos, ainda, duas considerações que complementam a discussão anterior.:

1. O desenvolvimento e adaptação de ferramentas que permitam a descentralização do planejamento e fortalecimento da gestão local é estratégico para o sucesso de programas como o PSF. Neste particular, é importante entender o planejamento como possibilidade de pactuação de metas entre os vários serviços de diferentes densidades tecnológicas e

os vários níveis federativos que se integram nos sistemas locais de saúde. O planejamento e a gestão local se constituiriam, assim, como a possibilidade de negociação de uma maior integração sistêmica, considerada um desafio para o PSF e o sistema como um todo. O reaparelhamento das instâncias intermediárias de regulação, incluindo o desenvolvimento de quadros gerenciais competentes, torna-se um requisito básico para o enfrentamento desse desafio. O apelo que Mendes²⁴ lança no sentido de fortalecer a perspectiva de uma programação pactuada e integrada, que não opere como uma definição apenas financeira e tecno-burocrática, mas como um processo de negociação e de participação envolvendo atores vivos, é absolutamente consistente e necessário e corresponde a esse entendimento da necessidade de enfrentar os grandes obstáculos à implementação do PSF.

Segundo, a técnica de cenários, aplicada de maneira singela aqui, comporta uma determinada compreensão, da escola da organização que aprende, representada por um conhecido cenarista, Schwartz²⁵, segunda a qual o objetivo dessa técnica não seria primordialmente o de probabilizar cenários com uma certa exatidão, mas estabelecer consensos sobre o futuro e a visão de uma organização, que gerem mobilização e que possam operar como uma busca ativa do futuro, como uma “ profecia auto-realizável”. É importante o entendimento que esta escola promove do cenário como uma “lembrança do futuro”, isto é, como uma narrativa do futuro que pressupõe as crenças, valores e modelos mentais subjetivos dos participantes dessa experiência. Sem poder negar o condicionamento desses modelos mentais, o objetivo da técnica seria ensejar um locus de comunicação onde esses modelos deveriam aflorar livremente e serem questionados para, a partir daí, os participantes conseguirem um consenso intersubjetivo mínimo no nível dos valores ou pressupostos que sustentariam a construção do futuro. Portanto, estamos longe do objetivismo iluminado, situados na perspectiva meio científica, meio artística, de negociar narrativas a partir de uma pré-análise discursiva das lentes através das quais a gente olha. O fundamental é buscar um nível de agregação para fazer, propiciada por uma visão compartilhada. Os cenários seriam mais uma técnica para trabalhar essa visão.

Bibliografia

- BENASSOULI, P & MONTI, R. La Planification por Scénarios - Le Cas AXA France 2005. *Revue Futuribles-nov.* 1995.
- BOURSE, F. *Prospective et Systemique : De L'Analyse Structurelle aux Jeux d'Acteurs.* AFCET / UAS. Deuxieme Ecole Europeene de Systemique. Paris. 1992 (material instrucional).
- BRASIL. *Constituição Federal da República do Brasil de 1988.* Disponível no endereço eletrônico: www.senado.gov.br/bdtextual/const88/const88.htm, consultado em 20/05/03. 1988
- , *Norma Operacional Básica – SUS 01/96* Portaria do Ministério da Saúde 2.203 de 5 de Novembro de 1996. Brasília, DF.
- , *O Piso da Atenção Básica e sua composição.* Portaria do Ministério da Saúde nº 1882 de 18 de dezembro de 1997. Brasília, DF.
- BRASIL, MS. *Norma Operacional da Assistência a Saúde -NOAS/ 2001.* Portaria do Ministério da Saúde de janeiro de 2001. Brasília, DF.
- ,-----, *Datasus – Sistema de Informação do SUS.* Disponível na Internet no endereço eletrônico: datasus.gov.br, consultado em 15/07/02. 2002a
- ,-----, *Consulta on-line da home page do Ministério da Saúde.* Disponível na Internet no endereço eletrônico: saude.gov.br, consultado em 15/ 07/02. 2002b
- ,-----, *Norma Operacional da Assistência a Saúde -NOAS/ 2002.* Portaria do Ministério da Saúde de fevereiro de 2002. Brasília, DF. 2002c
- CASTRO, V.C.G. *A “Porta de Entrada” do SUS: um estudo sobre o sistema de internação em um município do Estado do Rio de Janeiro.* Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Osvaldo Cruz. 2002
- GODET, M. *De l' Anticipation à l' Action- Manuel de Prospective et de Stratégie -* Dunod. 1991
- , *SMIC Prob Expert. Methode de Probabilisation des Scenarios.* Manuel d'utilisation, janvier.1998
- HATEM, F. et alli. *La Prospective-Pratiques e Méthodes -* Economia. 1993
- LUZ, MT. Notas sobre as Políticas de saúde no Brasil de Transição Democrática – Ano 80. *PHYSIS - Revista de saúde Coletiva*, 1: 201-217. 1991
- MARQUES, RM & MENDES, A.O SUS e a Atenção Básica: A Busca de um Novo Desenho? In: *Seminário Saúde e Desigualdades: Instituições e Políticas Públicas no Século XXI.* (mimeo). Rio de Janeiro: ENSP/ FIOCRUZ. 2001
- MENDES, E.V. *A Atenção Primária à Saúde no SUS.* ESP-Ceará. Fortaleza. 2002
- RIBEIRO, JM; BURSZTYN, I; COSTA, NR.; SILVA, PLB. *Construindo o SUS no Rio de Janeiro.* COSEMS-RJ. 1999
- RIVERA, FJU. *Análise estratégica e prospectiva em saúde.* Apostila do Curso de Pós-graduação, ENSP-Fiocruz, Rio de Janeiro. 2000
- SCHWARTZ, P. *A Arte da Visão de Longo prazo. Planeando o futuro em um mundo de incertezas.* Zumble/Best Seller Editoras. São Paulo. 2000

Capítulo 2

Avaliação participativa em programas de saúde: um modelo para o programa de saúde do adolescente

Resumo

Este artigo apresenta um modelo de avaliação participativa criado para o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD). Sua elaboração pautou-se pela discussão do conceito de participação, pela revisão de metodologias de planejamento validadas internacionalmente (RAP, LogFRAME, ZOPP, PCM) e pelas características programáticas do PROSAD. O modelo proposto compõe-se de 4 passos, envolvendo a constituição da matriz de análise, a oficina de auto-avaliação, síntese dos resultados e respectiva representação gráfica. Este modelo promove a prática participativa na gestão dos programas de saúde, através do emprego de técnicas que possibilitam realizar a oficina em um tempo médio de 70 minutos, produzem resultados reconhecidos e são de fácil apropriação pela equipe local.

Abstract

This article presents a model for participatory evaluation created to the Adolescent Health Program (PROSAD). It is concerned with the discussion of participation concept, a review of internationally validated planning methodologies (RAP, LogFRAME, ZOPP, PCM), and the programmatic characteristics of PROSAD. The proposed model comprises 4 steps, involving the constitution of the analysis matrix, the workshop for a self-evaluation, the sintesis of results and its graphic representation. This model promotes the participatory practice in health program management, by using techniques that allow a workshop to be done in 70 minutes mean time, producing results that are recognizeng and easily appropriated by the local team..

Palavras-chave: planejamento participativo, ação programática, saúde do adolescente

Key-words: Participatory Planning, Health policies and program, Adolescent Heath Care

Introdução:

As grandes transformações na maneira de pensar as questões atinentes ao campo da saúde e da medicina desde as últimas décadas do século XX têm contribuído para o estabelecimento de novos paradigmas, centrados nos conceitos de promoção da saúde, humanização, foco no paciente e cidadania. Na medida em que se avança nesta perspectiva torna-se necessário recriar as práticas cotidianas, definindo um modelo de atenção à saúde de bases programáticas – “eficiente, no que concerne aos custos; inclusivo, no que concerne à equidade e universalização do acesso; e efetivo, no que concerne aos resultados da intervenção” (Bursztyn e Tura⁹). Como apontam autores de diferentes países (Schraiber et al³; Hartz⁷; Contrandriopoulos, et al²⁶; Luber²⁷; Bitzer et al⁶; Naylor et al²⁸; Martin²⁹), a atividade de planejamento, gestão e avaliação, neste cenário, ganha especial importância vis-à-vis à atividade assistencial propriamente dita.

A definição de *ação programática em saúde* não trata simplesmente da incorporação de práticas de planejamento/programação para organizar os recursos assistenciais. Esta seria uma dimensão mais política, ou externa, da questão, enquanto a ação programática origina-se nas dimensões técnicas, o processo de trabalho em saúde propriamente dito, articulando o saber sanitário e o saber clínico, ao reconhecer as necessidades de saúde através do fenômeno saúde/doença na população ou grupos sociais e o caráter individual do sofrimento (Nemes³⁰). A organização programática da assistência reúne as seguintes características: programas organizados por grupos populacionais (criança, adolescente, mulher, idoso, etc.) e por doenças de importância sanitária (tuberculose, hipertensão, etc); objetivos definidos a partir do diagnóstico de saúde da população; organização interna das atividades (consulta médica, atendimento de enfermagem, grupos de atendimento, visita domiciliar, etc); utilização de equipe multidisciplinar; padronização de fluxogramas de atividades e condutas diagnósticas e terapêuticas; sistema de informação e avaliação permanente; hierarquização e regionalização dos serviços.

O modelo programático contrapõe-se à tradição de programas verticais e planejamento normativo do Ministério da Saúde e, apesar dos avanços na descentralização das ações, experimentados pelo SUS desde a última década, permanecem alguns desafios para serem respondidos pela prática de gestão: não há métodos eficazes e universalmente aceitos para articular a participação do nível local do sistema preservando-se os

objetivos do SUS; a autonomia e poder de decisão outorgado a cada equipe não pode contrapor-se à coordenação operacional e política do sistema; a efetiva participação do usuário nem sempre acontece nas instâncias formais; é necessário motivar os profissionais aumentando sua auto-estima, para que possam comprometer-se de forma criativa com os objetivos da assistência (Campos³¹).

Neste artigo apresenta-se um modelo de avaliação desenvolvido para ser aplicado ao programa de saúde do adolescente (PROSAD) da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Trata-se de uma ferramenta que visa apoiar as equipes locais na apreensão e desenvolvimento da proposta programática, aumentando sua capacidade de superar problemas e direcionar esforços a partir da maior integração da equipe interdisciplinar. O modelo é participativo e constituiu-se a partir de uma revisão de metodologias de planejamento/avaliação e gestão que vêm sendo aplicadas à saúde.

Por que a abordagem participativa?

O desenvolvimento da abordagem participativa na pesquisa e prática de planejamento e gestão de programas sociais tem em Paulo Freire um precursor. Em seu livro “A Pedagogia do Oprimido”, Freire³² abordou as relações de poder e dominação no interior da sociedade. A partir de uma visão que enfatiza o caráter intrinsecamente estrutural dos conflitos sociais, salienta que somente os oprimidos têm a “grande tarefa humanista e histórica” (p.31) de romper a relação de opressão, libertando a si e ao opressor. O opressor poderia pretender amenizar ou, no máximo, solidarizar-se com o oprimido. No primeiro caso estaria apenas perpetuando a relação de poder desigual, mas no segundo, entendendo os papéis sociais históricos, poderia contribuir para o desenvolvimento de uma consciência crítica e libertadora. A desumanização é reconhecida como condição dos dois pólos – oprimido e opressor – e determinada por uma ordem social injusta. Daí, a afirmação de que “ninguém liberta ninguém, ninguém se liberta sozinho: os homens se libertam em comunhão” (Freire³², p. 27). A consciência individualista, levaria o oprimido a objetivar a posição do opressor, ou seja, a trocar de posição sem romper a relação. Este limite é mediado pela prática prescritiva. Em contraposição, a Pedagogia do Oprimido é “aquela que tem de ser forjada com ele e não para ele, enquanto homens ou povos, na luta incessante de recuperação de sua humanidade” (Freire³², p.32).

Observada no âmbito das políticas sociais, a adoção de programas verticalizados e baseados em práticas prescritivas foi hegemônica ao longo das décadas de 60 e 70. Nas políticas de saúde, de um modo geral, o ponto de inflexão está representado pela emergência, nos anos 80, da estratégia saúde para todos até o ano 2000 e nos princípios

da atenção primária, propostos pela Conferência de Alma-Ata, que tinham a participação comunitária como um eixo de destaque.

Comparando o modelo tradicionalmente utilizado pelas agências internacionais de cooperação para o desenvolvimento com a abordagem participativa que vem se estabelecendo nos últimos anos identificam-se as diferenças como algo presente, basicamente, na atitude ou postura (“stance”) dos financiadores e gerentes de projetos (Banco Mundial³³). Trata-se, no caso participativo, de uma *postura colaborativa*, em contraposição à tradicional *postura de especialistas externos*. No primeiro caso, a participação e engajamento dos interessados seriam estimulados até o ponto de partilharem as decisões e controle do projeto. No segundo, os interessados são no máximo valorizados como informantes, porém, as decisões e o controle permanecem na esfera do grupo técnico. Em todos os casos, há um razoável consenso de que a abordagem tradicional mostrou-se ineficaz para a produção de transformações sociais, e espera-se que na abordagem participativa se processe um tipo de *aprendizado social* que crie condições para a mudança (Banco Mundial³³).

Por outro lado, outros autores assinalam que a participação social não é vista como virtuosa em si (Valla³⁴ e Oliveira & Valla³⁵), e destacam elementos típicos de controle sobre a sociedade e a possibilidade dos mediadores (técnicos, e especialistas) não compartilharem as mesmas percepções que a população local. Além disso, a formatação jurídico-institucional das instâncias oficiais de participação, tais como os conselhos de saúde, possibilitaria uma representação tendenciosa e manipulada, na medida em que os segmentos mais pobres e menos organizados da classe trabalhadora são alvos históricos da política clientelista (Stotz³⁶). De toda forma, o impulso individual à participação coletiva tem sido apontado como fator de reforço psico-social, com efeitos benéficos na vida cotidiana (Valla³⁷).

A prática participativa, que em meados do século XX era vista como fator potencial de convulsão social passou a ser assumida, décadas depois, como essencial para produção de mudanças sociais. O custo deste aprendizado foram décadas de insucessos e fracassos de programas de desenvolvimento social. Ressaltamos, contudo, que a abordagem participativa proposta pelas agências internacionais, embora constitua um avanço significativo, não pode ser confundida e nem substituída pela formulação de Paulo Freire. Seu legado é referido contemporaneamente pelos grupos que trabalham com a pesquisa participante, “que visa integrar os setores populares à determinação dos conteúdos, bem como à investigação na qualidade de atores do processo” (Gajardo³⁸).

Facilitar a participação social é um desafio para o qual as equipes locais de saúde precisam estar preparadas. Cabe às instâncias de coordenação mais altas instrumentalizar e fortalecer a gestão local, reforçando a cultura da participação e do trabalho em equipe.

As metodologias participativas, suas possibilidades e limites

Com vistas a elaborar uma metodologia de avaliação participativa adequada aos programas de saúde desenvolvidos na rede de do SUS do Rio de Janeiro realizamos um levantamento de metodologias pré-existent discutindo suas possibilidades e limitações. Procuramos selecionar aquelas que enfatizam os processos de implementação de políticas específicas e operacionais utilizando-se de técnicas de fácil aplicação e disseminação. O Planejamento Estratégico Situacional (PES), apesar de muito usado no setor saúde brasileiro desde a década de 90, não está incluído nesta seleção em virtude das dificuldades operacionais já identificadas por alguns de seus usuários pioneiros. Trata-se de aspectos críticos que inibem a própria participação ao tornarem excessivamente complexo o processo de tomada de decisão, o que levou estes autores a proporem formas híbridas de aplicação do método, importando elementos da qualidade total (Rivera³⁹) ou do ZOPP (Cecílio⁴⁰). Procuramos manter-nos alertas para o risco de manipulação ou ilusão de participação que podem ocorrer na aplicação do planejamento participativo (Gandin⁴¹).

Destacamos a seguir quatro modelos conhecidos de planejamento participativo a partir dos quais foram retirados elementos que compõem o modelo avaliativo aqui aplicado.

(i) Logical Framework (LogFrame)

A LogFrame foi desenvolvida em 1969 pela USAID, como um instrumento de gestão, visando melhorar o planejamento e gerenciamento de projetos de cooperação para o desenvolvimento. Compõe-se de uma matriz sintética de todas as fases de um projeto, apresentando de maneira objetiva e sistemática todos os elementos para o entendimento e gerenciamento da intervenção proposta (vide quadro 1). A LogFrame deriva da Gestão por Objetivos (Management by Objectives - MbO) e propõe-se a ser uma ferramenta facilitadora da negociação entre os interessados (*stakeholders*) pelo projeto, na medida em que permite a cada um formular e expressar de maneira clara e transparente suas intenções (Banco Mundial³³).

Quadro 1: a matriz de planejamento LogFrame*

Projeto: (nome do projeto)		Período: de __/__/__ a __/__/__	
Estratégias do Projeto	Indicadores	Fontes de Informação	Suposições Importantes
Objetivo superior 1. Que objetivo mais amplo este projeto ajudará a alcançar? impactos a longo prazo	9. Quais as medidas quantitativas e/ou julgamentos qualitativos para sabermos se estes objetivos foram alcançados? Lembrar que impactos a longo prazo dificilmente podem ser medidos no prazo do projeto	13. Que fontes de informação existem ou serão criadas para os indicadores propostos	8. Quais os fatores externos necessários para a sustentação do objetivo a longo prazo? Quais as tendências favoráveis e riscos no cenário?
Objetivo do projeto 2. Qual o objetivo pretendido pelo projeto, quais os benefícios e quem se beneficiará? Qual a melhoria ou transformação o projeto pode alcançar	10. Através de que medidas quantitativas e julgamentos qualitativos o êxito do objetivo do projeto será avaliado?	14. Que fontes de informação existem ou serão criadas para os indicadores propostos	7. Quais os fatores externos necessários para que, somado ao êxito do projeto, o objetivo superior seja alcançado.
Resultados 3. Que resultados ou objetivos específicos tem que ser produzidos para que se alcance o objetivo do projeto?	11. Através de que medidas quantitativas e julgamentos qualitativos o êxito do objetivo do projeto será avaliado, e qual o prazo?	15. Quais as fontes de informação para verificar o alcance dos resultados?	6. Quais os fatores fora do controle do projeto que podem dificultar que os resultados produzidos alcancem o objetivo do projeto?
Atividades 4. Que atividades tem que ser realizadas para que os resultados sejam produzidos? Estas atividades devem ser arroladas de maneira realista e coerente com as disponibilidades de tempo, recursos materiais, pessoal treinado, recursos financeiros, etc..	Metas 12. Que qualidade e quantidade de atividades será realizada, e em que prazo?	16. Relatório das atividades	5. Que fatores externos ao projeto podem dificultar ou facilitar a realização das atividades, influenciando a produção dos resultados

*adaptada a partir do “The World Bank Participation Sourcebook” (Banco Mundial³³) e

“Project Cycle Planning and Zielorientiert Projekt Planung”(GTZ⁴²)

A primeira coluna expressa, de cima para baixo, a estratégia do projeto. A quarta coluna é reservada para enumeração de fatores fora da governabilidade do projeto que podem influenciá-lo positiva ou negativamente. Os números em cada célula indicam a ordem de preenchimento, evidenciando que, a tarefa que segue a definição da estratégia do projeto é a de prever o comportamento dos fatores externos, os quais podem facilitá-lo ou inviabilizá-lo. A escolha dos indicadores e suas fontes constitui tarefa final. A análise de coerência é realizada de baixo para cima, ou seja, desde as atividades até o objetivo superior. Por exemplo, se as atividades descritas na célula 4 forem realizadas e as suposições importantes da célula 5 se concretizarem, então os resultados descritos na célula 3 serão alcançados. Se os resultados da célula 3 são alcançados e as suposições

importantes da célula 6 se concretizam, então o objetivo do projeto estará alcançado, e assim sucessivamente.

O principal problema recai na tendência desta Estrutura Lógica tornar-se um instrumento rígido e sem flexibilidade para incorporar as mudanças e os novos cenários que vão se apresentando, e que podem afetar a programação inicial. O foco estrito nos resultados pré-fixados e seus indicadores retira atenção dos processos, podendo levar à perda de oportunidades para aprimorá-los, assim como ao empobrecimento na relação de aprendizado a partir da experiência. O grau de complexidade e interrelação entre as células da planilha dificulta a elaboração do plano e pode inibir a participação, propiciando uma dominância do técnico sobre os próprios beneficiários do projeto.

Por outro lado, a LogFrame possibilita um olhar objetivo sobre o desenho lógico e sistemático do projeto e seus componentes, mostrando a interdependência deste com o ambiente/cenários; pode ser um instrumento de negociação e pactuação entre os interessados; e promove condições para a continuidade do plano, quando há substituições na equipe.

(ii) Planejamento de Projeto Orientado aos Objetivos (Zielorientiert Projekt Planung - ZOPP)

O método ZOPP foi desenvolvido pela Sociedade Alemã de Cooperação Técnica (GTZ) na década de 80 como um instrumento para o gerenciamento dos projetos de desenvolvimento realizados através de cooperação internacional.

Baseando-se na pré-existente LogFRAME, o ZOPP ressalta três características essenciais (Helming e Göebel⁴³):

1. Propostas construídas a partir de um processo participativo: a abordagem é, necessariamente, de equipe e interdisciplinar. São participantes potenciais das oficinas de ZOPP todos aqueles interessados direta ou indiretamente pelo problema em questão, e/ou que possa influenciar positiva ou negativamente a execução da proposta resultante da oficina.
2. Emprego de técnicas de visualização nas oficinas de trabalho: tendo em vista a heterogeneidade dos participantes, há o risco de monopolização da discussão ou, mesmo, a repetição estéril das queixas mais prementes. O emprego da técnica de visualização é feito para assegurar a participação e o entendimento homogêneo. Todas as questões levantadas têm que ser representadas de forma bastante sintética em fichas que são afixadas em quadros de alfinetes. Desta forma todos podem

acompanhar visualmente o que está sendo dito, dinamizando o desenrolar do processo de discussão e elaboração do plano.

3. Transparência do processo para todos os participantes: tendo em vista tratar-se de metodologia participativa e de construção coletiva, o processo transparente possibilita que todos saiam com o mesmo entendimento do que foi dito e discutido e, principalmente, com a mesma clareza do compromisso firmado sob a forma de plano de ação a ser desenvolvido.

O ZOPP compreende as etapas de diagnóstico, priorização de problemas e construção do plano, os quais constituem módulos relativamente independentes e podem ser aplicados de maneiras variadas, dependendo da situação concreta. Ao todo são percorridos 12 passos, partindo-se da análise participativa, análise dos problemas, análise dos objetivos, eleição de objetivos prioritários para elaboração do plano e construção do plano através do preenchimento da matriz de planejamento.

A análise participativa é anterior à oficina, e consiste no levantamento e sistematização das organizações e/ou pessoas interessadas (beneficiárias ou afetadas) pelo projeto, a rotulação de sua relação com projeto (contribuem ou obstaculizam), e seleção daqueles a serem convidados a participar da oficina. A análise do problema é o primeiro momento da oficina, e inicia com uma negociação visando identificar um único problema nuclear, em torno do qual se organizarão os demais problemas. Produz-se assim uma árvore em que o problema nuclear representa o tronco e os demais conformam os raízes ou galhos, segundo sua relação de causa ou efeito com o problema nuclear. Os problemas são sempre nomeados enquanto uma condição negativa e, ao serem transcritos para o positivo conforma-se a árvore dos objetivos. A análise dos objetivos é realizada a partir da identificação da relação “se [objetivo x], então [objetivo y]” ou “[objetivo x] por meio de [objetivo y]” entre galhos e raízes da árvore. Através deste procedimento selecionam-se objetivos prioritários e passa-se a preencher a matriz de planejamento do projeto que corresponde à logFRAME já apresentada.

A experiência acumulada através da ampla utilização do ZOPP, dentro e fora da Alemanha, possibilitou identificar as principais fraquezas do método, propiciando sua revisão e reformulação nos últimos tempos, saindo de uma proposta de gerenciamento para uma concepção de gestão do projeto. Este processo envolve um avanço no entendimento do conceito de participação, assumindo-se de maneira mais clara a existência de diferentes posições/interesses/objetivos entre diferentes atores sociais.

Os principais problemas do ZOPP estão ligados à sua forte recorrência à matriz lógica. Conforme já apontado esta técnica pode comprometer e enviesar os resultados quando

aplicada com rigidez extremada. Neste sentido, o sucesso depende muito da habilidade e competência do moderador da oficina, assim como da equipe responsável pela gestão e monitoramento do projeto. Quando o processo de planejamento é imposto de forma vertical (de cima para baixo) corre o risco de tornar-se um ritual burocrático, em que o preenchimento da matriz acaba ocorrendo posteriormente à definição do projeto, não servindo como instrumento catalisador da discussão e pactuação entre os participantes que passam a se sentir apenas parte de uma encenação (Gasper⁴⁴)

Ressaltamos, porém, que, quando aplicado profissionalmente, o ZOPP ajuda os planejadores a procederem de maneira lógica e sistemática, dando a devida atenção aos aspectos de transparência, consistência, realismo e sustentabilidade (Schubert⁴⁵).

(iii) Gestão do Ciclo do Projeto (Project Cycle Management – PCM)

O PCM surge na década de 90 como uma alternativa de flexibilização do ZOPP e superação das limitações e distorções que vinham sendo apontadas por seus críticos. (Eggers⁴⁶).

Visando ajustar o foco do projeto no beneficiário, o PCM propõe sempre expressar a proposta do projeto em termos de um benefício sustentável para o grupo alvo; estabelecer um ‘formato básico’ colocando concisamente os aspectos vitais que, quando não considerados, podem levar o projeto ao fracasso; estabelecer um mecanismo para guiar com clareza o processo de tomada de decisão através do ciclo do projeto.

Desta forma, o PCM reconhece a diferença de aspirações e interesses dos diferentes atores sociais e estabelece níveis de objetivos qualitativamente diferentes: a) os *grupos alvo* saem de uma situação inicial para alcançar um *objetivo de desenvolvimento sustentável*; b) as *organizações parceiras* locais partem da idéia do projeto/programa e visam alcançar o *objetivo do projeto/programa*; c) a *agência de cooperação internacional* parte da proposta de cooperação internacional e visa alcançar os *objetivos da cooperação*. (GTZ⁴²)

O ciclo do projeto compreende três fases. A primeira, *fase de identificação*, envolve desde a idéia do projeto até a sistematização dos objetivos. Os beneficiários têm o peso maior na apresentação da proposta de projeto, a qual deve considerar o histórico do problema, intervenção prevista, fatores que colocam em risco sua execução, recursos necessários e disponíveis para implementação, fatores de sustentabilidade, monitoramento e avaliação.

A segunda fase corresponde à *concepção do projeto*, ou seja, a elaboração do plano. Este é o momento de mais intensa negociação entre os interessados em torno dos objetivos e demais aspectos do projeto. A terceira fase corresponde à *execução do*

projeto, e nela tem importância especial os mecanismo de monitoramento e avaliação para ajustes e correções que se façam necessários.

Na prática o PCM tem sido usado de maneira agregada ao ZOPP. Trata-se, de fato, de uma utilização do instrumental do ZOPP de maneira mais flexível, reconhecendo a necessidade de promover o empoderamento dos beneficiários, para que sua participação reflita, efetivamente, os seus interesses próprios, sem manipulação da agência externa ou organizações locais.

Para alguns autores, entre os quais destacamos Gasper⁴⁴ sustenta-se a crítica a esta metodologia, na medida em que persiste o uso da logFrame, considerada uma camisa de força, cujo preenchimento é feito, muitas vezes, somente para o atendimento de uma exigência formal do processo de prestação de contas.

Por outro lado, não podemos deixar de reconhecer o esforço desta metodologia em avançar na questão da participação, na medida em que enfatiza os objetivos de desenvolvimento sustentável e atividades voltadas para o empoderamento e fortalecimento da participação dos beneficiários. O trabalho de moderadores bem preparados e com criatividade para lidar com as diferentes situações que se apresentam é essencial para o êxito de todo processo participativo.

(iv) Metodologias Rápidas (RAP)

As metodologias rápidas, que chamaremos aqui genericamente de RAP, podem ser caracterizadas através dos seguintes elementos: baixo custo, devolução dos resultados em tempo ágil, questionários curtos e objetivos, coleta de dados através de informantes chaves, grupos focais ou amostragem reduzida (Scrimshaw e Hurtado⁴⁷; WHO⁴⁸). Metodologias rápidas têm sido usadas em diferentes campos, envolvendo diversas disciplinas, tais como: antropologia, economia, epidemiologia, avaliação de políticas e programas sociais. O emprego conjunto de diferentes técnicas e enfoques propicia uma fertilização cruzada (*cross-fertilization*) de idéias entre as disciplinas (Macintyre⁴⁹), o que constitui um dos seus principais aspectos positivos.

Ao estabelecer uma taxionomia das técnicas de RAP Macintyre⁴⁹ enumera:

1. Rapid Rural Appraisal (RRA), originado nos programas de desenvolvimento agrário/rural, foi utilizado amplamente pelo Banco Mundial e pela USAID desde meados da década de 70 até fins de 80.
2. Rapid Assessment Procedures (RAP), originado na antropologia, nutrição e cuidados primários de saúde, tem sido amplamente utilizado por diversas agências das Nações Unidas desde fins da década de 70.

3. EPI/Cluster Sample Survey (EPI-CSS) originado na epidemiologia e estatística, tem sido amplamente utilizado pela OMS e UNICEF para a avaliação do Programa Ampliado de Imunização.
4. Priority Survey (PS) originado em estudos urbanos e sobre a pobreza, vem sendo utilizado pelo Banco Mundial desde a década de 80.
5. Rapid Evaluation Method (REM) originado nos programas de saúde materno-infantil e planejamento familiar, tem sido utilizado pela OMS em países africanos.
6. Community Health Interview Surveys (CHIS) originado no campo das doenças tropicais e epidemiologia, foi utilizado pela OMS na Tanzânia entre fins da década de 80 e início de 90.
7. Rapid Health Survey (RHS) originado no campo da Saúde Pública, foi utilizado pela OMS em Burma em meados dos anos 80.
8. Verbal Autopsy (VA) originado em estudos da mortalidade infantil, foi utilizado pela OMS no Brasil e no Kenya no início da década de 90.
9. Geographic Information Systems (GIS) originado em estudos geográficos e de planejamento, foi utilizado pela Comunidade Econômica Européia na Holanda e Grã-Bretanha no início dos anos 90
10. Rapid Nutrition Reconnaissance (RNR) originado no campo da nutrição e cuidado primário de saúde foi utilizado amplamente pela OMS e UNICEF na década de 80.

O emprego de metodologias rápidas tem sido alvo de críticas por parte do meio acadêmico por incorporar um alto grau de subjetividade. Sua condução está sujeita à disponibilidade/prontidão para participação possibilitando uma seleção enviesada de informantes-chaves. Os resultados assim obtidos dificilmente podem ser generalizados.

Entretanto, não se pode deixar de considerar que, além de prover com agilidade subsídios para a ação, as metodologias rápidas promovem discussões locais e a participação, favorecendo a qualificação e o fortalecimento de lideranças.

Elementos para um novo modelo avaliativo

Uma das soluções comuns para lidar com metodologias e tecnologias de planejamento alternativas pode ser trabalhar segundo a lógica da caixa de ferramentas, ou seja, fazer uso de soluções apontadas de diferentes modelos e tratar como módulos reagrupados de acordo com cada caso analisado.

As diversas metodologias apresentadas revelam uma coerência lógica com a evolução das políticas de cooperação para o desenvolvimento na segunda metade do século XX. Num primeiro momento os países centrais decidem ‘cooperar’ transferindo suas fórmulas, saberes e tecnologias através de programas e práticas de intervenção verticais,

autoritárias e prescritivas. Do fracasso fatal e previsível desta política emerge a consciência de que o custo de impor-se novos hábitos e comportamentos a uma população, desprezando-se a realidade objetiva e subjetiva que originam e moldam seus hábitos e comportamentos, é muito alto. A partir desta consciência abre-se, no campo institucional, um espaço para crescimento das propostas participativas, que floresciam de forma alternativa e contra-hegemônica. Entre a participação voltada para o desenvolvimento da consciência crítica e libertadora e as práticas prescritivas de natureza controladora vão se delineando matizes que podem ser evidenciadas nos modelos de planejamento apresentados.

A LogFrame está mais comprometida com a pactuação em torno dos objetivos do que com o diagnóstico do problema. Daí o risco de um resultado manipulado pelos técnicos, com maior capacidade de argumentação, e pouco representativo dos beneficiários do projeto em questão. O ZOPP sucede a LogFrame, acrescentando a análise do problema, porém, a experiência torna claro que a participação para ser efetiva necessita mais do que a instância formal. É necessário desenvolver uma consciência efetiva do poder e força destas populações que vivem em situação de desvantagem à margem da cidadania. O PCM, avança ao assegurar um espaço próprio e tarefas exclusivas dos beneficiário na identificação do problema a ser abordado pelo projeto, visando a regulação do poder dos técnicos. As metodologias rápidas são, via de regra, mais flexíveis e permeáveis à escuta e apreensão do que se passa nesta realidade. Podem ser divididas em duas vertentes: uma que prioriza o diagnóstico epidemiológico de base estatística, e outra a visão do contexto baseada em técnicas da pesquisa social e antropológica.

O modelo de avaliação do PROSAD que apresentamos a seguir tem as características de uma metodologia rápida, incorporando técnicas de produção do consenso e utilizando as disposições programáticas do PROSAD como balizamento da avaliação.

Construção de um modelo participativo para avaliação do Programa de Atenção à Saúde do Adolescente (PROSAD)

Este modelo objetiva a avaliação do PROSAD nas unidades de saúde da rede básica. Trata-se de uma proposta que contempla a complexidade das práticas programáticas e busca fortalecer a participação da equipe local visando estimular uma atitude favorável à participação do adolescente e desenvolvimento da cidadania. Criado em 1989 e implantado de forma mais sistemática a partir de 1992, O PROSAD enfrenta os seguintes desafios (Branco⁵⁰ e Bursztyn et al⁵¹):

1. Garantir a *prioridade* para os adolescentes nas unidades de saúde.

2. Adequar os serviços de saúde para favorecer a *captação e adesão* dos adolescentes, priorizando as atividades de grupo e a promoção de saúde.
3. Resguardar o *enfoque de saúde integral*, com ênfase na vigilância do crescimento e desenvolvimento.
4. Levar em consideração características e *singularidades* relativas a gênero, condição sócio-econômica, vínculos familiares, domicílio, incapacidades, escolaridade e trabalho.
5. Fortalecer a *integração* entre os profissionais dos diferentes programas e setores da unidade.
6. Estabelecer *parcerias* com outros setores, oferecendo acesso a atividades profissionalizantes, esportivas, artísticas e de lazer, e implantar projetos integrados.
7. Ampliar o foco das ações de maneira a contemplar de forma mais abrangente, *a família e a comunidade*.
8. Mudar o enfoque adolescente = problema para adolescente = solução, através do incentivo à *participação dos adolescentes* nos serviços e nas atividades de promoção de saúde na comunidade e da parceria com grupos organizados de jovens na comunidade.
9. Prover *treinamento* e educação continuada para os profissionais.
10. Favorecer a implementação de *avaliação permanente*.

O foco do modelo de avaliação está centrado nas equipes locais reforçando a perspectiva do planejamento ascendente e estimulando o processamento dos problemas no nível organizacional em que representem alto valor (Matus²). Como princípios norteadores para a elaboração do modelo de avaliação foram destacados a utilização de técnicas participativas, rapidez e objetividade, visando responder à situação de recursos escassos, sejam eles materiais, de tempo ou de poder (Matus¹). O envolvimento da equipe como um todo favorece a valorização e integração dos profissionais, agiliza as discussões e permite o retorno ágil dos resultados uma vez que este se dá no próprio processo de discussão. A avaliação tem que fornecer informações úteis para a tomada de decisão. Portanto, deve ser realizada num prazo curto para que seus resultados possam repercutir na realidade. Num processo demorado, a realidade pode se modificar e tornar sem sentido os resultados da avaliação. A rapidez e agilidade ensejadas dependem, em grande medida, da objetividade nos processos de coleta e análise de dados. ‘O que queremos avaliar’ e ‘como avaliar’ precisam estar bem definido antes de se iniciar o trabalho de campo, para que o trabalho não se disperse e se torne improdutivo. O excesso de dados desnecessário ou de difícil utilização prolonga o processo e o desvia de seu eixo, comprometendo os resultados. O esforço de objetividade deve contemplar a

complexidade do programa de saúde, evitando qualquer reducionismo, assim como, respeitar o ritmo e a capacidade dos participantes.

O modelo proposto envolve 4 passos como veremos a seguir.

Passo 1: **Constituição da matriz de análise**. Esta matriz deve comportar os elementos básicos da prática programática em saúde, definida anteriormente como um conceito que articula as racionalidades clínica e epidemiológica e propicia a organização da assistência integral à saúde, reconhecendo o processo saúde e doença enquanto fenômeno social, sem desprezar os aspectos individuais e singulares do sofrimento (Nemes³⁰). A partir de uma pesquisa realizada através de observação e entrevistas semi-estruturadas com informantes-chave (gerente do programa, diversas categorias profissionais envolvidas no atendimento ao adolescente no nível local e usuários do serviço) construiu-se uma matriz de análise constituída de cinco eixos (Bursztyn⁵²). Cada eixo compreende um conjunto de critérios identificados e agrupados de acordo com a proposta do programa, o entendimento destas propostas entre os profissionais do nível local e os aspectos definidos pela gerência central do programa como paradigmáticos.

Eixo A: *Implantação das ações do PROSAD*. Compreende critérios relacionados às ações propriamente ditas, à captação e cobertura dos grupos de maior risco.

Eixo B: *Equipe interdisciplinar de Saúde*. Compreende critérios relacionados à composição e dinâmica da equipe, assim como acesso a treinamentos e reciclagem.

Eixo C: *Organização da Assistência*. Compreende critérios relacionados a estratégias que visam facilitar a relação e conferir maior adesão e efetividade ao programa.

Eixo D: *Parcerias*. Compreende critérios relacionados a aspectos quantitativos (tendo em vista os objetivos de cobertura do programa) e qualitativos (tendo em vista a necessidade de captação de grupos em maior risco e a intersetorialidade no que concerne a encaminhamentos para assistência social, formação profissional, atividades esportivas, culturais e outras).

Eixo E: *Participação do adolescente*. Compreende critérios relacionados à abertura do serviço de saúde para ouvir e atender às demandas e necessidades do adolescente no que diz respeito aos temas abordados, dinâmicas de trabalho, apoio em trabalhos externos de iniciativa de grupos de adolescentes e o envolvimento deles como multiplicadores nas atividades desenvolvidas na própria unidade e na comunidade.

No quadro 2, observam-se algumas superposições, uma vez que alguns critérios aparecem em mais de um eixo. Estas superposições estão relacionadas à lógica de

interdependência entre os eixos e foram mantidas sem prejuízo para o resultado e a análise.

Quadro 2: MATRIZ DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE

EIXOS DE ANÁLISE	CRITÉRIOS
Implantação do Programa de Saúde do Adolescente	<p>As diversas ações estão implantadas? Existe priorização do atendimento ao adolescente? Há um fluxo dentro da unidade que facilite a captação? As atividades voltadas para adolescentes são divulgadas internamente? Como funciona a captação na porta de entrada (balcão)? Como a atenção ao adolescente se articula com outras ações tais como TIG (teste de gravidez), contracepção, saúde escolar, DST, odontologia, etc.? Quais são os grupos prioritários para o programa? Destes, quais estão sendo adequadamente atendidos?</p>
Equipe Interdisciplinar de Saúde	<p>Há diversidade de profissionais envolvidos? Todos participam nas decisões? Há intercâmbio entre as diferentes categorias profissionais? Com que frequência a equipe se reúne para discutir e avaliar/programar o trabalho? Quantos profissionais envolvidos tiveram algum treinamento específico? Qual o critério de indicação para treinamentos? Eles aplicam estes treinamentos no dia-a-dia? Há a preocupação de “socializar” os treinamentos?</p>
Organização da Assistência (estratégias)	<p>O que é exigido para que o adolescente seja atendido (documentos, presença de responsável, etc..)? O que é feito para facilitar a relação com o adolescente? Há oferta de atendimento de grupo e individual, contemplando as necessidades? Como a equipe tem lidado com questões tais como: confidencialidade, flexibilidade de horário e outros, prescrição de contraceptivos sem a presença de responsáveis, maus tratos, drogadição, homossexualidade e outros? Como se trabalha a família?</p>
Parceiras	<p>Com que escolas e/ou outras organizações estabelece parcerias? As parcerias estão contribuindo para aumentar a cobertura dos grupos de maior risco? As parcerias contribuem para facilitar o acesso do adolescente ao serviço ? Há possibilidades de encaminhamento dos adolescentes a outros serviços (esporte, profissionalização, etc..)?</p>
Participação do adolescente	<p>Os adolescentes opinam na organização das atividades, escolha de temas, etc.? Os adolescentes são incentivados a avaliar o serviço? Os adolescentes são incentivados a divulgar o programa? Há apoio da unidade a grupos organizados de adolescentes da comunidade?</p>

Passo 2: **realização de oficinas**. As oficinas são realizadas em cada serviço e delas participam os profissionais que se sentem mais diretamente envolvidos no atendimento aos adolescentes e outros de programas/ações correlatos (odontologia, teste instantâneo de gravidez, contracepção, dermatologia e outros), que nem sempre se sentem fazendo

parte da equipe do PROSAD. A seleção desses profissionais pode se basear num estudo prévio sobre a distribuição dos adolescentes nos diferentes serviços da unidade. É importante que sejam incluídas diversas categorias profissionais, chefias e setores como porta de entrada, e representantes dos usuários. A exemplo do método ZOPP, utiliza-se a técnica de visualização objetivando a agilização da discussão e facilitação da negociação e consenso. O grupo discute os cinco eixos, utilizando a matriz como roteiro. Dados pré-existentes ou oriundos do sistema de informação regular do serviço, referente ao número de atendimento e ou diagnósticos da população podem e devem ser incorporados na discussão.

Passo 3: **pontuação do desempenho pela equipe**. Ao final da discussão o grupo é convidado a conferir notas, de 1 a 5 para o desempenho da unidade em cada um dos eixos, sendo 5 a nota máxima e 1 a mínima. O resultado da oficina é transcrito para um planilha (quadro 3).

A primeira coluna corresponde aos eixos, na segunda descreve-se, sinteticamente, os achados da discussão do grupo sobre aquele eixo e na terceira coluna figura a nota atribuída ao eixo.

A obrigatoriedade em conferir nota possibilita à equipe chegar a um entendimento consensual acerca da qualidade do desempenho do serviço, seus principais problemas e possíveis estratégias de superação.

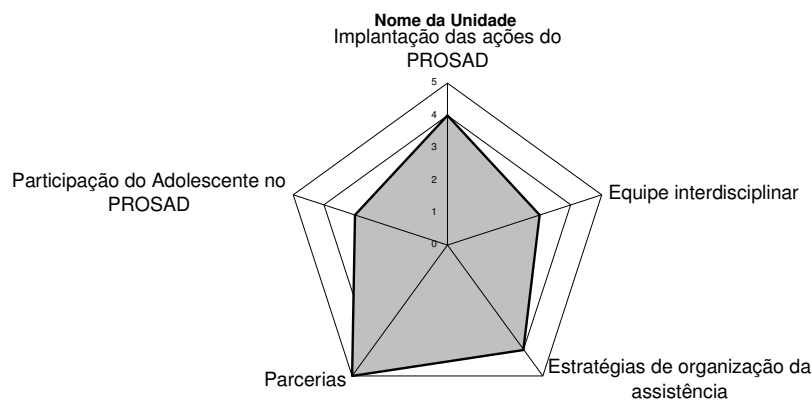
Passo 4: **Visualização gráfica da avaliação**. Com as notas de cada eixo produz-se um gráfico radial (gráfico 1), em que a figura totalmente cheia significaria que o programa estaria funcionando em sua plenitude naquela unidade, atendendo de maneira absoluta todos os critérios definidos para a avaliação. A representação visual obtida facilita a apreensão mais homogênea e rápida dos resultados da oficina e possibilita a identificação imediata dos pontos fracos e fortes do programa na unidade, assim como permite estabelecer conjecturas quanto à maneira, ou em que medida, os pontos fortes podem ser utilizados estrategicamente na superação das fraquezas.

Quadro 3: Planilha resumo da oficina

Eixos de Análise	Nome da Unidade	NOTA
Implantação das Ações do PROSAD	As diversas ações do PROSAD encontram-se implantadas. Há priorização, embora a restrição de recursos humanos não permita aumentar oferta. Há problemas de captação precoce para o pré-natal, uma vez que a gravidez nem sempre é revelada ou percebida na porta de entrada. A captação de escolares é boa, e com eles o “sinal verde” ¹ funciona bem. A captação de grupos de risco é baixa (faltam estratégias para isto): há um trabalho de parceria com uma casa de passagem, mas falta identidade com o trabalho realizado (a casa de passagem realiza um trabalho mais voltado para a “retirada da rua” do que para a integração social).	4
Equipe Inter disciplinar	A equipe atual está composta por um leque bem diversificado de profissionais (odontólogo, psicólogo, enfermeira, pediatra, gineologista, aux. de enfermagem). Não há reuniões sistemáticas, principalmente devido à pressão da demanda ser maior de que a capacidade da equipe. No entanto, nos encontros na copa, na “hora do cafezinho” há intenso “bate-papo” e, mesmo que informalmente, há um compartilhamento nas tomadas de decisão. A designação para treinamentos é feita sem grandes programações, de acordo com a disponibilidade do momento.	3
Estratégias de Organização da Assistência	A equipe tem grande preocupação com este tema. Tomam-se diversas providências para facilitar a entrada do adolescente no serviço (não se exige documentos e nem a presença do responsável). Percebe-se que há uma certa dificuldade na captação da gestante na porta de entrada, pois nem sempre a adolescente revela a gravidez, seja por vergonha ou qualquer outro motivo. Os adolescentes com comportamento de risco, de modo geral, não demandam espontaneamente o serviço. A equipe está se preocupando em criar estratégias para alcançar a família, mas isto não é tão fácil. No momento a ênfase tem sido no atendimento individual e grupos informais.	4
Parcerias	A Unidade vem trabalhando intensamente em parcerias com escolas e outras instituições como a casa de passagem e até mesmo igrejas, o que, mesmo que de maneira ainda incipiente, tem contribuído para a diversificação da clientela. O sinal verde tem sido um instrumento importante de captação. A Unidade se ressenete da falta de efetividade da rede, no que diz respeito aos casos que necessitam de encaminhamento	5
Participação do Adolescente	Os adolescentes são estimulados a participar, seja através da escolha de temas de discussão ou outras maneiras. Há, também, muita abertura dos profissionais da unidade para a participação em eventos promovidos pela comunidade.	3

¹ O sinal verde é um instrumento instituído pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para facilitar o encaminhamento de adolescentes às unidades básicas feitas pelas escolas ou outras instituições parceiras

Gráfico 1: Representação gráfica da auto-avaliação



Considerações finais

Vamos aqui, mesmo que rapidamente, tecer algumas considerações acerca do exemplo apresentado (quadro 3 e gráfico 1), que expressa os resultados de uma segunda oficina realizada em um Centro Municipal de Saúde, dois anos após a primeira. A auto-avaliação destacou as parcerias como o ponto forte do programa na unidade e a participação dos adolescentes e a equipe interdisciplinar como os pontos fracos. Por ocasião da primeira avaliação ficara claro que, apesar de um bom clima de trabalho entre os profissionais e forte compromisso com o programa, havia se cristalizado uma divisão de tarefas, de forma que cada qual cuidava das ações sob sua responsabilidade sem que houvesse uma troca efetiva e um trabalho de equipe. Havia, também, uma importante limitação de diversidade da equipe, uma vez que a quase totalidade dos envolvidos com o programa compunha-se de enfermeiras. Daí ressaltarmos como importante o relato de que o leque de diversidades de profissionais foi ampliado (e isto se deu com a incorporação de profissionais que já trabalhavam no serviço) e que os momentos de pausa para o café estavam sendo utilizados para suprir a necessidade de discutir e compartilhar a tomada de decisão. Ambos avanços foram referidos pelos participantes como um desdobramento da primeira oficina. A identificação da participação do adolescente como ponto crítico corrobora os achados de outros estudos que identificam como entrave a falta de tradição em participação (Branco⁵⁰) e a baixa auto-estima e confiança na própria ação coletiva (Cromack⁵³). No intervalo entre a primeira avaliação e a segunda a preocupação e o entendimento da equipe com a questão da participação cresceu significativamente, mostrando uma mudança de atitude no que diz respeito à busca de novas parcerias. Houve um empenho da equipe em ampliar e diversificar as parcerias, que passaram a ser vistas como estratégicas para melhorar a implantação das ações do programa, ampliar a cobertura e construir um modelo de atendimento adequado aos diferentes perfis da clientela. Através da auto-avaliação a equipe rompe com a atitude de sempre localizar os problemas na falta de suporte externo, e assume compromissos com a mudança.

Implementar a participação na avaliação e planejamento em saúde contrapõe-se a uma cultura que privilegia o trabalho autônomo, em detrimento da equipe, e o manejo do caso, em detrimento do olhar sobre o coletivo. O modelo de avaliação proposto promove a prática participativa na gestão dos programas de saúde através do emprego de técnicas que possibilitam realizar a oficina em um tempo médio de 70 minutos, produzindo resultados reconhecidos e de fácil apropriação pela equipe local. A matriz de análise constitui um elemento chave para o sucesso do modelo. É importante que ela reflita os objetivos do programa, consubstanciados na experiência dos profissionais e na prática dos serviços. Quanto melhor a qualidade da matriz, maior a sua capacidade de, juntamente com as técnicas de visualização, tornar as discussões

ágeis e produtivas, contribuindo para a incorporação das atividades de planejamento à rotina do serviço. A participação do usuário é favorecida por sua presença nas oficinas e pelas mudanças que se produzem no trabalho e na equipe de saúde. Ainda que o poder no nível local do sistema seja limitado, exercê-lo até o seu limite contribui para consolidá-lo e expandi-lo.

Referências Bibliográficas

- BANCO MUNIDAL, 1996. *The World Bank Participation Sourcebook*. Washington: Environmentally Sustainable Development, World Bank.
- BITZER, E., WASSEM, J., KOHLMAN, T., DIERKS, M.L., 2000. Health outcomes und evaluation in public health. *Public Health Forum*, 29, pp.2-4
- BRANCO, V.M.C., 2002. *Os Sentidos da Saúde do Adolescente para os Profissionais*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- BURSZTYN, I.; BRANCO, V.M.C; TURA, L.F.R., 2001. Avaliação do PROSAD: uma construção a partir dos atores. *Saúde em Foco*, 21:97-114
- BURSZTYN, I.; TURA, L.F.R., 2001. Avaliação em Saúde e a Teoria das Representações Sociais: notas para análise de possíveis interfaces. In: *Representações Sociais: teoria e prática*, (A.S.P. Moreira, org.), pp.89-102, João Pessoa: Editora Universitária.
- BURSZTYN, I., 1999 Projeto Horizontes/sub-projeto Avaliação do Programa de Saúde do Adolescente na CAP 3.3.-Relatório Final. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, mimeo
- CAMPOS, G.W. de S., 1998. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Caderno de Saúde Pública* 14(4):863-70
- CECÍLIO L.C. de O, 1997. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: *Agir em saúde: um desafio para o público* (Mehry, E.E. Onocko, R., orgs) pp.161-69, S. Paulo: ed.Hucitec
- CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.L.; PINEAULT, R.. 2000. A Avaliação na Área de Saúde: conceitos e métodos. In: *Avaliação em Saúde* (Hartz, Z.M.A.A., org), pp. 29-47, Rio de Janeiro: ed. FIOCRUZ..
- CROMACK L.M.F., 2003. *O Olhar do Adolescente sobre a Saúde: um estudo de representações sociais*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- EAGGERS, H.W., 1998. Project Cycle Management revisited. *the Courier* 169: 69-72
- FREIRE, P., 1970. *A Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra.
- FREIRE, P., 2000. *A Pedagogia da Esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra.
- GAJARDO, M., 2000. Pesquisa Participante: propostas e projetos. In: *Repensando a pesquisa participante* (C. R. Brandão, org.), pp.15-50, São Paulo: Ed. Brasiliense.
- GANDIN, D., 2001. A posição do planejamento estratégico entre as ferramentas de intervenção na realidade. *Currículo sem Fronteiras*, .1(1):81-95. Julho de 2003 <www.curriculosemfronteira.org>
- GASPER, D., 1999. Problems in the Logical Framework Approach and Challenges for Project Cycle Planning. *the Courier* 173:75-77.
- GTZ, 1996. *Project Cycle Planning (PCM) and Zielorientiert Projekt Planung (ZOPP)*. Eschborn: GTZ .
- HARTZ, Z.M.A., 1999. Avaliação dos Programas de Saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(2):341-54.
- HELMING, S. e GÖBEL, M., 1998. *Ziel Orientiert Projekt Planung -ZOPP*. Eschborn: GTZ.

- LUBER, E., 2000. Woher kommen gute Gesundheitsziele und: Warum gibt es in Deutschland so wenige? In: *Gesundheitsziele: Planung in der Gesundheitspolitik*, (R. Geene e E. Luber orgs) pp 59-66, Frankfurt am Main: Marbuse-Verlag.
- MACINTYRE, K., 1995. The Case for Rapid Assessment Surveys for Family Planning Program Evaluation. Paper presented at the Annual Meeting of the Population Association of America, San Francisco, 1995. Maio de 2003 <www.cpc.unc.edu/pubs/paa_papers/1995/macintyre.htm>
- MARTIN, J.F., 2003. Physicians/care providers and politics, life and society viewed from different angles: a cross-cultural issue. *European Journal of Public Health*, 13:182-84.
- MATUS, C., 1989. Fundamentos da Planificação Situacional. In: *Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico* (Rivera, F.J.U. org.). Rio de Janeiro: Editora Cortez e Abrasco
- MATUS, C., 1996. *Adeus, senhor Presidente*. S. Paulo: Ed. Fundap
- NAYLOR, P.J.; WHARF-HIGINS, J.; BLAIR, L.; GREEN, L., O'CONNOR, B. 2002. Evaluating the participatory process in a community-based heart health project. *Social Science and Medicine* 55:1173-87.
- NEMES, M. I. B., 1996. Prática programática em saúde. In: *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica* (L.B. Schraiber, M.I.B. Nemes, R.B. Mendes-Gonçalves, org.), pp.48-65, São Paulo: HUCITEC.
- OLIVEIRA, R.M. e VALLA, V.V., 2001. As condições e as experiências de vida de grupos populares no Rio de Janeiro:repensando a mobilização popular no controle da dengue. *Cadernos de Saúde Pública* 17(supl):77-88
- OMS, 1988. *Guidelines for Rapid Appraisal to assess community health and needs*. Genebra: WHO/SHS/NHP/88.4.
- RIVERA, F.J.U., 1996. Planejamento estratégico-situacional ou controle de qualidade total em saúde? Um contraponto teórico-metodológico. *Cadernos FUNDAP* 19(jan-abr):25-45
- SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; SALA, A.; PEDUZZI, M.; CASTANHEDA, E. R. L.; KON, R., 1999. Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde: identificando problemas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(2):221-42,
- SCRIMSHAW, S. e HURTADO, S., 1987. Rapid Assessment Procedures. UCLA.
- SCHUBERT, B., 1997. The Bride Kept her Dstance: reflexions on GTZ's 'ZOPP marries PRA?' Seminar 1996. *AT Forum*, N. 9:10-11
- STOTZ, E.N, 1994. Movimentos Sociais e Saúde: Notas para uma Discussão. *Cadernos de Saúde Pública* 10 (2): 264-268,
- VALLA, V.V., 1998. Sobre participação popular:uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública* 14(Sup. 2):7-18
- VALLA, V.V., 1999. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cadernos de Saúde Pública* 15(Sup. 2):7-14

Capítulo 3

Avaliação do PROSAD: uma construção a partir dos atores

Avaliação do PROSAD: uma construção a partir dos atores

RESUMO

Este artigo discute o uso de uma metodologia de avaliação do Programa de Saúde do Adolescente baseada nos princípios de RAP (Rapid Assessment Procedures), que procurou estabelecer um modelo adequado à lógica programática que pudesse ser facilmente assimilado e reproduzido pela equipe de saúde. Através de oficinas realizadas em 10 unidades de saúde se analisam diferentes eixos: a implantação do programa, a equipe interdisciplinar envolvida, a organização da assistência, as parcerias e a participação do adolescente.

ABSTRACT

This article discusses the use of a methodology for evaluating the Adolescent Health Program based on the principles of RAP (Rapid Assessment Procedures), that tried to establish a model, useful for programming, that could be easily incorporated for use by the health team. Ten health care centers were studied through workshops where different aspects were analysed: the implementation of the program, the interdisciplinary team, service delivery, partnerships and adolescent participation.

PALAVRAS-CHAVE: adolescente, avaliação de programa, planejamento participativo

Introdução

A implementação do Sistema Único de Saúde tem requerido um esforço criativo, especialmente no campo de planejamento e gestão, na medida em que faz avançar a descentralização, constituindo redes de serviços que envolvem o setor público e privado em ações coordenadas dirigidas à promoção, prevenção e restabelecimento da saúde nos diversos níveis. O desafio a enfrentar, neste momento, consiste em buscar a máxima qualidade, articulando os recursos tecno-científicos e econômico-financeiros, visando a realização das diretrizes políticas da reforma sanitária. Diferente do clássico gerente de uma unidade prestadora de determinados serviços, o gestor tem como responsabilidade gerir redes articuladas e complexas de serviços orientados para objetivos de saúde. Para tanto são essenciais as ações de planejamento e avaliação, juntamente com a consolidação de modelos assistenciais baseados nos princípios programáticos que, no nível local, busquem a integralidade da assistência médico-sanitária, multi/interdisciplinaridade no trabalho da equipe de saúde, o enfoque intersetorial da promoção da saúde, além da efetividade dos processos, participação social e resultados da assistência.

A descentralização é um dos pilares dos novos conceitos de racionalidade e compreende o entendimento de que “cada nível hierárquico de uma organização deve ter governabilidade sobre problemas de alto valor que o afetam, exceto no caso de problemas que podem ser dissolvidos eficazmente em um espaço maior” (MATUS² p. 357). As atividades de planejamento e avaliação, enquanto apoio à gestão devem, portanto, estar presentes em todos os níveis. Os diversos modelos tecno-assistenciais em saúde, a exemplo da proposta de Vigilância em Saúde (Visau) preocupam-se em “levar o planejamento para a intimidade das práticas de saúde, incidindo sobre o seu núcleo central: o processo de trabalho em saúde” (PAIM⁴ p: 245).

Tradicionalmente, no setor saúde a avaliação esteve centrada nas ações de auditoria, fato este responsável pela sua má reputação entre os profissionais. A experiência com este tipo de avaliação/auditoria remete a processos de desconfiança, conflitos de autoridade e punição que acabaram por gerar uma barreira de resistência a qualquer idéia de avaliação. Sem desmerecer a auditoria enquanto um método de avaliação adequado a certas situações precisas, vale ressaltar que métodos tradicionais orientam-se, fundamentalmente, à avaliação do atendimento individualizado, baseado em um conjunto de normas pré-definidas, enfatizando o profissional médico e perdendo de perspectiva a própria proposição de programação em saúde, a qual envolve uma outra organização do trabalho. Schraiber et al³ (p. 238) chamam a atenção para a “necessidade do trabalho integral de superar as avaliações instrumentais referidas nas normas

fixas da clínica e da epidemiologia, muito embora estas possam jogar um papel importante em específicos arranjos do trabalho”.

Quando iniciamos o projeto de avaliação do Programa de Saúde do Adolescente - PROSAD - tínhamos clareza da necessidade de contemplar os seguintes objetivos:

- Produzir informação prática e rápida a partir da qual se pudesse tomar decisões para o aprimoramento do programa.
- Conduzir o processo de avaliação de maneira participativa visando a qualidade da informação, o envolvimento e fortalecimento da equipe no processo de avaliação e o retorno imediato dos resultados
- Construir um modelo de avaliação preocupado em abranger o espectro de complexidade das práticas programáticas de saúde e do qual a equipe pudesse se apropriar em sua prática cotidiana.

O projeto foi desenvolvido em colaboração pelo Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da UFRJ e a Gerência do PROSAD da SMS-RIO, com o apoio e financiamento do Projeto de Indicadores de Saúde e Desenvolvimento de Adolescentes e Jovens - uma parceria entre a OMS e o UNICEF - constituindo-se de três sub-projetos interligados. O primeiro deles consistiu da análise dos dados disponíveis pelo sistema SIGAB, o segundo tratou do estudo das representações sociais da saúde do adolescente entre profissionais de saúde e escolares da rede pública de ensino, o terceiro consistiu na construção e validação de um modelo estruturado de oficina a ser aplicado localmente para a avaliação do programa pela própria equipe. Neste artigo estaremos apresentando um histórico da implantação do PROSAD no Rio de Janeiro e os resultados referentes ao terceiro subprojeto – auto-avaliação das equipes locais.

O PROSAD- RJ e sua história

Adolescência: um período de grandes e rápidas transformações que traz novas maneiras de pensar, novas mudanças de papéis e responsabilidades. Por reconhecer essa etapa como um momento de grandes oportunidades, nos últimos 20 anos, a OMS tem reforçado a importância da saúde e bem estar dos adolescentes enfatizando a necessidade dos governos estabelecerem prioridade aos programas dirigidos a esse grupo etário. A OPS, por sua vez, aponta ser a saúde dos adolescentes um aspecto fundamental para o desenvolvimento econômico, social e político dos países da América. Entretanto, uma avaliação externa dos programas nacionais de saúde do adolescente, patrocinada pelo Programa Regional de Saúde dos Adolescentes da OPS em 22 países da América Latina e Caribe em 96, mostrou que a situação das políticas e programas é bastante variada, e que, embora tenha havido um aumento do interesse pela adolescência, este tema ainda recebe pouco destaque na agenda pública. (OPS⁵⁴). Como coloca Elza Berquó

(CNPD⁵⁵), “abrir ou reforçar trilhas na agenda social para que os jovens aconteçam é compromisso de todos nós” (p.1).

No Brasil, as bases do Programa de Saúde do Adolescente – PROSAD - foram lançadas em 1989. Justificando a implementação deste programa, o Ministério da Saúde reconhece que: "como cidadãos, os adolescentes têm direito à saúde sendo dever do Estado possibilitar este acesso, de forma universalizada, hierarquizada e regionalizada, dentro dos preceitos do Sistema Único de Saúde" (MINISTÉRIO DA SAÚDE⁵⁶ p:5). Este documento define que o PROSAD deve ser executado dentro dos princípios da integralidade das ações, da interdisciplinaridade e da integração intersetorial. Apesar do PROSAD já estar completando 12 anos, são poucos os municípios que conseguiram implantar em larga escala a sua proposta. Grande parte dos serviços existentes no país está vinculada às universidades, sendo que alguns já têm mais de 20 anos de experiência.

Na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, a proposta de trabalho com adolescentes surgiu a partir da integração entre os setores de Educação e Saúde tendo os primeiros treinamentos de profissionais de saúde sido realizados em 1987 através de uma parceria com a UERJ. Entretanto, a implementação do PROSAD se deu de forma mais sistematizada a partir de 1992, quando foi criada a Gerência do Programa de Saúde do Adolescente, vinculada à Coordenação de Programas de Atenção Integral à Saúde e à Superintendência de Saúde Coletiva. O Programa segue as diretrizes do PROSAD-MS, adaptadas às necessidades identificadas no Rio de Janeiro, tendo como objetivo "promover a saúde integral do adolescente, favorecendo o processo geral de seu crescimento e desenvolvimento, buscando reduzir a morbi-mortalidade e os desajustes individuais e sociais". (MINISTÉRIO DA SAÚDE⁵⁶ p:11)

O Rio de Janeiro tem cerca de 955.175 adolescentes de 10 a 19 anos*, que correspondem a 17% da população, revelando o que demógrafos chamam de “onda jovem”, ou seja, um crescimento abrupto da proporção de adolescentes e jovens. Madeira e Rodrigues⁵⁷ chama atenção para a pouca sensibilidade dos gestores das políticas públicas a este fenômeno, que no entanto deve produzir um forte impacto sobre a situação existente de desemprego e pressão social.

O Programa do Adolescente na SMS-RJ se fundamenta num marco conceitual de desenvolvimento humano integral e promoção de saúde, que visa fortalecer o desenvolvimento do adolescente dentro do contexto de sua família e seu ambiente sócio econômico, político e

* Estimativa para 2000 calculada pela GIE/COE/SSC/SMS-RJ a partir do censo demográfico de 1991 e da contagem populacional de 1996 realizadas pela Fundação IBGE

cultural. A complexidade dessa tarefa revela a necessidade de parceria entre o setor saúde e organizações de diferentes setores.

Apesar dos esforços, no Rio de Janeiro, a situação do PROSAD não é muito diferente da observada na pesquisa da OPS. Ainda não há prioridade para esse grupo nas políticas públicas de saúde, conforme determina o Estatuto da Criança e do Adolescente⁵⁸. Contudo, graças à motivação e ao compromisso de profissionais nos diferentes níveis de atuação (central, regional e local), o PROSAD vem obtendo conquistas significativas, com a implantação de vários projetos, a progressiva adesão das unidades de saúde aos seus objetivos e a construção de uma rede de parcerias diversificada e intersetorial, envolvendo grupos de adolescentes, movimentos sociais, universidades, organizações não-governamentais e governamentais, incluindo outros setores da própria Secretaria Municipal de Saúde e da Prefeitura. Essas iniciativas vêm contribuindo efetivamente para ampliar o acesso dos adolescentes a redes sociais de apoio e a serviços de saúde mais aptos a recebê-los, e a lidar com suas especificidades individuais, culturais e sociais.

Atualmente cerca de 102 unidades da SMS / RJ desenvolvem pelo menos um tipo de atividade sistemática voltada para adolescentes, familiares e educadores, tais como turno específico de atendimento, atividades de grupo e projetos diversos. A implementação das ações depende de uma série de fatores, entre os quais se incluem a disponibilidade de profissionais, as necessidades e demandas identificadas em cada área, as características e motivação da equipe envolvida, as parcerias estabelecidas e o apoio das gerências locais. Desse modo, o PROSAD se estrutura de diferentes maneiras nas unidades, no que diz respeito à composição da equipe, fluxo de atendimento, estratégias de atuação e envolvimento dos adolescentes e comunidade. A heterogeneidade desses serviços está relacionada basicamente com a disponibilidade de recursos, o envolvimento e a criatividade dos profissionais, a relação com os adolescentes e parceiros e a adequação às limitações e interesses institucionais.

O PROSAD constitui uma prática programática - na medida em que se baseia no diagnóstico das necessidades, a partir do qual se estabelecem objetivos e normas padronizadas que envolvem um enfoque interdisciplinar e intersetorial, valoriza a participação do usuário como forma de promovê-lo e fortalecê-lo socialmente e aumentar a efetividade do programa - e, enquanto tal, deve ser permanentemente avaliada para verificação e ajustes tendo em vista os objetivos estabelecidos.

Entre os desafios a serem enfrentados no nível local, neste momento destacam-se:

1. Garantir a prioridade para os adolescentes nas unidades de saúde, conforme determina o Estatuto da Criança e do Adolescente.
2. Adequar os serviços de saúde para favorecer a captação e adesão dos adolescentes

3. Priorizar as atividades coletivas e de promoção de saúde.
4. Resguardar o enfoque de saúde integral, com ênfase na vigilância do crescimento e desenvolvimento.
5. Fortalecer a integração entre os profissionais dos diferentes programas e setores da unidade.
6. Resguardar a flexibilidade dos serviços com relação à faixa etária atendida.
7. Levar em consideração características e singularidades relativas a gênero, condição sócio-econômica, vínculos familiares, domicílio, incapacidades, escolaridade e trabalho.
8. Estabelecer parcerias com outros setores de forma a favorecer a captação de adolescentes de maior risco, garantir oportunidades de acesso a atividades profissionalizantes, esportivas, artísticas e de lazer, e implantar projetos integrados
9. Ampliar o foco das ações de maneira a contemplar de forma mais abrangente, a família e a comunidade.
10. Mudar o enfoque adolescente = problema para adolescente = solução, através do incentivo à participação dos adolescentes nos serviços e nas atividades de promoção de saúde na comunidade e da parceria com grupos organizados de jovens na comunidade.
11. Qualificar o diálogo com os adolescentes, visto que muitas das vezes os serviços ignoram as reais necessidades e desejos da clientela com a qual trabalha.
12. Prover treinamento e educação continuada para os profissionais.
13. Favorecer a implementação de avaliação permanentes.

Metodologia

Existe uma grande carência de modelos de avaliação que dêem conta da complexidade das práticas programáticas no que diz respeito à busca de integralidade da assistência médico-sanitária, multi/interdisciplinaridade no trabalho da equipe de saúde, o enfoque intersetorial da promoção da saúde, além da efetividade dos processos, participação social e resultados da assistência.

O modelo por nós utilizado na avaliação do PROSAD foi elaborado especialmente para este fim, baseado nos princípios de *Rapid Assessment Procedures – RAP* - (WHO⁴⁸) descritos a seguir:

- **Metodologia participativa:** as vantagens de empregar-se metodologias que envolvam a equipe como um todo dizem respeito à qualidade da informação, uma vez que estaremos trabalhando com aqueles que vivenciam o dia-a-dia do trabalho, rapidez, uma vez que possibilita maior objetividade nas discussões, e agilidade do retorno dos resultados, posto que este começa a se dar já no próprio momento de realização da avaliação

- **Rapidez:** toda a avaliação deve ter por objetivo nutrir de informações o processo de tomada de decisão. Neste sentido, ela deve ser produzida em curto prazo para que seus resultados possam repercutir na realidade a que ela se refere. Num processo mais demorado pode ocorrer da realidade se modificar, tornando inócuos os resultados da avaliação.
- **Objetividade:** toda a avaliação deve ser precedida de uma discussão acerca dos aspectos que se quer efetivamente avaliar, estabelecendo um limite claro entre aquilo que será observando e o que será desprezado. O levantamento de informações adicionais, ao contrário de enriquecer o trabalho acaba por prolongá-lo e dispersá-lo de seu eixo central, comprometendo a qualidade dos resultados.

O modelo de avaliação do PROSAD - Um primeiro estudo havia sido realizado em 1999, através do Projeto Horizontes, uma parceria SMS-RJ, SOPERJ e UNICEF, abrangendo todas as unidades de saúde da Área Programática (AP) 3.3. Naquela oportunidade foram entrevistadas todas as categorias profissionais envolvidas no atendimento ao adolescente, inclusive pessoal administrativo atuando na porta de entrada, além de usuários. A partir dos depoimentos coletados elaborou-se uma matriz de análise constituída de cinco eixos, a qual foi sendo gradativamente aprimorada através da discussão com as equipes locais e com a Gerência do Programa de Saúde do Adolescente (nível central da Secretaria de Saúde). O modelo resultante deste processo e utilizado neste estudo consta dos seguintes eixos:

- A. Implantação das ações do Programa de Atenção à Saúde do Adolescente
- B. Equipe interdisciplinar de saúde
- C. Organização da assistência
- D. Parcerias
- E. Participação dos adolescentes

Cada um destes eixos envolve um conjunto de critérios a serem avaliados (vide matriz) e pontuados através de uma escala que varia de 1 a 5.

Oficinas - A avaliação foi realizada sob a forma de oficina conduzida por um moderador externo e um auxiliar responsável pelas anotações necessárias, seguindo o roteiro definido na matriz de análise. Participaram das oficinas toda a equipe de atendimento ao adolescente e outros programas correlatos (odontologia, teste instantâneo de gravidez, contracepção, dermatologia e outros), incluindo as diferentes categorias profissionais e setores como porta de entrada e, sempre que possível, algum representante dos usuários. Para facilitar a participação de todos foi utilizada a metodologia VIPP (*Visualization in Participatory Programmes*). Através dessa técnica, as opiniões do grupo são escritas em cartões móveis que são afixados

num painel. Dessa forma, permite-se a visualização do pensamento do grupo, agilizando a discussão e facilitando a negociação e os consensos.

A pontuação arbitrada pela equipe foi lançada em um gráfico radial, projetando a figura de um pentágono, através do qual se pode, imediatamente, perceber as principais deficiências e os pontos fortes do serviço. Quando todos os critérios, de todos os eixos, são preenchidos o pentágono aparecerá cheio. Quando em um ou outro eixo os critérios não estiverem plenamente preenchidos, o pentágono apresentará deformidade, evidenciando os pontos fracos do serviço.

Amostra - As oficinas de auto-avaliação foram realizadas nas dez CAPs. Em cada uma delas foi escolhido um serviço de atenção básica, havendo a preocupação de incluir-se as diversas tipologias de unidades, estágios distintos de implantação/ desenvolvimento do programa e diferentes propostas de trabalho.

Análise - A análise desenvolvida neste artigo envolve dois níveis distintos. O primeiro deles diz respeito à validação do modelo criado enquanto instrumento de auto-avaliação do programa no nível local. O segundo visa, a partir do conjunto dos resultados obtidos nas dez unidades avaliadas, levantar questões relativas aos diversos eixos de análise que possam servir como motivadores da discussão em quaisquer dos serviços da rede.

MATRIZ PARA A ANÁLISE DOS RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE

EIXOS DE ANÁLISE		QUESTÕES ESSENCIAIS
A. Implantação do Programa de Saúde do Adolescente	1. implantação das ações	As diversas ações do programa estão implantadas? Existe priorização do atendimento ao adolescente? Há um fluxo dentro da unidade que facilite a captação? (O programa é divulgado/conhecido internamente?) Como funciona a captação na porta de entrada (balcão)? Como o programa se articula com outras ações tais como TIG*, contracepção, saúde escolar, DST, odontologia, etc.?
	2. cobertura	Quais são os grupos prioritários para o programa? Destes, quais estão sendo adequadamente atendidos?
B. Equipe Interdisciplinar de Saúde	1. composição e dinâmica	Há diversidade de profissionais envolvidos? Todos participam nas decisões? Há intercâmbio entre as diferentes categorias profissionais? Com que frequência a equipe se reúne para discutir e avaliar/programar o trabalho?
	2. treinamento reciclagem	Quantos profissionais envolvidos tiveram algum treinamento específico? Qual o critério de indicação para treinamentos? Eles aplicam estes treinamentos no dia-a-dia? Há a preocupação de “socializar” os treinamentos?
C. Organização da Assistência (estratégias)		O que é exigido para que o adolescente seja atendido (documentos, presença de responsável, etc..)? o que é feito para facilitar a relação com o adolescente? Há um bom equilíbrio entre atendimento de grupo e individual? Como a equipe tem lidado com questões tais como: confidencialidade, flexibilidade de horário e outros, prescrição de contraceptivos sem a presença de responsáveis, maus tratos, drogadição, homossexualidade e outros? Como o programa trabalha a família?
D. parceiras	1. aspectos quantitativos (cobertura)	Com que escolas e/ou outras organizações estabelece parcerias? As parcerias estão contribuindo para aumentar a cobertura dos grupos de maior risco?
	2. aspectos qualitativos (divulgação para a comunidade)	As parcerias contribuem para facilitar o acesso do adolescente ao serviço (Projeto Sinal Verde **, etc..)? Há possibilidades de encaminhamento dos adolescentes a outros serviços (esporte, profissionalização, etc..)?
E. Participação do adolescente		Os adolescentes opinam na organização das atividades, escolha de temas, etc.? Os adolescentes são incentivados a avaliar o serviço? Os adolescentes são incentivados a divulgar o programa? Há parceria da unidade com grupos organizados de adolescentes?

* TIG- Testagem instantânea para gravidez.

** Instrumento para priorização do atendimento a escolares encaminhados pela professora

Limitações - Por tratar-se de auto-avaliação os resultados apresentam um alto grau de variabilidade, não possibilitando uma comparação entre os diferentes serviços. Observou-se, por exemplo, que equipes onde o trabalho já avançou tendem a se avaliar de maneira mais crítica, enquanto que serviços em que as ações do programa ainda não se encontram suficientemente engrenadas as equipes podem adotar uma atitude defensiva pontuando-se de maneira benevolente. Entretanto, isto não invalida o modelo, uma vez que a relação entre os eixos e a discussão efetuada acerca dos critérios acaba por expressar os pontos fracos e evidenciar possíveis alternativas. Além disto os resultados possibilitarão a análise de tendência ao longo da linha do tempo se compararmos o mesmo serviço em diferentes momentos.

Resultados

Os resultados aqui apresentados dizem respeito a quatro Centros Municipais de Saúde (CMS), quatro Postos de Saúde (PS), um Posto de Atendimento Médico (PAM) e uma Unidade Integrada de Saúde (UIS), contemplando as dez Coordenações de Área Programática. As oficinas produziram resultados relevantes nas 10 unidades em que foram realizadas, embora devamos assinalar a existência de discrepâncias significativas entre elas devido a diferenças no estágio de implementação do programa.

O primeiro ponto positivo a ser considerado, é que a oficina promoveu o encontro da equipe, que normalmente não acontece nas unidades devido a pressão de demanda, a múltipla inserção dos profissionais e a falta de valorização institucional da atividade de reunião e integração da equipe. A presença de um moderador e a utilização da matriz de análise como roteiro para a discussão agilizou o trabalho, permitindo que as oficinas se cumprissem em cerca de uma hora, em média. Embora o grau de integração das equipes seja bastante variável entre os serviços avaliados, em todas as oficinas o clima da discussão foi de cooperação e resultou sempre em uma experiência gratificante para os participantes. O fato de concluir-se com um produto que efetivamente reflete a pensamento da equipe local, quanto ao estágio de desenvolvimento e implantação do programa na unidade, foi ressaltado pelos participantes e está associado ao bom clima de cooperação obtido em todas as oficinas. A prática da pontuação em cada eixo possibilitou que a equipe chegasse a um acordo acerca dos aspectos que constituem os pontos fortes e fracos do serviço. A representação desta pontuação em um gráfico radial facilita, através da visualização, a apreensão mais homogênea e rápida dos resultados da oficina.

Os gráficos representando os resultados das oficinas estão apresentados a seguir (*as planilhas correspondentes a cada gráfico encontram-se em anexo*). A fim de mantermos o sigilo quanto à identidade dos serviços, seus nomes foram substituídos por números. Observa-se uma grande variabilidade nos padrões, o que independe do fato do serviço ser um PS ou um CMS, por exemplo. O PAM representa, nesta amostra, o serviço em que o programa está desenvolvido de forma mais plena, contando com todas as ações preconizadas e uma equipe adequada tanto nos aspectos quantitativos quanto nos qualitativos. Em vários serviços, tais como o PS 1, PS 3 e CMS 1 as parcerias (eixo D) funcionam como um catalisador para o programa. Já no CMS 2, embora a implantação das ações e as parcerias estejam incipientes, a equipe valorizou o fato de estar funcionando bem aquilo que já existe (eixos C e E, relativos à organização da assistência e a participação do adolescente). Ressaltamos, mais uma vez, que a comparação entre os serviços não é prudente uma vez que se trata de auto-avaliação, portanto, fortemente influenciada por fatores subjetivos inerentes a cada equipe.

Gráficos: Resultado das oficinas de avaliação do PROSAD nas unidades da SMS-RIO

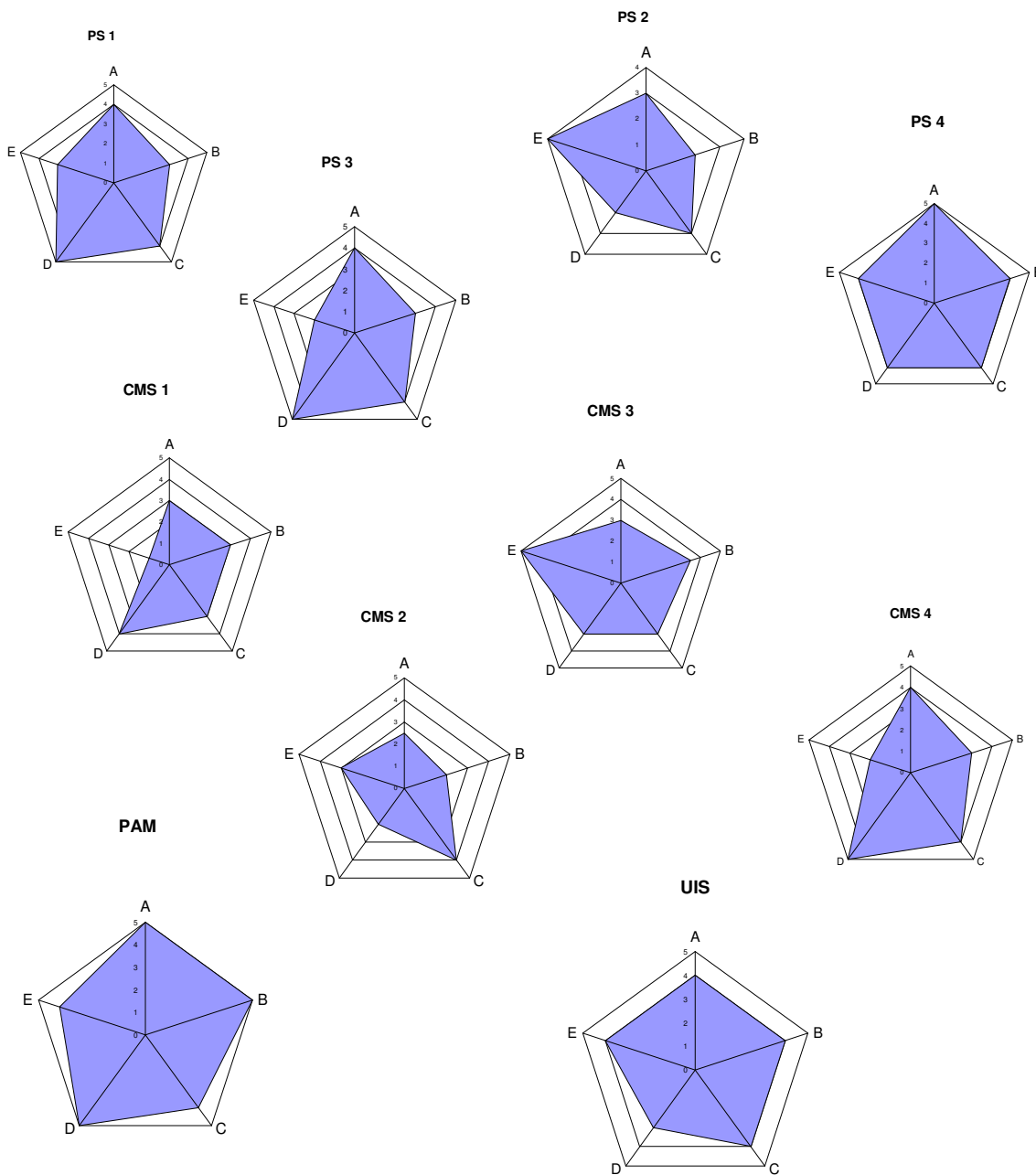
Legenda: **EIXO A:** Implantação das ações do PROSAD

EIXO B: Equipe interdisciplinar de saúde

EIXO C: Organização da assistência

EIXO D: Parcerias

EIXO E: Participação do adolescente



Eixo A: Implantação das ações do PROSAD - Os critérios contemplados neste eixo dizem respeito às ações propriamente ditas, à captação e cobertura dos grupos de maior risco. O grau de implantação das ações preconizadas pelo programa guarda forte relação com a disponibilidade de recursos humanos na unidade e a sensibilização dos profissionais e da direção para a importância do trabalho com o grupo adolescente. Neste sentido, as parcerias são um importante fator de agilização do programa possibilitando a busca ativa da clientela alvo e uma organização direcionada das ações. Na maioria dos serviços observaram-se parcerias limitadas às escolas da rede pública, embora em alguns poucos já se evidencie a busca de parceria com igreja e organizações de assistência e inclusão do adolescente de rua trazendo para o serviço o desafio de trabalhar com questões que requerem um nível de habilidade diferenciado. De forma geral existe pouca divulgação interna do Programa, fazendo com que muitos dos adolescentes que freqüentam as unidades (como por exemplo, os que entram através do setor de Imunizações, Epidemiologia, entre outros) fiquem sem saber dos demais serviços oferecidos. Por outro lado, a falta de prioridade para os adolescentes em alguns setores – destacadamente os de saúde bucal e saúde mental - compromete a efetividade do programa. Na unidade onde a porta de entrada é única, e todos os adolescentes são atendidos pela primeira vez por um mesmo profissional, acontece exatamente o contrário; há maior integração entre os serviços e melhor divulgação junto aos adolescentes. Quase todas as unidades têm implantado o Projeto Vista essa Camisinha, sinalizando a grande preocupação dos serviços com as questões relacionadas à saúde reprodutiva e DST/AIDS.

Eixo B: Equipe interdisciplinar de Saúde - Os critérios contemplados neste eixo dizem respeito à composição e dinâmica da equipe, assim como acesso a treinamentos e reciclagem. Observou-se uma grande variabilidade no que diz respeito a estes critérios. Embora a deficiência estrutural seja comparável para todos os serviços, a maneira de contornar as limitações varia. Em praticamente todas as unidades a falta de disponibilidade de psicólogo para o programa é apontada como grave limitação, o que dificulta a atuação frente às questões mais complexas como a violência. Na maioria dos serviços há diversidade de profissionais envolvidos, tais como enfermeiros, médicos (pediatras e ginecologistas), dentistas e assistentes sociais, embora o trabalho de cada um deles fique compartimentalizado e faltem momentos de interação - como reuniões sistemáticas – que possibilitem a troca e a interdisciplinaridade na formulação. Em alguns casos o entrosamento da equipe permite que a falta de reuniões seja suprida nas conversas informais e nos horários de pausa. A capacitação da equipe é problemática. Devido à falta de pessoal nem sempre é possível disponibilizar o profissional para

participar de treinamentos. Por outro lado, nem sempre aqueles que são treinados ou reciclados conseguem transmitir ao restante da equipe os novos conhecimentos adquiridos, pela falta de uma dinâmica interna; essa limitação compromete também a socialização dos materiais didáticos recebidos e das informações em geral (sobre eventos, treinamentos, entre outras). Em alguns serviços o programa está centrado em uma única pessoa, o que impede o seu desenvolvimento pleno.

Eixo C: Organização da Assistência - Neste eixo estão contemplados os critérios referentes a estratégias especiais que se fazem necessárias ao trabalho com o grupo adolescente com vistas a facilitar a relação e conferir maior adesão e efetividade ao programa. Observou-se, em todos os serviços, uma preocupação em desburocratizar o atendimento, facilitando o acesso do adolescente e minimizando barreiras como marcação de consultas, rigidez de horário, solicitação de documentos, etc. O direito à privacidade é reconhecido, porém, em alguns serviços os profissionais não se sentem seguros para atender ou prescrever ao adolescente sem a presença de um responsável, pois temem serem mal interpretados pela própria comunidade. Temas como sexualidade, gravidez e doenças sexualmente transmissíveis já se tornaram corriqueiros e de domínio da equipe, mas outros como homossexualidade e drogas ainda representam um certo tabu. Este último está associado, inclusive com a realidade de violência e criminalidade existente em algumas comunidades, e sua abordagem pode ser percebida como uma situação de risco para os profissionais. Nem sempre se observa uma preocupação em balancear as atividades de grupo com o atendimento individual, tendo sido apontada como importante barreira, a existência de mecanismos gerenciais, como a Gratificação de Desempenho e Produtividade, que refletem uma valorização institucional maior para o atendimento individual. A família, de maneira geral, ainda é atendida de maneira bastante pontual, a partir das necessidades identificadas. No entanto, algumas unidades já desenvolvem atividades sistemáticas.

Eixo D: Parcerias - Os critérios contemplados neste eixo dizem respeito aos aspectos quantitativos (referentes aos objetivos de cobertura do programa) e os qualitativos (tendo em vista a necessidade de captação de grupos em maior risco e a intersetorialidade no que concerne a encaminhamentos para assistência social, formação profissional, atividades esportivas, culturais e outras). Observou-se que as principais parcerias são estabelecidas com escolas da rede pública municipal, mas, mesmo estas, apresentam grande variabilidade. Em alguns serviços estas parcerias encontram-se bastante consolidadas, abrangendo um grande número de escolas, havendo atividades de grupo nos serviços de saúde e nas escolas, além de mecanismos de integração como o Projeto Sinal Verde. Em outros serviços, a parceria ocorre de maneira

restrita, dependendo da boa comunicação com uma ou outra escola, prejudicando o aspecto da cobertura. Há, ainda, as situações em que a parceria com a escola limita-se à disponibilização de profissionais da unidade da saúde para atender demandas pontuais das escolas, tais como discussão de temas específicos, não havendo continuidade do trabalho. A busca de parcerias com outras organizações que trabalham o adolescente em situações de risco depende do grau de organização e desenvolvimento do programa na unidade. Onde o programa encontra-se ainda incipiente a equipe não se sente segura ou motivada para abrir novas frentes. O intercâmbio com organizações que provém assistência em outras áreas tende a ocorrer naturalmente com o crescimento do programa, na medida em que novas demandas surgem. A diversificação das parcerias amplia o a abrangência do programa e influencia de maneira decisiva os resultados e a qualidade.

Eixo E: Participação do adolescente - Os critérios contemplados, neste eixo, referem-se à abertura do serviço de saúde para ouvir e atender às demandas e necessidades do adolescente no que diz respeito aos temas abordados, dinâmicas de trabalho, apoio em trabalhos externos de iniciativa de grupos de adolescentes e o envolvimento deles como multiplicadores nas atividades desenvolvidas na própria unidade e na comunidade. De um modo geral esta participação ainda é bastante incipiente. De um lado está a própria dificuldade dos adolescentes, pela falta de hábito e de outros espaços de participação, de outro as dificuldades do serviço, seja pela falta de recursos ou pelo despreparo dos profissionais. A forma mais freqüente de participação tem sido o engajamento dos adolescentes divulgando o serviço e trazendo outros colegas e amigos para inserção no programa. Algumas unidades procuram organizar os temas e o trabalho de grupo a partir de uma consulta aos participantes. Em uma unidade a integração com os adolescentes é grande o bastante para que profissionais participem e apoiem eventos organizados por estes na comunidade. Curiosamente, esta unidade atribui-se nota três neste eixo, demonstrando a grande importância que dá a ele e a perspectiva de intensificar ainda mais esta participação.

Conclusão

O modelo empregado mostrou-se válido para a avaliação do PROSAD no nível local, na medida em que cumpriu os objetivos propostos:

- promove a participação na avaliação,
- reconhece e valoriza os profissionais e a equipe,
- contribui para a integração da equipe, e desta com o restante da unidade,
- é de aplicação simples e rápida, podendo ser apropriada pela equipe,

- provê resultados objetivos para o processo de tomada de decisão.

Os resultados, assim produzidos, são de fácil assimilação por parte da equipe, em contraste com avaliações externas que acabam por gerar resistências aos seus resultados por não refletirem a vivência local. As oficinas devem ser repetidas a cada seis meses, ou no máximo um ano, de maneira a manter a dinâmica do programa, a atualidade da avaliação e a motivação dos profissionais.

Bibliografia:

1. AYRES, J.R.C.M; FRANÇA JR,I.. Saúde do Adolescente In: *Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, p.66-87., 1996.
2. BRASIL, *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília, 1991
3. CNPD. *Jovens acontecendo nas trilhas das políticas públicas*. Brasília, 1998.
4. COSTA, A. C. G. *Protagonismo juvenil: adolescência, educação e participação democrática*. Salvador: Fundação Odebrecht, 2000.
5. FOCUS ON YOUNG ADULTS. *A Guide to monitoring and evaluating adolescent reproductive health programs*. Washington DC: Tool series, 2000.
6. GTZ. *ZOPP: an intrduction to the method*. Eschborn, GTZ, 1987.
7. MADEIRA, F.R; RODRIGUES,E.M. Recado dos jovens: mais qualificação. In: CNPD, *Jovens acontecendo nas trilhas das políticas públicas*. Brasília, p. 427-496., 1998
8. MATUS, C.. *Adeus, Senhor Presidente: governantes e governados* S. Paulo: Edições FUNDAP, 1996
9. MINISTÉRIO DA SAÚDE.*Programa de Saúde do Adolescente: Bases Programáticas*. Brasília,1989
10. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde e Desenvolvimento da Juventude Brasileira: Construindo a Agenda Nacional*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999
11. OPS. *Proyecto de desarrollo y salud integral de adolescentes y jóvenes en America Latina y el Caribe 1997-2000*. Washington DC: Organización Panamericana da la Salud, 1998a
12. OPS. *Reunión de expertos em desarrollo educativo para la salud de los adolescentes*. Washington DC: Organización Panamericana da la Salud (cópia reprográfica), 1998b
13. PAIM, J. Por um Planejamento das Práticas de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(2):243-48, 1999.
14. SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; SALA, A.; PEDUZZI, M.; CASTANHEDA, E.R.L.; KON, R.. Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde: identificando problemas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(2):221-42, 1999.
15. SCRIMSHAW, SCM E HURTADO, E.. *RAP - Rapid Assessment Procedures for Nutrition and Primary Health Care*. United Nations Los Angeles: University/ UNICEF/ UCLA, 1987.
16. UNICEF. *Youth health for a change: a UNICEF notebook on programming for young people´s health and developmen*. Washington DC, 1997.
17. WHO. *Guidelines for Rapid Appraisal to asses community health and needs*. Genebra: WHO/SHS/NHP/88.4, 1988.
18. WHO/UNFPA/UNICEF. *Programming for Adolescent Health and Development: Report of a WHO/UNFPA/UNICEF Study Group on Programming for Adolescent Health*. Genève: WHO Technical Report Series: 886, 1999.

Capítulo 4

Avaliação do Projeto Homens Jovens e Saúde

Introdução

A implementação do Programa de Atendimento Integral à Saúde do Adolescente - PROSAD - na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - SMS-RIO - se deu a partir da integração entre saúde e educação e teve seu marco em 1992, com a criação da Gerência do Programa de Saúde do Adolescente, vinculada à Coordenação de Programas de Atenção Integral à Saúde e à Superintendência de Saúde Coletiva. O Programa segue as diretrizes do Ministério da Saúde (PROSAD-MS) fundamentadas no conceito de desenvolvimento humano integral e promoção de saúde, e visa fortalecer o desenvolvimento do adolescente dentro do contexto de sua família e seu ambiente sócio econômico, político e cultural. A complexidade dessa tarefa revela a necessidade de parceria entre o setor saúde e organizações de diferentes setores.

Apesar dos esforços, a situação do PROSAD no Rio de Janeiro, a exemplo do que ocorre em outros contextos nacionais e internacionais, revela a grande dificuldade em assegurar-se prioridade para esse grupo nas políticas públicas de saúde. A implementação das ações depende de uma série de fatores, entre os quais se incluem a disponibilidade de profissionais, as necessidades e demandas específicas de cada área, as características e motivação da equipe envolvida, as parcerias estabelecidas e o apoio das gerências locais.

No enfrentamento de seus desafios a gerência do PROSAD tem empenhado recursos próprios e procurado parcerias com organizações diversas que, na condição de colaboradoras externas à estrutura, contribuem para a consolidação do programa. O Projeto “Homens Jovens e Saúde”, voltado para a redução das barreiras no uso dos serviços de saúde por parte dos homens jovens, é um exemplo destas parcerias. Coordenado pelo Instituto Promundo, conta com a participação da Secretaria Municipal de Saúde, por meio do Programa de Saúde do Adolescente, e do NESA/UERJ, com apoio da OPAS/OMS. Inicialmente procedeu-se a um levantamento de informações através de grupos focais realizados com homens jovens, com provedores de serviços e com famílias. A seguir realizou-se o Seminário “Valorizando a vida, promovendo a saúde” e o programa de capacitação sobre homens jovens voltados para os provedores de saúde e outros parceiros estratégicos das três comunidades envolvidas (Complexo da Maré, Zona Oeste, incluindo os bairros de Bangu e Sulacap, e a Policlínica Piquet Carneiro). Foram produzidos, também, materiais educativos (posters, flyers, folders, cartilhas), e feito o

monitoramento das unidades durante o período de execução do projeto. Enfatizou-se a consolidação de parcerias entre as unidades e demais atores sociais envolvidos em iniciativas, projetos e formulação de políticas públicas voltadas para os direitos dos adolescentes e dos jovens. Estas parcerias visam dar visibilidade ao Projeto a um número cada vez maior de jovens, por meio das atividades extra muros, facilitar o encaminhamento dos homens jovens para as unidades, além de fornecer subsídios de promoção de saúde para os eventos e ações promovidos pelas organizações parceiras.

Apresentamos a seguir uma avaliação dos reflexos do “Projeto Homens Jovens e Saúde”, na prática dos serviços envolvidos. O objetivo é avaliar o impacto do “projeto homem jovem e saúde” no desenvolvimento do PROSAD nas unidades da SMS-RIO envolvidas com o projeto. Serão identificados os pontos favoráveis e os pontos críticos a fim de estabelecerem-se recomendações visando à ampliação das propostas de trabalho com homens jovens para o conjunto da rede municipal.

Metodologia:

Passo 1: **Construção da matriz de análise**. Os eixos de análise (expressam as diretrizes do PROSAD) e seus critérios (expressam os objetivos do projeto que se está avaliando) foram constituídos a partir da adaptação da matriz de avaliação do PROSAD preexistente, com base nas informações produzidas pelos grupos focais realizados no início do projeto, e outras colhidas por meio de observação e entrevistas com informantes-chave (gerente do programa, profissionais envolvidas no projeto, usuários do serviço). Os eixos utilizados nesta matriz traduzem o conceito de práticas programáticas em saúde adotados pela SMS. A matriz de análise é construída previamente e é utilizada como roteiro para suscitar a reflexão e discussão entre os participantes das oficinas de avaliação, mas não como um simples questionário a ser respondido em grupo.

Matriz para avaliação do “Projeto Homem Jovem”

EIXOS DE ANÁLISE	CRITÉRIOS
Implantação do Programa de Saúde do Adolescente	<p>Que ações estão implantadas? Há priorização do atendimento ao adolescente? Como é feita? Há um fluxo dentro da unidade que facilite a captação? As atividades voltadas para adolescentes são divulgadas internamente? Como é feita a captação do homem jovem? Como funciona a captação na porta de entrada (balcão)? Como a atenção ao adolescente se articula com outras ações tais como TIG, contracepção, saúde escolar, DST, odontologia, etc.? Quais são os grupos prioritários para o programa? Destes, quais estão sendo adequadamente atendidos?</p>
Equipe Interdisciplinar de Saúde	<p>Há diversidade de profissionais envolvidos? Todos participam nas decisões? Há intercâmbio entre as diferentes categorias profissionais? Com que frequência a equipe se reúne para discutir e avaliar/programar o trabalho? Que informações utiliza? Quantos profissionais envolvidos tiveram algum treinamento específico? Continuam na unidade? Qual o critério de indicação para treinamentos? Eles aplicam estes treinamentos no dia-a-dia? Há a preocupação de “socializar” os treinamentos? O projeto modificou a dinâmica da equipe?</p>
Organização da Assistência (estratégias)	<p>O que é exigido para que o adolescente seja atendido (documentos, presença de responsável, etc..)? Quais as estratégias desenvolvidas especificamente para as necessidades dos homens jovens? O que é feito para facilitar a relação com o adolescente? Como é o equilíbrio entre atendimento de grupo e individual? Há utilização de atividades lúdicas e esportivas articuladas com práticas educativas e de promoção? O projeto melhorou a capacidade da equipe para lidar com questões tais como: confidencialidade, flexibilidade de horário e outros, prescrição de contraceptivos sem a presença de responsáveis, maus tratos, drogadição, homossexualidade, etnia, violência, tráfico, profissionalização, escolaridade e saúde entre os que trabalham Como se trabalha a família?</p>
Cooperação inter institucional	<p>Com que escolas e/ou outras organizações estabelece parcerias? As parcerias estão contribuindo para aumentar a cobertura dos grupos de maior risco? As parcerias contribuem para facilitar o acesso do adolescente ao serviço ? Há possibilidades de encaminhamento dos adolescentes a outros serviços (esporte, profissionalização, etc..)?</p>
Participação do adolescente	<p>Os adolescentes opinam na organização das atividades, escolha de temas, etc.? Os adolescentes são incentivados a avaliar o serviço? Os adolescentes são incentivados a divulgar o programa? Há parceria da unidade com grupos organizados de adolescentes? O projeto contribuiu para melhorar a participação do jovem? Como?</p>

Passo 2: **realização de oficinas**. A avaliação foi realizada nas unidades através de oficinas convocadas pela gerência do PROSAD. Foram convidados profissionais direta e indiretamente vinculados ao atendimento ao adolescente, inclusive os da recepção e porta de entrada. As oficinas foram realizadas no CMS Waldir Franco, CMS Américo Veloso, PS Masao Goto e com a equipe do Adolescentro que atua nas unidades do Complexo da Maré: Gustavo Capanema e Helio Schmidt. O adolescentro constitui uma estratégia nova da gerência do PROSAD visando uma organização do trabalho efetivamente dirigido à promoção da saúde mais adequado ao perfil dos adolescentes. A oficina foi realizada com o adolescentro e não nas unidades, pois é neste grupo que se organizam e decidem-se as ações voltadas para a maior captação do jovem. Todas as oficinas foram marcadas com antecedência e respeitando as prioridades locais, com vistas a assegurar o máximo de participação. A participação em cada unidade será descrita junto com os resultados. O tempo gasto na realização da oficina varia de 75 a 120 minutos, de acordo com o número de participantes.

Passos 3 e 4: **pontuação do desempenho pela equipe e visualização gráfica da avaliação**. Ao final de cada oficina as equipes atribuíram notas de 1 a 5 a cada eixo e estas notas foram representadas em um gráfico radial produzindo um polígono peculiar. A auto-avaliação é finalizada com um consenso negociado pelo grupo que identifica a percepção das principais fraquezas e virtudes da unidade. A representação da pontuação em um gráfico radial possibilita a rápida visualização e apreensão dos resultados.

Limitações e possibilidades da metodologia: por basear-se na auto-avaliação, os resultados poderão estar influenciados por subjetividades diversas. É necessário que, em seu relatório, o moderador aponte os vieses de cada caso possibilitando uma análise comparativa. A opção pela auto-avaliação justifica-se, uma vez que este processo potencializa enormemente a apropriação dos resultados pela equipe, contribuindo para o seu fortalecimento (empowerment).

RESULTADOS

Apresentamos a seguir os resultados de cada oficina realizada.

CMS Américo Veloso

Oficina realizada em 11 de maio

Participantes: (enfa. Responsável pelo programa de saúde do adolescente)

(chefe de enfermagem)

(médica responsável pelo programa do adulto)

(médica responsável pelo programa da criança)

(psicólogo)

Observação: A médica mais diretamente envolvida com o atendimento ao adolescente encontra-se de licença, não tendo participado da oficina.

Eixos	CMS Américo Veloso	Nota
Implantação das ações do programa e do projeto	As ações propostas pelo programa e pelo projeto são conhecidas pela equipe e estão implantadas, embora não de forma satisfatória. A priorização do atendimento ao adolescente é dificultada pela insuficiência de pessoal. Não se tem feito sala de espera. No momento o trabalho educativo está sendo implementado com a participação do Adolcentro, mas ainda precisa ser azeitado. Internamente o programa é conhecido e identifica-se a enfermeira Marilane e a médica Del Carmen como as pessoas chaves para encaminhamentos. A captação interna já acontece satisfatoriamente na ginecologia, pediatria e serviço social. Ainda não se percebe um aumento da presença do homem jovem na unidade de saúde que possa ser atribuída ao projeto, mas percebe-se que a equipe está mais sensibilizada para este segmento. A presença do homem jovem já foi maior no programa do adolescente. Porém, pela necessidade de se priorizar as moças (pré-natal e contracepção) as ações acabaram por se tornar mais dirigidas a este grupo, afastando os rapazes e outras moças que, por não estarem ainda com este tipo de preocupação, deixaram de se identificar com o programa.	3,5
Equipe inter-disciplinar de saúde	Há diversidade disciplinar nos profissionais envolvidos, porém, há pouca oportunidade formal (reuniões de equipe) de troca de experiências apesar de haver um clima colaborativo de trabalho. O trabalho com jovens está centralizado em Del Carmen e Marilane que procuram atuar em conjunto e conduzem juntas os trabalhos de grupo. As duas fizeram o treinamento com o PROMUNDO, outros profissionais também participaram em treinamentos anteriores oferecidos pela SMS-RIO, totalizando 6 treinados dos quais 2 não aderiram ao programa do adolescente embora continuem na unidade.	4
Organização da assistência	Procura-se não criar obstáculos. Um documento é necessário para a abertura de ficha, mas provisoriamente atende-se através de boletim de atendimento. Há idéias para se trabalhar articulado com a comunidade, utilizando-se arte e música, mas ainda não há iniciativas concretas. As questões masculinas estão começando a ser abordadas nos grupos de mulheres. Pretende-se construir as estratégias através da escuta dos jovens e suas demandas, para o que se conta com a participação do Adolcentro. P.ex, eles solicitam a presença de profissionais do sexo masculino. Não há um trabalho sistemático com a família, mas a médica, de acordo com o caso, procura entrar em contato.	3
Cooperação inter-Institucional	Já houve mais contato com as escolas. A unidade não utiliza a estratégia do “sinal verde”* e a divulgação do programa nas escolas é feita pelos que tem tido mais contato, com p. ex., o Dentescola **. Também com o Conselho Tutelar e o Cemasi *** já houve uma relação mais intensa do que a atual	2
Participação do adolescente	Na medida em que se objetivou mais a contracepção no programa do adolescente, houve um empobrecimento em termos de participação nos grupos. Estes ficaram identificados como “grupo de quem transa ou quer transar”. Hoje há 2 jovens promotores de saúde do Adolcentro atuando na unidade, e há expectativa que eles contribuam para reverter este quadro. No entanto, identificou-se, recentemente, que ainda há jovens que freqüentam a unidade e não conhecem, p. ex.,	2,5

* O Projeto Sinal Verde é uma iniciativa das Secretarias de Saúde e de Educação e que envolve atividades de promoção de saúde e encaminhamento para as unidades a partir do ambiente escolar.

** Ações educativas e de promoção do Programa de Saúde Bucal desenvolvida nas escolas

*** Centro Municipal de Assistência Social Integrada

	o “vista esta camisinha”.	
--	---------------------------	--

CMS Masao Goto

Oficina realizada em 18 de maio

Presentes: (AS. Responsável pelo programa de saúde do adolescente)
(médica responsável pelo atendimento ao adolescente)
(enfermeiro)
(coordenadora de programas)

Observação: pensou-se em incluir alguém da documentação médica, mas não havia ninguém disponível no momento.

Eixos	CMS Masao Goto	Nota
Implantação das ações do programa e do projeto	O projeto propiciou uma melhor organização das ações voltadas para o adolescente. Hoje há uma maior consciência no conjunto dos profissionais que passaram a encaminhar os adolescentes para a assistente social Sandra e a médica Valéria identificadas como as pessoas chaves do programa. Com a mudança para o novo posto obteve-se um espaço próprio para o atendimento ao adolescente. A ampliação da cooperação com as escolas seria desejável para ampliar o alcance das atividades.	4
Equipe interdisciplinar de saúde	O projeto contribuiu para fortalecer o trabalho de equipe. Há diversidade de profissionais. Há uma boa cooperação com a dermatologia e a odontologia, especialmente no atendimento de casos encaminhados. A psicologia não participa das práticas educativas. O intercâmbio entre a equipe é feito de maneira informal e pouco sistemática, com base no ‘espírito de colaboração’ existente. Não há reuniões sistemáticas. 8 profissionais receberam treinamento, dos quais 5 permanecem na unidade, 1 encontra-se em licença médica e 2 foram transferidos.	4
Organização da assistência	Procura-se não criar obstáculos. Um documento é necessário para a abertura de ficha, mas provisoriamente atende-se através de boletim de atendimento. Procura-se ter horário flexíveis e adequados. No momento os grupos estão restritos à unidade. Os temas são diferenciados de acordo com a faixa etária. Temas tabu são abordados mais facilmente na consulta individual. Seria desejável ter parcerias para suprir necessidade de encaminhamento para esporte e outros. A presença do jovem está mais visível na consulta individual, mas continua muito tímida nas práticas de grupo. Tem havido dificuldades estruturais como falta de material (inclusive educativo, teste de gravidez e camisinha) que comprometem a consolidação do trabalho.	3
Cooperação inter-institucional	Havia uma parceria com programa “agente jovem”, mas o programa refluuiu. Seria desejável um suporte maior da SMS para que se constituíssem redes locais.	2
Participação do adolescente	O projeto contribuiu para melhorar a acolhida ao adolescente, aumentando sua participação. Ainda falta aumentar a integração com trabalhos extra-muros	3

CMS Waldir Franco

Oficina realizada em 25 de maio

Participantes: (AS. Responsável pelo programa de saúde do adolescente)

(enfermeira responsável pelo atendimento materno-infantil)

Observação: embora estivesse prevista a participação de outros profissionais (pediatra e a diretora), estes não puderam comparecer.

Eixos	CMS Waldir Franco	Nota
Implantação das ações do programa e do projeto	A captação de adolescentes é feita pelos profissionais do balcão, que encaminham à assistente social. Há muito pouca captação através dos demais setores da unidade. A assistente social pensa em melhorar isto distribuindo panfletos do programa. Os adolescentes do programa têm atendimento de rotina com a pediatria. Há facilidade de encaminhamento para otorrino, gineco e dermatologia. Os setores de odontologia e psicologia são mais resistentes a uma integração.	3,5
Equipe interdisciplinar de saúde	Não há equipe. As enfermeiras são plantonistas e não criam vínculo com os programas. A assistente social procura estabelecer cooperação convidando os demais profissionais a participar dos grupos. 4 profissionais foram treinados pelo projeto, dos quais 2 (1 pediatra e 1 enfermeira) foram para o PSF, 1 é assistente de direção e 1 assistente social é a única que permanece na unidade atuando no programa. O pediatra que mais coopera com o programa é cooperativado A assistente social procura tomar decisões em conjunto com a direção.	2
Organização da assistência	Não há estratégias específicas, mas buscou-se flexibilizar para facilitar a presença do homem jovem em grupos mistos, p.ex: dinamizou-se grupos educativos nas escolas e cinema no posto. Percebe-se que os adolescentes se envergonham ao serem atendidos por mulheres e têm dificuldades para se colocar em grupo. O primeiro atendimento é individual e feito pela AS. Ela procura quebrar o gelo e convida para o grupo. A contracepção enfatiza a camisinha e é feito pela ginecologia e programa de contracepção. Há dificuldades em abordar temas como drogas e o contato com a família é complicado, pois os próprios adolescentes não querem.	3,5
Cooperação inter-institucional	Há uma parceria melhor estabelecida com o PRCC ¹ e com a EM Henrique de Magalhães. Com outras escolas procura atender às demandas, quando há. O PRCC é um programa para jovens desenvolvido nos quartéis com apoio da SMDS e FUNLAR. O grupo 'jovens-para-jovens', criado pelo PROMUNDO, tem participação nos grupos realizados na unidade. O grupo 'caixa-de-surpresas' faz palestras para as meninas. Os dois grupos são da comunidade de Vila Aliança	3
Participação do adolescente	Nos grupos fechados há a possibilidade de opinar e escolher temas. As palestras mensais têm temas pré-fixados (sexualidade, camisinha, etc..) A atividade educativa é apoiada por grupos da comunidade (De Jovem-para-jovem e Caixa-de-Surpresas) Os participantes fazem avaliação ao fim das atividades e divulgam. Faltam recursos para p.ex: camisetas de identificação para passeios e outras atividades.	3

¹ Programa Rio Criança Cidadã

Adolescentro/CEASM

Oficina realizada em 5 de julho

Participantes:

promotora	HS	treinada
dentista	GC/A	treinado
promotora	GC	não treinada
promotor	GC	não treinado
monitora	GC	treinada
monitora	GC	não treinada
medica	GC	treinado
médico	GC	treinado
a. social	GC	não treinada
enfermeira	GC	não treinada
psicóloga	Adlc	

Observações: a assistente social e a enfermeira estão no projeto há 1 semana e há 2 meses respectivamente.

A categoria (não)treinado refere-se à participação no treinamento ministrado pela equipe do PROMUNDOS. De toda forma, todos são treinados na prática pelos monitores.

Eixos	Adolescentro	Nota
Implantação das ações do programa e do projeto	No GC, aos sábados são promovidas diversas atividades: atendimentos, grupos de gestantes, mulheres, homens, planejamento familiar, esporte, dança, teatro. O HS realiza oficinas com os profissionais: corpo, saúde bucal, esporte, gestante, show de talentos, cultura, homem jovem. Através da 'ficha comum' identifica-se situações de vulnerabilidade que são encaminhadas. A participação de alguns profissionais na rotina e no projeto facilita intercâmbio. Adota-se uma atitude de aprendizado continuado e a equipe valoriza os intercâmbios com a comunidade como ganhos recíprocos. O tipo de espaço oferecido facilita a aproximação do jovem, mas o fato de ser apenas aos sábados pode ser um aspecto limitante. Durante a semana realiza-se atividades com escolas e outras instituições parceiras na comunidade.	4
Equipe interdisciplinar de saúde	Há diversidade de profissionais e o trabalho é conjunto e bem discutido e elaborado por toda a equipe. A equipe do HS se reúne a cada 15 dias, a do GC todos os sábados. O intercâmbio é contínuo nos espaços informais. Há reuniões específicas de monitores, promotores e técnicos, além de reuniões gerais. O projeto homem jovem sensibilizou e hoje há maior presença de rapazes entre os promotores.	5
Organização da assistência	Rua de lazer e atividades esportivas atraem os rapazes. Há espaços lúdicos nas unidades durante a semana (show de talentos). Procura-se ir de encontro aos jovens, p.ex: no futebol do CIEP aos sábados, mantendo barraca na feira-livre e participando na festa junina. Adolescentes trabalhando com adolescentes é um facilitador. A comunidade já os reconhece (pela camiseta) e aborda pedindo para participar. As atividades começam a ampliar-se para atender também crianças. Como trabalhar a família é um ponto de reflexão do grupo.	4
Cooperação inter-institucional	As parcerias são muitas e diversificadas. Em igrejas, escolas e creches fazem-se atividades educativas e captação durante a semana. Há captação no próprio CEASM. Há apoio e intercâmbio com NESA, NESC, SMS, Conselho Tutelar, Rotary, CMS Américo Veloso, Marcílio Dias/MSF, além de cooperação com a rede Maré e Associação de moradores. Falta apoio para provisão de bolsas alimentação (mesmo para os participantes) e encaminhamentos para profissionalização e mercado de trabalho.	4
Participação do adolescente	Todo o trabalho é centrado na participação do jovem para o jovem. O trabalho tem se desdobrado com a formação de grupos autônomos, p.ex; lambaeróbica, produção de bijuterias, desfile de reciclados. Há grupos de homens jovens que continuam sem a presença do promotor/monitor. A escolha de temas de interesse e a forma de interagir da equipe com os jovens e da equipe internamente rompe com a lógica do serviço de saúde de organizar-se a partir da oferta.	5

Representação gráfica dos resultados das oficinas

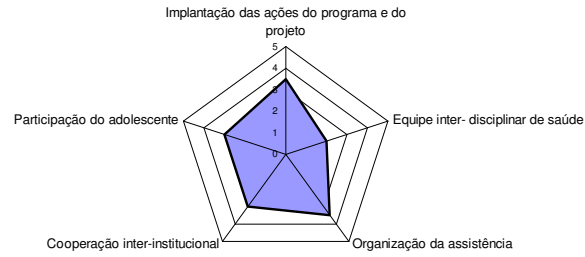
CMS Américo Veloso



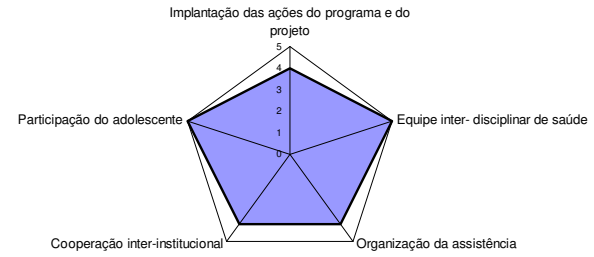
PS Masao Goto



CMS Waldir Franco



Adolescento Maré



DISCUSSÃO

Implantação das Ações dos Programa: neste eixo as notas auto-atribuídas variaram de 3,5 a 4. A implementação do “Projeto Homem Jovem” nas unidades contribuiu para reforçar a sensibilização da equipe, embora a repercussão no atendimento e nas rotinas do programa esteja ainda aquém do desejado. É possível que a visão crítica da equipe em relação a este eixo se deva exatamente à expectativa gerada pela recente sensibilização para o problema. Ainda que em muitas unidades tenha havido migração de profissionais treinados, este não parece ser o principal obstáculo a mudanças, uma vez que existe uma considerável “contaminação” do restante da equipe com a consciência e sensibilização promovida pelo treinamento. As melhores avaliações corresponderam ao PS Masao Goto, onde o PROSAD já possuía uma base mais sólida, e no Adolescentro que representa uma parceria da SMS com uma ONG Local, o Centro de Estudos e Ações Solidárias da Maré – CEASM.

Equipe Interdisciplinar: neste eixo as notas auto-atribuídas variaram de 2,5 a 5. De fato a qualidade da equipe parece ser um diferencial para a qualidade do trabalho. Em um extremo encontra-se o CMS Waldir Franco onde não há uma equipe formada, consistindo o trabalho de atividades educativas pontuais a cargo da assistente social. Ainda que ela procure se cercar da ‘consultoria’ dos demais colegas, a abordagem integral do programa fica comprometida pela deficiência de número e diversidade dos profissionais na equipe. No outro extremo encontra-se o Adolescentro, com características mais próximas ao trabalho social do que ao de saúde. Assim, há bastante clareza quanto aos objetivos de promoção e sua vinculação com uma abordagem interdisciplinar e intersetorial. A elaboração de estratégias de ação e desenvolvimento e avaliação dos projetos envolvem toda a equipe: desde os promotores e monitores, que são jovens recrutados na comunidade, até os técnicos e coordenadores. Além da troca constante nos espaços informais, que caracterizam uma equipe com alto grau de cooperação, existem vários espaços formais de reunião de equipe em vários níveis, próprios de um conceito de aprendizado permanente e treinamento continuado. Nas demais unidades as equipes são estabelecidas e fortalecidas por vínculos informais e espírito de cooperação. A cobrança de produtividade centrada em quantidade de procedimento e não na avaliação de resultados, aliada à desproporção oferta/demanda,

gera um modelo de trabalho em que reuniões e avaliações passam a ser tratadas como atividades a serem realizadas de acordo com o tempo (in)disponível. Desta forma a nota (4) que as equipes do Masao Goto e Américo Veloso se atribuem reflete uma consciência do esforço próprio dos profissionais, mas também o reconhecimento das limitações e fragilidades da equipe.

Organização da Assistência: neste eixo as notas auto-atribuídas variam entre 3 e 4. Nas unidades de saúde já há uma tradição do PROSAD em não criar entraves burocráticos à entrada do adolescente, por tratar-se de um grupo de comportamento instável, próprio da idade. No entanto, devido à falta de recursos, ainda não foi possível implementar a estratégia mínima para captação do homem jovem, que seria a disponibilização de profissional do sexo masculino para deixá-los mais à vontade. Por outro lado, o trabalho do Adolescentro incorporou um maior número de promotores/monitores do sexo masculino para fazer face à esta nova demanda. As estratégias também são facilitadas pela abordagem intersetorial (saúde, esporte, cultura, arte, etc.), pela ênfase no trabalho do jovem para o jovem e pela sistemática avaliação e reflexão sobre a prática que permite a permanente revisão e adequação das atividades .

Cooperação Interinstitucional: neste eixo as notas auto-atribuídas variam entre 2 e 4. Para o CMS Américo Veloso e PS Masao Goto a nota 2 revela a baixa organização do trabalho na unidade, o que acaba consumindo o tempo da equipe, não permitindo que se busque parcerias que possam potencializar os esforços. Já no CMS Waldir Franco a inexistência de uma equipe vinculada ao programa fez com que a assistente social buscasse apoio de grupos organizados da comunidade para viabilizar ao menos algum trabalho educativo. A atuação do Adolescentro é essencialmente intersetorial e de parcerias. Entretanto o grupo ainda sente falta de suportes para o desdobramento do trabalho que realizam, principalmente no âmbito da formação profissional e inserção dos jovens no mercado de trabalho.

Participação do adolescente: neste eixo as notas auto-atribuídas variam entre 2,5 a 5. A questão da participação é extremamente nevrálgica pois depende não apenas da abertura dos serviços mas, fundamentalmente, da capacidade do adolescente expressar e defender seus interesses. A baixa politização da população e deste grupo em especial faz

com que a participação se torne um objetivo a ser alcançado nos programas sociais, através de estratégias que visem o empoderamento e o reforço da cidadania. A baixa pontuação dada pelas unidades de saúde reflete a insatisfação ou mesmo frustração das equipes que gostariam de ser mais cobradas pelo seu público. No caso do Adolescentro, como já citado anteriormente, o objetivo de promoção é mais forte do que o de assistência, alcançando-se resultados mais satisfatórios por meio de estratégias intersetoriais.

Conclusões e Recomendações:

Do ponto de vista do ambiente institucional, vale ressaltar que o projeto HOMENS JOVENS foi implementado num momento difícil para a rede básica de saúde da cidade do Rio de Janeiro. A crise na manutenção dos recursos humanos e do abastecimento tem dificultado o trabalho programático, pois consome as energias da equipe com permanentes emergências administrativas. Um exemplo que atinge diretamente o projeto é o desabastecimento de condom, uma vez que boa parte da estratégia se assenta na ‘distribuição de camisinhas’. Quanto aos recursos humanos, tem havido uma evasão dos serviços seja por remanejamento para o Programa Saúde da Família ou outras unidades, seja pelo afastamento por licença ou problema de saúde. Embora devamos considerar que a sensibilização promovida pelo treinamento seja capaz de ‘contaminar’ aqueles que não participaram diretamente, e que a remoção de profissionais treinados pode promover a ‘germinação à distância’ das propostas do projeto, o clima de instabilidade na equipe gera um abatimento pelo sentimento de eterno recomeçar sem sair do lugar. Muitas vezes este abatimento faz com que o grupo não valorize adequadamente seus feitos e avanços. Esta instabilidade pode estar relacionada também com fatos positivos, como foi a mudança do PS Masao Goto para um prédio maior e mais adequado à sua estrutura, mas que leva um certo tempo para a acomodação.

O padrão do gráfico de auto-avaliação do CMS Américo Veloso e do PS Masao Goto são quase idênticos e refletem uma equipe sensibilizada e crítica como saldo do projeto e motor para as modificações já em marcha. No PS Masao Goto a equipe está sendo rearticulada com a participação de novos profissionais no programa e no CMS Américo Veloso a incorporação dos promotores do Adolescentro amplia as perspectivas imediatas e futuras.

As maiores dificuldades são as apresentadas pelo CMS Waldir Franco, pois nele há um esvaziamento quase total da equipe. O reforço representado pela participação de organizações da comunidade nas atividades educativas precisa apoiar-se de maneira mais firme na resposta da equipe da unidade para que possa estabelecer-se uma verdadeira parceria.

O trabalho do Adolescentro está mais bem desenvolvido, tendo em vista os objetivos do projeto. Trata-se de um trabalho diferenciado, de base comunitária com muita flexibilidade para (re)criar estratégias próprias a cada contexto.

A experiência do Adolescentro sinaliza no sentido de se investir mais nos projetos e atividades que se centram no conceito de protagonismo do jovem e em equipes ampliadas e participativas. As atividades extra-muros e intersetoriais, com flexibilidade de data horário e local são aspectos chaves para o sucesso do projeto.

Com relação às unidades de saúde, é necessário aprimorar os canais de comunicação para uma efetiva descentralização de decisões, ampliando a capacidade de gestão e a participação da equipe local. Por exemplo, na unidade Américo Veloso há uma percepção de que o programa de atenção à saúde do adolescente já foi mais amplo, mas acabou focando na adolescente com vida sexual ativa, afastando tanto os rapazes, que anteriormente freqüentavam a unidade, quanto as moças que não se identificavam com este perfil.

De um modo geral, existe um espírito de colaboração e solidariedade entre os profissionais da equipe que deve ser reconhecido e estimulado, pois juntamente com as parcerias locais constituem recursos estratégicos fundamentais para qualquer programa.

O desenvolvimento de capacidade deve ser continuado, buscando identificar as dificuldades reais dos profissionais na prática do dia-a-dia. Um exemplo interessante é a percepção, por parte da equipe, de um certo constrangimento ou dificuldade do homem jovem para abrir-se com profissionais do sexo feminino, enquanto em outro levantamento realizado pela equipe do PROMUNDO junto à clientela eles assumem

uma preferência pelo atendimento feito pelas mulheres*. Esta inconsistência dos dados nos leva a supor que as dificuldades projetadas pela equipe como sendo da clientela seja, efetivamente, uma dificuldade dos próprios profissionais que ainda não se sentem suficientemente seguros para responder às novas demandas suscitadas.

O suporte através da participação de jovens está presente no CMS Waldir Franco, através das parcerias com os grupos comunitários ‘jovens-para-jovens’ e “caixa-de-surpresa”, no CMS Américo Veloso, através da incorporação dos promotores do Adolescentro, e no PS Masao Goto quando identifica a necessidade de estabelecer uma rede local articulando os projetos que envolvem adolescentes.

A organização da equipe tem um peso grande no sucesso do projeto. Em um extremo está o CMS Waldir Franco, em que a maioria dos profissionais trabalha em regime de plantão. Nestas circunstâncias torna-se difícil envolver a equipe com o trabalho programático. No outro extremo encontra-se ao Adolescentro, com uma equipe flexível e montada a partir das necessidades e características do programa. Neste contexto observa-se, de fato, que a programação das atividades é feita visando os objetivos programáticos definidos. Entre estes dois extremos encontram-se as duas unidades de saúde, com realidades quase idênticas. Possuem equipes pouco flexíveis e, mesmo assimilando a proposta programática, vêm-se na contingência de programarem-se a partir dos poucos e inflexíveis recursos.

* informação colhida junto aos coordenadores do projeto.

Capítulo 5

Avaliação da Rede de Serviços Municipais de Saúde na Região Administrativa
de Bangu

Esta avaliação é parte do projeto de planejamento e reorganização da rede de atenção em saúde e insere-se nas estratégias de implantação/implementação do Programa de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. O objetivo da avaliação é elaborar um diagnóstico da rede de atenção à saúde da SMS-RJ. Delimitou-se a região de Bangu como piloto, uma vez que as características da área apontam para a premência de uma intervenção visando melhorar o acesso da população aos serviços de saúde.

Apresentamos, a seguir, a análise da dinâmica programática.

Análise da dinâmica programática

O modelo para a análise da dinâmica programática que vimos desenvolvendo tem como princípios norteadores o emprego de técnicas participativas, rapidez na produção dos resultados e objetividade quanto aos aspectos a serem enfocados pela análise. Pretende-se com isto contribuir para a agilização do processo de decisão e maior efetividade das ações de saúde, por meio da promoção da capacidade resolutiva do serviço e o poder de decisão da equipe local.

Em um primeiro momento foram visitadas todas as unidades municipais da área de estudo (XVIIª RA) e entrevistados informantes chaves entre chefias, profissionais de diferentes categorias e usuários, utilizando roteiro em anexo (anexo 2)

A partir deste material foi elaborada a matriz de análise (quadro 1), através da qual processou-se a análise das informações coletadas.

Quadro 1: matriz de análise

Eixos	Critérios
Implantação dos programas e suas ações	Tendo em vista o perfil de necessidade da população os programas de saúde estabelecidos pela SMS estão implantados? Todas as ações dos programas encontram-se adequadamente implantadas? A captação para o programa está de acordo com o programado,

	considerando a população alvo?
Equipe de Saúde	a equipe contempla a diversidade disciplinar? A equipe recebe treinamentos e/ou reciclagem sistemáticos? A equipe reúne-se sistematicamente para avaliar o serviço e programa-lo?
Modelo assistencial	São oferecidas diferentes modalidades assistenciais tais como grupo, etc..? É assegurado acesso a níveis mais complexos, de acordo com a necessidade de cada caso? Há uma integração e trabalho cooperativo entre os diferentes programas desenvolvidos na unidade? Há avaliação sistemática dos programas? Há algum tipo de avaliação que procure captar a satisfação do usuário?
Parcerias	Há um trabalho integrado e cooperativo com as escolas da área? Há um trabalho integrado e cooperativo com outras organizações da área?
Participação do usuário	Há participação do usuário nas avaliações e planejamento dos programas? Há atividades propostas ou desenvolvidas pelos usuários e apoiada pela unidade? Etc...

A matriz de análise contempla os eixos básicos do(s) programa(s) em estudo. Cada eixo é definido por um conjunto de critérios, de forma que a análise de cada um em separado possibilite identificar os principais pontos fortes e pontos fracos, assim como as oportunidades para mudanças.

Num segundo momento retornamos à área para discutir os resultados e proceder à auto-avaliação através da atribuição de notas em cada eixo para cada unidade de saúde analisada. Este processo foi realizado através de oficinas, reunido três unidades de cada vez.

A seguir apresentamos os resultados das oficinas expressos nas planilhas de cada unidade e nos gráficos correspondentes.

Oficina 1, no CMS Waldir Franco

CMS Waldir Franco: presentes 2 enfermeiras (chefe de epidemio e gerente de enfermagem)

PS Sir Alexander Flemming: não mandou representante

PS Sílvio Barbosa: 1 enfermeira

Oficina 2, no PS Athayde José da Fonseca

PS Athayde José da Fonseca: 3 administrativos (uma era a administradora e uma tb. é aux. enfa)

PS Eithel P. de Oliveira Lima: 1 enfermeira (gerente do programa da criança)

PS Henrique Monat: não mandou representante

Oficina 3, no PS Masao Goto

PS Masao Goto: 2 enfermeiras (uma é a coordenadora de programas)

PAM Bangu: 1 médica e 1 enfermeira (médica chefe de clínica)

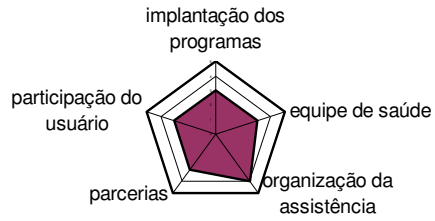
PS Padre Miguel: 1 médica (coordenadora de programas)

As unidades que estiveram ausentes nas oficinas não têm pontuação de auto-avaliação.

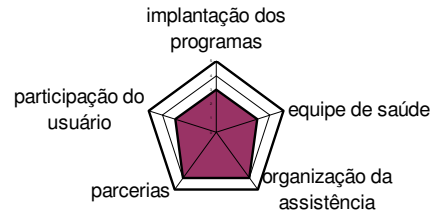
O PS Padre Miguel, embora estivesse representado, houve ponderação de que a representante estava na unidade a tempo insuficiente para formar um juízo.

Apresentamos abaixo os gráficos correspondente às unidades:

PAM Manoel G. da Silveira Fo.



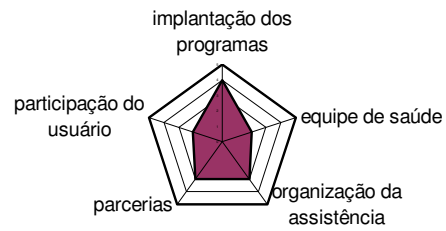
CMS Waldir Franco



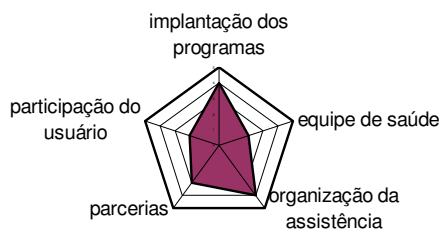
PS Masao Goto



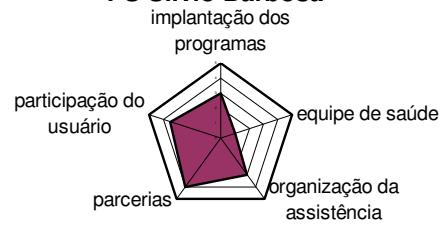
PS Eithel P. de Oliveira Lima



PS Athayde José da Fonseca



PS Sílvio Barbosa



Com relação ao eixo **implantação das ações dos programas**, observamos que:

- existe uma difusão grande dos conteúdos dos programas desde as gerências centrais até a equipe local, através de treinamentos freqüentes.
- as ações dos programas são implantadas, mas funcionam de forma precária devido às deficiências de equipe, material e instalações físicas.
- a descontinuidade é um dos principais problemas observados.
- Em algumas unidades programas que seriam importantes, tendo em vista as características da população, não estão implementados (idosos, adolescentes)
- A implantação das ações dos programas é vista de forma mais crítica pelo PAM e CMS. Por constituírem referência para outras unidades, acabam por distorcer o perfil de unidade básica, enfatizando mais as características de ambulatório médico.

Com relação ao eixo **equipe interdisciplinar de saúde**, observamos que:

- Trata-se do eixo mais problemático das unidades da XVIIª. RA.
- Há muita rotatividade de profissionais, especialmente médicos e enfermeiros, em função da irregularidade do pagamento às cooperativas.
- A relação das unidades com as cooperativas é inexistente. Os profissionais abandonam o serviço ou são substituídos sem que haja comunicação prévia ao diretor da unidade. Igualmente, o profissional ao assumir o serviço não se apresenta ao diretor, e dele não se faz qualquer registro.
- Os profissionais cooperativados não recebem treinamento em programas e muitas vezes se recusam a atender de acordo com as normas.
- Os profissionais do quadro também representam fator de instabilidade. Em alguns serviços, além das transferências constantes, existe um alto índice de licenciamento através de Licença Médica.
- Em alguns serviços não há profissionais disponíveis para o preenchimento dos cargos de chefia (ser funcionário é condição para o exercício de cargos de chefia), acarretando prejuízo ao atendimento programático.
- O modelo “apagar incêndios” é mais prevalente do que a programação, mesmo porque há muita instabilidade de recursos, especialmente RH.
- Os funcionários administrativos são do quadro, mas muitas vezes tem baixo nível de escolaridade e não são capazes de realizar adequadamente as tarefas. Por outro lado,

houve unidade que se fez representar na oficina por funcionário administrativo por ser um dos mais aptos a responder pelo funcionamento da unidade.

Com relação ao eixo **organização da assistência**, observamos que:

- É uma área de poucos recursos médicos e há dificuldade em responder adequadamente à demanda.
- Devido à procura excessiva, a triagem acaba priorizando critério de emergência sobre o programático.
- Grande demanda por pronto atendimento (às vezes até emergência) pela deficiência do serviço de emergência da área e, em algumas localidades, devido à escassez de recursos da população para deslocar-se até o hospital.
- Pacientes que são atendidos na emergência do hospital e não tem seu problema adequadamente resolvido também retornam para a unidade básica.
- Este item apresentou avaliação mais crítica nos serviços com maior dependência de profissionais cooperativados e, portanto, maior dificuldade em fixar a equipe.

Com relação ao eixo **parcerias**, observamos que:

- Existe uma valorização, em princípio, do trabalho com escolas e outras organizações potencialmente parceiras, mas a maioria das experiências traduz contatos esporádicos e descontínuos.
- A maior parte dos relatos fala da disponibilidade de atender às solicitações de escolas para palestras sobre temas específicos
- Parcerias em projetos existem no WF para implementação do atendimento ao homem jovem e administração da DOTS e no Masao Goto para implementação do atendimento ao homem jovem (vide avaliação do projeto no capítulo 4).
- Relações de solidariedade, apoio e trocas com outras organizações que atuam na área se desenvolvem quando existe maior estabilidade nos cargos de chefia e na equipe em geral (p. ex: Masao Goto).
- De um modo geral as parcerias são mais fracas nos serviços com maiores dificuldades em se estruturar internamente.

Com relação ao eixo **participação do usuário**, observamos que:

- Há muita dificuldade em se formular um entendimento homogêneo do que se deve significar a participação do usuário em saúde
- A população atendida é composta, majoritariamente de pessoas de baixo nível sócio-econômico, sem consciência quanto a direitos de cidadania e com baixa capacidade e meios para disputar seus interesses.
- Há participação das associações no conselho distrital de saúde e, em algumas unidades, a direção procura manter, mesmo que de forma assistemática, contato com as lideranças locais.
- No dia-a-dia chega a existir manifestações hostis, por parte dos usuários, diante das dificuldades em obter o atendimento buscado. Isto ocorre principalmente, mas não só, nas unidades localizadas no interior de comunidades carentes. Há ameaças que vão desde a denúncia na imprensa e junto a órgãos policiais até ao confronto físico (as vezes concretizados, segundo relato do Waldir Franco).
- Quando a unidade consegue se organizar para propor atividades com grupos da comunidade é possível constituírem-se vínculos, como por exemplo, o grupo de idosos do PS Athayde da Fonseca que se mantém através de atividades recreativas, culturais e esportivas (caminhadas, festas juninas, bingo e etc.)

Recomendações

A situação da área, de acordo com o diagnóstico apresentado é bastante crítica. Os Postos de Saúde apresentam uma razoável regularidade, em que se destaca a ausência de equipe e recursos apropriados e falta de horizonte de programação. A exceção é o Posto de Saúde Masao Goto, situado em um bairro de classe média. Nele a equipe é consolidada e reconhecida na auto-avaliação como o principal capital da unidade. O PAM e o CMS têm dificuldades em conciliar o perfil de unidade básica com o de unidade de referência em uma área carente de serviços.

As soluções devem ser procuradas a partir da discussão deste diagnóstico envolvendo os diversos níveis da gestão municipal (equipe das unidades de saúde da área, equipe de Coordenação da Área Programática e Equipes das Superintendências de Saúde Coletiva e de Serviços de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde. As técnicas de análise prospectiva apresentadas no capítulo 1 deste trabalho (formulação de variáveis chave, governabilidade dos atores sobre as variáveis e impacto cruzado das hipóteses) são ferramentas que podem contribuir para a identificação dos fatores de sucesso,

orientando a tomada de decisão. Deve-se criar condições de governabilidade em cada unidade, garantindo ao diretor dos serviços os recursos necessários e a gerência sobre os profissionais, mesmo os contratados através de cooperativa. O treinamento em programas de saúde deve ser uma condição no contrato entre as cooperativas e a SMS. O nível central da SMS deve apoiar praticamente as atividades de planejamento local, através de treinamentos e programação conjunta.

A organização da assistência padece da ausência de uma rede hierarquizada e de um serviço de emergência resolutivo. Soluções específicas de curto e médio prazo devem ser buscadas no sentido de ofertar acesso adequado da população a serviços de diferentes níveis de complexidade.

As estratégias a serem adotadas devem contemplar a valorização dos profissionais e estimular a criação de vínculo interno à equipe e desta com a população local.

A participação e estímulo à cidadania deve ser colocado como objetivo a ser atingido pelos programas.

Capítulo 6

Considerações finais

O trabalho apresentado compreende a construção de uma metodologia para avaliar práticas programáticas, e sua aplicação em três diferentes situações: avaliação do programa de saúde do Adolescente – PROSAD, avaliação do projeto Homens Jovens e Saúde, Avaliação da rede municipal de saúde na RA de Bangu. Ao cabo de cada uma das experiências apresentamos algumas recomendações específicas ao caso. Neste capítulo teceremos considerações quanto ao papel e às perspectivas das práticas participativas no contexto de Reforma dos Sistemas de Saúde.

Novas formas, papéis e culturas organizacionais têm sido promovidas na área social e na administração pública em diversos países. De acordo com Ferlie et al⁵⁹, ao descrever o processo conhecido como a Nova Administração Pública (New Public Management), decorrido na Grã-Bretanha, a partir das últimas décadas do século XX, podem-se identificar 4 fases neste processo:

Num primeiro momento, a busca de maior eficiência estabeleceu um modelo de cobrança, de cima para baixo, de objetivos e metas orientados para a redução de gastos e custos. O setor público é visto como burocrático e esbanjador, constituindo-se como problema e não solução. A ênfase em eficiência gera programas de privatização, incorporação de valores gerenciais e de mercado no trato das funções sociais que permanecem no setor público, monitoramento central através de indicadores de desempenho e aprimoramento dos sistemas de custo, informação e auditoria.

Num segundo momento, as atenções voltaram-se para a redução da máquina administrativa (downsizing), empregando o contrato de gestão, visando maior flexibilidade. Neste contexto preserva-se um pequeno núcleo estratégico que articula uma grande periferia descentralizada.

O terceiro momento caracterizou-se pela busca de excelência enfatizando a cultura organizacional. Na abordagem de cima para baixo busca-se impor um programa gerenciado de mudança cultural, projetando-se uma visão. Na abordagem de baixo para cima busca-se trabalhar as relações humanas, reconhecendo a cultura organizacional como forma de adesão.

Finalmente, o quarto modelo parece reconhecer um espaço próprio da administração pública – gerenciamento de políticas públicas características da prestação de serviços

coletivos – porém, comprometida com a qualidade e o usuário (missão), e a aprendizagem social (idem⁵⁹).

Processos semelhantes têm sido vivenciados em diferentes países, em que a adoção de medidas econômicas suscita a necessidade de revisão dos modelos assistenciais. Alguns impactos negativos das medidas racionalizadoras que precisam ser neutralizados são: o prejuízo da qualidade face à sobrecarga de trabalho; o aumento relativo da internação de casos complexos e anteriormente intratáveis, como efeito paradoxal dos avanços da tecnologia médica no sentido de proporcionar tratamentos extra-hospitalares; o conflito entre os critérios de eficiência, que podem induzir o desmonte da capacidade instalada, e as exigências de manutenção de uma estrutura capaz de prover acesso e equidade (Pföhler⁶⁰). O deslocamento de um volume crescente de atendimentos para níveis periféricos do sistema requer a constituição de uma rede integrada de serviço com clara definição de responsabilidades e resolubilidade.

Observando, já com algum distanciamento, o paradigma da NAP que ajudou a construir, Ferlie et al. destaca que a pesquisa em gestão de saúde deve superar a lógica da produtividade e eficiência e começar a se perguntar para que servem as organizações públicas de saúde? e qual a relação entre público, privado e terceiro setor neste contexto?

Raciocinar em termos de produção de serviços no sistema público de saúde é, via de regra, inadequado, uma vez que este sistema orienta-se a impactos (outcomes) mais do que a resultados (outputs). Isto implica em co-produção e em arranjos de governança, ou seja, como são tomadas as decisões, quem participa e quem são os interessados. A administração em sistemas públicos de saúde não pode ser vista divorciada do seu contexto político. Como contexto político entende-se não apenas as propostas governamentais, mas também as mudanças no padrão de necessidades e aspirações dos usuários, demandas corporativas e outros aspectos ou mudanças que estejam ocorrendo no ambiente externo.

A racionalidade baseada em produtividade e eficiência remete a um modelo de administração centralizado e vertical de comando e controle, enquanto que a racionalidade baseada em impacto e efetividade sugere a formação de redes articuladas e integradas horizontalmente, o que requer um grau razoável de descentralização. Aqui é ilustrativo o exemplo da avaliação apresentada no capítulo 4. Comparando as 4

unidades observamos que os melhores resultados correspondem ao Adolcentro, uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e uma organização não governamental. Esta situação confere ao Adolcentro a autonomia e necessária para organizar suas atividades com alto grau de flexibilidade visando os objetivos do projeto, enquanto nas unidade de saúde municipais a falta de flexibilidade interna comprometeu os resultados nos demais serviços. A gestão focada na efetividade exige uma melhor compreensão da complexidade das ações de saúde e de quem (público, privado e terceiro setor) é mais indicado para fazer o que.

Fazendo o balanço da produção acadêmica acerca da administração pública nos últimos 20 anos na Inglaterra Ferlie et al⁶¹ admite que a teoria da escolha pública teve decisiva influência na formulação da NAP e aponta a necessidade de se renovar as pesquisas utilizando teorias do comportamento organizacional e psicologia organizacional. “There are a range of alternative approaches which might be used to explain motivation and behavior in public organization, and a significant challenge could be mounted to an overly economic and rationalist view of individuals and organizations”. (idem⁶¹ 10). Estratégia, liderança, motivação do staff e engajamento dos usuários e cidadãos são temas que merecem especial destaque.

No ambiente de reformas, onde instituições públicas fortalecem sua capacidade de formulação política e de monitoramento, avaliação e regulação, as novas tecnologias de planejamento participativo têm uso frequente e difundido em processos decisórios de seleção de temas relevantes, delineamento de soluções e construção de consensos. A experiência internacional em reformas do setor público em países desenvolvidos mostra igualmente o foco em modelos organizacionais e desempenho. As primeiras estratégias orientadas à desregulação, privatização e exposição de organizações públicas a mercados buscavam a obtenção de ganhos em bem estar social e maior eficiência diretamente a partir do padrão genérico da empresa privada. No entanto, uma agenda mais precisa tem se consolidado, buscando compatibilizar funções públicas e aspectos institucionais de cada país, para alcançar os fins desejados em termos de bem estar, qualidade e eficiência (McNulty et al⁶²). Nesta agenda ressalta-se a importância do papel dos diferentes atores - marcadamente o provedor, o usuário e o financiador - na expressão e defesa de seus interesses.

Destacamos, portanto, que a introdução de práticas participativas pode ser discutida em duas vertentes sinérgicas e não competitivas. A primeira delas orienta-se à necessidade do sistema estar incorporando a perspectiva do usuário. A segunda orienta-se à necessidade de incorporar o provedor (profissionais de saúde) no movimento de reforma do sistema.

- 1 MATUS, C. Fundamentos da Planificação Situacional. In: *Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico* (Rivera, F.J.U. org.). Rio de Janeiro: Editora Cortez e Abrasco., 1989
- 2 MATUS, C.. *Adeus, Senhor Presidente: governantes e governados* S. Paulo: Edições FUNDAP, 1996
- 3 SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; SALA, A.; PEDUZZI, M.; CASTANHEDA, E.R.L.; KON, R.. Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde: identificando problemas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(2):221-42, 1999.
- 4 PAIM, J. Por um Planejamento das Práticas de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(2):243-48, 1999.
- 5 DONABEIDIAN, A. (1984). La Calidad de la Atención Médica: defición y métodos de evaluación. Cidade do Mexido, La Prensa Médica Mexicana, S. A. 1984.
- 6 BITZER, E., WASSEM. J., KOHLMAN, T., DIERKS, M.L., 2000. Health outcomes und evaluation in public health. *Public Health Forum*, 29, 2000. pp.2-4
- 7 HARTZ, Z.M.A. Avaliação dos Programas de Saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(2):341-54. ., 1999
- 8 TURA, L. F. R. Os jovens e a prevenção da AIDS no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, UFRJ, Faculdade de Medicina. 1997, 174 p. Tese de Doutorado em Medicina. Orientadores: Celso Pereira de Sá e Diana Maul de Carvalho.
- 9 BURSZTYN, I.; TURA, L.F.R.,. Avaliação em Saúde e a Teoria das Representações Sociais: notas para análise de possíveis interfaces. In: *Representações Sociais: teoria e prática*, (A.S.P. Moreira, org.), pp.89-102, João Pessoa: Editora Universitária. 2001
- 10 JODELET, D. Representações Sociais: um domínio em expansão. In Jodelet, D. *As Representações Sociais*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001. p. 14-44
- 11 RIVERA, FJU. *Análise estratégica e prospectiva em saúde*. Apostila do Curso de Pós-graduação, ENSP-Fiocruz, Rio de Janeiro. 2000
- 12 HATEM, F. et alli. *La Prospective-Pratiques e Méthodes* - Economia. 1993
- 13 BENASSOULI, P & MONTI, R. La Planification por Scénarios - Le Cas AXA France 2005. *Revue Futuribles-nov*. 1995.
- 14 BOURSE, F. *Prospective et Systemique : De L' Analyse Structurelle aux Jeux d'Acteurs*. AFCET / UAS. Deuxieme Ecole Europeene de Systemique. Paris. 1992 (material instrucional).
- 15 GODET, M. *De l' Anticipation à l' Action- Manuel de Prospective et de Stratégie* - Dunod. 1991
- 16 LUZ, MT. Notas sobre as Políticas de saúde no Brasil de Transição Democrática – Ano 80. *PHYSIS - Revista de saúde Coletiva*, 1: 201-217. 1991
- 17 BRASIL. *Constituição Federal da República do Brasil de 1988*. Disponível no endereço eletrônico: www.senado.gov.br/bdtextual/const88/const88.htm, consultado em 20/05/03.

- 18 BRASIL, MS *Norma Operacional Básica – SUS 01/96* Portaria do Ministério da Saúde 2.203 de 5 de Novembro de 1996. Brasília, DF.
- 19 Brasil,MS. *Datasus – Sistema de Informação do SUS*. Disponível na Internet no endereço eletrônico: datasus.gov.br, consultado em 15/07/02. 2002a
- 20 Brasil, MS. *Consulta on-line da home page do Ministério da Saúde*. Disponível na Internet no endereço eletrônico: saude.gov.br, consultado em 15/ 07/02. 2002b
- 21 Brasil, MS. *Norma Operacional da Assistência a Saúde -NOAS/ 2001*. Portaria do Ministério da Saúde de janeiro de 2001.Brasília, DF.
- 22 Brasil, MS *Norma Operacional da Assistência a Saúde -NOAS/ 2002*. Portaria do Ministério da Saúde de fevereiro de 2002.Brasília, DF. 2002c
- 23 MARQUES, RM & MENDES, A.O SUS e a Atenção Básica: A Busca de um Novo Desenho? In: *Seminário Saúde e Desigualdades: Instituições e Políticas Públicas no Século XXI*. (mimeo). Rio de Janeiro: ENSP/ FIOCRUZ. 2001
- 24 MENDES,E.V. *A Atenção Primária à Saúde no SUS*. ESP-Ceará.Fortaleza. 2002
- 25 SCHWARTZ,P. *A Arte da Visão de Longo prazo.Planejando o futuro em um mundo de incertezas*. Zumble/Best Seller Editoras.São Paulo. 2000
- 26 CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.L.; PINEAULT, R.. 2000. A Avaliação na Área de Saúde:conceitos e métodos. In: *Avaliação em Saúde* (Hartz, Z.M.A.A., org), pp. 29-47, Rio de Janeiro: ed. FIOCRUZ..
- 27 LUBER, E. Woher kommen gute Gesundheitsziele und: Warum gibt es in Deutschland so wenige? In: *Gesundheitsziele: Planung in der Gesundheitspolitik*, (R. Geene e E. Luber orgs) pp 59-66, Frankfurt am Main: Marbuse-Verlag. ., 2000
- 28 NAYLOR, P.J.; WHARF-HIGINS, J.; BLAIR, L.; GREEN, L., O'CONNOR, B. Evaluating the participatory process in a community-based heart health project. *Social Science and Medicine* 55:1173-87. . 2002
- 29 MARTIN, J.F. Physicians/care providers and politics, life and society viewed from different angles: a cross-cultural issue. *European Journal of Public Health*, 13:182-84. ., 2003
- 30 NEMES, M. I. B. Prática programática em saúde. In: *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica* (L.B. Schraiber, M.I.B. Nemes, R.B. Mendes-Gonçalves, org.), pp.48-65, São Paulo: HUCITEC. ., 1996
- 31 CAMPOS, G.W. de S.. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Caderno de Saúde Pública* 14(4):863-70, 1998
- 32 FREIRE, P. *A Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra. ., 1970
- 33 BANCO MUNIDAL, *The World Bank Participation Sourcebook*. Washington: Environmentally Sustainable Development, World Bank. 1996.
- 34 VALLA, V.V. Sobre participação popular:uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública* 14(Sup. 2):7-18., 1998

- 35 OLIVEIRA, R.M. e VALLA, V.V. As condições e as experiências de vida de grupos populares no Rio de Janeiro:repensando a mobilização popular no controle da dengue. *Cadernos de Saúde Pública* 17(supl):77-88., 2001
- 36 STOTZ, E.N. Movimentos Sociais e Saúde: Notas para uma Discussão. *Cadernos de Saúde Pública* 10 (2): 264-268, , 1994
- 37 VALLA, V.V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cadernos de Saúde Pública* 15(Sup. 2):7-14., 1999
- 38 GAJARDO, M. Pesquisa Participante: propostas e projetos. In: *Repensando a pesquisa participante* (C. R. Brandão, org.), pp.15-50, São Paulo: Ed. Brasiliense., 2000.
- 39 RIVERA, F.J.U. Planejamento estratégico-situacional ou controle de qualidade total em saúde? Um contraponto teórico-metodológico. *Cadernos FUNDAP* 19(jan-abr):25-45 ., 1996
- 40 CECÍLIO L.C. de O. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: *Agir em saúde: um desafio para o público* (Mehry, E.E. Onocko, R., orgs) pp.161-69, S. Paulo: ed.Hucitec , 1997
- 41 GANDIN, D. A posição do planejamento estratégico entre as ferramentas de intervenção na realidade. *Currículo sem Fronteiras*, .1(1):81-95. acessado em 14 de julho de 2003 <www.curriculosemfronteira.org>., 2001
- 42 GTZ. *Project Cycle Planning (PCM) and Zielorientiert Projekt Planung (ZOPP)*. Eschborn: GTZ, 1996 .
- 43 HELMING, S. e GÖBEL, M. *Ziel Orientiert Projekt Planung -ZOPP*. Eschborn: GTZ. ., 1998
- 44 GASPER, D. Problems in the Logical Framework Approach and Challenges for Project Cycle Planning. *the Courier* 173:75-77. ., 1999
- 45 SCHUBERT, B. The Bride Kept her Dstance: reflexions on GTZ's 'ZOPP marries PRA?' Seminar 1996. *AT Forum*, N. 9:10-11 ., 1997
- 46 EAGGERS, H.W. Project Cycle Management revisited. *the Courier* 169: 69-72., 1998
- 47 SCRIMSHAW, SCM E HURTADO, E.. *RAP - Rapid Assessment Procedures for Nutrition and Primary Health Care*. United Nations Los Angeles: University/ UNICEF/ UCLA, 1987.
- 48 WHO. *Guidelines for Rapid Appraisal to asses community health and needs*. Genebra: WHO/SHS/NHP/88.4, 1988.
- 49 MACINTYRE, K. The Case for Rapid Assessment Surveys for Family Planning Program Evaluation. Paper presented at the Annual Meeting of the Population Association of America, San Francisco, 1995. acessado em 12 de maio de 2003 <www.cpc.unc.edu/pubs/paa_papers/1995/macintyre.htm>., 1995

- 50 BRANCO, V.M.C., 2002. *Os Sentidos da Saúde do Adolescente para os Profissionais*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- 51 BURSZTYN, I.; BRANCO, V.M.C; TURA, L.F.R., Avaliação do PROSAD: uma construção a partir dos atores. *Saúde em Foco*,21:97-1142, 2001
- 52 BURSZTYN, I., 1999 Projeto Horizontes/sub-projeto Avaliação do Programa de Saúde do Adolescente na CAP 3.3.-Relatório Final. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, mimeo
- 53 CROMACK L.M.F. *O Olhar do Adolescente sobre a Saúde: um estudo de representações sociais*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro., 2003.
- 54 OPS. *Proyecto de desarrollo y salud integral de adolescentes y jóvenes en America Latina y el Caribe 1997-2000*. Washington DC: Organización Panamericana da la Salud, 1998a
- 55 CNPD. *Jovens acontecendo nas trilhas das políticas públicas*. Brasília, 1998
- 56 MINISTÉRIO DA SAÚDE.*Programa de Saúde do Adolescente: Bases Programáticas*. Brasília,1989
- 57 MADEIRA, F.R; RODRIGUES,E.M. Recado dos jovens: mais qualificação. In: CNPD, *Jovens acontecendo nas trilhas das políticas públicas*. Brasília, p. 427-496., 1998
- 58 BRASIL *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília, 1991
- 59 FERLIE, E.; ASBURNEZ, L.; FITZGERALD, L.; PETTINEW, A., 1999. *A Nova Administração Pública em Ação*. Brasília, UnB/ENAP
- 60 PFÖHLER, W. (2004) Die Deuetsche Krankenhauslandschaft im Überblick. *Public health Forum*, 44, set.-2004, p. 2-3.
- 61 FERLIE, E; HARTLEY, J; MARTIN, S. (2203). Changing Public Service Organization. *British Journal of Management*, Vol 14, S, p 1-14
- 62 MCNULTY, T. e FERLIE, E. (2004) *Reengeneering Health Care: the complexities of organizational transformation*. Ed. Oxford University Press, Oxford
- 63 HININGS, C.R.; CASEBEER, A.; REAY, T.; GOLDDEN-BIDDLE, K.; PABLO, A.; GREENWOOD, R. (2003) Regionalizing Health Care in Alberta: legislated change, uncertainty and loose coupling. *British Journal of Management*, V.14, suplemento, p.15-30
- 64 STEINER, P.; MÖRSCH, M. (2004). Krankenhausplanung und Investitionsförderung: Herausforderungen der DRG-Einführung. *Public health Forum*, 44, set.-2004, p. 3-5.
- 65 GTZ. *ZOPP: an intrduction to the method*. Eschborn, GTZ, 1987.
- 66 AYRES, J.R.C.M; FRANÇA JR,I.. Saúde do Adolescente In: *Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, p.66-87., 1996.

- 67 BRASIL, MS *O Piso da Atenção Básica e sua composição*. Portaria do Ministério da Saúde nº 1882 de 18 de dezembro de 1997. Brasília, DF.
- 68 CASTRO, V.C.G. *A “Porta de Entrada” do SUS: um estudo sobre o sistema de internação em um município do Estado do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Osvaldo Cruz. 2002
- 69 COSTA, A. C. G. *Protagonismo juvenil: adolescência, educação e participação democrática*. Salvador: Fundação Odebrecht, 2000.
- 70 FOCUS ON YOUNG ADULTS. *A Guide to monitoring and evaluating adolescent reproductive health programs*. Washington DC: Tool series, 2000.
- 71 FREIRE, P. *A Pedagogia da Esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra. ., 2000
- 72 MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde e Desenvolvimento da Juventude Brasileira: Construindo a Agenda Nacional*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999
- 73 OPS. *Reunión de expertos em desarrollo educativo para la salud de los adolescentes*. Washington DC: Organización Panamericana da la Salud (cópia reprográfica), 1998b
- 74 RIBEIRO, JM; BURSZTYN, I; COSTA, NR.; SILVA, PLB. *Construindo o SUS no Rio de Janeiro*. COSEMS-RJ. 1999
- 75 UNICEF. *Youth health for a change: a UNICEF notebook on programming for young people’s health and developmen*. Washington DC, 1997.
- 76 WHO/UNFPA/UNICEF. *Programming for Adolescent Health and Development: Report of a WHO/UNFPA/UNICEF Study Group on Programming for Adolescent Health*. Genève: WHO Technical Report Series: 886, 1999.

Anexo 1

Planilhas referentes ao capítulo 3

Eixos de análise	PS 4	Nota
Implantação Das ações do PROSAD	A Unidade promove encontros com os adolescentes através dos grupos. Há um período inicial de inscrição para posterior execução dos encontros (de um mês para o outro). A divulgação é feita nas escolas. Existem os projetos: Sinal Verde (que facilita essa divulgação) e o Vista essa Camisinha. Os profissionais também divulgam o trabalho no próprio Centro de Saúde. Os adolescentes fazem divulgação dos grupos na escola (boca a boca). A porta de entrada encaminha os adolescentes ou para a clínica ou para os grupos. Caso haja algum problema que seja incapaz de resolver, o setor encaminha para o serviço social. Há mais atendimentos individuais, se comparado a grupos, em função das consultas clínicas. A clínica distribui 12 números para atendimento no dia. A clínica atende e, quando necessário, encaminha para as diversas especialidades. A marcação de consulta está com espera de 3 meses. Há absentéismo grande na clínica. O menino adolescente procura com menos frequência a Unidade de Saúde do que a menina. A maioria dos adolescentes que procura a Unidade, está inserida em um contexto familiar. As profissionais percebem que os adolescentes ficam envergonhados em pedir camisinhas.	5
Equipe Interdisciplinar	O Programa conta com clínico, assistente social, pediatra e ginecologista. A equipe ressenete-se da ausência de um psicólogo e relata dificuldade para reunir-se para discutir o trabalho. O grupo de adolescentes conta com a participação de uma assistente social, uma médica clínica e uma enfermeira. Houve redução no nº de pediatras da unidade, de 8 para 3. Há treinamentos eventuais para os profissionais, no entanto, não há como socializá-los, em função da falta de tempo.	4
Estratégias de Organização da Assistência	Os documentos exigidos para o cadastro dos adolescentes são: a identidade e a conta de luz. A conta de luz é exigida com o objetivo de obter o endereço correto do adolescente para um eventual envio de correspondência. Não é aberta ficha central para a participação nos grupos. Os temas a serem discutidos são escolhidos pelo próprio grupo, o horário é determinado pela equipe e o adolescente torna-se ciente do mesmo no ato da inscrição. Há dois tipo de grupo: o de discussão de temas (8 encontros) e o de contracepção (3 encontros). A família é chamada para participar no primeiro e no último encontro, mas dificilmente comparecem. Solicita-se autorização do responsável para que o adolescente participe dos grupos. A maior demanda é por contracepção. Não é comum casos de violência e maus tratos, sendo os raros casos que surgem encaminhados ao Conselho Tutelar.	4
Parcerias	A Unidade mantém uma boa parceria com as escolas e dizem que estas contribuem muito para a captação dos adolescentes. A Unidade também encaminha adolescentes para o CEI, a fim de incentivar a prática de esportes e também desenvolver a profissionalização. Entretanto, não constitui uma parceria formal; a Unidade não obtém o retorno desses adolescentes encaminhados. A equipe diz manter uma boa relação com os adolescentes que atendem.	4
Participação do Adolescente	Os adolescentes opinam nos grupos e são eles que escolhem os temas para a discussão. As profissionais percebem muitas crenças equivocadas acerca da sexualidade. A avaliação do trabalho é feita, através dos grupos, pelos adolescentes.	4

	CMS 3	Notas
implantação das ações do PROSAD	As ações do programa encontram-se muito direcionadas ao atendimento dos participantes do Círculo de Amigos do Menor Patrulheiro (CAMP) – curso profissionalizante com duração de 4 meses, mantido pelo LYONS, para adolescentes é de 15 a 17 anos. Não há priorização do atendimento ao adolescente, e é relatada a não existência de demanda direta, ou seja, os adolescentes procuram pouco a Unidade. Não há grupo de planejamento familiar específico para o adolescente. Há também poucas inscrições para a contracepção. A Unidade chegou a manter contato com a Associação de Moradores, mas não houve desdobramentos, pois estes queriam que o trabalho fosse desenvolvido na comunidade. O adolescente é atendido na porta de entrada e encaminhado para o serviço procurado. De acordo com o SIGAB, há um grande número de adolescentes atendidos na dermatologia e, no entanto, a dermatologia não é considerada como pertencente ao programa. Segundo a pediatra, a principal causa de encaminhamento à dermatologia refere-se a problemas de pele, como: acne, e apenas poucos casos referem-se a DST.	3
Equipe Interdisciplinar	A equipe é constituída de assistente social, psicóloga, pediatra, dentista, nutricionista (eventualmente) e ginecologista. Todos participam das decisões. Não há, no entanto, reunião da equipe, por falta de tempo, alegaram. Os profissionais já participaram de alguns treinamentos. A direção da Unidade sugere a participação nos treinamentos. Segundo relataram, não há tempo para socializar os conteúdos apreendidos nos treinamentos, por falta de tempo. Entretanto, elogiaram os treinamentos, acham que deveriam participar mais e que costumam aplicá-los em seu dia-a-dia de trabalho.	3,5
Estratégias de Organização da Assistência	A carteira de identidade é o documento solicitado ao adolescente no atendimento, mas não obrigatório. O atendimento ao adolescente é basicamente individual. Como dito antes, somente os adolescentes do CAMP participam do atendimento em grupo. A atividade educativa com o grupo é uma vez por semana. Há poucos casos de maus tratos atendidos na Unidade. Há alguns casos de homossexualidade, drogas, no entanto, não é comum ser estimulado pelo grupo. Na ausência da enfermeira que efetua as inscrições para o grupo de contracepção, não se faz inscrição. A pessoa deve retornar no horário de atendimento da enfermeira. Isso pode explicar a pouca demanda observada no grupo de contracepção. O programa também não trabalha a família.	3
Parcerias	As únicas parcerias existentes são a do CAMP e da CASA JIMMY (filiada a uma ONG, que abriga crianças e adolescentes de risco). Há também o Projeto Vista essa Camisinha. Já houve parcerias com escolas, mas esse ano não. Alegaram que é complicado, em função da má vontade da escola. Os profissionais salientam que, atualmente, em função do tiroteio e do próprio tráfico de drogas existente nos morros da região, o acesso à comunidade tornou-se difícil. Não existe encaminhamento da Unidade para outras instituições.	3

Participação de Adolescentes	As profissionais relatam que os adolescentes do CAMP participam integralmente das atividades. Podem opinar, avaliar e manifestarem-se em todas as atividades. Dizem encontrar dificuldades em lidar com esses adolescentes por serem de “difícil trato”. A assistente social salientou que a única profissional a manter boa relação com eles é a psicóloga e que todos, exceto ela, já tiveram um certo tipo de embate com esses adolescentes.	5
------------------------------	---	---

Eixos de análise	CMS 1	Nota
Implantação das ações do PROSAD	A Unidade está em processo de reorganização do programa, estando no momento apenas realizando o atendimento aos adolescentes. A ação “vista a camisinha” encontra-se implantada, mas não o sinal verde. A divulgação do programa tem se dado nas salas de espera, grupos de “TIG” e grupos de contracepção. Numa primeira tentativa de reorganizar os grupos de adolescentes houve um baixo índice de frequência (de 40 somente 4 compareceram). A priorização de adolescentes de risco fica por conta de uma parceria com o Conselho Tutelar.	3
Equipe Interdisciplinar	Há diversidade de profissionais envolvidos com o Programa (auxiliar de enfermagem, pediatra, enfermeiros, documentação médica, ginecologista e nutricionista) faltando assistente social e psicólogo. Já houve uma primeira reunião para retomada do programa. Diversos profissionais já foram treinados, mas ainda faltam alguns. A indicação de profissionais para o treinamento fica a critério das chefias, sendo os treinamentos considerados ótimos.	3
Organização da Assistência	Não há exigência de documentos para o atendimento ao adolescente, somente o exigido para a abertura da ficha central. O envolvimento dos profissionais da documentação médica com o programa busca dar uma maior resolutividade na procura do adolescente. Havia problemas no atendimento às DST, mas agora com a padronização, estes problemas do atendimento foram resolvidos. O serviço costuma fazer prescrições de anticoncepcionais para as adolescentes (atendidas sem acompanhamento dos responsáveis) sem que haja qualquer problema. No momento não há atendimento à família embora já tenha havido.	3

Parcerias	Existem diversas parcerias para a assistência aos adolescentes, como o Hospital do Andaraí e o HUPE, que são utilizados como referência no atendimento da Unidade. Há também uma parceria com os agentes comunitários existente em algumas comunidades. A parceria existente com o CEMASI é para o atendimento aos adolescentes de rua, considerados de risco que são trazidos por estes profissionais à Unidade para o atendimento. Há intenção da equipe de fazer parceria com Maracanã com o objetivo da prática esportiva.	4
Participação do adolescente	No momento não há participação dos adolescentes no planejamento das atividades desenvolvidas pela Unidade.	1

Eixos de análise	UIS	Nota
Implantação das ações do PROSAD	As ações “vista a camisinha” e sinal verde encontra-se implantado em 2 escolas. Há priorização no atendimento clínico do adolescente, já que por falta de recursos tenha sido perdida uma ginecologista exclusiva para os adolescentes, o que tem acarretado uma certa dificuldade no acesso a esta consulta. Não existem estratégias de captação de grupos de risco. O profissional do balcão por vezes percebe um certo constrangimento nos adolescentes e procura encaminhar logo para a médica do programa. Praticamente não ocorre articulação com outras ações desenvolvidas na Unidade, mesmo tratando-se de ações correlatas como a de contracepção.	4
Equipe interdisciplinar	A equipe é insuficiente contando apenas com dois profissionais uma médica clínica e uma psicóloga. Não há de fato um trabalho interdisciplinar, mas sim um atendimento psicológico complementar ao atendimento clínico. As decisões em geral são tomadas individualmente, ocorrendo eventuais trocas entre os profissionais. Tanto a médica como a psicóloga já realizaram diversos treinamentos, embora, por pressão de demanda haja pouco espaço para repassar a outros profissionais.	4
Estratégia de organização da assistência	Para o atendimento é exigido do adolescente o que é exigido para o atendimento de qualquer pessoa (alguma identificação). O atendimento é realizado sem a presença do responsável, embora a médica se declare meia insegura quanto a esta conduta nos casos do atendimentos de emergência. A psicóloga faz atendimentos individuais e em grupos de acordo com sua prévia avaliação, neste atendimentos em grupos há um momento onde a médica participa. A participação das famílias ocorre quando o profissional acha que há necessidade. Os profissionais ressentem-se da falta insumos (camisinha) e material educativo para ser distribuído.	4
Parcerias	As parcerias são poucas com algumas escolas e creches. As parcerias não contribuem para o aumento da demanda dos grupos de risco porém, ampliam as possibilidades de acesso ao esporte. (através de centro esportivo da localidade)	3
Participação do adolescente	Os adolescentes participam avaliando as atividades de grupo e sugerindo temas para serem debatidos. Existe receptividade da médica para participar de eventos organizados pela comunidade.	4

Eixos de Análise	CMS 4	NOTA
Implantação das Ações do PROSAD	O atendimento ao adolescente dentro da unidade restringe-se, praticamente ao atendimento individual. Há um turno específico de pediatria o que facilita a captação interna. A demanda é pequena e proporcional à oferta, de modo que não há dificuldade de atendimento àqueles que procuram o serviço. Trabalho de grupo só é feito com escolares quando há demanda por parte das escolas (não há um trabalho de continuidade). Há um início de parceria com uma casa de acolhida que traz os adolescentes para serem atendidos no CMS.	4
Equipe Interdisciplinar	A equipe é precária. Há um certo envolvimento da psicóloga, mas o intercâmbio e articulação entre os profissionais ainda é muito informal. Há duas pediatras trabalhando com o atendimento ao adolescente por adesão voluntária.	3
Estratégias de Organização da Assistência	Procura-se não criar barreiras ou burocracias ao atendimento, com vistas a facilitar o acesso do adolescente. Por outro lado não há estratégias especiais no sentido de potencializar o trabalho. O atendimento é basicamente pediátrico, individual. Há uma grande demanda por métodos contraceptivos.	4
Parcerias	As parcerias com as escolas se dá a partir da demanda destas. Há um grande no. de escolas, daí ser baixa a cobertura. A clientela é fortemente composta por adolescentes de classe média. É feito, com frequência, encaminhamento para prática de esporte ou mesmo para curso profissionalizante, mas não há um fluxo formal para isto	5
Participação do Adolescente	O adolescente divulga para os seus pares o serviço e nas oportunidades em que são feitos grupos procura-se dar abertura para a participação	2

Eixos de Análise	PS 2	Nota
Implantação das Ações do PROSAD	Há diversas ações que procuram absorver os adolescentes e suas demandas, porém não é possível afirmar que exista o programa estruturado. Falta interligação entre as ações, que não chegam a constituir um corpo programático, há dificuldade em se sensibilizar os profissionais, a clientela adolescente compõe-se, basicamente, de demanda espontânea, e apenas uma pequena parte é representada pelo trabalho parceiro com uma escola do ensino fundamental (uma única professora parceira).	3
Equipe Interdisciplinar	A participação no programa depende em grande parte de fatores individuais e do grau de sensibilização de cada profissional. Não há uma equipe delineada. Há um pediatra sensível e interessado, porém sem treinamento. Basicamente, a idéia do programa de atenção ao adolescente repousa no esforço quase solitário da assistente social (?) que procura realizar um trabalho piloto com um grupo de escolares	2
Estratégias de organização da assistência	Tendo em vista alegação de segurança, o atendimento ao adolescente é feito na presença do responsável. O programa de contracepção não possui um grupo específico de adolescentes, mas questões referentes a este tema são tratadas no grupo de adolescentes. A família é atendida quando demanda neste sentido.	3
Parcerias	Há uma parceria reconhecida com uma professora de uma escola da rede de ensino fundamental. Outras parcerias tem sido tentadas, p. ex., com a igreja, ou com a SMDS, no que diz respeito a oportunidades de desenvolvimento de atividades esportivas ou educativas e profissionalizantes, mas ainda sem um resultado palpável.	2
Participação dos Adolescentes	O grupo atendido pelo programa, conforme indicado acima, é bastante pequeno (restrito aos alunos de uma única professora parceira), mas com eles busca-se incentivar a participação ativa (escolha dos temas a serem tratados, p. ex.)	4

Eixos de Análise	PS 3	NOTA
Implantação das Ações do PROSAD	As diversas ações do PROSAD encontram-se implantadas. Há priorização, embora a restrição de recursos humanos não permite aumentar oferta. Há problemas de captação precoce para o pré-natal, uma vez que a gravidez nem sempre é revelada ou percebida na porta de entrada. A captação de escolares é boa, e com eles o sinal verde funciona bem. A captação de grupos de risco é baixa (faltam estratégias para isto): há um trabalho de parceria com uma casas de passagem, mas falta identidade com o trabalho realizado (a casa de passagem realiza um trabalho mais voltado para a “retirada da rua” do que para a integração social).	4
Equipe Inter disciplinar	A equipe atual está composta por um leque bem diversificado de profissionais (odontólogo, psicólogo, enfermeira, pediatra, gineologista, aux. de enfermagem). Não há reuniões sistemáticas, principalmente devido à pressão da demanda ser maior de que a capacidade da equipe. No entanto, nos encontros na copa, na “hora do cafezinho” há intenso bate=papo e, mesmo que informalmente, há um compartilhamento nas tomadas de decisão. A designação para treinamentos é feita sem grandes programações, de acordo com a disponibilidade do momento.	3
Estratégias de Organização da Assistência	A equipe tem grande preocupação com este tema. Toma-se diversas providências para facilitar a entrada do adolescente no serviço (não se exige documentos e nem a presença do responsável). Percebe-se que há uma certa dificuldade na captação da gestante na porta de entrada, pois nem sempre a adolescente revela a gravidez, seja por vergonha ou qualquer outro motivo. Os adolescentes com comportamento de risco, de modo geral, não demandam espontaneamente o serviço. A equipe está se preocupando em criar estratégias para alcançar a família, mas isto não é tão fácil. No momento a ênfase tem sido no atendimento individual e grupos informais.	4
Parcerias	A Unidade vem trabalhando intensamente em parcerias com escolas e outras instituições como a casa de passagem e até mesmo igrejas, o que, mesmo que de maneira ainda incipiente, tem contribuído para a diversificação da clientela. O sinal verde tem sido um instrumento importante de captação. A Unidade se resente da falta de efetividade da rede, no que diz respeito aos casos que necessitam de encaminhamento.	5
Participação do Adolescente	Os adolescentes são estimulados a participar, seja através da escolha de temas de discussão ou outras maneiras. Há, também, muita abertura dos profissionais da unidade para a participação em eventos promovidos pela comunidade.	3

	PAM	Nota
Implantação das Ações do PROSAD	As ações do Programa estão bem implantadas. Existe um espaço físico próprio onde funciona o PROSAD e uma equipe diversificada. Os profissionais consideram que existe uma boa captação dos adolescentes pois é um Programa bem divulgado na área. O Serviço Social costuma fazer o 1º. contato, sendo que este “bom acolhimento” é considerado fundamental por parte da equipe para que os adolescentes fiquem e participem das atividades grupais. A porta de entrada também é facilitada. O adolescente é encaminhado diretamente para o local PROSAD. Todos consideram um sucesso a quantidade de adolescentes atendidos: 1280. Há uma percepção unânime de que o trabalho com o adolescente é priorizado na unidade.	5
Equipe interdisciplinar	A equipe multidisciplinar é composta por diferentes profissionais tendo inclusive 3 profissionais da área de saúde mental (2 psicólogos e uma psiquiatra). Um dos psicólogos está sendo transferido para outra unidade mas relata que gosta imensamente do trabalho realizado no PAM com os adolescentes. Todos os profissionais que participaram da Oficina consideram que há um espírito de equipe. Acham-se, inclusive, diferenciados em relação a outras equipes de outros programas já que tem uma boa capacitação de todos os membros. A equipe costuma reunir-se mensalmente, como um todo, e o grupo de saúde mental, quinzenalmente.	5
Estratégias de organização da assistência:	Foi o item que mais gerou comentários na Oficina. Todos queriam explicar como funciona o atendimento. Destacaram que todo adolescente passa pelo clínico e que nesta consulta há uma cadeira para o adolescente sentar-se. Existe trabalho na sala de espera realizado pela enfermagem. Os grupos terapêuticos são tanto de adolescentes quanto de pais (1), o que é uma inovação. Acreditam que o grupo de gestantes pode melhorar. Encontram dificuldades em relação aos adolescentes que não chegam ao Posto. Perguntam-se como captá-los. Pensam na possibilidade de novas alternativas de grupos ou cursos profissionalizantes. A clientela do PROSAD é formada por várias classes sociais (baixa, média baixa e média). Os membros da equipe consideram que a forma como a assistência está organizada faz com que o adolescente que é encaminhado para a Saúde Mental não seja estigmatizado. A base para o trabalho de grupo, para a maioria dos membros da equipe, foi dada pelo EDUCARTE. A boa comunicação e integração da equipe facilita o trabalho assistencial.	4
Parcerias	É considerado como um dos pontos fortes do PROSAD dentro do PAM Bancários. As parcerias são inúmeras: Aeronáutica, Conselho Tutelar, CEMPES. Durante a realização da Oficina uma das instituições de parceria ligou para falar com a assistente social. Há o desejo de se criar um pólo profissionalizante.	5

Participação do adolescente:	Existe o MURAL onde os adolescentes expressam o que querem. Nos grupos de adolescentes sempre ocorre uma avaliação do grupo ao final dos mesmos. A participação é considerada boa (é trazido inclusive o exemplo de um adolescente que fez questão de dar o depoimento próprio em um solenidade ocorrida no PAM). Contudo, a equipe acredita que especificamente as adolescentes grávidas não participam tanto quanto poderiam participar. A participação do adolescente, de um modo geral, ainda pode ser melhorada, principalmente, para atingir àqueles adolescentes que não chegam ao PAM.	4
------------------------------	--	---

Eixos de Análise	PS 1	Nota
Implantação das Ações do PROSAD	O Programa está implantado há 6 anos. De acordo com a percepção dos profissionais as ações estão implantadas (TIG, contracepção, etc.). O atendimento é dirigido à população que demanda o serviço, não havendo a preocupação de uma estratégia para captação daqueles considerados prioritários. Os profissionais ressaltam que a população usuária é formada principalmente por pessoas da comunidade que consideram ser de bom padrão (classe média que foi perdendo seu poder aquisitivo- militares, professores-) e, praticamente, não detectam casos de usuários de drogas ou outras questões de saúde que configure uma população em risco. Alguns profissionais consideram que a real população de risco não vem ao posto de saúde.	4
Equipe interdisciplinar de saúde	Apesar de haver diversidade de profissionais envolvidos e interessados a maioria dos profissionais acha que o Programa precisa de mais médicos e, principalmente, de um psicólogo (que havia no início mas foi para outra unidade). O intercâmbio entre os profissionais ocorre informalmente, na medida em que existe um bom relacionamento entre todos. Não há reuniões regulares, conforme já mencionado. A equipe considera-se pouco treinada e manifesta o desejo de participar de novos treinamentos, embora reconheça como um dos obstáculos para isto a dificuldade em se prescindir de um profissional e libera-lo para cursos, já que estão muito envolvidos com o atendimento e as atividades de rotina.	3
Organização da assistência	O serviço apresenta uma boa cobertura e procura facilitar o acesso do adolescente não criando barreiras e burocracias para o atendimento. O adolescente é atendido sem a presença obrigatória dos pais e pode pegar anticoncepcionais desacompanhado. As consultas podem ser tanto individuais quanto em grupo. Casos de violência são eventualmente atendidos, porém questões relacionadas a drogas e homossexualidade praticamente não chegam ao serviço. De acordo com o caso pode-se oferecer um atendimento à família, o que, no entanto, não se constitui em rotina. Os profissionais destacam que contam muito uns com os outros nas atividades do dia-a-dia e no auxílio na resolução de problemas.	4
Parcerias	O programa está fortemente baseado no atendimento na unidade. Quando há demanda por parte das escolas são feitas palestras (intervenções pontuais), porém não existe um trabalho contínuo.	5
Participação dos Adolescentes	Os adolescentes participam especialmente divulgando o serviço (“boca a boca”). A maioria acredita que se houver uma divulgação maior do programa não darão conta de atender a demanda.	2

Eixos de análise	CMS 2	Nota
Implantação das ações do PROSAD	A Unidade desenvolve as ações do “vista camisinha” e sinal verde com 1 escola. A maioria dos adolescentes procuram a Unidade por conta de pesquisas escolares. Alguns chegam também buscando consultas ginecológicas, clínicas, de DST ou orientação da nutricionista para emagrecimento. Há priorização para alguns atendimentos, embora falte integração com outras atividades realizadas na Unidade, tais como os grupos de TIG. Levantamento recente revelou o atendimento de cerca de 600 adolescentes/mês na Unidade.	2,5
Equipe interdisciplinar	Não existe propriamente uma equipe interdisciplinar responsável pelo atendimento ao adolescente, sendo em sua maioria diretamente encaminhados ao serviço social que é responsável pela ação vista a camisinha. Os demais atendimentos são realizados nas diferentes clínicas, sem que haja compartilhamento entre os profissionais nas tomadas de decisão. Inexistem reuniões sistemáticas dos profissionais de avaliação ou planejamento. A assistente social já participou de diversos treinamentos oferecidos pelo programa. Os demais profissionais desconhecem os critérios utilizados pela SMS na indicação para os treinamentos.	2,0
Estratégias de organização da assistência	Na porta de entrada encontra-se profissional sensibilizado para encaminhar os adolescentes para o serviço social responsável pelas ações do “vista a camisinha.” O atendimento ocorre de forma individual, com exceção dos grupos de planejamento familiar, pré-natal e de AIDS. Para o atendimento é exigido o que é a qualquer pessoa a certidão de nascimento e se possível uma conta de luz. Nos atendimentos procura-se garantir o sigilo nas questões dos adolescentes salvo situações de risco. A Unidade não consegue atender a demanda da família que por vezes procuram a Unidade para orientação, ressentem-se da ausência de psicólogo na equipe. Pretendem implantar em breve um turno reservado exclusivamente para os adolescentes. Consideram insuficiente o material de divulgação que recebem. Ultimamente tem faltado preservativos.	4,0
Parcerias	Existe parceria com uma escola onde está implantado o projeto “sinal verde.” São esporádicos os contatos com o Conselho Tutelar.	2,0
Participação do adolescente	Os adolescentes são estimulados a avaliar as atividades realizadas em grupo tais como planejamento familiar ou pré-natal.	3,0

Anexo 2

Roteiro e planilhas referentes ao capítulo 5

Roteiro da entrevista nas Unidades de Saúde

Conversar com o diretor e/ou coordenador de programas:

Você considera que os programas de saúde estão implantados nesta unidade?

Quais os que estão e quais os que não estão? Porquê?

A maneira de funcionarem os programas é adequada às necessidades da população da área? explique

Quais tem sido os principais problemas/obstáculos ao programa?

Qual é a equipe envolvida?

Com chefias ou profissionais ligados aos diversos programas (mulher, criança, adulto, epidemiologia, imunização, hanseníase, tuberculose, aids, hipertensão, diabetes, bucal e o que mais houver).

Você considera que o programa (específico em que atua) está implantado na unidade de maneira adequada?

Quais as ações que você considera prioritárias, tendo em vista o perfil da área?

Que profissionais atuam no programa? Como funciona o trabalho de equipe?

Além do atendimento, que outras ações o programa promove? (grupo, trabalho educativo, etc..)

Há um intercâmbio e trabalho cooperativo entre os profissionais que atuam nos diferentes programas?

Quais os pontos fortes do programa nesta unidade (o que contribui para um desempenho de sucesso)?

Quais os obstáculos ou dificuldades enfrentadas pelo programa nesta unidade?

Quais as dificuldades enfrentadas pela população local para ter acesso a um serviço de qualidade?

Agente do balcão, porta de entrada:

Como funciona a porta de entrada na unidade?

A oferta de consultas é adequada à demanda?

Há filas, muitas pessoas ficam sem atendimento? Como é a marcação de consultas?

Paciente

Em que situações você procura este serviço?

Que outros serviços você costuma procurar? Em que situações?

Você se sente bem atendida aqui? Pq?

Qual sua sugestão para melhorar o atendimento nesta unidade?

Roteiro da observação

O pesquisador deve dar especial atenção ao **trabalho de equipe:**

há, efetivamente, um trabalho de equipe? Ou cada um faz a sua parte e pronto?

Quem expressa mais liderança no grupo?

Quais os fatores que parecem contribuir para um melhor clima de equipe?

Quais os fatores que parecem atrapalhar um bom clima de equipe?

Qual parece ser o principal obstáculo de acesso ao serviço?

O que poderia contribuir para facilitar este acesso?

	CMS Waldir Franco	NOTA
Implantação dos Programas	Diversos programas implementados. Através da acolhida realizada pela enfermagem e serviço social procura-se encaminhar a demanda de acordo com os programas disponíveis na unidade. Em caso de necessidade atende-se emergência. Programas disponíveis: Planejamento Familiar, Tuberculose, hanseníase, Saúde da mulher, epidemiologia, homeopatia, puericultura, imunização, DST/AIDS (complicado, os profissionais não se sentem seguros), leishmaniose (em fase de implantação), acolhimento mãe-bebê (está sendo implantado), pé diabético, diabete e hipertensão, psiquiatria, não tem idoso (deveria ter)	3
Equipe de Saúde	Há variedade de profissionais, entretanto os entrevistados referem sobrecarga (muitos profissionais licenciados e cooperativados). Há problemas focais, p.e. DST/AIDS, referência da CAP 5.1, em que é difícil manter uma equipe (pcs agressivos, falta de interação equipe/usuários). Neste caso recorre-se aos cooperativados com prejuízo do vínculo com o programa. Não há avaliação sistemática pela equipe. Está sendo programada reunião para uniformizar os conhecimentos dos programas para poder trabalhar mais integrado Treinamentos nem sempre são ofertados no ritmo da necessidade da Unidade (“só se sabe em cima da hora”)	3
Organização da Assistência	Os programas procuram contemplar atendimentos individuais e práticas de grupo. A hanseníase teve uma experiência de “grupo de ajuda” com participação de pacientes e apoio de profissionais. Há dificuldade em conciliar a presença dos pcs de DST/AIDS com os demais usuários da unidade, pois o comportamento pouco usual destes se choca com o conjunto. DST/AIDS foi colocado em área mais isolada comprometendo a segurança dos profissionais. Há trabalhos extra-muros, como os de imunização e campanhas no calçadão. . Também são referidos problemas com a aderência de pcs da tuberculose e diabetes sugerindo necessidade de capacitação específica da equipe. É referência para HIV/BK/Hasesn. Encaminha para PAM Bangu e emergências para o Albert Schweizer.	4
Parcerias	Há parcerias com Escolas (atende demanda por palestras). Dentescola. Projeto homens jovens e projeto DOTS Realiza-se imunização na Escola de formação de oficiais da PM e orfanatos da área. Faz trabalhos extra-muros com a associação de funcionários da CAP 5.1	4
Participação do Usuário	“grupo de ajuda” da hanseníase. Caminhadas e passeios com hipertensos e diabéticos Há participação através do conselho distrital	3

Eixos	PAM Manoel G. da Silveira Filho	NOTA
Implantação dos Programas	Apresenta superposição de atendimento policlínico e programas de saúde das unidades, típica dos postos de atendimento médico do antigo INAMPS municipalizados pelo SUS. Tem os diversos programas implantados: Planejamento familiar, HAS, Diabetes, pé diabético, remédio em casa, geriatria, pré-natal, aleitamento, CAPS, NAID, saúde da mulher, DST/AIDS, SISVAN, acolhimento mãe-bebê, vista esta camisinha, sinal verde, PROSAD, imunização, oferece suporte em auriculoterapia e fisioterapia. É pólo de atendimento e treinamento para diabetes, asma, vasectomia, patologia cervical e mastologia, insuficiência congestiva crônica. Alguns programas funcionam melhor, outros nem tanto. É difícil acomodar o estilo programático com a policlínica de referência para a área.	3
Equipe de Saúde	Pelas características da municipalização parte dos profissionais tem vínculo federal e parte municipal. Há dificuldade de integração, cuidando cada profissional de suas atribuições específicas (assistente social faz o trabalho educativo, médicos atendem, etc..) e ficando cada equipe absorvida pelo seu programa. Por ser pólo de diversos programas ou subprogramas a equipe proporciona treinamento para outras unidades da área e cria uma certa integração através do atendimento de casos referenciados. Médicos do antigo INAMPS são nostálgicos, cooperativados são refratários ao modelo programático. Faltam enfermeiras em alguns programas	3
Organização da Assistência	A unidade tem as características próprias do PAM que absorveu os programas. Funciona como pólo para a região, recebendo encaminhamentos de outros serviços da AP para os diversos programas e especialidades clínicas. Como parte de suas funções de pólo gerencia encaminhamentos para outras unidades, p.e.: INCA e PAM Andaraí (procedimentos cirúrgicos em diabetes). A identidade de policlínica é mais forte de que de unidade básica. O próprio paciente que demanda vem em busca de pronto-atendimento. Referencia emergência para o Albert Schweizer, o que é problemático	4
Parcerias	Realiza palestras em escolas e comunidades quando requisitado. Atende organização que trabalha com crianças infratoras, CEMASI.	3
Participação do Usuário	Os freqüentadores do serviço, hoje, apresentam uma atitude de cobrança. Às vezes esta cobrança pode ser agressiva ou ameaçadora. Participação mais constante e regular se dá através da presença de lideranças no conselho distrital	3

Eixos	OS Prof. Masao Goto	NOTA
Implantação dos Programas	Possui os diversos programas implementados: Remédio em Casa, HAS, Diabetes, Porta de Entrada, Saúde da Mulher (Mulheres adultas – meia idade, gestantes, menopausa, acolhimento Mãe Bebê, Pré-natal) e Adolescente, saúde bucal. É pólo de mama. Apresenta característica de Unidade mista, por oferecer atendimento de emergência 24 hs junto ao perfil de unidade básica. A mudança para a nova sede possibilitará a expansão dos programas e a implementação de outros. (na 2ª. visita, sede nova: proporcionou maior conforto, mas não o aumento quantitativo do atendimento, pelo menos por enquanto).	4
Equipe de Saúde	A Equipe é estável há anos, com pouca rotatividade. Por outro lado, é preciso cuidar para a que a estabilidade não degenerem em acomodação. A localização de fácil acesso é um fator que contribui para a estabilidade da equipe. Relatam uma relação de cooperação entre os membros das equipes e entre as especialidades. Porém, a integração efetiva depende da atuação de alguns profissionais chave.	5
Organização da Assistência	A Emergência funciona como um apoio à Unidade, absorvendo em parte o excedente de demanda. O atendimento dos programas conta com atividades educativas e assistenciais. A Emergência encaminha, em caso de necessidade, para o Hospital Albert Schweizer, pré-natal de risco é encaminhado para Maternidade Alexander Fleming ou Pro Matre. Há dificuldade para a realização de exames de média complexidade, como ultra-sonografia. O encaminhamento é feito para o PAM Há um fluxo, já estabelecido, de encaminhamento de mamografia para clínica particular em Copacabana. Tem havido falta de materiais que prejudicam o atendimento: na odonto, falta camisinha para adolescente (fundamental para a aderência), TIG.	3,5
Parcerias	Há parcerias com escolas (mesmo para captação de hipertensos e diabéticos), associação de moradores, promundos e outros.	4
Participação do Usuário	Associação participou na mudança para o novo prédio, direção vai às reuniões da associação e discute temas comuns como a segurança para a emergência 24 hs	3,5

Eixos	PS Athayde José da Fonseca	NOTA
Implantação dos Programas	Possui os programas de HAS, Diabetes, Pé diabético, SISVAN, Programa da Mulher (planejamento, pré-natal, grupo de mulheres para discussão de livre demanda, acolhimento mãe-bebê, grupo de idosas), DST/AIDS, Porta de Entrada, Odontologia, Dentescola, Saúde Bucal, Puerpério, Puericultura e Imunização. Não tem programa de adolescete, mas tem muita adolescente grávida A captação para os programas é feita pela Enfermagem em diferentes locais no posto.	4
Equipe de Saúde	Equipe pouco estável, com alta rotatividade Não há coordenador de programa. Chefia formada por diretor, administrador e chefe de enfermagem. As atividades de educação e prevenção ficam sob responsabilidade do Serviço Social e da Enfermagem. Médicos e demais profissionais da Saúde respondem mais pelo atendimento ambulatorial. Bom entrosamento entre os profissionais, sem dificuldades para encaminhamentos dentro da unidade. Funcionários cooperativados não criam vínculos. Há muitos afastamentos por licença. Há rotatividade também de cooperativa, mas alguns auxiliares de enfermagem permanecem desde o início (1998)	2
Organização da Assistência	Dificuldades na marcação de consultas, pelos problemas apontados no item Equipe de Saúde. Há problemas de controle de estoque de medicamentos (não chega a ser grave) e outros materiais. Falta medicamentos de primeira escolha, material educativo e para Odontologia. Há recusa do GO cooperativado em aplicar DIU. Gestação de risco é encaminhada para Alexander Fleming. Especialidades são encaminhadas ao PAM. Por estar situado no interior de comunidade carente chegam atendimentos de emergência para os quais a unidade não está preparada. Espaço do pé diabético é precário (às vezes seria bom até dar um banho no paciente).	4
Parcerias	Escolas vinculadas ao Dentescola: EM Dias Gomes, Creche Dente de Leite, Escola Coreto de Fonseca. Reconhecem dificuldades em realizar atividades extramuros. Quando há demandas procuram atender na medida das possibilidades	3
Participação do Usuário	Há pouca participação do usuário. Paciente chega encaminhado ou após ter peregrinado por várias unidades de saúde. Queixa-se da dificuldade na marcação, vão várias vezes ao posto e chegam cedo para conseguir atendimento. Não são informados sobre faltas ou atrasos dos médicos. Falta informação sobre serviços da rede e sobre as condições de acesso aos programas e serviços. Funcionários da portaria se ausentam, têm dificuldades em prestar informações. Há dificuldades para fazer conversão de receitas prescritas em outras unidades. Grupo de idosos realiza bingo e festa junina. Direção procura manter contato constante com a associação de moradores	2

Eixos	PS Pe. Miguel	NOTA
Implantação dos Programas	Estão implementados os Programas do Adolescente, HAS, Diabetes, Pé Diabético, Remédio em Casa, Acolhimento Mãe Bebê, SISVAN, Imunização, Dentescola, Odontologia ambulatorial, PACS, Pré-natal, Preventivo de Câncer de colo de útero, Saúde da Mulher, Adolescentes Obesos e todos os da Saúde da Criança (IRA, TRO). Não apresenta alguns programas (saúde do idoso, DST/AIDS e planejamento familiar) devido a proximidade com outras unidades onde tais serviços estão consolidados. Não realiza pré-natal pois não tem médico estável para isto. Captação depende de “oferecer” alguma coisa.	
Equipe de Saúde	Alta rotatividade, presença marcante de cooperativados. Não há configuração como equipe interdisciplinar de saúde. A equipe atual tem menos de um ano. Evasão de profissionais para o PSF. Sofreu esvaziamento com a inauguração do posto de Magalhães.	
Organização da Assistência	Há pacientes do programa de hipertensão inscritos em mais de uma unidade. Há dificuldade no abastecimento de medicamentos. Existe forte presença de profissionais cooperativados, que não chegam a criar um compromisso com os programas, o que é um fator negativo, juntamente com a excessiva mobilidade dos profissionais lotados. A maioria está no quadro há menos de um ano. As filas se formam desde as cinco horas da manhã e é difícil absorver toda a demanda.	
Parcerias	Existe parceria da SMS com as ONG Siero, de Realengo, e Campo, de Campo Grande, para a realização do PACS. O PACS atua de forma preventiva na comunidade, realiza visitas domiciliares aos acamados e faltosos e capta pacientes de HAS e Diabetes para os programas do posto. Há uma parceria com a Vila Olímpica para a prática de atividade física em grupos. Pedro Ernesto (encaminhamento dos adls obesos)	
Participação do Usuário	Há vínculo de participação de lideranças da Vila Vintém e de agentes comunitários. Houve a formação espontânea de um Grupo de Terceira Idade.	

Eixos	PS Dr. Henrique Monat	NOTA
Implantação dos Programas	Estão implantados os programas de HAS, Diabetes e Pé Diabético, Remédio em Casa, Saúde da Mulher (planejamento familiar, acolhimento mãe bebê e pré-natal), DST/AIDS, Dentescola e Saúde da Criança (SISVAN, Bolsa alimentação, imunização, e Puericultura). Não tem Programa do Adolescente.	
Equipe de Saúde	Equipe estável, há quase dez anos, o que é um fator positivo. Seria melhor se a Enfermagem fosse especializada, para se aprofundar e aprimorar num serviço. As escalas são variáveis, de acordo com a disponibilidade, a fim de garantir 2 enfermeiros por plantão, o que faz com que os profissionais se encontrem pouco. Não possui Assistente Social nem Nutricionista. A equipe se resente pela falta de especialização e treinamento, o que pesa negativamente na execução dos programas.	
Organização da Assistência	Funciona de segunda a sábado. Há um número reduzido de médicos e uma grande demanda de pacientes. Atividades educativas são feitas pela Enfermagem. A falta de insumos (como o leite para o SISVAN) afasta o paciente do Posto e conseqüentemente, das atividades educativas. Fica difícil estabelecer prioridades. É difícil fazer acolhida pois não tem a especialização, bem como é complicado render um colega já “acostumado” a um programa. Pessoal dorme na fila para ser atendido. Há muitos entraves burocráticos nos exames, atrasos, extravios. Os agentes de portaria fazem a triagem e encaminham o usuário à Enfermagem se julgar necessário.	
Parcerias		
Participação do Usuário	A relação do serviço com o usuário é dificultada pela carência de profissionais, entraves burocráticos, extravios e atrasos na entrega de exames.	

Eixos	PS Sir Alexander Fleming	NOTA
Implantação dos Programas	Programas existentes: HAS, Diabetes e Pé Diabético, Porta de Entrada, SISVAN, Saúde da Mulher (Aleitamento, pré-natal, planejamento familiar e acolhimento mãe bebê), DST/AIDS, Vista a camisinha, Dentescola, Imunização, Grupo de Idosos e Remédio em Casa. Não há um atendimento específico para o adolescente, que é atendido pela Pediatria ou dentro dos programas da Mulher. A Puericultura faz um projeto com a Fonoaudiologia para crianças com atraso. Há também bolsa alimentação para crianças. A Porta de Entrada é feita por agente administrativo e o enfermeiro orienta e consulta o paciente que não consegue atendimento médico.	
Equipe de Saúde	Posto não possui coordenador de Programas. A direção está no posto há um ano, a administração há dois e os demais há cerca de 7, exceto os cooperativados. A maior dificuldade é avaliar os programas. Também há prejuízos na capacitação, pois precisa adaptar o profissional ao programa rapidamente. Os agentes administrativos e de portaria só possuem nível elementar, apenas três possuem o ensino Médio, e não se adaptam a rotinas de orientar os pacientes, captar, fazer ofícios, têm letra ruim. Assistente Social refere sentir falta de reuniões para discussão de casos, o que acaba ocorrendo de maneira informal, nos intervalos de almoço, etc.	
Organização da Assistência	Falta espaço físico apropriado. Não há espaço para trabalhos em grupo. Apenas há um ano o SS ganhou sala individual. Há escassez de recursos materiais (como audiovisual e ventilador). Ocorre excesso de demanda, mas a marcação de consultas se encerra às três da tarde. Médicos não prescrevem dentro das normas dos programas, como por exemplo, na hipertensão. Falta de identidade do médico cooperativado com o programa e do entrosamento dele com a Enfermagem acarreta em prejuízo na implementação dos programas (ex: pé diabético, HAS, acolhimento mãe bebê). Há crises no abastecimento de insumos e medicamentos. Há dificuldade no encaminhamento para certas especialidades, como neuropediatria. As fonoaudiólogas mantêm um trabalho mais integrado, com reuniões mensais.	
Parcerias	No Dentescola, a Assistente Social visita as escolas e trata de temas gerais (drogas, violência).	
Participação do Usuário	Demora na marcação, ocorrem confusões na fila, Reclamam por não serem informados sobre as férias de seus médicos. Escolhem o posto pela proximidade. Gostariam de ter horário marcado certo que nem ocorre na Fono e Psi.	

Eixos	PS Eithel P. de Oliveira Lima	NOTA
Implantação dos Programas	Estão implementados os programas: HAS, Diabetes e Pé Diabético, Remédio em Casa, SISVAN, Dentescola, Vista esta camisinha, Porta de Entrada, Saúde da Mulher (Acolhimento Mãe bebê, Pré Natal, Aleitamento, Planejamento Familiar), Programa do Tabagismo, Hanseníase, Pólo de DST / AIDS, Programa do Adolescente Imunização e Puericultura. Não realizam Programa do Idoso por haver um trabalho já consolidado na associação de Moradores. A Porta de Entrada é específica para cada especialidade e um auxiliar de Enfermagem faz acolhimento e triagem.	4
Equipe de Saúde	A maior parte do corpo de saúde é cooperativada. Isso gera uma falta de compromisso por parte do profissional, alta rotatividade do quadro e aumenta a demanda reprimida. A diferença de condutas adotadas pelos profissionais e ao tempo que é levado até que eles se adaptem às rotinas também representa dificuldade. A alta rotatividade dificulta a continuidade e desgasta a equipe.	2
Organização da Assistência	Devido ao déficit de RH, as agendas ficam fechadas, é incerta a presença de profissionais, A prioridade é dos marcados, em seguida dos casos graves e de captação para os programas. Geralmente o paciente espera 20 dias pela consulta. A procura maior é para urgência, o que descaracteriza o perfil ambulatorial do PS. Ocorre falta de insumos que não é grave. Para ser consultado, o paciente obedece ao seguinte fluxo: Pr. chega ao posto, passa pela pré-consulta, vai até o setor de Documentação com o cartão e o número da consulta, e o prontuário retorna para a pré-consulta. Pr. vai para a recepção e aguarda ser chamado pelo médico. Finda a consulta, pr. vai para a farmácia buscar medicação, ou para a hipodermia, onde são aplicados remédios, ou para a recepção, para marcar exames. Na Odonto, ocorre grave escassez de material, trabalham com doações de colegas. Há cerca de 6 meses a falta de material está grave, paciente volta várias vezes sem completar atendimento. Cai a produtividade por falta de atendimento, que cai por falta de material.	3
Parcerias	Associação de Moradores indicando para o serviço os sujeitos que precisam de atenção específica., Também são feitas parcerias com escolas da região, para tratar de temas como gravidez precoce e sexualidade, e com a UPACS Vila Aliança	3
Participação do Usuário	A população, ciente de seus direitos e de onde reclamar, se queixa a Ouvidoria, ao Conselho Distrital e a Associação de Moradores. De manhã, as Enfermeiras fazem um corpo a corpo pela unidade a fim de identificar e amenizar problemas dos pacientes. Médico acaba atendendo de qualquer jeito, pois tem muito paciente para atender. Falta médico e é obrigação do Posto ter. optam pelo Posto devido a proximidade,). Gostariam que os médicos falassem mais, não esperassem elas fazerem perguntas, acreditam que palestras em grupos seriam mais eficazes	2

Eixos	PS Silvio Barbosa	NOTA
Implantação dos Programas	Saúde da Mulher: preventivo, planejamento, TIG, pré-natal, incentivo ao aleitamento, acolhimento mãe bebê. PH/PD Criança: puericultura, SISVAN (para baixo e sobrepeso), programa do leite (vinculado ao SISVAN), imunização, RN risco e prematuros. Adolescente: Sinal Verde (extramuros), Vista A Camisinha e grupos de adolescentes. Há um médico específico para atender adolescente gestante Saúde bucal, idoso. Tuberculose e Hansen são encaminhados para o Waldir Franco As ações dos programas ficam sujeitas à rotatividade de pessoal e recursos materiais (p. ex: está faltando TIG)	3
Equipe de Saúde	Maior entrave é fixar o quadro, pois quando o pagamento atrasa, o cooperado vai embora. De um ano e meio para cá, tem sido comum o abandono. Perde-se tempo treinando e adaptando os novos à rotina e à população. Chefias e administrativos são do quadro. Corpo técnico >90% cooperativado. A rotatividade é tão grande que muitas vezes um novo médico chega sem que a unidade seja comunicada e sem nenhum encaminhamento formal que garanta a procedência e habilitação do profissional	1
Organização da Assistência	. Os setores da pré-consulta orientam o paciente sobre o funcionamento do Posto e estimulam o agendamento. Falta observância dos princípios programáticos da assistência, tanto pela falta de compromisso do profissional quanto pela falta de aderência do usuário em diversos programas. Faltam insumos. Dificuldade no encaminhamento. A colheita de exames é local e a análise em outro lugar, demorando até um mês ou mais para receber o resultado. Devido à localização às vezes chegam casos de emergência, deixando a equipe vulnerável (sem ambulância e sem transporte)	3
Parcerias	Dentescola: 12 escolas e uma creche. A comunidade avisa ao posto quando há conflitos locais. Atende a solicitação de palestras nas escolas. As escolas encaminham com frequência e mantém contato por telefone. Associação de moradores	4
Participação do Usuário	Relação posto x comunidade: apesar da heterogeneidade, a comunidade entende os problemas do Posto. A procura é grande, mas concentrada na população local, até por ser área "de risco". O clima de trabalho é bastante tenso. Há reuniões do diretor com as lideranças.	3,5

