

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Departamento de Endemias Samuel Pessoa



**AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DAS DOENÇAS
SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA REGIONAL DE SAÚDE DO GAMA –
DISTRITO FEDERAL.**

MARIA MARTA DUVAL DA SILVA

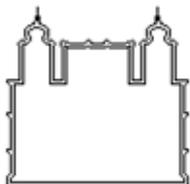
Brasília-DF

2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.



Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Departamento de Endemias Samuel Pessoa



**AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DAS DOENÇAS
SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA REGIONAL DE SAÚDE DO GAMA –
DISTRITO FEDERAL**

Maria Marta Duval da Silva

Projeto de dissertação de Mestrado Profissional apresentado
ao Departamento de Pós-Graduação da Escola Nacional de Saúde Pública
Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz – ENS/FIOCRUZ, para obtenção do título
de Mestre em Saúde Pública

Área de Concentração: Avaliação em Saúde

Orientador: Elizabeth Moreira dos Santos

Co-orientadora: Marly Marques da Cruz

Brasília/DF, 2010

FICHA CATALOGRÁFICA

Silva, MMD. Avaliação da Implementação da Assistência das Doenças Sexualmente Transmissíveis na Regional de Saúde do Gama – Distrito Federal. – Brasília, 2010, 121p.

Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca / Fundação Oswaldo Cruz

Área de concentração: Avaliação em Saúde

Orientadora: Prof. Dra. Elizabeth Moreira dos Santos

Descritores: 1. Avaliação 2. Implementação 3. DST

AGRADECIMENTOS

Às professoras Elizabeth Moreira dos Santos e a Marly Marques Cruz, mestras na arte de nos levar a reflexão, por mostrar um caminho de novas possibilidades.

Às professoras examinadoras Maria Liz Cunha Oliveira; Gisela Cordeiro Pereira Cardoso; Marize Bastos da Cunha e Rosely Magalhães Oliveira pelas valiosas contribuições.

À Gisele Bacelar Pontes, da Coordenação do Programa de DST do Distrito Federal, amiga e colega, uma profissional apaixonadíssima pelo que faz. Àquela que durante todo o tempo segurou o outro lado da corda, meu agradecimento, meu carinho, minha admiração.

A Disney Antezana Fabíola Urquidi e Allan Kardec Rezende Nápoli, pelo incentivo e por acreditarem neste trabalho.

À Secretaria de Saúde do Distrito Federal pela liberação.

Aos profissionais e gestores da Diretoria Regional de Saúde do Gama pela colaboração e parceria.

Aos profissionais da Secretaria Acadêmica - SECA/ENSP/FIOCRUZ: Martha Tostes, Gabriel da Silva, Ariane Mota e Elizabeth Cardoso pelo suporte necessário durante o desenvolvimento deste trabalho.

À Leidijany Paz, amiga, colega, avaliadora competentíssima, pela imensa generosidade e grandeza em dispensar seu tempo para ensinar aquilo que sabe.

Aos profissionais da Diretoria de Vigilância Epidemiológica, Luiz Antônio Bueno, Giselle Hentz e Roberto de Melo Dusi, pelas valiosas contribuições, sugestões e críticas.

Á Deus por estar todo tempo ao meu lado.

"Não fiz o melhor, mas fiz tudo para que o melhor fosse feito.

Não sou o que deveria ser, mas não sou o que era antes."

(Martin Luther King)

RESUMO

Este estudo avalia a organização da assistência às Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST - na Regional de Saúde do Gama – Distrito Federal. Objetivou-se avaliar o grau de implementação da assistência aos portadores de DST, utilizando como parâmetro a conformidade das ações desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde - UBS com o preconizado no Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis (BRASIL, 2006), além de analisar como o contexto político-organizacional interfere nesta implementação. Outro objetivo foi analisar a aceitação dos profissionais que executam diretamente as atividades de assistência aos protocolos de atendimento as DST. Foram definidas para esta avaliação, como dimensões de análise, a conformidade e a organização, que foram categorizadas em subdimensões e estas em indicadores e critérios de acordo com os componentes estabelecidos. Também foi elaborado o Modelo Lógico do Programa, onde foram sistematizados os componentes técnicos, insumos, atividades, produtos e resultados esperados, que conformam a organização dos serviços de assistência às DST. Foi realizado estudo de caso, considerado como o mais apropriado para analisar implantação de um programa porque permite focalizar as relações entre o programa e o contexto, onde as unidades de análise selecionadas foram seis UBS a partir de critérios de inclusão previamente definidos. Para definir o grau de implantação foi utilizada uma matriz de análise e julgamento, de acordo com as dimensões e subdimensões avaliadas. Os parâmetros do grau de implantação foram definidos por meio de quartis, permitindo, assim, atribuir aos serviços uma pontuação segundo graus de implantação. O grau de implantação foi definido como: valores acima de 75%: implantado; valores entre 50 e 74% (I): parcialmente implantado (PI); valores entre 25 a 49%: regularmente implantado (RI) e valores abaixo de 25%: não implantado (NI). Os resultados encontrados mostram que a implantação da assistência às DST na rede básica de serviços de saúde do Gama-DF está parcialmente implantado, o que demonstra necessidade de correção dos problemas apresentados para efetivar a melhoria do programa. Dessa maneira, recomenda-se aos gestores em todos os níveis de organização: local, regional e central o estabelecimento de estratégias e ações para a resolução dos problemas relacionados ao contexto da organização do serviço e dos processos de trabalho desenvolvidos. Esta avaliação justificou-se pela possibilidade de contribuir para a melhoria do programa e a tomada de decisões por parte dos gestores regionais, com vistas a alcançar a qualidade da assistência ao portador de DST.

ABSTRACT

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
1.1. Atendimento às Doenças Sexualmente Transmissíveis na Atenção Básica – A Estratégia da Abordagem Sindrômica	15
1.2. A Assistência às Doenças Sexualmente Transmissíveis no Distrito Federal	17
1.3. A Proposta de Reorganização do Atendimento às Doenças Sexualmente Transmissíveis no Distrito Federal	19
1.4. Justificativa deste Estudo.....	23
1.5. Pressuposto Teórico	24
2. OBJETIVOS	25
3. MODELO DA AVALIAÇÃO.....	26
3.1. Pergunta Avaliativa.....	26
3.2. Modelo Lógico do Programa.....	26
3.3. Análise dos Interessados – Usuários Potenciais do Programa	33
3.4. Desenho Metodológico.....	36
3.4.1. Análise dos Contextos.....	36
3.4.2. Desenho do Estudo	49
3.4.3. Interpretação dos Dados.....	63
4. QUESTÕES ÉTICAS.....	67
5.RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	68
6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	89
7. LIMITES E POTENCIALIDADES DO ESTUDO.....	97
8. DISSEMINAÇÃO DO CONHECIMENTO	98
9. BIBLIOGRAFIA.....	100

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACOES

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

CG-SES/DF – Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal

CR-DST/Aids – Centro de Referência em Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids

CRIE – Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais

CSG – Centro de Saúde do Gama

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento

DST – Doença Sexualmente Transmissível

DRS – Diretoria Regional de Saúde

ESF – Equipe de Saúde da Família

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HPV – Papilomavirus Humano

HRG – Hospital Regional do Gama

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LACEN – Laboratório Central de Saúde Pública

NASF – Núcleo de Apoio  Saúde da Família

NDST – Núcleo de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis

NUVEI – Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunizao

OMS – Organizao Mundial de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAM – Programa de Aoes e Metas

PDPAS – Programa de Descentralizao Progressiva das Aoes de Saúde

PDR – Plano Diretor de Regionalizao

PERG – Planejamento Estratégico de Gestão por Resultados

PN-DST/AIDS – Programa Nacional de DST e Aids

PSF – Programa Saúde da Família

PVHA – Pessoas Vivendo com HIV e Aids

RIDE – Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno

RS – Regional de Saúde

SES – DF - Secretaria de Saúde do Distrito Federal

SIAB – Sistema de Informao da Atno Básica

SINAN – Sistema Nacional de Agravos Notificáveis

SIS-DIVEP – Sistema de Informação em Saúde da Diretoria de Vigilância
Epidemiológica

SI-EDI – Sistema de Informação de Estoque e Distribuição de Imunobiológicos

SISMED – Sistema de Informação de Medicamentos

UBS – Unidade Básica de Saúde

UDM – Unidade Dispensadora de Medicamentos Antirretrovirais

LISTA DE QUADROS, FIGURAS E ANEXOS

Figura 1. Modelo Lógico do Plano de Organização do Atendimento às Doenças Sexualmente Transmissíveis na Rede de Saúde do Distrito Federal.....	28
Figura 2. Modelo Lógico da Implantação das Assistência às DST.....	29
Figura 3. Atividades Propostas Para Organização de Serviços em Atenção Básica Para Atendimento a Portadores de DST	30
Figura 4. Regionais de Saúde e Regiões Administrativas do Distrito Federal	37
Figura 5. Fluxograma do envio de dados de notificação compulsória do Distrito Federal	46
Quadro 1. Indicadores e Parâmetros para Avaliação da estrutura – Dimensão: Organização – Sub-Dimensão: Acomodação	54
Quadro 2. Indicadores e Parâmetros para Avaliação do Processo – Dimensão: Organização – Sub-Dimensão: Acomodação	54
Quadro 3. Indicadores e Parâmetros para Avaliação da Estrutura – Dimensão: Conformidade – Sub-Dimensão: Acomodação	55
Quadro 4. Indicadores e Parâmetros para Avaliação da Estrutura – Dimensão: Organização – Sub-Dimensão: Disponibilidade	56
Quadro 5. Indicadores e Parâmetros para Avaliação da Estrutura – Dimensão: Conformidade – Sub-Dimensão: Disponibilidade	59
Quadro 6. Indicadores e Parâmetros para Avaliação do Processo – Dimensão: Conformidade – Sub-Dimensão: Oportunidade Técnica	60
Quadro 7. Indicadores e Parâmetros para Avaliação do Processo – Dimensão: Conformidade – Sub-Dimensão: Qualidade Técnico-Científica	61
Quadro 8. Indicadores e Parâmetros para Avaliação do Processo – Dimensão: Conformidade – Sub-Dimensão: Aceitabilidade	62
Quadro 9. Avaliação da Implementação – Relevância	63
Quadro 10. Avaliação da Implementação – Graus de Implementação	64
Quadro 11. Avaliação da Implementação – Resultado da Implementação	70
Quadro 12. Grau de Implantação por Dimensão, Subdimensão e pontuação observada e esperada por componente.....	71
Quadro 13. . Avaliação da implantação – Resultado da Implantação.....	88
Anexo1. Interessados no Programa e na Avaliação	105
Anexo 2. Questionário de Supervisão Direta – Gestores	108
Anexo 3. Questionário - Profissionais do Atendimento.....	116
Anexo 4.Termo de Anuência – Gestor Regional	119
Anexo 5. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	120

1. INTRODUÇÃO

O presente projeto objetivou realizar avaliação do grau de implantação das atividades de assistência ao paciente com Doenças Sexualmente Transmissíveis-DST a partir de parâmetros definidos nos protocolos, após capacitação das equipes de atenção básica para atendimento e posterior início das atividades de atendimento na Regional de Saúde do Gama-Distrito Federal.

Também foram objetivos desta avaliação analisar como o contexto político-organizacional, através da identificação dos fatores facilitadores e das barreiras, interfere nesta implementação de atividades

Doença sexualmente transmissível ou DST são doenças infecciosas que se transmitem essencialmente por contato sexual. Vários tipos de agentes infecciosos (vírus, fungos, bactérias e protozoário) estão envolvidos na contaminação, ocasionando diferentes manifestações, como feridas, corrimentos, verrugas ou dor.

Algumas DST são de fácil tratamento e de rápida resolução quando tratadas corretamente. Outras são de tratamento difícil ou permanecem latentes, mesmo apresentando um aparente quadro de melhora. Algumas delas quando não diagnosticadas e tratadas a tempo, podem evoluir para complicações graves como infertilidade, infecções neonatais, malformações congênitas, aborto, câncer e até a morte.

Algumas principais DST encontradas são: sífilis, cancro mole, herpes, donovanose e linfogranuloma (que se manifestam por úlceras); vaginose bacteriana, candidíase, gonorréia, clamídia e tricomoníase (que se manifestam por como corrimento) e condiloma (que se manifesta por verruga). Também são consideradas HIV/AIDS e Hepatite B.

As DST estão, no mundo, entre os agravos à saúde mais comuns. Em saúde pública, têm se tornado cada vez mais importantes por conseqüências sócio-econômicas como infertilidade masculina e feminina, perdas gestacionais, doenças congênitas, além

de aumentar o risco da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida - HIV (BRASIL, 2002).

Vários desses problemas envolvem o manejo adequado da situação como o desconhecimento da população quanto à transmissão, o despreparo dos profissionais de saúde quanto ao diagnóstico clínico, o alto custo dos exames laboratoriais, a não organização da rede de serviços dificultando o acesso e ocasionando demora para iniciar o tratamento efetivo. Este conjunto de fatores possibilita a disseminação da doença não tratada e o risco para adquirir a infecção pelo HIV (NADAL e CARVALHO, 2004).

Um fator importante a ser considerado é se há de fato um desconhecimento da população em relação às DST ou se o que temos é uma falta de efetividade entre a informação fornecida, principalmente através do processo de educação em saúde, e a capacidade dela em provocar a mudança de comportamento esperada em relação à prevenção à doença e promoção da saúde (GAZZINELLI. M.F et al, 2005).

Muito se tem discutido sobre a necessidade de superação do apoio da educação em saúde em conceitos meramente científicos, o que extrapola o campo da informação, onde o profissional imbuído do saber científico ensina/informa e espera que o outro aprenda. O que se preconiza como efetivo é a incorporação de valores, costumes, modelos e símbolos sociais para que o compartilhamento de saberes possa gerar significados a partir disto. É importante observar o sujeito em sua totalidade, envolvendo seus processos intelectuais, afetivos e culturais para tornar possível atingir maior efetividade em termos da mudança de conduta (GAZZINELLI. M.F et al, 2005).

GAZZINELLI afirma ainda que qualquer pessoa, incluindo os profissionais de saúde, está sempre reatualizando hábitos, modos de vida e sensibilidades herdadas de um passado sempre presente, de acordo com os significados históricos e culturais construídos e assim elaborando suas representações da saúde e doença e que a não consideração destas questões está relacionada ao fracasso dos programas de educação em saúde.

A crítica a essas abordagens educativas centradas na informação para a mudança de comportamentos mostra a necessidade de refletir não só sobre o conteúdo da informação, mas, principalmente, sobre como e por que a informação é comunicada. O desafio está em saber se esta informação está imbuída de elementos necessários e suficientes para aumentar a competência e/ou a liberdade de decisão daquele que a recebe, uma vez que o conhecimento científico é um elemento que passa pela vida das pessoas através de uma espécie de filtro de seus próprios saberes e são incorporados às suas experiências. (MEYER. D.E.E. et al, 2005)

FERNANDES, 1994, reforça que, se estes princípios são válidos para quaisquer atividades educativas, em relação à AIDS (e outras DST) se tornam essenciais, na medida em que as decisões de mudança possuem um caráter especialmente íntimo, particular e sensível, e, portanto, dependentes de processos autênticos de internalização e elaboração.

É importante ressaltar que apesar de toda a discussão em torno do processo de educação em saúde e de efetiva informação que tenha possibilidade de gerar mudança de comportamento, não há discordância entre os autores estudados sobre a grande importância do papel da informação e a educação em saúde em relação à prevenção de doenças e promoção à saúde.

Também precisa ser considerado como um fator em relação à esta dificuldade ao acesso rápido ao diagnóstico o estigma que envolve a temática das DSTs. Essas doenças, anteriormente chamadas doenças venéreas, têm sido, ao longo do tempo, associadas à promiscuidade sexual, provocando estigma moral e social nas pessoas que as contraem, levando à deterioração de seus relacionamentos e desvalorização social. Neste caso, a opção de procura por cuidados médicos acaba sendo uma dificuldade, principalmente para as mulheres. Neste contexto, os problemas para a saúde reprodutiva, causadas por estas ocorrências, podem se agravar (JIMENES et al, 2001).

Outra discussão que precisa ser relativizada em relação ao manejo adequado dos casos de DST é a do desconhecimento dos profissionais. Estudos, têm demonstrado que falta de conhecimento nem sempre é o problema. Na maioria das vezes o profissional sabe o que é e qual é a prática adequada. É possível que fatores como atitudes pessoais,

clima organizacional e recursos disponíveis sejam impedimentos para a realização do trabalho de qualidade. (VUORI, 1991).

1.1. Atendimento às Doenças Sexualmente Transmissíveis na Atenção Básica – A Estratégia da Abordagem Síndrômica.

Na segunda metade da década de 70, pesquisadores e médicos de saúde pública que trabalhavam na África sub-sahariana, onde havia grande número de pessoas acometidas pelas DST, em condições de pobreza extrema e com poucos recursos disponíveis, sugeriram a abordagem destas doenças dentro de síndromes pré-estabelecidas, baseadas em sinais e sintomas, com instituição de tratamento imediato e sem aguardar resultados de exames confirmatórios.

Esta abordagem é baseada no conceito de síndrome como um conjunto de sinais e sintomas que definem uma entidade mórbida que pode ser produzida por causas muito diversas, e se fundamenta no fato de que as DST, apesar dos diversos agentes causais conhecidos, costumam se manifestar de forma semelhante, podendo ser agrupadas e definidas nas seguintes síndromes:

- a) Úlcera Genital: presença de lesão ulcerada em região genital, de origem não traumática. (incluídos herpes genital, sífilis, cancro mole, linfogranuloma, donovanose)
- b) Corrimento Uretral: presença de corrimento uretral verificado com o prepúcio retraído e, se necessário, pela compressão da base do pênis em direção à glândula. (incluídos clamídia e gonorréia)
- c) Corrimento Cervical: presença de mucopúsculo cervical verificado obrigatoriamente ao exame especular e Corrimento Vaginal: presença de corrimento vaginal associado a hiperemia, e/ou edema da mucosa vaginal, associado ou não a sinais de colpíte, com ou sem ectrópio. (incluídos gonorréia, clamídia, vaginose bacteriana, tricomoníase, candidíase)

- d) Dor Pelvica: dor à descompressão ou defesa muscular abdominal ou dor à mobilização do colo ou anexos ao toque vaginal combinado. Nesta patologia, vários fatores podem causar os sintomas, inclusive, fatores não ginecológicos. Por isso, a necessidade de investigar outras causas. Em DST os causadores mais comuns são os patógenos da gonorréia e da clamídia. (BRASIL, 2002).

Nesta abordagem, são utilizados fluxogramas que orientam o profissional de saúde quanto ao esquema terapêutico a ser adotado. Cada fluxograma ou árvore decisional, de uma determinada síndrome, fornece orientação simples e precisa, através de uma série de decisões e ações que precisam ser feitas para o correto manejo do caso. Pela utilização de fluxogramas o profissional mesmo não sendo especialista, estará habilitado a determinar um diagnóstico sindrômico, implementar o tratamento imediato, realizar aconselhamento para estimular a adesão, para a convocação, orientação e tratamento de seus parceiros, promoção de incentivo ao uso de preservativos, dentre outros aspectos (BRASIL, 2002).

A Organização Mundial de Saúde - OMS, então, desenvolveu a proposta globalmente na forma de algoritmos e em 1991, introduziu o conceito de Abordagem Sindrômica das Doenças Sexualmente Transmissíveis em países em desenvolvimento. No Brasil, desde 1993, o Programa Nacional de Controle da DST/AIDS passou a recomendar esta estratégia orientando as coordenações estaduais e municipais a implementação de seu uso no atendimento a pessoas com suspeita clínica de DST. Os primeiros fluxogramas sofreram sucessivas modificações ao longo dos últimos anos até resultarem nos modelos vigentes atuais (NADAL e CARVALHO, 2004).

As ações de controle

O objetivo dessa intervenção é em uma única consulta diagnosticar, tratar e aconselhar adequadamente. Não há impedimento de que exames laboratoriais sejam colhidos ou oferecidos. A conduta, no entanto, não deve depender de realização e/ou interpretação dos exames. Não se quer dizer que o laboratório seja dispensável. Ao contrário, tem seu papel aumentado principalmente em unidades de saúde de maior complexidade, que servirão como fontes para a definição do perfil epidemiológico das diferentes DST e de sua sensibilidade aos medicamentos preconizados.

Esta abordagem, mesmo assim, não está isenta de limitações. A utilização de antimicrobianos para tratamento de mais de uma doença em pacientes com apenas uma patologia ou até sem uma infecção passível de tratamento aumenta pressão seletiva para desenvolvimento de cepas resistentes (Brasil, 2002). Outro fator limitante é que somente os pacientes sintomáticos são alcançados por esta abordagem.

No entanto, o tratamento precoce e eficiente das DST é um componente essencial para o seu controle. O preconizado é que o tratamento seja instituído no momento da consulta, evitando assim a perda de pacientes no seguimento pós-consulta e todos os patógenos principais são tratados, evitando a omissão da intervenção devido a falsos resultados negativos laboratoriais. Possibilita também maior cobertura, por facilitar a implantação no nível de atenção primário.

1.2.Assistência às Doenças Sexualmente Transmissíveis no Distrito Federal

As ações de atendimento às DST no DF foram organizadas em 1982 e a partir de 1984 iniciou-se um processo de descentralização para todas as UBS existentes, naquele período, na rede de atenção. As primeiras Unidades organizadas em 1982 passaram a ser os Centros de Referência da época.

A partir de 1986, com o advento da epidemia de HIV/Aids a SES precisou desenvolver ações visando à organização para prevenção primária e adequando a rede para atendimento diante da nova situação epidemiológica. O novo planejamento não negligenciou as DST. As propostas para a prevenção (que incluíam controle do sangue, educação em saúde na comunidade, para população carcerária, profissionais de saúde) as Campanhas em eventos especiais e as capacitações para a rede de saúde (básica e hospitalar) também incluíam as outras DST.

Ainda neste processo de organização para o atendimento à epidemia, a SES-DF editou em 1990 a Portaria nº 02 de 23 de fevereiro de 1990 que determinava disponibilidade de número de leitos nos hospitais regionais existentes na época (9 hospitais regionais além de 1 hospital psiquiátrico) e o hospital terciário.

Na atenção básica a Portaria estabelecia que o atendimento aos pacientes HIV+ assintomáticos deveria ser realizado em Centros de Saúde de referência definidos em todas as Regionais de Saúde, no entanto, até final de 1991, as regionais ainda não cumpriam esta determinação alegando, principalmente, insuficiência de recursos humanos. Ao final desse, o Centro de Saúde nº 08 da então Coordenação Regional de Saúde – Asa Sul, que era um serviço organizado para atendimento às DST, antes do advento da epidemia, era a única referência organizada para atender o paciente HIV+ assintomático.

Esta nova situação epidemiológica, associada a graves problemas estruturais, principalmente os relacionados a recursos humanos e às prioridades da gestão, fizeram com que as atividades de atendimento aos pacientes de DST naquelas UBS consideradas descentralizadas, sofressem uma regressão, passando algumas Unidades anteriormente organizadas a não mais atenderem a esta clientela e encaminhando a serviços de Referência. Esforços sempre foram feitos pra solucionar estes problemas e reestruturar o atendimento descentralizado às DST. (LOPES e OLIVEIRA, 1991).

Com a nova orientação do MS para o atendimento às DST a partir de 1999, o Distrito Federal, iniciou novas estratégias para acelerar esta descentralização. Recomendou-se para os serviços a estratégia da abordagem sindrômica, que foi adotada a partir de 2002, alterando-se a forma de registro das notificações das DST, passando a notificação a ser feita conforme o diagnóstico sindrômico. Neste período foram organizados então nove Centros de Referência para atendimento aos portadores de HIV/Hepatites e outras DST. Atualmente, destes, somente oito mantêm as atividades. Estas atividades organizaram a rede, porém ainda não eram determinantes para a plena descentralização do atendimento. Persistiam os problemas já detectados de baixa implementação das ações de controle, além do problema da subnotificação dos casos, levando a um desconhecimento da real prevalência destes agravos na população. Com exceção dos dados de Aids, sífilis congênita e sífilis em gestante, os dados epidemiológicos relativos às DST não eram coletados de forma sistemática nos serviços de atendimento, traduzindo-se assim num desconhecimento sobre o comportamento das demais DST.

Este quadro é reafirmado por estudo realizado em Unidade Básica de Saúde, no município de Rio de Janeiro que constatou que a maioria das notificações era proveniente do exame colpocitológico, o que demonstra a dificuldade do profissional de saúde em abordar as DST, constatando que, mesmo padronizando e vinculando a notificação e a dispensação de medicamento, não se conseguia a notificação da maioria dos casos e o número de subnotificações ainda era bastante alta. (NASCIMENTO & Cols, 2000).

1.3.A Proposta de Reorganização do Atendimento às Doenças Sexualmente Transmissíveis no Distrito Federal

Dada esta realidade, o Núcleo de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Gerência de DST/AIDS da Secretaria de Saúde do Distrito Federal – NCDST/GEDST/SES/DF se propôs, contando com o apoio das Diretorias Regionais de Saúde-DRS do DF, a contribuir para o aprimoramento das ações de controle destas doenças no nível primário de atendimento, com o intuito de melhorar a qualidade da assistência.

Esta proposta está alicerçada em um Plano de Organização do Atendimento às Doenças Sexualmente Transmissíveis na Rede de Saúde do Distrito Federal. O Plano proposto é composto por passos em seu processo que consiste em: planejamento, capacitação, implementação das ações, monitoramento, avaliação e reorientação dos serviços a partir dos achados de monitoramento e avaliação.

O Planejamento das ações para este processo de reorganização da assistência partiu dos diversos Pactos e Políticas, tais como o Plano de Ações do Pacto Pela Saúde, a Programação das Ações de Vigilância, a Programação de Ações e Metas-PAM-DF das DST/HIV e Hepatites Virais e o Plano de Saúde. A Secretaria de Saúde pactuou também, no seu Planejamento Estratégico de Gestão por Resultados – PEGR, para o período 2007-2011, ações relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, que tem por objetivo prevenir DSTs, Aids e Hepatites, além da gravidez indesejada e mortalidade relacionada a estes agravos. (www.saude.df.gov.br).

O processo com as Regionais de Saúde-RS iniciou-se com a primeira atividade de sensibilização dos gestores regionais. Após, houve, como segunda rodada de atividades, a realização do “Curso de Formação de Instrutores para o Manejo de Portadores de DST em Abordagem Sindrômica” e a seguir, foi feita a revisão do material didático pedagógico no sentido de fazer as adequações necessárias para a sua utilização pelos instrutores nas capacitações a serem realizadas em suas regionais de saúde. Estas adequações não significaram nenhuma mudança substancial de conteúdo ou da proposta do MS. O seu objetivo era adequar uma proposta metodológica onde o final da capacitação resultasse em um produto específico que contribuísse para operacionalizar o processo de implementação. Assim, as adequações dividiram a capacitação em 3 momentos: teórico, prático e de dispersão. Neste momento de dispersão a UBS capacitada deveria fazer auto-aplicação de questionário de monitoramento e apresentar um planejamento contendo um plano de implementação das ações. (DISTRITO FEDERAL, 2006).

Em prosseguimento, iniciou-se, então, uma série de capacitações regionalizadas, contemplando todas as Unidades Básicas de Saúde existentes nas RS. As capacitações propostas a seguir foram: Manejo do Portador de DST pela Abordagem Sindrômica, Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/AIDS/Hepatites, Capacitação em DST/HIV/Aids/Hepatites para Equipes de Saúde da Família, Treinamento Básico em DST para Equipe de Enfermagem, Teste Rápido Diagnóstico para HIV. As capacitações, com a nova proposta metodológica, foram iniciadas no final de 2006. O desempenho esperado dos profissionais capacitados era o realizar o atendimento com a finalidade de recuperação/ prevenção de complicações e seqüelas, bem como quebra da cadeia de transmissão. (DISTRITO FEDERAL, 2006).

Após as capacitações esperava-se que as RS iniciassem o atendimento descentralizado em todas as UBS. O foco deste atendimento consistia nas atividades que englobam a assistência na atenção primária: estratégias de prevenção com ações voltadas para educação em saúde, prevenção de casos e aumento de testagem sorológica para sífilis, HIV e Hepatites B e C; assistência em conformidade com o preconizado nos Protocolos e Portarias e a vigilância dos casos. A estratégia orientada para este atendimento foi a abordagem sindrômica das DST. Utilizou-se nesta estratégia de descentralização das ações a supervisão direta de coordenadores regionais, previamente

capacitados, identificados e designados pela Regional. Assim, esperava-se promover maior apoio técnico aos profissionais para desenvolvimentos das atividades.

A Regional de Saúde – RS - escolhida pela NDST para o início do processo de monitoramento e avaliação foi a RS do Gama por esta ter sido a primeira a ser envolvida no processo de capacitação em 2006 e por ter efetivamente iniciado a descentralização do atendimento ao portador de DST após o treinamento, tanto nos Centros de Saúde quanto nas Equipes de Família Saudável.

O monitoramento objetivava o acompanhamento da execução das ações propostas e a análise dos resultados alcançados. Para tal, o NCDST conta com instrumentos de supervisão indireta tais como o Sistema de Informação de Agravos Notificáveis – SINAN, planilhas de dispensação de medicamentos e planilhas de dispensação de insumos de prevenção. Outra estratégia para este monitoramento são as supervisões diretas, que inicialmente foram propostas em conjunto entre a coordenação central e a coordenação regional do programa de DST/HIV/Hepatites Virais. Outro instrumento importante para este acompanhamento é um questionário de monitoramento proposto pelo NCDST.

No entendimento de que monitoramentos, mesmo sendo importantes não medem o grau de implantação de uma intervenção porque não investigam a relação entre as variáveis do contexto e esse grau, sendo, portanto, somente pré-requisito à realização de uma análise de efeitos, foi proposto como etapa deste programa à avaliação da implementação de atividades.

O próximo passo previsto, então, era a avaliação da implementação das ações explicando suas relações através de um processo estruturado de coleta e análise das informações para definir o efeito obtido com as atividades do programa e em que características e contextos se dão. Este passo, dentro do Plano proposto foi considerado fundamental para reorientação dos serviços através dos achados como forma de busca de soluções e estratégias para enfrentamento dos problemas detectados. Uma das possibilidades de uso para esta avaliação é o reforço das orientações contidas no Plano de Integração da Vigilância em Saúde e Atenção Básica, naquilo que os achados puderem dar esta direção.

SILVA, 1994, relata sobre a importância da incorporação da prática da avaliação no processo concreto da gestão e da reorganização dos serviços de saúde, pois estas reorientações precisam de estratégias para avaliação sintonizadas com modificações propostas para um modelo assistencial que extrapole a simples aferição à demanda espontânea dos serviços.

Uma das orientações para esta reorganização e embasamento das discussões com a gestão e serviços na Regional de Saúde é a inserção das ações aprovadas no Plano de Integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica.

Estas orientações devem ser observadas de acordo com os achados desta pesquisa. A Regional de Saúde do Gama e o Núcleo de Controle das DST entendem que esforços precisam ser feitos para que todas as diretrizes e orientações expressas no SUS, nas Políticas do Ministério da Saúde e nos Planos e Portarias da SES/DF devam subsidiar propostas de reorganização e melhoria dos serviços.

Esta afirmação é reforçada pela Portaria nº 29, de 26 de fevereiro de 2010, publicada no Diário Oficial do Distrito Federal do Distrito Federal - DODF de 08 de março de 2010, que estabelece as normas e as diretrizes referentes à organização e à estruturação da Atenção Primária à saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. A Portaria estabelece que ações de vigilância que são realizadas pela atenção primária devem ser definidas em planejamento conjunto e integrado entre as áreas por meio do Plano de Integração das Ações de Vigilância em Saúde na Atenção Básica. Este planejamento, entre outras orientações, deve acordar estratégias para a melhoria dos indicadores, promover a utilização de dados e informações gerados pelos sistemas de informações disponíveis, prevendo-se o estabelecimento de um cronograma de monitoramento e avaliação dessas ações. (SES-DF, 2010).

O Plano de Integração foi o resultado de discussões de um grupo de trabalho constituído pelas equipes responsáveis pela atenção primária e vigilância em saúde no Distrito Federal e seguiu orientações para sua confecção de diretrizes elaboradas pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde - SVS- MS.

As DST, bem como a AIDS e Hepatites B e C foram uma das temáticas selecionadas para a elaboração do Plano e a integralidade do cuidado é o eixo norteador.

Neste processo, considerou-se que a **territorialização**, com a conseqüente análise da situação de saúde das áreas de abrangência das unidades básicas, deve permitir a identificação de problemas de saúde, seus possíveis determinantes e condicionantes. Este conhecimento é considerado essencial para o **planejamento e programação** das ações para que a **organização e o processo de trabalho** também incluam ações articuladas de **proteção, promoção e recuperação da saúde**, e de prevenção contra riscos e agravos.

Além disso, é consenso, no Distrito Federal, entre as áreas de vigilância e assistência, a necessidade de instituir o **monitoramento e avaliação**, de forma sistemática e em conjunto no que diz respeito aos eixos de integração, bem como garantir formação e **educação permanente** e a **participação do controle social** para dar maior sustentabilidade ao processo. Estas orientações compõem as diretrizes sugeridas e elaboradas pela SVS-MS

1.4. Justificativa

A realização deste estudo foi demandada pelo NCDST que necessita conhecer os efeitos das ações de implementação do atendimento descentralizado após as capacitações, além de iniciar um processo de monitoramento e avaliação de forma sistemática.

Assim, este estudo justificou-se pela possibilidade de contribuir para a melhoria do programa e a tomada de decisões por parte dos gestores regionais, com vistas a alcançar a qualidade da assistência ao portador de DST. Também poderá fornecer ao NDST subsídios para continuação do processo de capacitação, simultaneamente ao de descentralização, monitoramento e avaliação nas demais Regionais de Saúde do Distrito Federal, bem como subsidiar negociações entre os gestores do nível central e regional para resolução dos problemas levantados.

1.5. Pressuposto Teórico da Avaliação

O pressuposto teórico que se defende é que a assistência aos portadores de DST em conformidade com o recomendado pelo MS para os serviços de atenção primária aumenta a possibilidade de diagnóstico e o tratamento precoce e efetivo. Neste estudo, entende-se que a estratégia de atendimento pela abordagem sindrômica pode resultar em melhores resultados para o atendimento.

No campo da qualidade em saúde, trabalha-se com a premissa de que se é feito aquilo que a luz do conhecimento corrente é considerado correto é provável que o resultado seja o melhor (VUORI, 1991). E que bons processos de trabalho podem levar a bons resultados. Esses bons processos incluem todas as atividades e rotinas relacionadas ao programa, analisando sua relevância, suficiência ou, se há redundância de procedimentos e rotinas. (CAMPOS, 2005).

CAMPOS afirma ainda que esta qualidade envolve múltiplos aspectos e que aliada à boa prática do ponto de vista científico, deve-se considerar as disponibilidades de recursos existentes, pois *“os critérios utilizados para caracterizar um serviço de qualidade não são definitivos ou absolutos porque a evolução do conhecimento e a dinâmica social estão sempre a exigir mudanças e aprimoramentos na forma como se prestam os serviços. Dependem também de situações muito particulares em que se dá o contexto da assistência e do que os serviços podem produzir, comparativamente à outros em condições semelhantes, em uma dada realidade”*. (Citar número da página).

No entanto, é necessário lembrar que as relações estabelecidas entre capacitação, implementação de atividades de acordo com o preconizado e produção de efeitos esperados não são lineares. Estes efeitos resultam e são influenciados também pelas relações com o contexto externo e o contexto político e organizacional no qual está inserido o programa. Grande parte das explicações das relações encontradas podem ser melhor entendidas a partir desta análise. Caso contrário podem-se produzir resultados não aceitos pelos usuários potenciais e, portanto pouco úteis para tomada de decisões (TANAKA e MELO, 2004).

SANTOS E VICTORA (2004), afirmam que estudos vêm demonstrando que o efeito de um programa somente será verificável na presença de cadeias causais, ou seja, uma série de outros eventos decorrentes da intervenção, mas modificáveis por fenômenos externos.

Por contexto externo, se entende os determinantes dos agravos relacionados à vulnerabilidade social e individual, condições sócio-econômicas, o perfil epidemiológico contextualizado, a relação do programa com outros recursos e programas sociais e o compromisso político, sendo que este último pode influenciar como o programa é percebido e como as decisões podem se concretizar em normas. Em relação ao contexto político e organizacional temos como determinantes as autonomias técnica, gerencial, financeira e política. Neste contexto se inserem a política de saúde e as estratégias adotadas que podem influenciar concretamente o grau de implementação do programa (SANTOS et all, 2005).

2. OBJETIVO

Objetivo Geral

Avaliar a implementação da assistência ao portador de Doenças Sexualmente Transmissíveis na Regional de Saúde do Gama-DF, tendo como base os protocolos e Portarias estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela SES/DF.

Objetivos Específicos

- Caracterizar a assistência das DST na Regional do Gama-DF.
- Analisar a aceitação dos profissionais que executam diretamente as atividades de assistência aos protocolos de atendimento as DST.
- Estimar o grau de implementação da assistência as DST a partir dos parâmetros definidos nos protocolos.
- Analisar como o contexto político-organizacional interfere na implementação.

3 - MODELO DA AVALIAÇÃO

3.1. Pergunta Avaliativa

A principal pergunta que este estudo se propõe a responder foi:

Qual o grau de implantação das atividades de assistência, nos serviços de atenção básica, aos portadores de DST da Regional de Saúde do Gama-Distrito Federal?

3.2. Modelo Lógico do Programa

A ação principal desta avaliação será verificação das atividades da assistência ao portador de DST através do uso dos protocolos clínicos preconizados pelo Ministério da Saúde. Para isto, desenhamos o Modelo Lógico do Programa.

O Modelo Lógico do Programa é um fluxograma que contém a sequência necessária para que um programa/projeto possa atingir seus objetivos. Por meio desta representação é possível visualizar os recursos existentes e necessários para operacionalizar o programa, bem como as atividades planejadas e os efeitos esperados desta operacionalização.

É, portanto, uma ferramenta entendida como uma representação que permite visualizar como dado programa deve ser implantado, definir o que deve ser medido, verificar qual parcela de contribuição nos resultados observados. Explicita como o programa idealmente funciona, discriminando seus componentes, sua forma de operacionalização, etapas necessárias a transformação de seus objetivos e metas, abstraindo-se aqui suas determinações contextuais (MEDINA et all, 2004).

O Modelo Lógico normalmente é formado pelos mesmos componentes que constituem um programa/projeto: insumos ou recursos, atividades, produtos, resultados, impactos. Existem outras variações do modelo incluindo outros componentes como objetivos, metas, estrutura e processo.

Os insumos dizem respeito aos recursos existentes e disponíveis para executar as atividades propostas. Incluem recursos financeiros, humanos, materiais,

organizacionais. Atividades são os procedimentos, intervenções ou serviços necessários para obter os efeitos desejados e esperados utilizando-se dos recursos existentes.

Produtos são as consequências imediatamente esperadas após a realização das atividades. Os resultados são efeitos intermediários. Não são imediatamente esperados como os produtos e podem incluir vários tipos de efeitos, inclusive os comportamentais, gerados por mudanças de conhecimento, atitudes e comportamentos. Impactos dizem respeito aos efeitos esperados, porém observados somente a longo prazo, e cumulativos dado pelo conjunto do programa e não somente pela ação de uma ou poucas atividades estabelecidas. Usualmente são medidos na população geral.

Os objetivos estabelecem, de forma geral e abrangente, as intenções e os efeitos esperados do programa, orientando o seu desenvolvimento ou um conjunto de eventos ou ações que contribuem para alcançar o objetivo geral. As metas estabelecem, em números, os efeitos esperados em um tempo determinado. (BRASIL, 2007).

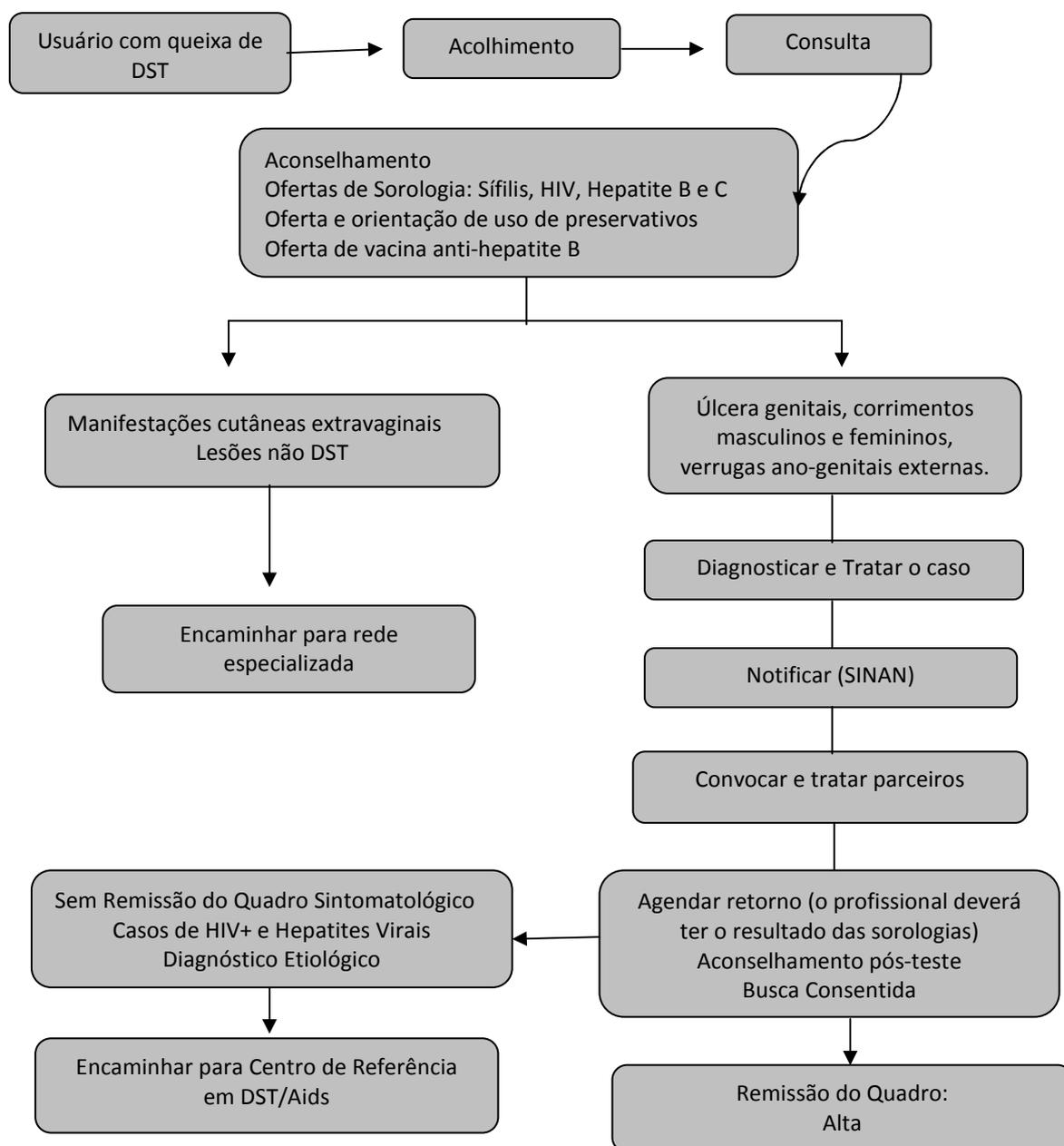
Neste estudo foi elaborado um modelo lógico para representação do Plano de Organização do Atendimento às Doenças Sexualmente Transmissíveis na Rede de Saúde do Distrito Federal com a finalidade de visualizar a proposta e definir exatamente o que deveria ser medido para contribuição do programa nos resultados esperados (Figura 1). A seguir foi elaborado mais detalhadamente um modelo lógico que pudesse mostrar a visualização do recorte necessário para avaliar a implementação da assistência na RS proposta. (Figura 2). Este modelo foi adaptado a partir do proposto pelo Center for Disease Control – CDC e busca visualizar as relações existentes entre os recursos necessários para operacionalizar o programa, as atividades planejadas, os produtos alcançados ou esperados e as mudanças ou resultados que o programa pretende alcançar (BRASIL, 2007).

Figura 1. Modelo Lógico do Plano de Organização do Atendimento às Doenças Sexualmente Transmissíveis na Rede de Saúde do Distrito Federal. (está em anexo porque está desconfigurando ao ser inserido no texto)

Figura 2: Modelo Lógico da Implantação das Assistência às DST. . (está em anexo porque está desconfigurando ao ser inserido no texto)

A representação do modelo proposto para o Plano foi a partir da proposta descrita anteriormente e conforme pactuada no PEGR/SES/DF do NCDST. O modelo da implementação da assistência às DST foi elaborado contendo também as atividades propostas para o atendimento às DST na atenção básica preconizado no Manual de Controle das Doenças Transmissíveis do Ministério da Saúde, 2006. (Figura 3)

Figura 3. Atividades Propostas Para Organização de Serviços em Atenção Básica Para Atendimento a Portadores de DST



Fonte: Adaptado do Programa de DST/Aids da Prefeitura Municipal de São Paulo – 2005 com base nas orientações para organização de serviços para atendimento de DST – Ministério da Saúde - 2006 p, 118.

Segundo as orientações do Ministério da Saúde, para atendimento ao portador de DST, a qualidade na assistência deve ser incluída no contexto da atenção integral à saúde, assim, o atendimento deve ser organizado com o objetivo de garantir a oportunidade das ações que envolvem o cuidado em todos os seus componentes : prevenção, assistência e vigilância, utilizando conhecimentos técnicos-científicos atuais e recursos disponíveis adequados.

Na **Prevenção, Informação e Educação** uma das estratégias utilizadas é o aconselhamento, que pode ser entendido como um processo de ” *diálogo baseado em uma relação de confiança que visa proporcionar à pessoa condições para que avalie seus próprios riscos, tome decisões e encontre maneiras realistas de enfrentar seus problemas relacionados às DST/HIV/Aids*” (Brasil, 2006, pag. 18).

Esta relação de confiança se torna necessária principalmente porque neste momento será abordada a intimidade do indivíduo, suas práticas sexuais e as características destes relacionamentos, o que pode contribuir para a compreensão destes comportamentos e sua relação com o problema de saúde. Além disto, possibilita ao paciente obter informações sobre como prevenir e tratar a doença e a comunicação e tratamento dos parceiros sexuais. O que implica dizer que esta atividade tem potencial para influenciar as ações de assistência e vigilância. Cabe lembrar que há outras estratégias que podem ser utilizadas em educação em saúde, tais como vídeos educativos, dinâmicas de grupo, entre outras.

Aconselhamentos podem ser realizados individualmente ou em grupo e são momentos oportunos para atividades de prevenção importantes como ofertas de sorologia para detecção de casos de sífilis, HIV e Hepatites B e C, oferta e orientação de uso de preservativos e oferta de vacina anti-hepatite B e podem resultar em maior adesão ao tratamento e aumento do conhecimento da população sobre DST.

Assim, esta atividade pode efetivamente contribuir para a apropriação do indivíduo de informações necessárias para adesão ao tratamento e para quebra de transmissão da doença, uma vez que possibilita a reflexão e a consciência e traz o indivíduo como sujeito no processo do tratamento, da prevenção e do seu auto-cuidado, pois pode permitir uma relação educativa diferenciada para onde a informação não se

perca em discursos gerais e impessoais e possa se traduzir em reflexões para tomada de decisões dentro do contexto da vivência do indivíduo. (FILGUEIRAS e DESLANDES, 1999).

Na **Assistência**, o preconizado é que o atendimento seja realizado por agendamento aberto para que não haja perda de oportunidade. O atendimento imediato de uma DST é entendido não somente como uma ação curativa, mas também como possibilidade de quebra da cadeia de transmissão e de evitar complicações na medida em que se estabelece ações no momento tecnicamente recomendado, instituindo diagnóstico precoce e tratamento imediato instituído de acordo com normas estabelecidas. Importante também realizar todas as atividades e procedimentos necessários neste momento. O encaminhamento para as referências deve se dar nos casos em que se exija maior complexidade ou quando as intervenções propostas não surtiram o efeito desejado.

A estrutura e recursos existentes são importantes neste momento. É necessário garantir ao paciente um atendimento em local que promova a privacidade, além da realização dos exames solicitados e fornecimento dos insumos de prevenção ofertados.

O atendimento adequado, observando-se todos os critérios descritos, pode resultar em ampliação do atendimento com acesso facilitado ao tratamento, manejo adequado dos casos, maior adesão ao atendimento e maior detecção de casos de DST, HIV e Hepatites Virais.

Na **Vigilância dos Casos** duas atividades são consideradas essenciais no atendimento: a abordagem dos parceiros sexuais e a notificação compulsória. A abordagem dos parceiros é fundamental para que se rompa a cadeia de transmissão. A orientação é que os próprios pacientes tragam seus contatos para a Unidade, no entanto, em casos não comparecimento, pode-se realizar a busca consentida realizada por profissionais que sejam habilitados para abordar o paciente. Porém, qualquer que seja a forma e o método utilizado na comunicação, esta abordagem deve ser baseada em princípios de confidencialidade: a comunicação deve ser feita de modo que toda informação coletada permaneça confidencial, inclusive para o parceiro; ausência de coerção: se o cliente-índice se recusar a trazer parceiro ou permitir sua convocação, não

poderá haver qualquer coação ou retaliação em função disto. Reforçamos novamente o potencial do efetivo aconselhamento para evitar situações como esta. Outro princípio a ser observado é a proteção contra discriminação que necessita que a comunicação com os parceiros seja realizada respeitando-se os direitos e a dignidade da pessoa humana. (BRASIL, 2006)

Em relação às notificações dos casos, eles se constituem em condição fundamental para o conhecimento do perfil epidemiológico das DST e para a adoção de ações voltadas ao controle da doença. Além disto, estas informações podem e devem ser usadas pela gestão, em todos os níveis, como indicadores operacionais para definição de alocação ou negociação de recursos materiais ou humanos, previsão e aquisição de insumos de laboratório e medicamentos, planejamento das ações, dentre outras possibilidades de utilização dos dados.

3.3. Análise dos Interessados no Programa e na Avaliação

Para atingir os objetivos propostos na avaliação é necessário o compartilhamento de responsabilidades e negociação da atuação na avaliação entre os usuários potenciais, os chamados *stakeholders*. Esta negociação é fundamental na sustentação da avaliação uma vez que representantes da população, profissionais de saúde e gestores possuem objetivos e percepções distintas sobre os serviços e priorizam aspectos diferentes quando avaliam a qualidade das ações de saúde. (MEDINA e all, 2004).

Nesta pesquisa são usuários potenciais os profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento aos pacientes; os gestores locais: Gerentes e Chefes de Núcleo de Enfermagem das UBS; gestores regionais: Diretor Regional, Gerência Atenção Primária e Estratégia de Saúde da Família, Núcleo Regional de Vigilância Epidemiológica, Coordenação Regional do Programa de DST-HIV-Hepatites Virais; gestores do nível central: Núcleo de Controle das DST da Gerência de DST/AIDS da SES-DF; Subsecretaria de Planejamento, Regulação, Avaliação e Controle da SES-DF; Secretaria de Estado Extraordinária de Logística e Infraestrutura de Saúde; a Gerência de Monitoramento e Avaliação da Diretoria de Atenção Primária em Saúde e Núcleo de Ações Pactuadas da Subsecretaria de Vigilância em Saúde, que o setor responsável pelo

planejamento, monitoramento e avaliação da SVS-DF. Esta relação de usuários potenciais está descrita no Anexo 1 deste trabalho.

Esta avaliação foi pactuada, pelo NDST, no Planejamento Estratégico de Gestão por Resultados-PEGR. Este Planejamento atual foi instituído pela SES-DF para o período de 2007 a 2010. O objetivo do Núcleo, com esta atividade, é desenvolver mecanismos para o desenvolvimento de ações integradas junto as UBS quanto à descentralização de atividades de prevenção e controle das DST, bem como promover a melhoria contínua dos processos de supervisão e monitoramento dos serviços que prestam atendimento à população em geral. A Regional de Saúde do Gama, dentro do PEGR, também planejou o desenvolvimento de ações relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, que tem por objetivo prevenir DST e a AIDS, além da gravidez indesejada e mortalidade (www.saude.df.gov.br).

Existem diferentes interesses no uso da avaliação para melhoria da intervenção, por parte dos usuários, como apoio na tomada de decisões, redefinição de fluxos operacionais, redimensionamento de recursos humanos e de logística, melhoria operacional do programa e melhoria do acesso ao atendimento. Para tal efeito, esta pretende ser uma avaliação focada na utilização, pois *“as avaliações devem ser julgadas por sua utilidade e pelo seu uso naquilo que é necessário para corrigir distorções evidenciadas”* (PATTON, 1997). (citar a página)

Apesar do interesse dos usuários em potencial, uma avaliação não está isenta de conflitos que é dado pelos objetivos, percepções e responsabilidades distintas. Sobre isto, PATTON,1997, afirma que as informações das avaliações devem ser consideradas como ferramenta de negociação entre os múltiplos interesses e não como uma verdade absoluta. É necessário estarmos conscientes de que estas mesmas informações poderão dar somente respostas parciais aos problemas enfrentados.

Outro fator que permeia todo o processo é a dificuldade comumente identificada por gestores e trabalhadores em saúde sobre a pouca familiaridade com o campo teórico da avaliação. Por isso a busca por enfatizar o caráter formativo desta avaliação, na medida em que o envolvimento dos usuários potenciais pode aproximá-los da linguagem e do processo da avaliação.

Uma estratégia utilizada na tentativa de evoluir nesta tentativa do caráter formativo e de tentar consensuar uma linguagem comum de monitoramento e avaliação com os *steakhoders*, foi realizado em 2007, a Primeira Oficina de Capacitação em Avaliação com Foco na Melhoria do Programa, contando com a participação dos coordenadores regionais e diversos outros atores e setores que fazem interface com os programas e serviços de DST e AIDS.

No segundo semestre de 2009 foi realizada outra Oficina específica para os interessados nesta avaliação. Esta atividade já estava pactuada no PEGR do NCDST e deveria ser realizada antes do início da aplicação do questionário de supervisão direta. Esta ação foi selecionada no Planejamento estratégico com o objetivo de promover a melhoria contínua dos processos de planejamento, coordenação, supervisão e avaliação normativa e formativa dos serviços que prestam atendimento à população em geral. Estas Oficinas de Monitoramento e Avaliação fazem parte da listagem de capacitações previstas do NCDST para todas as RS antes do início das avaliações regionalizadas.

A oficina foi realizada em outubro de 2009 utilizando-se a metodologia e o material desenvolvido pelo Programa Nacional de Controle de AIDS. As facilitadoras foram três egressas do Curso de Especialização em Avaliação em Saúde, patrocinado pela SVS/MS e ministrado pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz - ENSP/FIOCRUZ. O público alvo foram os interessados no programa e na avaliação nos três níveis:

- a) Nível Local: profissionais de saúde que prestam assistência direta ao paciente; Chefias de Núcleos de Enfermagem; Gerências das Unidades Básicas de Saúde.
- b) Nível Regional: Núcleo Regional de Vigilância Epidemiológica; Gerência de Atenção Primária e Estratégia de Saúde da Família e Centro de Referência em DST/HIV/Hepatites.

- c) Nível Central: Gerência de DST/Aids/Hepatites; Gerência de Monitoramento e Avaliação da Diretoria de Atenção Primária e Estratégia de Saúde da Família; Núcleo de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Subsecretaria de Vigilância à Saúde.

Outra estratégia foi a ampla divulgação e articulação entre os interessados na avaliação. Objetivou-se com isto sensibilização para a adesão e o compartilhamento de responsabilidades e negociação da atuação na avaliação entre os usuários potenciais. Esta ação se deu através de reuniões. A sustentabilidade da avaliação, através da pactuação permanente e da inserção da regional no processo sempre foi um dos objetivos que se tentou atingir durante todo este processo.

3.4. Desenho Metodológico

3.4.1. Análise de Contextos

Contexto Político e Organizacional do Distrito Federal – Gestão da Assistência

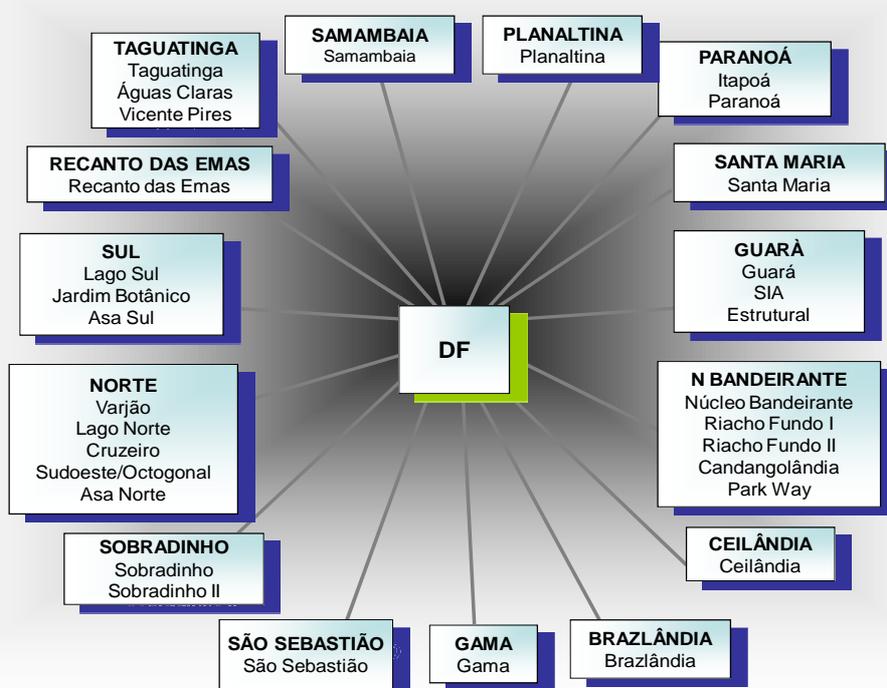
O Distrito Federal foi criado em 24 de abril de 1960 e possui atualmente uma população de 2.606.884 habitantes, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e estatística - IBGE para 2009. Por preceito constitucional, o DF não pode ser dividido em Municípios. É formado por 30 Regiões Administrativas-RA, que são áreas territoriais, cujos limites físicos, estabelecidos pelo poder público, definem a jurisdição da ação governamental e a coordenação dos serviços públicos de natureza local. De acordo com a Lei Orgânica do Distrito Federal-LODF, esta organização visa à descentralização administrativa, a utilização racional de recursos para o desenvolvimento socioeconômico e a melhoria da qualidade de vida. (DISTRITO FEDERAL,1993)

Na área da saúde, estas 30 RA atuais estão englobadas em 15 Regionais de Saúde, que são estruturas análogas a Secretarias Municipais de Saúde. Estas RS foram criadas em 1998, no entanto, esta organização, que contempla uma rede de saúde regionalizada, hierarquizada e organizada em todos os níveis de atenção, sob a coordenação da Secretaria de Saúde, começou a ser desenhada em 1979, quando foi iniciado processo

de trabalho para estabelecimento de um Plano de Saúde para o DF, contemplando: rede de complexidade crescente das unidades de saúde; implantação de unidades satélites de saúde em distribuição espacial estratégica e quantidade adequada; regionalização da prestação de serviços de acordo com os graus de complexidade. Nesta época foram criadas 08 (oito) Coordenações Regionais de Saúde, e as Unidades de Saúde, de acordo com os aglomerados populacionais, se distribuíam entre elas, em áreas estratégicas de maior concentração humana.

Com a expansão do DF, o crescimento populacional e a conseqüentemente necessidade de ampliação do sistema de saúde local, em 1998 as Coordenações Regionais de Saúde passam de 08 para 15 e são denominadas Direções Regionais de Saúde, com as atribuições de planejar e coordenar ações de saúde a partir das necessidades sócio-sanitárias da população. As atuais Regionais de Saúde estão divididas conforme figura abaixo.

Figura 4: Regionais de Saúde e Regiões Administrativas do Distrito Federal



Fonte: Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica do Distrito Federal, 2009.

Em 2002 a SES elaborou o Plano Diretor de Regionalização da Assistência (PDR), em conformidade ao proposto pela Portaria n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002, que regulamentou a Norma Operacional da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde – NOAS/SUS. O plano deveria contemplar uma lógica de planejamento que envolvesse as 15 (quinze) Diretorias Regionais de Saúde na redefinição de espaços regionais. Este Plano introduziu o reagrupamento destas RS em Regiões de Saúde, definida por esta Portaria como “base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa das RAs, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada RS, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Então, este reagrupamento considerou a capacidade instalada da rede de serviços de saúde, reconhecimento do perfil social, demográfico e epidemiológico da população; identificação dos problemas de saúde prioritários, dentre outros; fluxos de usuários; situação geográfica e distâncias entre as RA’s. Este Plano foi revisado em 2004 para incorporar as modificações nas estruturas e nos fluxos da assistência. (DISTRITO FEDERAL, 2005)

O princípio norteador do Plano Diretor de Regionalização proposto pela NOAS/SUS é a regionalização e hierarquização da rede de saúde, e está intrinsecamente ligado à organização de fluxos de atendimento dentro de Estados e Municípios, obedecendo a características regionais, econômicas, geográficas e outras particularidades locais. Está ligado à forma como os entes desenvolverão suas parcerias e assumirão a plenitude da gestão dos respectivos sistemas.

A descentralização na saúde se constitui tanto em diretriz quanto em princípio organizacional/operativo do Sistema Único de Saúde, previsto na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, regulamentando e operacionalizando o SUS.

Enquanto diretriz, deve ter direção única em cada esfera de governo ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e na regionalização e hierarquização

da rede de serviços de saúde. Enquanto princípio organizativo refere-se à redistribuição de recursos e de responsabilidades e coloca na gestão do Sistema a União, os Estados e Municípios (considerando-se este o ente federado mais próximo da realidade de saúde da população). Estabelece cooperação financeira com órgãos das três esferas e com entidades públicas e privadas mediante as formas previstas de descentralização de recursos:

- a) Repasse fundo-a-fundo: transferência de recursos de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Estados, Municípios e Distrito federal;
- b) Remuneração de serviços prestados à população por entidades estatais ou privadas, contratadas ou conveniadas;
- c) Convênio com órgãos ou entidades federais, estatais e do Distrito Federal, municipais e Organizações Não-Governamentais que desenvolvem projetos específicos na área da saúde.

Para cumprir a descentralização, o grande desafio é promover a autonomia e a capacidade dos estados e municípios para assumirem suas responsabilidades sanitárias e nos serviços como forma de buscar eficácia na administração pública.

O PDR-DF contemplou a regionalização geográfica e a hierarquização da rede, porém, esta organização não contemplava a descentralização político-financeira para as RS. A gestão dos recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde ao Fundo de Saúde do Distrito Federal sempre foi centralizada. As decisões político-administrativas são definidas ainda em um processo centralizado pelo nível central da SES/DF. Não há um processo pleno de descentralização efetiva, e sim, de desconcentração de atividades. Os gestores locais não possuem plena autonomia financeira para definir em que áreas da assistência os recursos serão alocados.

Por outro lado, as aquisições de insumos e equipamentos para a realização das atividades na área da saúde também são centralizadas. Até junho de 2010 eram adquiridos em uma central única de compras do Governo do Distrito Federal. Esta

organização não permitia a priorização de aquisições para a saúde, o que contribuía para as crises de desabastecimento no setor. A partir desta data, foi criada através do Decreto nº 31.778, de 09 de junho de 2010, Secretaria de Estado Extraordinária de Logística e Infraestrutura de Saúde do Distrito Federal, para a qual transfere, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, as competências de planejamento e direção superior das atividades de aquisição, armazenamento e distribuição de produtos, materiais e equipamentos destinados a fins terapêuticos e medicinais e de execução direta e indireta de obras e serviços de construção, reforma, reparação, manutenção e conservação de unidades hospitalares e seus equipamentos. O objetivo da criação deste órgão é dar mais agilidade aos processos de aquisição, minimizando os possíveis problemas de desabastecimento na saúde. (Distrito Federal, 2010)

Para minimizar esta condição trazida pela baixa autonomia e objetivando buscar eficácia na administração pública, foi assinado o Decreto nº 31.625, de 29 de abril de 2010, que intitui o Programa de Descentralização Progressiva das Ações de Saúde - PDPAS. A medida ainda não está plenamente em vigor. Será implantada gradualmente e pretende permitir às Diretorias Regionais e Unidades de Atenção à Saúde gerenciar os recursos financeiros, para a manutenção extraordinária das mesmas. No entanto, há limitações para o uso destes recursos financeiros transferidos. Poderão ser utilizados para as seguintes finalidades: aquisição de medicamentos e insumos essenciais ao funcionamento da unidade, aquisição de material de consumo e permanente e de equipamentos. Também permitirá realizar reparos nas instalações físicas e contratar pequenos serviços com pessoas físicas e jurídicas. É vedada sua utilização para custear as seguintes despesas: pessoal e encargos sociais, qualquer que seja o vínculo empregatício; pagamento de contratos de serviços contínuos mantidos pela SES/DF; gratificações de qualquer natureza ou finalidade; festas e recepções; viagens e hospedagens; obras de infra-estrutura não decorrentes de sinistros, observada as regras da legislação de licitações públicas; aquisição e locação de equipamentos ou serviços de informática; publicidade e locação de veículos. (DISTRITO FEDERAL, 2010)

As Secretarias de Saúde e da Fazenda do DF definirão, em conjunto, o valor anual a ser liberado para cada Unidade Executora. Os recursos serão proporcionais ao volume de serviço prestado, a relevância dos serviços assistenciais e a população potencialmente atendida. Neste Decreto são definidas como metas (embora o

documento não estabeleça quantificação) desta descentralização: aferição do nível de satisfação da população atendida; o volume de procedimentos a realizar; a redução de custos fixos e variáveis; o nível de investimentos em equipamentos para atendimento à população e os indicadores da saúde. (DISTRITO FEDERAL, 2010)

Apesar deste quadro de autonomia ainda incipiente e governabilidade limitada dos gestores regionais, há um outro espaço para negociações das dificuldades e necessidades dos níveis regional e local com o nível central da SES-DF. Este espaço é garantido pelo Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal - CG-SES/DF.

CG-SES/DF foi aprovado pela Resolução nº 35/2007 do Conselho de Saúde do Distrito Federal e iniciou suas atividades em maio de 2009. As Regiões de Saúde, representadas pelos diretores regionais, são membros permanentes com voz e voto. O Colegiado se constitui em um espaço de decisão de gestão que tem por finalidade a identificação, a definição de prioridades e de pactuação de soluções visando à implementação e operacionalização do Sistema Único de Saúde no âmbito do Distrito Federal e dentro do contexto da Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal - RIDE-DF, organizando uma rede de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva (Art. 2, Regimento Interno do Colegiado de Gestão da SES-DF).

Esta rede de saúde regionalizada, hierarquizada e organizada em todos os níveis de atenção, é hoje composta por 14 hospitais públicos (1 terciário e 13 regionais secundários e 2 hospitais conveniados (Hospital universitário de Brasília-HUB, Hospital das Forças Armadas-HFA). O Corpo de Bombeiros, também é conveniado porém realiza atendimento pré-hospitalar. Todos os hospitais possuem NVEH implantados, inclusive os dois conveniados (HUB e HFA). Há também unidades próprias que oferecem serviços especializados: Hospital São Vicente de Paulo e Instituto de Saúde Mental (Psiquiatria), Hospital de Apoio (reabilitação e hemoterapia), Centro de Orientação Psicopedagógica, Fundação Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Fundação Hemocentro de Brasília. Há 14 hospitais privados credenciados. Na Atenção Básica, há 137 Unidades Básicas de Saúde, no total, sendo 67 Centros de Saúde, 19

Postos de Saúde Urbano - PSU, 22 Postos de Saúde Rurais - PSR, 29 Unidades que abrigam Equipes de Saúde da Família.

Dados do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB e da Gerência de Monitoramento da Atenção Básica da SES-DF-GEMA mostram que a cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família (até dezembro 2009), contando-se a Cobertura das Equipes de Saúde da Família-ESF acrescida à cobertura das Equipes de Agentes Comunitários de Saúde-EACS era de 23,75%. Existem atualmente 04 equipes de saúde bucal modalidade 01 (CD/ACD) e 07 modalidade 02 (CD/THD/ACD). É preciso ressaltar que há profissionais de saúde bucal em grande número trabalhando na atenção básica sem, no entanto, comporem as equipes na lógica da estratégia de Saúde da Família.

Contexto Político e Organizacional do Distrito Federal – Organização da Assistência ao Portador de DST

As Unidades Básicas de Saúde do DF possuem profissionais capacitados e são consideradas aptas a prestar atendimento ao portador de DST dentro de suas complexidades, sendo que destas, os Centros de Saúde são aquelas que possuem todas as condições estruturais e organizacionais de cumprirem todas as atividades propostas para atendimento em atenção básica.

Os Centros de Referência são serviços especializados que atendem pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) que buscam espontaneamente o serviço ou que são referenciadas pela atenção básica para este fim. Em relação às pessoas com outras DST, a referência é para aquelas que não tiveram seu problema resolvido nas UBS, após introdução da correta terapêutica ou que necessitem de acompanhamento de profissional especializado.

O diagnóstico da infecção pelo HIV pode ser realizado por todo serviço de saúde o acompanhamento deverá ser feito nos Centros de Referência. O primeiro atendimento ao usuário, nos Centros de Referência se dá através de agenda aberta, pode ser realizado por um dos integrantes da equipe que procederá ao acolhimento, orientações gerais e

agendamento de consulta médica conforme a disponibilidade do serviço. Estes serviços dispõem de Unidades Dispensadoras de Medicamentos Antirretroviral (UDM) e equipe multidisciplinar capacitada no atendimento em DST/AIDS.

Atualmente são serviços organizados como CR-DST/Aids no Distrito Federal: (1) Unidade Mista de Saúde da Asa Sul; (2) Hospital Universitário de Brasília – Projeto ConVivência; (3) Centro de Saúde 11 da Asa Norte (onde também funciona a coordenação do Projeto de Redução de Danos do Distrito Federal); (4) Unidade Mista de Taguatinga; (5) Centro de Saúde 01 de Ceilândia; (6) Centro de Saúde 01 de Sabradinho; (7) Centro de Saúde 01 de Planaltina e (8) Centro de Saúde 05 do Gama. O Centro de Saúde 01 do Guará já figurou como uma destas referências, porém, atualmente, precisa reestruturar e reorganizar seu serviço para tais atividades.

Um serviço de apoio importante para a rede de atendimento ao portador de DST é o Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA, unidade cujo principal objetivo é facilitar o acesso ao diagnóstico de HIV/AIDS/Sífilis/Hepatites B e C ofertando aconselhamento e encaminhamento para unidades de referência em DST/HIV/AIDS/Hepatites e outros serviços de atendimento ao portador de DST. O CTA tem um papel importante na prevenção destes agravos por disponibilizar insumos a segmentos populacionais em situação de maior vulnerabilidade, respeitando os direitos humanos, voluntariedade, sigilo, confiabilidade e igualdade.

A rede de apoio diagnóstico é bem definida. Todos os Centros de Saúde possuem Unidade de Coleta de exames, sendo o atendimento realizado de segunda a sexta-feira. As referências de laboratório são o Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN para as sorologias para HIV e para Hepatites B e C e os laboratórios regionais existentes nos hospitais para os outros exames. O acesso aos resultados desses exames é disponibilizado para todos os laboratórios e para as unidades de coleta dos Centros de Saúde da rede pública através de sistema informatizado.

A Farmácia Central da SES/DF, por intermédio da Gerência de DST/AIDS, disponibiliza para as unidades básicas de saúde os medicamentos para atender as DST. Os medicamentos fazem parte de uma relação de medicamentos pactuada entre o Ministério da Saúde e a SES/DF desde 2003, em contrapartida ao repasse dos

medicamentos anti-retrovirais e insumos de prevenção pelo Programa Nacional e DST/AIDS.

Estes medicamentos são disponibilizados conforme o número de casos atendidos, constatado por intermédio da notificação compulsória e consolidada pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificações - SINAN e devem ser dispensados, pela equipe de atendimento, de acordo com os protocolos de atendimento às DST. A orientação para o programa é que o tratamento, sempre que possível, seja supervisionado, ou seja, o paciente deve tomar a medicação, na frente do profissional, no momento da consulta

A Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, estabelece que a notificação é obrigatória aos médicos e outros profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como aos responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino, a notificação de casos das doenças de notificação compulsória.

A Portaria n.º 13 de 03 de Abril de 2007, da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, relaciona os seguintes agravos de DST, além dos já previstos na Portaria Ministerial de notificação nacional, como de notificação compulsória para o Distrito Federal: Condiloma acuminado ou Verruga Anogenital; Infecção pelo HPV (exceto verruga); Sífilis Adquirida (exceto úlcera genital); Síndrome da Cervicite; Síndrome do Corrimento Uretral e Síndrome da Úlcera Genital (DISTRITO FEDERAL, 2007)

No Distrito Federal o Sistema de Informação de Agravos Notificáveis – SINAN foi descentralizado, a partir de 2004, para as 15 Regionais de Saúde existentes e está sob responsabilidade dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica e Imunização – NUVEI – Regionais. A ficha de notificação dos agravos deve ser preenchida em duas vias pela unidade de atendimento, sendo que uma via permanece na Unidade para prosseguimento da investigação, quando for o caso, e a outra via é encaminhada periodicamente ao NUVEI para digitação no Sistema. Os NUVEI estão implantados em todas as RS, em todos os hospitais públicos (secundários e terciário) e também nos hospitais conveniados (HFA e HUB). Nos hospitais particulares as ações de notificação e vigilância estão a cargo dos Núcleos de Controle de Infecção Hospitalar. Outros serviços particulares de atenção à saúde também devem notificar os casos e enviar às

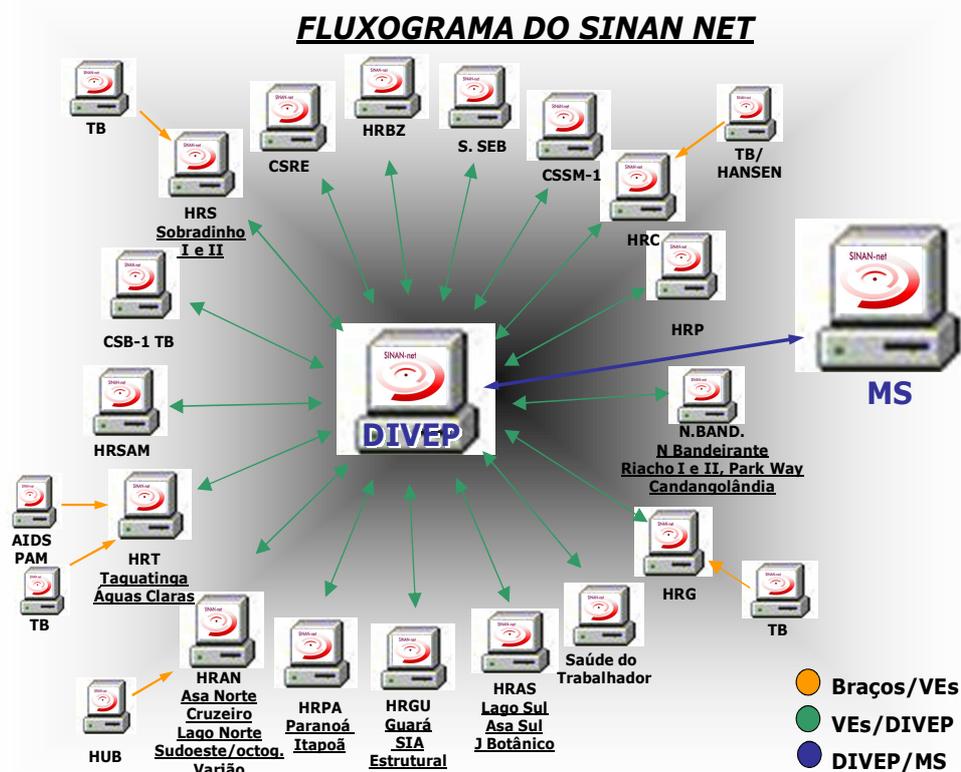
Vigilância Regionais. A notificação on-line já está implantada no DF e os protocolos disponíveis.

A Unidade Básica de Saúde é responsável pela Vigilância à Saúde da sua área de abrangência. Isto envolve a promoção, prevenção e assistência aos agravos sob vigilância. A UBS não deve apenas gerar dados, mas transformá-los em informação. É necessário conhecer o número de casos de doenças ou agravos de notificação compulsória semanal e mensalmente da Unidade e divulgar essas informações. Para tanto se recomenda: (1) Determinação de um fluxo de notificação dentro da UBS; (2) Normas de notificação divulgadas e afixadas; e (3) Embora todo profissional de saúde seja obrigatoriamente responsável pela notificação de doenças de notificação compulsória, no DF, a Vigilância Epidemiológica recomenda que sejam identificados responsáveis para atividades como busca ativa, na unidade ou fora dela, e investigação epidemiológica.

Os dados gerados devem ser repassados à Vigilância da Regional de Saúde por fluxo regularmente estabelecido. A notificação deve sempre ser feita em duas vias, sendo a primeira encaminhada para a Regional e a segunda para que a UBS acompanhe o caso até seu fechamento. Caso não ocorra nenhuma suspeita de doença, as unidades precisam informar à VE da Regional de Saúde que não houve ocorrência de casos de notificação compulsória na semana. A notificação negativa demonstra que os profissionais e o sistema de vigilância da área estão alerta para a ocorrência de tais eventos e evita a subnotificação.

A Vigilância epidemiológica das Regionais de Saúde devem repassar diariamente os arquivos em meio magnético para a DIVEP e esses dados são repassados automaticamente para o MS (via SISNET). A SES envia à SVS/MS quinzenalmente os dados de notificação e investigação, das Regionais de Saúde que não usam o SISNET. Este fluxo está estabelecido conforme figura abaixo:

Figura 5: Fluxograma do envio de dados de notificação compulsória do Distrito Federal



Fonte: Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica do Distrito Federal, 2009.

A realização efetiva do fluxo de notificação proporciona o conhecimento da situação epidemiológica e o encerramento oportuno de casos que é considerado uma medida qualitativa de avaliação de um sistema de vigilância epidemiológica e é indicativo de sua eficiência. Por outro lado, a subnotificação de casos pode acarretar: intervenção inadequada ou inexistente (ações de controle) no processo de saúde-doença no indivíduo, família e comunidade; aplicação de medidas de prevenção e promoção de saúde adiada/prejudicada; não organização da assistência baseada nas necessidades da população; prejuízo na análise epidemiológica da saúde da população e desperdício de recursos por não atender à prioridade da população.

Assim, esta atividade, se realizada conforme tecnicamente recomendada, possibilita a adoção de medidas de controle, de promoção da saúde e prevenção da doença de forma eficaz; otimiza o gasto público ao se focar na necessidade da população; detecta precocemente as epidemias ocasionando seu controle; auxilia o planejamento das ações

e a elaboração de políticas de saúde voltadas à necessidade da população ao subsidiar o gestor de saúde com o conhecimento da realidade epidemiológica. (DISTRITO FEDERAL, 2009)

Contexto Político e Organizacional da Regional de Saúde do Gama

A RS do Gama é composta por somente uma Região Administrativa, de mesmo nome, que possui uma população geral de 139.287 habitantes, segundo estimativa populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, sendo 94% residentes na área urbana e 6% na área rural.

A RS do Gama possui um hospital regional, que tem 408 leitos para internações nas especialidades de clínica médica, cardiologia, pediatria, maternidade, ortopedia e fisiologia. No pronto socorro, que dispõe de 15 leitos fixos, além de dois isolamentos, são atendidos, diariamente, cerca de 1.500 pacientes. Para a cirurgia, existem 10 vagas de ortopedia. Na emergência de pediatria, são 35 leitos fixos e até 60 eventuais. No pré e pós parto, são 17 fixos e até 15 eventuais. O ambulatório oferece consultas de clínica médica, neurologia, psiquiatria, dermatologia, gastroenterologia, nefrologia, fisiologia, pneumologia, cirurgia, otorrinolaringologia, oftalmologia, urologia, ortopedia, pediatria, ginecologia e emergência em odontologia. O hospital também dispõe dos serviços de eletroencefalograma, planejamento familiar e obstetrícia de alto risco, banco de leite, banco de sangue, diálise peritoneal, fisioterapia, nutrição, serviço social e Núcleo Hospitalar de Vigilância Epidemiológica.

A RS subsidia com consultas de especialidades os Centros de Saúde n.º 01 e n.º 02 da Regional de Saúde de Santa Maria e os Centros de Saúde n.º 01 e n.º 02 da Regional de Saúde do Recanto das Emas. A Regional disponibiliza mensalmente uma média de 8.000 consultas de especialidades entre consultas de 1ª vez e retornos. As consultas são distribuídas entre os sete centros de saúde, um posto de saúde rural e mais os quatro centros de saúde que pertencem às Regionais de Santa Maria, que teve seu hospital inaugurado em abril de 2009, porém, não está em pleno funcionamento e Recanto das Emas, que ainda não possui hospital. Além disto, equipes de profissionais do CSG-03 e CSG-05 prestam atendimento em saúde no presídio feminino do Gama, nas especialidades de pediatria e ginecologia.

A Regional possui ainda, uma policlínica e sete Centros de Saúde. Nos Centros de Saúde são realizados os atendimentos primários básicos nas áreas de Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e alguns programas especiais. Caso o usuário necessite de uma avaliação mais especializada, o Centro de Saúde marca a consulta no Hospital Regional do Gama ou em outras Regionais, como Hospital de Base do Distrito Federal (referência terciária), Hospital Regional da Asa Sul e Hospital Regional da Asa Norte.

A Regional conta com 4 Postos de Saúde nas áreas rurais. Estas são Unidades Sanitárias de menor complexidade de atendimento que os Centros de Saúde, destinadas a prestar assistência médico-sanitária, contando com ambulatório para assistência médica permanente nas especialidades de clínica geral, pediatria e ginecologia. São eles: Posto de Saúde de Ponte Alta de Cima, Posto de Saúde de Casa Grande, Posto de Saúde do Engenho das Lajes e Posto de Saúde do DVO-Gama. A Regional conta, ainda, com 4 Equipes de Família Saudável - EFS, 6 Equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS.

Apesar da Regional de Saúde do Gama ser composta somente pela Região Administrativa do Gama, estudo realizado pela SES – DF, sobre o fluxo de atendimento dos municípios da Região Integrada do Entorno e Distrito Federal – RIDE-DF para os hospitais da SES-DF, comprova que esta RS sofre impacto direto de sua proximidade com os municípios dos Estados de Goiás e Minas Gerais que compõem a RIDE-DF, sendo o Hospital Regional do Gama, a unidade hospitalar que possui o maior percentual de participação (42,7% do total) entre as 12 unidades hospitalares que sofrem pressão das demandas de atendimentos realizados em internação e emergência, da população residente nestes municípios. (www.saude.df.gov.br)

Entretanto, este estudo foi realizado apenas nas unidades hospitalares. Ainda não há uma avaliação sobre a pressão desta demanda nos atendimentos dos serviços de atenção primária.

3.4.2. Desenho do Estudo

Abordagens e métodos

Muito se tem discutido sobre avaliação, porém, ainda não há um consenso na literatura sobre seu conceito. Citamos aqui Contandriopoulos que diz que avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção, um serviço ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisão. Para tanto, é necessário empregar dispositivos que permitam fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre uma intervenção ou qualquer um de seus componentes, de modo que os diferentes atores envolvidos possam manter a posição sobre a intervenção e construir (individualmente ou coletivamente) um julgamento sobre a mesma que possa se traduzir em ações. Esse julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) (CONTRANDRIOPOULOS et al, 1997).

A abordagem normativa propõe um julgamento a partir da aplicação de critérios e normas, buscando estudar cada um dos componentes relacionando-os ao preconizado no protocolo existente. As avaliações normativas se apóiam no pressuposto de que existe uma forte relação entre o respeito às normas e critérios e os efeitos reais do programa ou da intervenção (CONTRANDRIOPOULOS et al, 1997).

Este tipo de avaliação explicita a utilização dos recursos empregados possibilitando, pelo conhecimento disponível atingir melhores resultados de assistência à saúde nas situações em que as pessoas seguem os procedimentos recomendados:

“Esta análise esta direcionada a identificar os procedimentos necessários para o manejo dos casos atendidos e verificar se eles realmente foram aplicados na forma que deveriam ter sido. Além disso, permite detectar os procedimentos desnecessários, que podem ser limitados ou abandonados, de modo a apontar para alternativas melhores a serem recomendadas” (PEREIRA, 1995). (citar página)

HARTZ, 1997, nos traz outro conceito importante: o da avaliação formativa. Esta avaliação caracteriza-se por ocorrer enquanto as ações do programa acontecem, permitindo o direcionamento e a tomada de decisões para a melhoria do programa. Os interessados se aproximam mais do contexto da avaliação. Por isso, serve para administradores, gestores, técnicos e demais interessados no programa, busquem as melhores decisões para enfrentamento dos problemas levantados. Associar a avaliação normativa e a formativa durante o processo de avaliação é uma das pretensões desse estudo.

Há três focos possíveis da avaliação, ou de seus componentes estruturais: estrutura, processo e resultado. Estrutura são os atributos materiais e organizacionais existentes (recursos materiais, humanos e características organizacionais e relativamente estáveis nos locais onde a atenção é realizada. O termo processo refere-se à atenção que os profissionais de saúde e outros provedores dispensam aos pacientes, como diagnóstico, tratamento, reabilitação e educação, além do conhecimento e habilidades técnicas com que realizam esta atenção.

Resultado, na concepção de AVEDIS DONABEDIAN, importante teórico da avaliação, diz respeito ao que se adquire para o paciente e pressupõe uma mudança no seu estado inicial que possa ser atribuída à atenção que foi dada. Estes conceitos foram desenvolvidos na década de 60 e continuam até hoje como referência mundial na teoria da avaliação.

Nesta avaliação, no entanto, analisamos resultado como efeito do que se adquire com as atividades implementadas e não qual a relação direta ou os efeitos na clientela, uma vez que o paciente não é, em momento algum, sujeito direto desta avaliação.

O foco desta avaliação é o processo relacionado ao manejo dos casos. Avaliação de processo diz respeito às atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos. Analisam se os serviços são adequados para atingir os resultados esperados. Usualmente é equivalente à análise de implementação e tenta estabelecer relação entre a intervenção e seu contexto de inserção na produção dos efeitos (HARTZ & VIEIRA DA SILVA, 2005).

As atividades implementadas de assistência aos portadores de DST após as capacitações, ou seja, o programa tal como é recomendado para o nível de atenção primária, é a intervenção da qual este estudo parte. Uma intervenção pode ser entendida como *‘o conjunto de meios (físicos, humanos ou financeiros) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática’* (CONTRANDRIOPOULOS et al, 1997). As ações de assistência às DST avaliadas foram aquelas esperadas de serem executadas nas Unidades Básicas de Saúde e que compreendem as atividades do nível 1 e 2 de atendimento preconizadas no Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde já descritas na análise do modelo lógico.

Neste estudo, foi realizado uma avaliação interna, uma vez que avaliador pertence ao quadro de profissionais de saúde da SES-DF e está direta ou indiretamente envolvido com o programa.

Desenho do Estudo

Foi realizado estudo de caso único (Regional de Saúde do Gama), com múltiplas unidades de análise (Centros de Saúde 01, 02, 03, 04, 05 e 06). Estudos de caso são definidos como investigação empírica de um fenômeno que não pode ser dissociado do seu contexto. Nesta estratégia trabalha-se com uma quantidade pequena de unidades de análise, com observações e análises feitas em profundidade no interior de cada caso. Sua validade interna depende da adequação entre o modo de análise escolhido e o modelo teórico. O estudo de caso é considerado o método apropriado para analisar implantação de um programa porque permite focalizar as relações entre o programa e o contexto. (DENIS e CHAMPANGNE, 1997).

Foram critérios para inclusão nesta avaliação ter equipe que realizou capacitação a partir de 2006, ter iniciado o processo de atendimento ao paciente de DST e ser organizado na estrutura de Centro de Saúde. Assim, as unidades de análise foram os Centros nº 01, 02, 03 04, 05 e 06. Foi critério de exclusão não ter, pelo menos, uma das características estabelecidas. Assim, está excluído o Centro nº 08 que durante este período foi reorganizado na estrutura de Policlínica, se tornando unidade intermediária para especialidades. Este serviço está voltando, em 2010, a condição de UBS e terá um

acompanhamento da Coordenação do Programa de DST nos níveis central e regional para reorganizar este atendimento. É importante esclarecer que na RS não existe uma UBS de nº 07.

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais de saúde capacitados a partir de 2006 ou que realizam atividades de atendimento ao portador de DST nestas UBS.

Em uma das reuniões para negociação da avaliação, os gestores da RS solicitaram que as Equipes de Família Saudável - EFS da Regional também fossem avaliadas neste estudo. Houve concordância inicial da parte do NDST em ampliar as unidades de estudo, mas, as EFS, apesar de terem sido capacitadas para utilizar o mesmo algoritmo dos Centros de Saúde, não possuem fluxos de atendimento ou ainda não estão estruturadas para aplicá-los em sua totalidade. A inserção dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS está se dando através de um planejamento que está sendo realizado no intuito de incorporar as ações possíveis do primeiro nível de atendimento. Este planejamento está sendo coordenado pelo Núcleo de Controle de AIDS – NCAIDS, da Gerência de DST/AIDS. Após a finalização do cronograma de visita às UBS, haverá reunião conjunta do NCDST e do NCAIDS com os ACS para avaliação deste planejamento.

Esta é uma questão difícil e enfrentada em outros estudos. Ao se tentar estabelecer um julgamento conjunto do processo de trabalho de todos os serviços que prestam dado atendimento com configuração organizacional distinta corre-se o risco de perder a profundidade da análise. (NEMES et al, 2004). A não inclusão das equipes na amostra foi consensuada após esta discussão.

Matriz de Informação - Dimensões e Sub-dimensões da Avaliação

As dimensões utilizadas para o julgamento foram as da conformidade e da organização. **Conformidade** é definida neste estudo como adesão às normas e às atividades estabelecidas no protocolo e fluxogramas de atendimento e estarão relacionadas ao contexto mais interno do programa.

O conceito de **organização** aqui utilizado é o oriundo da área da administração, proposto por Montana e Charnov, 2003, que define organizar como um processo que reúne recursos físicos e humanos essenciais à consecução dos objetivos de uma empresa. Entendemos que mesmo a administração pública e privada possuindo objetivos finalísticos diferenciados, é possível utilizar a definição em sua essência, trazendo para o campo da saúde um conceito desenvolvido no campo da administração. Assim, partindo desta definição, trabalharemos a dimensão organização, neste estudo como ordenamento e agrupamento de atividades e recursos visando ao desenvolvimento das atividades propostas.

Estas dimensões estão relacionadas a subdimensões e foram definidos critérios e indicadores para sua análise. A construção desses critérios foram definidos e pactuados com interessados na avaliação, tanto do nível central quanto do regional e estabelecidos de acordo com os insumos e atividades previstos no Modelo Lógico da Implantação das Assistência às DST, conforme descritos anteriormente na figura 02. Neste estudo eles são definidos como negociados ou de compromisso, pois decorreram por acordo com as partes envolvidas no gerenciamento do programa (Costa e Castanhar, 2003)

Neste estudo foram utilizados indicadores e variáveis focados na apreciação da estrutura para verificar em que medida os recursos são empregados de modo adequado para atingir os resultados esperados e, também, indicadores e variáveis de apreciação de processo para verificar em que medida as atividades são adequadas para atingir os resultados esperados

As subdimensões utilizadas foram as seguintes:

Acomodação: Foi avaliada dentro das dimensões organização e conformidade, nos componentes estruturais do programa, isto é, de estrutura e processo e nos componentes técnicos de capacitação; assistência (clínica, farmacêutica e laboratorial) e vigilância epidemiológica, para verificar a maneira como os recursos são organizados para atender às necessidades encontradas para a realização das atividades. Os componentes técnicos, critérios e indicadores, pontuação esperada para julgamento da implantação e fonte da informação desta subdimensão estão descritas nos quadros 1, 2 e 3, abaixo. Para verificar esta subdimensão foram utilizados 15 indicadores.

Quadro 1 – Indicadores e Parâmetros para Avaliação da ESTRUTURA – Dimensão: ORGANIZAÇÃO – Sub-Dimensão: ACOMODAÇÃO

Componente Técnico	Crítérios	Indicadores	Parâmetros	Pontuação Esperada	Fonte da informação
Capacitação	Proporção de serviços com profissionais capacitados segundo categoria profissional	Serviços que encaminharam profissional médico para capacitação/total de serviços avaliados	>75% -1,00 ponto 50 ~ 74% - 0,50 ponto 25 ~49% - 0,25 ponto <25% - 0 ponto	1,00 x peso 2	Lista de frequência de capacitações da Coordenação do Programa de DST
		Serviços que encaminharam profissional enfermeiro para capacitação/total de serviços avaliados		1,00 x peso 2	
Assistência: clínica, laboratorial, farmacêutica	Proporção de horas de profissionais por categoria profissional de acordo com quadro de recursos humanos previstos.	Número de horas de médico (clínico, generalista, infectologista) existente/total de horas previstas	>75% -01 ponto 50 ~ 74% - 0,50 ponto 25 ~49% - 0,25 ponto <25% - 0 ponto	1,00 x peso 2	Entrevista com Gestor Local
		Número de horas de ginecologista existente/total de horas previstas		1,00 x peso 2	
		Número de horas de enfermeiro existente/total de horas previstas		1,00 x peso 2	
		Número de horas de técnico de laboratório existente/total de horas previstas		1,00 x peso 2	
Total de Pontos Esperados: 12 (doze)					

Quadro 2 – Indicadores e Parâmetros para Avaliação do PROCESSO – Dimensão: ORGANIZAÇÃO – Sub-Dimensão: ACOMODAÇÃO

Componente Técnico	Crítérios	Indicadores	Parâmetros	Pontuação Esperada	Fonte da informação
Capacitação	Proporção de profissionais capacitados que atuam no atendimento ao portador de DST, por categoria profissional.	Número de profissional médico que realiza atendimento ao portador de DST/Número de profissionais médicos que foram capacitados.	>75% -01 ponto 50 ~ 74% - 0,50 ponto 25 ~49% - 0,25 ponto <25% - 0 ponto	1,00 x peso 2	Entrevista com Gestor Local
		Número de profissional enfermeiro que realiza atendimento ao portador de DST/Número de profissionais enfermeiros que foram capacitados.		1,00 x peso 2	

Assistência: clínica, laboratorial, farmacêutica.	Realização de envio regular de amostras de exames laboratoriais para as unidades laboratoriais referenciadas.	As amostras coletadas são enviadas com regularidade para o Laboratório Regional de Referência?	Sim= 1,00 ponto Não= 0,00 ponto	1,00 x peso 2	Entrevista com Gestor Local
		As sorologias coletadas são enviadas com regularidade para o Laboratório Central de Saúde Pública?		1,00 x peso 2	
Vigilância Epidemiológica	Existência de estratégias de busca consentida a pacientes faltosos	As Unidades encaminham casos de pacientes faltosos fora de área para Vigilância Epidemiológica Regional?	>75% -01 ponto 50 ~ 74% - 0,50 ponto 25 ~49% - 0,25 ponto <25% - 0 ponto	1,00 x peso 2	Entrevista com Gestor Local
		A Vigilância Epidemiológica Regional encaminha casos de pacientes faltosos fora de área para a Vigilância Epidemiológica da Região do Entorno?	Sim= 1,00 ponto Não= 0,00 ponto	1,00 x peso 2	Entrevista com Gestor Regional
Total de Pontos Esperados – 12 (doze)					

Quadro 3 – Indicadores e Parâmetros para Avaliação da PROCESSO – Dimensão: CONFORMIDADE – Sub-Dimensão: ACOMODAÇÃO

Componente Técnico	Critérios	Indicadores	Parâmetros	Pontuação Esperada	Fonte da informação
Vigilância Epidemiológica	Existência de fluxo de notificação e digitação dos dados na Regional de Saúde	Existência de rotina estabelecida de envio de fichas de notificação da UBS para a Vigilância Epidemiológica Regional	Sim= 1,00 ponto Não= 0,00 ponto	1,00 x peso 2	Entrevista com Gestor Local
		Existência de fluxo de notificação e digitação dos dados no Núcleo de Vigilância Epidemiológica da Regional de Saúde	Sim= 1,00 ponto Não= 0,00 ponto	1,00 x peso 2	Fichas de notificação da UBS/SINAN
Total de Pontos Esperados: 04 (quatro)					

Disponibilidade: Foi avaliada nas dimensões organização e conformidade, dentro do componente estrutura, para verificar volume do serviço oferecido, que tipos de recursos são oferecidos e se eles estão de acordo com a necessidade do desenvolvimento das atividades. Os componentes técnicos, critérios e indicadores, pontuação esperada para julgamento da implantação e fonte da informação desta subdimensão estão descritas nos quadros 4 e 5, abaixo. Para verificar esta dimensão foram utilizados 27 indicadores.

Quadro 4 – Indicadores e Parâmetros para Avaliação da ESTRUTURA – Dimensão: ORGANIZAÇÃO – Sub-Dimensão: DISPONIBILIDADE

Componente Técnico	Critérios	Indicadores	Parâmetros	Pontuação Esperada	Fonte da informação
Capacitação	Existência de material didático para capacitação que contemple os componentes do atendimento e a estratégia da abordagem síndrômica	Material didático utilizado para capacitação que aborde todos os aspectos ligados ao atendimento das DST por Abordagem Síndrômica	Sim= 1,00 ponto Não= 0,00 ponto	1,00 x peso 2	Coordenação do Programa de DST
	Proporção de disponibilização de Manuais Técnicos para os serviços e os profissionais que realizaram capacitação.	Número de serviços que receberam o Manual - Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST - MS - 2006/Número de serviços avaliados que enviaram profissionais para serem capacitados Número de profissionais que receberam o Manual de Bolso - Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST - MS - 2006/Número de profissionais que foram capacitados	>75% -01 ponto 50 ~ 74% - 0,50 ponto 25 ~49% - 0,25 ponto <25% - 0 ponto	1,00 x peso 2	Planilha de distribuição do Núcleo de Controle da DST e Entrevista com Gestor Local
Vigilância Epidemiológica	Descentralização operacional do SINAN para o Núcleo de Vigilância Epidemiológica da Regional de Saúde.	SINAN descentralizado para o Núcleo de Vigilância Epidemiológica da Regional de Saúde.	Sim= 1,00 ponto Não= 0,00 ponto	1,00 x peso 2	Coordenação do SINAN/DF
	Existência de Portaria de Notificação do Distrito Federal que inclui as Síndromes de DST como doenças de notificação compulsória	Portaria de Notificação do Distrito Federal que inclui as Síndromes de DST como doenças de notificação compulsória publicada no Diário Oficial do Distrito Federal	Sim= 1,00 ponto Não= 0,00 ponto	1,00 x peso 2	Diário Oficial do Distrito Federal

Prevenção Informação e Educação	Existência de instalações necessárias para realização das atividades	Existência de consultórios médicos nas especialidades de clínica médica e ginecologia	Há consultório específico para as duas especialidades: 1; Há consultório específico para uma das especialidades: 0,50; Não há consultório para nenhuma das especialidades - 0 (zero)	1,00 x peso 2	Observação Direta
		Existência de consultório de enfermagem ou Sala de Vigilância Epidemiológica	Sim= 1,00 ponto Não= 0,00 ponto	1,00 x peso 2	
		Existência de Sala de Reuniões para aconselhamento de grupos.			
	Material educativo disponível na Unidade para atividades de aconselhamento e prevenção das DST	Existência de material educativo para aconselhamento e prevenção das DST	Sim= 1,00 ponto Não= 0,00 ponto	1,00 x peso 2	Observação Direta
	Oferta de vacinação anti-hepatite B para os pacientes atendidos no Programa de Controle da DST	Quantidade de dias no ano de 2009 com falta de vacina contra hepatite B	< 50 dias/ano: 1; > 50 dias/ano:0 (zero)	1,00 x peso 2	SIS-EDI e Entrevista com Gestor Local
Oferta de insumos de prevenção (preservativos) para pacientes atendidos no Programa de Controle da DST	Quantidade de dias no ano de 2009 com falta de preservativos masculinos	< 50 dias/ano: 1; > 50 dias/ano:0 (zero)	1,00 x peso 2	Planilha de insumos de prevenção da Gerência de DST/Aids	
	Quantidade de dias no ano de 2009 com falta de preservativos femininos		1,00 x peso 2		
Fluxo de transporte para envio de fichas de notificação compulsória para a Vigilância Epidemiológica Regional	Existência de fluxo regular de transporte para envio de fichas de notificação compulsória para a Vigilância Epidemiológica Regional	Sim= 1,00 ponto Não= 0,00 ponto	1,00 x peso 2	Entrevista com Gestor Local	

Assistência: clínica, laboratorial, farmacêutica.	Disponibilização de protocolos de atendimento aos serviços que foram capacitados	Número de serviços que possuem o Manual Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST - MS - 2006 e os cartazes com fluxogramas de tratamento	>75% -01 ponto 50 ~ 74% - 0,50 ponto 25 ~49% - 0,25 ponto <25% - 0 ponto	1,00 x peso 2	Entrevista com Gestor Local
	Existência de instalações necessárias para realização das atividades	Existência de consultórios médicos nas especialidades de clínica médica e ginecologia Existência de consultório de enfermagem ou Sala de Vigilância Epidemiológica Existência de Sala de Reuniões para aconselhamento de grupos.	Há consultório específico para as duas especialidades: 1; Há consultório específico para uma das especialidades: 0,50; Não há consultório para nenhuma das especialidades - 0 (zero) Sim= 1,00 ponto Não= 0,00 ponto	1,00 x peso 2 1,00 x peso 2 1,00 x peso 2	Observação direta
	Disponibilidade de medicamentos para pacientes atendidos no Programa de Controle da DST	Quantidade de dias no ano de 2009 com falta de Azitromicina 500mg Quantidade de dias no ano de 2009 com falta de Ciprofloxacina 500mg Quantidade de dias no ano de 2009 com falta de Penicilina Benzatina - 1,2 milhão. Quantidade de dias no ano de 2009 com falta de Aciclovir 400 mg Quantidade de dias no ano com falta de Ácido Tricloroacético - ATA	< 50 dias/ano: 1; > 50 dias/ano:0(zero)	1,00 x peso 2 1,00 x peso 2 1,00 x peso 2 1,00 x peso 2	SISMED Planilha de Controle da Coordenação do Programa de DST e Entrevista com Gestor Local
Assistência: clínica, laboratorial, farmacêutica.	Disponibilidade de exames para pacientes atendidos no Programa de Controle da DST	Quantidade de dias no ano de 2009 com falta de kit para sorologia anti-HIV Quantidade de dias no ano de 2009 com falta de kit para sorologia anti-hepatites B e C Quantidade de dias no ano de 2009 com falta de reagente para VDRL	< 50 dias/ano: 1; > 50 dias/ano:0(zero)	1,00 x peso 2 1,00 x peso 2 1,00 x peso 2	Laboratório Central de Saúde Pública e Farmácia Central
	Existência de fluxo de referência de atendimento para Unidades Referenciadas	Existência de rotina estabelecida de fluxo de referência de atendimento para Hospital Regional e Centro de Referência em DST/Aids.	Sim= 1,00 ponto Não= 0,00 ponto	1,00 x peso 2	Entrevista com Gestor local.

	Existência de fluxo de transporte de amostras para as Unidades Laboratoriais de Referência.	Recolhimento diário de amostras realizado pelo transporte do Laboratório Regional	5 dias / semana: 01 ponto; 4 a 3 dias/semana: 0,50 ponto; 2 dias / semana - 0,25 ponto; < 2 dias/semana: 0 ponto	1,00 x peso 2	Entrevista com Gestor local
		Recolhimento de amostras realizado pelo transporte do Laboratório Central de Saúde Pública todas as vezes que houver material para sorologias.	Sim= 1,00 ponto Não= 0,00 ponto	1,00 x peso 2	
Total de Pontos Esperados: 56 (cinquenta e seis)					

Quadro 5 – Indicadores e Parâmetros para Avaliação da ESTRUTURA – Dimensão: CONFORMIDADE – Sub-Dimensão: DISPONIBILIDADE

Componente Técnico	Critérios	Indicadores	Parâmetros	Pontuação Esperada	Fonte da informação
Assistência clínica, laboratorial e farmacêutica	Utilização de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para profissionais que realizam atendimento ao portador das DST	Os profissionais utilizam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para solicitar exames e busca consentida?	>75% -01 ponto 50 ~ 74% - 0,50 ponto 25 ~49% - 0,25 ponto <25% - 0 ponto	1,00 x peso 2	Entrevista com gestores
Total de Pontos Esperados: 02 (dois)					

Oportunidade técnica: Foi avaliada na dimensão da conformidade, dentro do componente processo, para verificar a realização da ação no momento tecnicamente recomendado, ou seja, a ação técnica deve ser identificada e realizada no momento em que se é requerida para que não resulte em oportunidade perdida. Os componentes técnicos, critérios e indicadores, pontuação esperada para julgamento da implantação e fonte da informação desta subdimensão estão descritas no quadro 6, abaixo. Para verificar esta subdimensão foram analisados 10 indicadores.

Quadro 6 – Indicadores e Parâmetros para Avaliação do PROCESSO – Dimensão: CONFORMIDADE – Sub-Dimensão: OPORTUNIDADE TÉCNICA

Componente Técnico	Critérios	Indicadores	Parâmetros	Pontuação Esperada	Fonte da informação
--------------------	-----------	-------------	------------	--------------------	---------------------

Prevenção, Informação e Educação	Oferta de vacinação anti-hepatite B para os pacientes atendidos no Programa de Controle da DST	Todos os pacientes atendidos sendo encaminhados para avaliação da Sala de Vacinas	>75% -01 ponto 50 ~ 74% - 0,50 ponto 25 ~49% - 0,25 ponto <25% - 0 ponto	1,00 x peso 3	Entrevista com Gestor Local
	Oferta de insumos de prevenção (preservativos) para pacientes atendidos no Programa de Controle da DST	Preservativos femininos sendo distribuídos conforme clientela prioritária pactuada Preservativos masculinos sendo distribuídos por livre demanda ou demanda negociada	>75% -01 ponto 50 ~ 74% - 0,50 ponto 25 ~49% - 0,25 ponto <25% - 0 ponto	1,00 x peso 3 1,00 x peso 3	Entrevista com Gestor Local
Assistência: clínica, laboratorial, farmacêutica	Existência de agendamento aberto para profissional médico e ou enfermeiro para portadores de DST	As Unidades garantem o agendamento aberto para atendimento pelo profissional médico e ou enfermeiro para portadores de DST	>75% -01 ponto 50 ~ 74% - 0,50 ponto 25 ~49% - 0,25 ponto <25% - 0 ponto	1,00 x peso 3	Entrevista com Gestor Local
	Tratamento instituído na primeira consulta conforme descritos nos fluxogramas	Os profissionais instituem os tratamentos descritos nos fluxogramas na primeira consulta?	>75% -01 ponto 50 ~ 74% - 0,50 ponto 25 ~49% - 0,25 ponto <25% - 0 ponto	1,00 x peso 3	Entrevista com Gestor
	Exames laboratoriais coletados no momento da consulta	As Unidades coletam exames laboratoriais de pacientes atendidos quando acontece a primeira consulta?	>75% -01 ponto 50 ~ 74% - 0,50 ponto 25 ~49% - 0,25 ponto <25% - 0 ponto	1,00 x peso 3	Entrevista com Gestor Local
	Utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para profissionais que realizam atendimento ao portador das DST	Os profissionais utilizam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para solicitar exames?	>75% -01 ponto 50 ~ 74% - 0,50 ponto 25 ~49% - 0,25 ponto <25% - 0 ponto	1,00 x peso 3	Entrevista com gestor local
Vigilância Epidemiológica	Existência de estratégias de convocação de parceiros	A convocação de parceiros é realizada em todos os casos?	>75% -01 ponto 50 ~ 74% - 0,50 ponto 25 ~49% - 0,25 ponto <25% - 0 ponto	1,00 x peso 3	Entrevista com Gestor Local
	Existência de estratégias de busca consentida a pacientes faltosos	As Unidades realizam busca a pacientes faltosos residentes na Regional? Os profissionais utilizam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para busca consentida?	>75% -01 ponto 50 ~ 74% - 0,50 ponto 25 ~49% - 0,25 ponto <25% - 0 ponto	1,00 x peso 3 1,00 x peso 3	Entrevista com Gestor Local
Total de Pontos Esperados: 30 (trinta)					

Qualidade técnico-científica: Foi avaliada dentro da dimensão da conformidade, do componente processo, para verificar a aplicação das ações em acordo com o conhecimento e a tecnologia disponível, tendo como padrão os Protocolos de Atendimento previsto para os serviços de assistência ao portador de DST, utilizando a estratégia da abordagem sindrômica. Os componentes técnicos, critérios e indicadores, pontuação esperada para julgamento da implantação e fonte da informação desta subdimensão estão descritas no quadro 7, abaixo. . Para verificar esta subdimensão foram analisados 7 indicadores.

Quadro 7 – Indicadores e Parâmetros para Avaliação do PROCESSO – Dimensão: CONFORMIDADE – Sub-Dimensão: QUALIDADE TÉCNICO-CIENTÍFICA

Componente Técnico	Crítérios	Indicadores	Parâmetros	Pontuação Esperada	Fonte da informação
Prevenção, Informação e Educação	Existência de aconselhamento pré e pós-teste	Os exames solicitados são precedidos de aconselhamento pré-teste? Os resultados dos exames são entregues acompanhados de aconselhamento pós-teste?	>75% -01 ponto 50 ~ 74% - 0,50 ponto 25 ~49% - 0,25 ponto <25% - 0 ponto	1,00 x peso 3 1,00 x peso 3	Entrevista com Gestor Local
	Existência de ações educativas em grupos	Há reunião periódica regular aberta a toda a comunidade para ações educativas em DST?	>75% -01 ponto 50 ~ 74% - 0,50 ponto 25 ~49% - 0,25 ponto <25% - 0 ponto	1,00 x peso 3	Entrevista com Gestor Local
Assistência: clínica, laboratorial, farmacêutica	Atendimento realizado conforme metodologia da Abordagem Sindrômica às DST	As Unidades utilizam atendimento conforme metodologia da Abordagem Sindrômica às DST?	>75% -01 ponto 50 ~ 74% - 0,50 ponto 25 ~49% - 0,25 ponto <25% - 0 ponto	1,00 x peso 3	Entrevista com Gestor Local
	Exames laboratoriais oferecidos no momento da consulta	Os profissionais ofertam todos os exames para detecção de HIV, Hepatites e Sífilis no momento da primeira consulta?	>75% -01 ponto 50 ~ 74% - 0,50 ponto 25 ~49% - 0,25 ponto <25% - 0 ponto	1,00 x peso 3	Entrevista com Gestor Local
	Encaminhamento dos pacientes de acordo conforme protocolo	Os casos encaminhados para as Unidades de Referência (Hospital Regional e Centro de Referência de DST/Aids são realizados conforme o preconizado pelo protocolo?	>75% -01 ponto 50 ~ 74% - 0,50 ponto 25 ~49% - 0,25 ponto <25% - 0 ponto	1,00 x peso 3	Entrevista com Gestor Local
Total de Pontos Esperados: 18 (dezoito)					

Aceitabilidade: Foi avaliada dentro da dimensão conformidade, do componente processo para verificar as atitudes dos profissionais a respeito de suas práticas e a capacidade de aceitar a intervenção proposta. Para verificar esta subdimensão foram analisados 3 indicadores.

Quadro 8 – Indicadores e Parâmetros para Avaliação do PROCESSO – Dimensão: CONFORMIDADE – Sub-Dimensão: ACEITABILIDADE

Componente Técnico	Critérios	Indicadores	Parâmetros	Pontuação Esperada	Fonte da informação
Assistência: clínica, laboratorial, farmacêutica.	Existência de agendamento aberto para profissional médico e ou enfermeiro para portadores de DST	Número de profissionais que consideram sua agenda compatível com o tempo exigido para realizar todas as atividades do protocolo/Número de profissionais que responderam o questionário	>75% -01 ponto 50 ~ 74% - 0,50 ponto 25 ~49% - 0,25 ponto <25% - 0 ponto	1,00 x peso 1	Questionário
	Atendimento realizado conforme metodologia da Abordagem Síndrômica às DST	Número de profissionais que consideram boa a estratégia do Manejo da Abordagem Síndrômica/Número de profissionais que responderam o questionário Número de profissionais que utilizam o Manejo em outro vínculo empregatício/Número de profissionais que têm outro vínculo empregatício	>75% -01 ponto 50 ~ 74% - 0,50 ponto 25 ~49% - 0,25 ponto <25% - 0 ponto	1,00 x peso 1	Questionário
Capacitação	Proporção de profissionais capacitados que atuam no atendimento ao portador de DST, por categoria profissional.	Número de profissionais que considera que a capacitação contribuiu para a melhoria dos seus processos de trabalho/Número de responderam o questionário	>75% -01 ponto 50 ~ 74% - 0,50 ponto 25 ~49% - 0,25 ponto <25% - 0 ponto	1,00 x peso 1	Questionário
Total de Pontos Esperados: 4 (quatro)					

O referencial teórico utilizado para discorrer aqui a dimensão de conformidade, bem como as subdimensões a serem analisadas foram as descritas por PENCHANSKY e THOMAS, 1981.

3.4.3. Interpretação dos Dados

Matriz de Julgamento e Relevância

Para definir a matriz de relevância, foram inicialmente atribuídos pesos às subdimensões elencadas. Estes pesos foram estabelecidos de acordo com o grau de importância em que foram considerados no processo de implantação. Esta definição ocorreu em consenso com técnicos e especialistas da Gerência de DST/Aids. As subdimensões oportunidade técnica e qualidade técnico-científica receberam peso 3 por serem consideradas altamente relevante no processo de implantação das atividades. As subdimensões acomodação e disponibilidade receberam peso 2 por serem consideradas muito relevantes no processo de implantação das atividades. A subdimensão Aceitabilidade recebeu peso 1 e foi considerada relevante no processo de implantação das atividades. Esta relação está descrita no quadro 9, abaixo.

Quadro 9. Avaliação da implantação – Relevância

Sub-dimensão	Pesos Atribuídos	Dimensão	
		Conformidade	Organização
Acomodação	2	RR	RR
Disponibilidade	2	RR	RR
Oportunidade técnica	3	RRR	
Qualidade técnica-científica	3	RRR	
Aceitabilidade	1	R	
RRR= altamente relevante RR= muito relevante e R= relevante			

Os parâmetros do grau de implantação foram definidos por meio de quartis, utilizando o modelo testado e validado por Cosendey (2003), permitindo, assim, atribuir aos serviços uma pontuação segundo graus de implantação. O grau de implantação foi definido como: valores acima de 75%: implantado (I); valores entre 50 e 74%: parcialmente implantado (PI); valores entre 25 a 49%: regularmente implantado (RI) e valores abaixo de 25%: não implantado (NI). Esta relação está demonstrada no quadro 10, abaixo.

Quadro 10. Avaliação da implantação – Graus de Implantação

Intervalos	Resultado	
>75%	Implantado	I
50 ~ 74%	Parcialmente Implantado	PI
25 ~49%	Regularmente Implantado	RI
< 25%	Não Implantado	NI

Adaptado de Consedey, 2003.

Fontes e Técnicas de Coleta de Dados

A matriz de informação busca organizar a relação existente entre o modelo lógico do programa, as dimensões da avaliação, os indicadores, os instrumentos de coleta e a fonte de dados. Assim, as fontes de dados foram estabelecidas de acordo com a possibilidade de permitir fazer estas ligações.

Análise Documental

A análise documental foi utilizada para obtenção de dados secundários, principalmente na dimensão organização, para verificar disponibilidade de recursos. Os meios utilizados foram: planilhas de dispensação e controle de insumos de prevenção e de materiais, lista de frequência de capacitações, fichas de notificação de casos (segunda via da UBS). Também foram utilizados sistemas de informações de controle próprios da SES/DF, como o Sistema de Informação de Medicamentos-SISMED, além dos de base nacional como o Sistema de Informação de Agravos Notificáveis – SINAN e o Sistema de Informação de Estoque e Distribuição de Imunobiológicos – SI-EDI.

Para descrição dos contextos foram utilizados documentos institucionais da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Planos e Portarias e informações disponibilizadas pela Coordenação de Informação e Análise em Saúde da Diretoria de Vigilância Epidemiológica do DF.

Observação Direta

A observação direta ocorreu para verificar a existência ou não de ambiente físico adequado para a realização das atividades; a disponibilização e o acesso, aos

profissionais que realizam os atendimentos dos protocolos e materiais educativos; a existência e a disponibilidade de insumos no nível local, para viabilizar a realização das atividades preconizadas. Os critérios de observação estão inclusos no questionário de entrevistas aos gestores.

Entrevistas

As entrevistas foram realizadas com gestores regionais e locais para obtenção de dados para analisar a organização do serviço, na implantação e manutenção do Programa.

Para os gestores locais das seis UBS selecionadas foi utilizado o instrumento denominado pelo NDST de Questionário de Supervisão Direta (Anexo 2). Este instrumento foi elaborado pelo referido Núcleo e é composto de 59 perguntas fechadas e abertas, relacionadas a desenvolvimento das atividades, fluxos operacionais e organização do serviço, além de dados de identificação da UBS e dos profissionais capacitados. Este instrumento foi inicialmente aplicado aos serviços quando todo o processo de capacitação foi iniciado. O processo, naquele momento, consistia em fazer uma auto-aplicação e, a partir da análise dos dados, elaborar proposta de implementação das atividades. Este instrumento foi elaborado com a participação e sugestão de diversos atores. Para o estudo atual a aplicação foi em forma de entrevista conduzida pela avaliadora. Foram entrevistados os Gerentes e Chefes de Enfermagem das UBS. Verificou-se durante sua aplicação que havia necessidade de complementariedade de informações que não estavam incluídas e que precisariam ser obtidas para responder a alguns critérios e indicadores estabelecidos. Esta complementação foi feita durante as entrevistas realizadas.

Para complementar as informações obtidas por análise documental do contexto político-organizacional obtidas foram realizadas entrevistas com outros gestores e profissionais identificados na organização do programa. Para estas entrevistas adicionais não foi desenvolvido um instrumento específico para coleta de informações. As perguntas, todas abertas, eram feitas de acordo com a necessidade observada de complementariedade de informações obtidas anteriormente. São eles: técnicos do Laboratório Central de Saúde Pública (setor responsável pelas sorologias e interlocutor

do sistema informatizado de resultados de exames sorológicos), Ex-coordenador do Programa de Controle da DST, Coordenador Regional de Vigilância Epidemiológica (responsável pela supervisão, organização e distribuição local de imunobiológicos), Coordenador Regional de Atenção Primária e Estratégia Saúde da Família (responsável pela supervisão e coordenação local da atenção básica), Coordenador Regional de Laboratório, técnico da Farmácia Central (setor responsável pela solicitação, controle e dispensação de medicamentos e insumos de laboratório), técnico da farmácia do Hospital Regional do Gama (responsável pela solicitação, diluição e distribuição do Ácido Tricloroacético – ATA para os Centros de Saúde). Na realização das visitas às UBS também foram obtidas informações complementares do contexto com técnicos da farmácia, laboratório e administração do nível local.

Dados primários foram obtidos através de questionário com perguntas abertas e fechadas (anexo 3) para aplicação aos profissionais de saúde na perspectiva de avaliar valor dados ao uso dos protocolos pelo profissional que executa diretamente as atividades de assistência à utilização dos protocolos de atendimento as DST, mudança da postura esperada após a capacitação e percepção da influência da estrutura organizacional em suas atividades. Estes sujeitos foram aqueles profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros), das seis UBS selecionadas, que foram capacitados ou que realizam atividades no manejo do atendimento.

Evidências e Julgamentos

Os métodos para coleta e análise destes dados foram qualitativos e quantitativos. O uso simultâneo das duas metodologias possibilita compreensão mais profunda da dinâmica interna do fenômeno e, por conseguinte, melhor entendimento do significado dos múltiplos aspectos dos serviços avaliados. Tal efeito se observa porque enquanto a avaliação quantitativa permite uma visão geral do fenômeno avaliado, a qualitativa explica e aprofunda alguns conceitos mais gerais. (TANAKA e MELO, 2004). A combinação de métodos possibilita a triangulação, a expansão e a complementariedade dos achados.

4. QUESTÕES ÉTICAS

Este estudo pretendeu garantir padrões de propriedade, objetivando assegurar que a avaliação fosse conduzida legalmente, eticamente e com a devida preocupação com o bem estar dos envolvidos na avaliação, como também daqueles afetados pelos seus resultados.

A garantia dos padrões de propriedade é preceito ético fundamental para a realização do estudo, no entanto, esta mesma ética nos obriga em se identificando necessidades de ajustes ou riscos percebidos aos pacientes, nas Unidades avaliadas, dar este retorno imediato aos serviços, através de relatórios intermediários. Estes relatórios forma produzidos para as seis UBS e entregues ao NDST. As informações contidas subsidiaram as visitas de retorno e novas discussões com os gestores locais. As visitas iniciais iniciaram-se no final do mês de fevereiro de 2010. As visitas de retorno iniciaram-se no final do mês de abril. Durante estas visitas de retorno, o NDST sugeriu e a gestão local aceitou que os problemas listados e encontrados fossem discutidos com todos os envolvidos no programa (gestores, operadores, profissionais) em cada unidade de análise. Este momento foi muito oportuno e entendido como uma potencialidade de maior envolvimento de todos. Apesar do retorno ter se dado em cada unidade de análise, a divulgação pública se fará por dados agregados, para evitar que esta identificação seja feita por público externo aos serviços.

Para atingir tal objetivo, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz e pretendeu atender todos os requisitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Foi solicitada junto a Direção Regional de Saúde do Gama autorização para a realização do estudo através de Termo de Anuência onde forão explicitados os sujeitos, os objetivos e a duração esperada da pesquisa (anexo 4).

Todos os profissionais sujeitos da pesquisa foram convidados a participar e também informados dos objetivos por meio da leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, facultando-lhes o direito de recusa e a garantia de esclarecimentos a qualquer momento da realização do estudo (anexo 5).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Contexto da Implementação da Assistência ao Portador de DST na Regional de Saúde do Gama – Distrito Federal.

Todas as UBS selecionadas fazem atendimento ao paciente portador de DST. O CSG-05, mesmo sendo um CR-DST/Aids, também executa, atividades de nível 1 de atendimento aos portadores de DST para sua população adstrita. Também atende todos os pacientes das outras UBS e do Entorno que procuram o serviço para este atendimento. Importante ressaltar que esta procura para o primeiro nível de atendimento das DST deve ser espontânea, pois referenciar atividades de nível 1 de atendimento não é um fluxo de referência estabelecido para as Unidades de Saúde.

A rede de apoio diagnóstico é bem definida. Todos os Centros de Saúde possuem Unidade de Coleta de exames, sendo o atendimento realizado de segunda a sexta-feira. As referências de laboratório são o Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN para as sorologias para HIV e para Hepatites e os laboratórios regionais existentes nos hospitais para os outros exames.

O acesso aos resultados desses exames é disponibilizado para todos os laboratórios e para as unidades de coleta dos Centros de Saúde da rede pública através de sistema informatizado.

A rede de apoio de transporte é realizada pelos níveis Central (para os resultados de sorologias) e Regional (para os demais resultados). No Regional, o fluxo de recolhimento das amostras nas UBS para o Laboratório Regional do Hospital do Gama é realizado de segunda a sexta-feira, que são os dias de funcionamento das Unidades.

O fluxo de recolhimento do nível central é feito pelo transporte do LACEN, que passa todos os dias no Centro de Saúde nº 05 por este ter demanda diária. Invariavelmente, após, passa no Hospital Regional do Gama e de lá se comunica com as outras UBS para verificar se existem amostras a serem recolhidas. Em caso afirmativo,

o transporte se dirige à Unidade para o recolhimento. Esta verificação é importante para evitar deslocamentos desnecessários e otimizar o serviço.

Outro fluxo estabelecido é o de referência de atendimento para Hospital Regional e Centro de Referência em DST/Aids. Os Centros de Referência são serviços especializados que atendem pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) que buscam espontaneamente o serviço ou que são referenciadas pela atenção básica para este fim. Em relação às pessoas com outras DST, a referência é para aquelas que não tiveram seu problema resolvido nas UBS, após introdução da correta terapêutica ou que necessitem de acompanhamento de profissional especializado. O diagnóstico da infecção pelo HIV pode ser realizado por todo serviço de saúde o acompanhamento deverá ser feito nos Centros de Referência. O primeiro atendimento ao usuário, nos Centros de Referência se dá através de agenda aberta, pode ser realizado por um dos integrantes da equipe que procederá ao acolhimento, orientações gerais e agendamento de consulta médica conforme a disponibilidade do serviço. Estes serviços dispõem de Unidades Dispensadoras de Medicamentos Antirretroviral (UDM) e equipe multidisciplinar capacitada no atendimento em DST/AIDS. Apesar de ser também uma UBS e fazer parte deste estudo, o Centro de Saúde 05 do Gama é uma das 08 referências existentes no DF. O Hospital Regional do Gama possui atendimento nas especialidades de gastroenterologia e urologia. A Policlínica atende casos de dermatologia.

Os fluxos de vigilância epidemiológica também são bem definidos na Regional. É utilizada as Portarias de notificação vigentes, incluindo-se a Portaria de Notificação do Distrito Federal que inclui as Síndromes de DST como doenças de notificação compulsória publicada. O SINAN foi descentralizado para o Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização da Regional de Saúde do Gama em outubro de 2004, ficando o NUVEI responsável pela alimentação, supervisão, envio de dados ao nível central e análise das informações em nível local.

Há fluxo regular de transporte para envio de fichas de notificação compulsória das UBS para a Vigilância Epidemiológica Regional. O NUVEI recebeu um transporte através do Projeto VIGISUS I. Apesar dos Núcleos serem subordinados administrativamente à Direção Regional de Saúde, tendo esta a obrigatoriedade de prover as condições necessárias para o desenvolvimento das atividades, a Diretoria de

Vigilância Epidemiológica, complementarmente, prevê nas suas aquisições insumos e equipamentos necessários ao fortalecimento e estruturação destes NUVEI, cabendo à Direção Regional a manutenção e conserto das mesmas, se necessário. este transporte também é utilizado para o recolhimentos das fichas de notificação compulsórias nas UBS. Outro expediente utilizado é o transporte que realiza o recolhimento e entrega de malote da Regional, que também é utilizado para este fim.

- **Análise da Situação Epidemiológica das DST nas Unidades Seleccionadas**

Nos seis unidades de análise, no ano de 2009, foram notificados 323 casos, tendo o Centro de Saúde nº 5 do Gama (CSG-5) realizado 52,3% do total de notificações (SES-DF, 2007). Importante ressaltar que esta se constitui em um dos atuais oito CR-DST/Aids existentes no Distrito Federal. Os casos, nas UBS, estão distribuídos no quadro abaixo:

Os resultados obtidos através do Sistema de Informações de Agravos Notificáveis – SINAN foram:

Quadro 11: *Casos novos e percentuais de DST na Regional de Saúde do Gama-DF, 2009.

Unidade de Saúde	Sífilis	Síndrome Cervicite	Síndrome Corrimento Uretral	Síndrome Úlcera Genital	HPV Condiloma	Nº de Casos	%
CSG-1	0	1	7	0	17	25	7,7%
CSG-2	2	0	2	2	17	23	7,1%
CSG-3	4	6	2	4	5	21	6,5%
CSG-4	2	3	4	2	11	22	6,8%
CSG-5	9	7	80	9	64	169	52,3%
CSG-6	1	44	9	1	8	63	19,5%
TOTAL	18	61	104	18	122	323	100%

Fonte: SES-DF, SINAN, 2009. *As DST's consideradas foram as seguintes: condiloma/HPV, sífilis adquirida (exceto cancro duro), síndrome da cervicite, síndrome do corrimento uretral e síndrome da úlcera genital

Pela análise dos dados do quadro acima, conclui-se que o Centro de Saúde nº 5 apresenta 52,3% de todos os atendimentos. Um das explicações possíveis é o fato deste serviço estar organizado na Regional desde o ano 2002, sendo reconhecido pela população como local de atendimento de DST. Além disto, o processo de

descentralização efetiva do atendimento para os outros serviços iniciou-se no final de 2006.

O Centro de Saúde nº 06 apresenta um aumento significativo de notificações de síndrome da cervicite. Isoladamente e pela simples análise da tabela não temos como inferir que causas poderiam estar influenciando este aumento.

Avaliação do Grau de Implantação

Quadro 12 – Grau de Implantação por Dimensão, Subdimensão e pontuação observada e esperada por componente.

DIMENSÃO								GRAU DE IMPLANTAÇÃO
Organização	Subdimensão: Acomodação							Parcialmente Implantado
	Componente	PO	PE	%	PO	PE	%	
	Estrutura	7,5	12,0	62,5%	13	24	54,16	
	Processo	5,5	12,0	45,8%				
	Subdimensão: Disponibilidade							Implantado
	Componente	PO	PE	%	PO	PE	%	
	Estrutura	46,0	56,0	82,1%	46	56	82,1	
Conformidade	Subdimensão: Acomodação							Implantado
	Componente	PO	PE	%	PO	PE	%	
	Processo	4,00	4,00	100%	4,0	4,0	100	
	Subdimensão: Disponibilidade							Não Implantado
	Componente	PO	PE	%	PO	PE	%	
	Estrutura	0,0	2,0	0,0%	0,0	2,0	0,0	
	Subdimensão: Oportunidade Técnica							Parcialmente Implantado
	Componente	PO	PE	%	PO	PE	%	
	Processo	15,0	30,0	50,0%	15	30	50	
	Subdimensão: Qualidade Técnico-Científica							Implantado
	Componente	PO	PE	%	PO	PE	%	
	Processo	16,5	18,0	91,6%	16,5	18	91,6	
Subdimensão: Aceitabilidade							Parcialmente Implantado	
Componente	PO	PE	%	PO	PE	%		
Processo	2,5	4,0	62,5	2,5	4,0	62,5		

Σ DOS COMPONENTES	97	138	70,28
GRAU DE IMPLANTAÇÃO	Parcialmente Implantado		

PO: Pontuação Observada

PE: Pontuação Esperada

ORGANIZAÇÃO

a) ACOMODAÇÃO

Em relação à esta subdimensão, o componente **Estrutura** está implantado em 62,5%, o que equivale ao grau de implantação de Parcialmente Implantado (PI). Alguns critérios e indicadores avaliados neste componente apresentam fragilidades. Somente 66% dos serviços encaminharam profissional médico para capacitação em manejo do Portador de DST pela Abordagem Síndrômica. É plausível que uma das causas seja o número de horas de médico existentes nos serviços. Em relação à médicos clínicos, generalistas e infectologistas, somente há um total de 56,7% das horas previstas. Este percentual se reduz mais ainda quando se trata de horas de ginecologistas: 44,8% das horas previstas. Ademais, este quantitativo de horas e de profissionais não significa que eles estejam todos diretamente envolvidos nas atividades do Programa. Em uma das UBS há clínico de 40h, que é considerado como não tendo perfil para atuar neste agravo e dá suporte às atividades somente quando é solicitado. Há também UBS que tem o terceiro turno de atendimento, o que demanda maior carga horária, porém, possui a mesma realidade do quadro funcional de todas as outras Unidades.

É importante salientar que todos os profissionais médicos contabilizados possuem interface com o atendimento na realização das atividades, mesmo não realizando todo o fluxo do atendimento, que normalmente é iniciado pelas enfermeiras. Por outro lado é importante esclarecer que a quantidade de médicos existentes não corresponde a necessidade das horas semanais para o serviço, uma vez que a grande maioria só exerce nestas UBS algumas horas por semana e a carga horária é complementada no Pronto Socorro do Hospital Regional, que acaba tendo prioridade na gestão quando da lotação e realocação do profissional. Em algumas Unidades, é necessário que o gestor da UBS realize o atendimento naquilo que o profissional enfermeiro não pode intervir, para equacionar este problema. Os gestores são unânimes em afirmar que, se cada profissional médico lotado cumprisse integralmente sua carga

horária nas Unidades, teríamos um quadro de profissionais adequado para as demandas existentes.

Todas as UBS encaminharam profissionais enfermeiros para a capacitação. O total de horas existentes deste profissional é de 82,81% do total de horas previstas. Em relação a técnicos de laboratório, o percentual de horas cai para 71,15%. Importante salientar que em uma das Unidades que possuem somente 02 técnicos, que juntos perfazem 80 horas, um deles tem tido constantes afastamentos por Licença Médica.

São considerados como necessidades de clínico, ginecologistas e laboratório: 40 horas por turno de atendimento, assim, as UBS de 2 turnos necessitam de 80 horas semanais. Para os enfermeiros são considerados 240 horas, incluindo a chefia do Núcleo de Enfermagem. O dimensionamento de pessoal é considerado por todos os gestores como defasado. Todos são unânimes em afirmar que é necessário um novo dimensionamento da equipe, com a criação de um quadro de pessoal que contemple as necessidades reais dos novos programas e atividades e o crescimento populacional do DF.

O componente **Processo** apresenta maior fragilidade que o componente estrutura nesta subdimensão. Está implantado em 45,8% de sua totalidade, o que equivale ao grau de implantação de Regularmente Implantado (RI). Alguns critérios e indicadores avaliados neste componente apresentam maiores fragilidades.

Aqui observamos que apenas 18,5% de todos os profissionais médicos que realizam o atendimento foram capacitados para as atividades. Apesar de todas as UBS terem encaminhado profissional enfermeiro para capacitação, conforme já relatado anteriormente, apenas 51,85% de todos os profissionais desta categoria que realizam o atendimento foram capacitados para as atividades. Em todas as UBS as ações do programa são executadas, em sua quase totalidade, pelos enfermeiros. Os médicos normalmente dão o suporte nas situações em que há algum impedimento legal para a atuação da enfermagem.

Em 33,3% das UBS é feito o encaminhamento de pacientes faltosos fora de área para Vigilância Epidemiológica Regional. Das duas Unidades que fazem este relato,

uma utiliza este expediente em com todos os casos. A outra, que é uma Unidade que atende regularmente a Região do Entorno do Gama, o faz muito raramente. Isto se deve ao fato desta Unidade possuir uma metodologia e rotina de registros que permitem o rastreamento destes pacientes, mesmo fora de área.

b) DISPONIBILIDADE

Em relação à esta subdimensão, o componente **Estrutura** está implantado em 82,1%, o que equivale ao grau de implantação de Implantado (I).

O Material didático utilizado para capacitação dos profissionais aborda todos os aspectos ligados ao atendimento das DST por Abordagem Sindrômica. É o mesmo utilizado para todas as capacitações do DF. O que difere dos demais é o resultado final que é o Planejamento do atendimento ao paciente com DST de cada Unidade de Saúde, que deve obedecer os fluxos e especificidades internas. Todos os serviços que enviaram profissionais para serem capacitados receberam o Manual - Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST - MS – 2006. Também, todos os profissionais que foram capacitados receberam o Manual de Bolso - Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST - MS – 2006.

Em relação à recursos de estrutura física necessária para a realização das atividades, todas as UBS possuem consultórios médicos nas especialidades de clínica médica e ginecologia, consultório de enfermagem ou Sala de Vigilância Epidemiológica Sala de Reuniões para aconselhamento de grupos. As Unidades também possuem material necessário para as atividades educativas para aconselhamento e prevenção das DST. Materiais como possui vídeo-cassete/DVD, fitas educativas, aparelho de televisão, próteses femininas e próteses masculinas, álbum seriado de DST constam em todas as UBS. Segundo os gestores, o que constantemente precisa ser repostado e que às vezes apresenta um quantitativo inferior ao necessário aqueles que devem ser entregues à população. No entanto, nenhum gestor afirma que esta situação impede o desenvolvimento das ações educativas propostas. As UBS também possuem o Manual Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST - MS - 2006 e os cartazes com fluxogramas de tratamento.

Em relação a disponibilidade de insumos para prevenção, a vacina contra hepatite B não apresentou nenhum desabastecimento no ano de 2009, segundo dados do Sistema de Informação de Estoque e Distribuição de Imunobiológicos – SI-EDI, gerenciado, alimentado e supervisionado pela Gerência de Vigilância Epidemiológica e Imunização, da Diretoria de Vigilância Epidemiológica do DF.

Também não houve desabastecimento, neste mesmo período, de preservativos masculinos. As UBS da Regional têm dispensado este insumo conforme orientação da Coordenação Central. O Distrito Federal orienta que os serviços dispensem preservativos masculinos de acordo com a Nota Técnica nº 13/2009/GAB/PN-DST-AIDS/SVS/MS, de 15 de janeiro de 2009 que recomenda a ampliação do acesso aos serviços de saúde do SUS, adotando medidas que facilitem acesso aos usuários, sobretudo das populações mais vulneráveis. São medidas recomendadas, dentre outras: desvinculação da necessidade de prescrição médica para a entrega de insumo; evitar a solicitação de documentos de identificação e controle do usuário para a dispensação dos preservativos; desvincular o fornecimento à participação obrigatória dos usuários à palestras ou outro tipo de reunião; estabelecer dispensação dos preservativos para grupos populacionais vulneráveis, de cotas negociadas, utilizando-se das necessidades declaradas pelo usuário e a disponibilidade dos insumos nos serviços de saúde.

A situação de disponibilização e oferta do preservativo feminino, no entanto, apresenta grave problema de desabastecimento. Durante o ano de 2009, o produto só foi regularmente ofertado durante o mês de outubro. A orientação para a distribuição deste insumo é que seja priorizado para populações femininas de alto risco e distribuído conforme protocolo da Gerência DST/AIDS.

As Unidades recebem medicações regularmente do Núcleo de Medicamentos da Atenção Básica da Farmácia Central da SES/DF, porém, segundo os gestores, nem sempre a quantidade pedida é a fornecida ou às vezes ocorre desabastecimento. Esta tem sido relatada como uma das grandes dificuldades do Programa.

Os medicamentos Ciprofloxacina 500mg e Ácido Tricloroacético a 90%– ATA não apresentaram desabastecimento no ano de 2009. No entanto, segundo planilha de controle da GEDST, gerada pelos dados do Sistema de Medicamentos-Alfa link, o

medicamento Azitromicina 500mg faltou durante os meses de fevereiro e março de 2009; a Penicilina Benzatina - 1,2 milhão faltou nos meses abril, maio, junho, setembro, outubro e novembro e o Aciclovir 400 faltou durante os meses de outubro e novembro de 2009

O Ácido Tricloroacético - ATA a 90% é diluído no Hospital Regional do Gama e fornecido para todas as UBS, em havendo necessidade, até para as das Regionais de Santa Maria e Recanto das Emas. Em 2009 não houve desabastecimento do sal para diluição. O problema tem sido o frasco para acondicionamento após diluição. A farmácia do hospital quando solicitada envia um quantitativo de 100ml para as UBS em frascos de, às vezes, 1.000 ml. O ideal seria a aquisição dos de 50 ml, em vidro âmbar escuro, para melhorar o acondicionamento e a perda ocasional do produto por validade vencida. O produto após diluído só tem validade de 6 meses.

Azitromicina e Ciprofloxacina estão pactuados na Atenção Básica para o atendimento dos casos de DST. Devem ser disponibilizados conforme o número de casos atendidos, constatado por intermédio da notificação compulsória e consolidada pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN) e devem ser dispensados, pela equipe de atendimento, de acordo com os protocolos de atendimento às DST. A orientação para o programa é que o tratamento, sempre que possível, seja supervisionado, ou seja, o paciente deve tomar a medicação, na frente do profissional, no momento da consulta. As Unidades relatam que não têm como garantir que, em ficando na farmácia da UBS, esta medicação, que é pactuada na AB somente para DST - e que não fazem parte da REME para outros agravos da atenção primária,, sejam asseguradas ao portador de DST. Assim, esta medicação fica acondicionada ou na Sala de Enfermagem ou na Chefia do Centro ou mesmo na farmácia, em armário devidamente fechado e separado dos demais.

Este mesmo problema ocorre também com o Aciclovir. Esta medicação não faz parte da Relação de Medicamentos - REME para atenção básica, assim, outros programas prescrevem e a Unidade se vê em dificuldades para negar ao paciente, principalmente se é para pacientes referenciados pela dermatologia da Policlínica-Gama com diagnóstico de Pênfigo Foliácio Endêmico. E, nestes casos, uma única prescrição consome toda a quantidade mensal recebida.

Em relação aos kits laboratoriais para sorologia anti-HIV e sorologia anti-hepatites B não houve desabastecimento. No ano de 2009 foram realizados 86.404 exames de sorologia anti-HIV, com uma média de 7.200 exames/mês. Para hepatite B, foram 143.394 exames, com uma média de 11.949 exames/mês. Importante salientar que esta regularidade se deve aos esforços dos técnicos do LACEN, que mesmo não tendo em suas atribuições regimentais esta obrigação, tem realizado a abertura e acompanhamento dos processos para que o insumo não falte no Laboratório.

Esta situação, porém, não se mantém em relação aos reagentes para exames de diagnóstico de sífilis. Este insumo tem tido desabastecimento sistemático, o que tem gerado dificuldades na proposição de ações de prevenção e controle das DST e Transmissão Vertical, porque ora falta o medicamento, ora faltam os kits diagnósticos para realização de exames.

CONFORMIDADE

a) ACOMODAÇÃO

Em relação à esta subdimensão, o componente **Processo** está implantado em 100% o que equivale ao grau de implantação de Implantado (I).

A Existência de rotina de envio de fichas de notificação da UBS para a Vigilância Epidemiológica Regional e o fluxo de notificação e digitação dos dados no Núcleo de Vigilância Epidemiológica da Regional de Saúde estão bem estabelecidos. A Unidade Básica de Saúde é responsável pela Vigilância à Saúde da sua área de abrangência. Isto envolve a promoção, prevenção e assistência aos agravos sob vigilância. A UBS não deve apenas gerar dados, mas transformá-los em informação. É necessário conhecer o número de casos de doenças ou agravos de notificação compulsória semanal e mensalmente da Unidade e divulgar essas informações. Para tanto, o Sistema de Informação da Diretoria de Vigilância Epidemiológica recomenda: (1) Determinação de um fluxo de notificação dentro da UBS; (2) Normas de notificação divulgadas e afixadas; e (3) Embora todo profissional de saúde seja obrigatoriamente responsável pela notificação de doenças de notificação compulsória, no DF, a Vigilância

Epidemiológica recomenda que sejam identificados responsáveis para atividades como busca ativa, na unidade ou fora dela, e investigação epidemiológica. Os dados gerados devem ser repassados à Vigilância da Regional de Saúde por fluxo regularmente estabelecido. A notificação deve sempre ser feita em duas vias, sendo a primeira encaminhada para a Regional e a segunda para que a UBS acompanhe o caso até seu fechamento. Caso não ocorra nenhuma suspeita de doença, as unidades precisam informar à VE da Regional de Saúde que não houve ocorrência de casos de notificação compulsória na semana. A notificação negativa demonstra que os profissionais e o sistema de vigilância da área estão alerta para a ocorrência de tais eventos e evita a subnotificação. A Vigilância epidemiológica da Regional de Saúde deve repassar rotineiramente os arquivos em meio eletrônico para a DIVEP e esses dados são repassados automaticamente para o MS (via SISNET).

b) DISPONIBILIDADE:

Em relação à esta subdimensão, o componente **Estrutura** apresenta uma grande fragilidade. A pontuação equivaleu a 0,0% (zero), ou seja, Não Implantado (NI)

Analisamos aqui se a utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para solicitar exames e busca consentida em todos os atendimentos. Esta ação é realizada em 16,6% das UBS, apenas. São várias as justificativas dadas pelos gestores e profissionais. Em algumas Unidades o motivo não é o desconhecimento do Termo e sim, a baixa implementação dada pela dificuldade de articulação com o paciente ou mesmo por esquecimento no momento do atendimento; outras relatam não utilizar por desconhecer o Termo e a Portaria que regulamenta a ação; para outras o motivo não é o desconhecimento do Termo e sim, a avaliação de que aumenta a burocracia e quanto mais se pedem dados, maiores são as chances de perder o paciente.

c) OPORTUNIDADE TÉCNICA

Em relação à esta subdimensão, o componente **Processo** está implantado em 50% o que equivale ao grau de implantação de Parcialmente Implantado (PI).

Em 100% das UBS, todos os pacientes atendidos sendo encaminhados para avaliação da Sala de Vacinas quanto à imunização para Hepatite B. 83,3% dos serviços oferecem o imunobiológico a todos os portadores de DST sem burocracias e sem necessidades de preencher ficha do CRIE. Em apenas um serviço é preenchida ficha do CRIE. Esta ação, apesar de não impedir o acesso do paciente ao insumo, burocratiza o serviço. É importante publicizar aos profissionais o Parecer Técnico nº 04/2010/DEVEP/SVS/MS e DST-Aids e Hepatites Virais/SVS/MS que atualiza a indicação da vacina hepatite B nos serviços de saúde do SUS, ampliando para os grupos de maior vulnerabilidade, independente da faixa etária. Entre esses grupos estão: comunicantes sexuais de pessoas portadoras de VHB; homens e mulheres que mantêm relações sexuais com pessoas do mesmo sexo (HSH e MSM); lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT); profissionais do sexo/prostitutas; usuários de drogas injetáveis; portadores de DST; caminhoneiros, entre outros. Ainda de acordo com este Parecer, conforme indicação médica, o imunobiológico está disponível nas salas de vacinas e nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais - CRIE, para pessoas infectadas com HIV; pessoas vivendo com Aids; convívio domiciliar contínuo com pessoas portadoras de VHB, portadores de hepatopatias crônicas e hepatite C, entre outros. Além da vacina, é necessária a administração da imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB), disponível nos CRIE, nas seguintes situações: vítimas de abuso sexual; comunicantes sexuais de caso agudo de hepatite B; vítimas de exposição sanguínea (acidentes perfuro-cortantes ou exposição de mucosa) quando o caso fonte for portador do HBV ou de HIV, entre outros.

Os preservativos masculinos estão sendo distribuídos por livre demanda ou demanda negociada em 100% das Unidades. O paciente/usuário recebe sem precisar apresentar receita ou cartão de insumo. As Unidades referem que houve uma grande evolução na adesão e distribuição dos preservativos quando começou esta rotina. São, inclusive, disponibilizadas cestas em várias salas de atendimento e reuniões, podendo o usuário fazer a retirada espontânea. Por outro lado, este maior acesso também faz com que a quantidade recebida seja aquém do necessário para a demanda, o que exige constante aumento no pedido da grade de distribuição.

No entanto, em algumas Unidades, existe uma dificuldade interna sobre esta questão: profissionais que deveriam cumprir as determinações de dispensação deste

insumo por livre demanda ou demanda negociada, “boicotam” esta atividade por crerem que isto fere princípios religiosos e morais em que acreditam. Normalmente, retiram as cestas dos locais estabelecidos ou não realizam a reposição quando necessário.

O preservativo feminino, por sua vez, não está sendo distribuído conforme clientela prioritária pactuada, não pelo fato das UBS desconhecerem o Protocolo e sim, pelo contínuo desabastecimento do insumo. Quando é fornecido, ainda vem em quantidade insuficiente. As UBS relatam que isto gera constrangimento ao Serviço, que orienta a utilização, oferece o insumo e não garante a distribuição.

Segundo o setor responsável pela logística de insumos da Gerência DST/Aids-DF, o MS não tem conseguido adquirir o insumo para envio ao DF. Por outro lado, a SES-DF também não consegue cumprir sua responsabilidade na contrapartida em garantir o insumo, por entraves no processo administrativo de aquisição do produto. O processo atualmente em tramitação data de fevereiro de 2009 e até a presente data (outubro de 2010) não está finalizado.

Todas as Unidades garantem o agendamento aberto para atendimento pelo profissional médico ou enfermeiro para portadores de DST. O atendimento para quem procura espontaneamente a UBS pode começar com o acolhimento do Posso Ajudar?, que conta com um funcionário escalado para esta atividade e que está sempre atento para que não se perca esta oportunidade de atendimento. Também pode ser acolhido pela equipe de enfermagem da Sala de Acolhimento da Clínica Médica. O paciente é então geralmente encaminhado ou para a Sala de atendimento à Vigilância Epidemiológica – Sala de VE. Em 83,3% das UBS os passos dos fluxogramas são realizados pelo enfermeiro. Se houver necessidade, os médicos são chamados e dão o suporte. Em uma das Unidades avaliadas, as enfermeiras não realizam as prescrições. Avaliam o caso e encaminham para que o médico clínico ou ginecologista prescrevam. Em 100% das Unidades os profissionais instituem os tratamentos descritos nos fluxogramas no momento do diagnóstico, nesta primeira consulta.

Existe um impresso proposto pelo NCDST, que deve ser colocado no prontuário e serve para direcionar o atendimento. É a “Ficha de Controle Clínico e Epidemiológico das DST”. A utilização deste impresso não tem sido padrão em todas as UBS. Algumas

utilizam em todas as consultas por acharem que “*direciona bem o atendimento*”. Outras utilizam de forma assistemática. Outras relatam que não utilizam porque a Unidade desconhece o impresso. No entanto, em todas, os registros não deixam de ser realizados. Ou são feitos diretamente no prontuário, em Guias de Atendimento de Emergência-GAE, em livros de registro específico para atendimento às DST ou em Livro Ata de atendimento para controle estatístico do caso índice e dos contatos.

O atendimento apresenta um complicador quando, no caso da mulher, há outras queixas ginecológicas associadas. Após avaliação da enfermagem, são agendadas para consulta. Lembramos, conforme explanado anteriormente, que a carga horária do profissional ginecologista é a menor entre todas as especialidades avaliadas, em todos os serviços. Algumas UBS reservam duas vagas semanais na agenda da ginecologia para estes casos. Quando estas vagas estão preenchidas e há urgência na consulta, onde a gerência da Unidade tem esta especialidade, faz-se o atendimento. Porém, na maioria das UBS a agenda é fechada e o caso fica na dependência de vaga de pacientes que faltam às consultas.

O paciente de DST é sempre orientado e agendado a voltar para a consulta de retorno. Porém 83,3% das Unidades relatam se o paciente não retornar, não há mecanismos eficazes para fazer este controle. Algumas estão padronizando ficha com o objetivo de monitorar o retorno e a necessidade da busca ativa de casos. Apenas uma das Unidades conseguiu desenvolver um instrumento muito eficiente de acompanhamento e monitoramento, inclusive das consultas de retorno. Nesta UBS, estas informações têm permitido fazer um acompanhamento muito oportuno dos casos.

A coleta dos exames (VDRL, HIV e Sorologias para Hepatites B e C) é feita, em 100% dos casos, na própria Unidade. Porém, quando se trata de coletar estes exames laboratoriais de pacientes atendidos no momento tecnicamente recomendado, ou seja, no momento da consulta, esta proporção cai a 25%. Algumas UBS relatam que até é possível que esta ação ocorra no momento do atendimento, porém é rotineiramente agendado e é necessário ter o cartão do SUS e pode acontecer de ainda ter que providenciá-lo. Existe um esforço de organização para que os exames sejam colhidos no momento do atendimento para aqueles que são atendidos nos Grupos de Aconselhamento, porém os outros atendimentos de demanda espontânea são

rotineiramente agendados para outro dia após aconselhamento e orientação. As Unidades relatam dois fatores importantes que interferem nesta ação: carência de horas de profissionais e cota/limite diário de coletas estabelecidas.

Segundo os laboratórios locais, há limite para coleta de exames/dia, para todos os pacientes, definido pelo Laboratório Regional. Há períodos, porém, que esta cota pode aumentar. Atualmente contam apenas com uma técnica de enfermagem, que em alguma situação mais emergencial até colhe no momento da consulta. Apenas uma Unidade oferece coleta oportuna para todos os pacientes. Uma Unidade relata que o problema é a falta de geladeira para a guarda do material coletado.

A convocação de parceiros dos pacientes atendidos com DST é realizada em 100% dos casos. As Unidades realizam a convocação através do próprio paciente índice, que é bem sensibilizado e orientado para que o parceiro venha à Unidade ou, se preferir, pode ir a outro Centro de Saúde para realizar consulta e exames. Também são realizadas visitas domiciliares. Há também muita solicitação para que o Núcleo Regional de Vigilância Epidemiológica faça contato com os Núcleos de Vigilância dos municípios da região do Entorno, uma vez que grande parte dos atendimentos realizados em uma das UBS são destes municípios.

As UBS relatam que na maioria das vezes, a adesão tem sido boa por parte dos contatos. No entanto, quando se trata de realizar busca a pacientes faltosos residentes na Regional este percentual cai a 16,6%. Em 83,3% das UBS há o relato de que não há mecanismos de controle eficazes para busca ativa do parceiro, caso este não compareça. Este problema se torna maior nas situações em que estes parceiros não são parceiros domiciliares, o que torna mais difícil esta busca. Apenas uma das Unidades possui livros de registros e controles que permitem rastrear exames e contatos. Além disto, usa-se o livro de registro da Sala de Medicação para fazer também este rastreamento.

d) QUALIDADE TÉCNICO-CIENTÍFICA

Em relação à esta subdimensão, o componente **Processo** está implantado em 91,6% o que equivale ao grau de implantação de **Implantado (I)**.

Todas as UBS relatam ofertar os exames para detecção de HIV, Hepatites e Sífilis no momento da primeira consulta. E, em todos os casos, os exames solicitados são precedidos de aconselhamento individual pré-teste no momento da consulta e que esta atividade deve ser executada por todos os profissionais do atendimento, mas é realizado principalmente pelo enfermeiro. No entanto, quando analisamos se a entrega destes resultados são acompanhados de aconselhamento pós-teste este percentual cai a 90%. Em uma das UBS o aconselhamento individual pós-teste é com mais frequência nos casos de resultados de exames de HIV (seja positivo ou negativo), nos outros casos, não há garantia de aconselhamento pós-teste. No Centro de Saúde que é também Centro de Referência de DST/Aids da Regional, este aconselhamento é realizado também pela assistente social que tem capacitação para a ação. Este serviço responde pelo maior número de atendimento das DST na Regional, necessitando maior suporte de profissional para este fim. No entanto, a Unidade não conta com uma enfermeira específica para o Programa de DST, além de não ter o profissional psicólogo e ter somente 20 horas de assistente social. Apesar deste quadro, a UBS relata realizar aconselhamento pós-teste em 100% dos casos.

Há reunião periódica regular aberta a toda a comunidade para ações educativas em DST em 100% das Unidades. As UBS têm utilizado o espaço dos grupos já instituídos para realizar esta atividade. O NCDST tem orientado às Unidades que a utilização do espaço de grupos já instituídos podem ser oportunidades de disseminar o conhecimento e oportunizar o acesso aos insumos de prevenção sem que isto gere necessidade de organização de um grupo específico para esta ação, o que demanda mais profissionais, tempo e espaço na Unidade. Estas atividades atualmente são realizadas em palestras educativas nas reuniões de pré-natal que são abertas para gestantes e seus parceiros, contatos de portadores de DST e comunidade em geral; palestras nas reuniões de planejamento familiar ocorridas nas Unidades; palestras educativas em Grupo de Aconselhamento em DST/Aids; palestras educativas nos grupos de atendimento aos portadores de diabetes e hipertensão arterial ocorridas na Unidade; Oficinas/Palestras educativas sobre DST nas Unidades para o grupo de adolescente; palestras educativas no grupo da Terceira Idade, entre outros.

Algumas Unidades são constantemente solicitadas pelas Unidades de Ensino para palestras educativas sobre DST nas escolas. Normalmente o Programa de Agentes

Comunitários de Saúde - PACS se encarrega desta atividade. As Unidades de Saúde sempre articulam formas de parcerias com as escolas para fortalecer esta ação, uma vez que estas solicitações são constantes. Os Agentes Comunitários, além das escolas, realizam as palestras em pontos mais movimentados, como supermercados, rodoviária, e algumas quadras.

Em todas as Unidades, é utilizado o Manejo da Abordagem Sindrômica das DST. É realizado o aconselhamento, solicitado os exames, instituído o diagnóstico e tratamento das principais síndromes, notificado o caso, oferecida a vacinação contra hepatite B e solicitado o comparecimento do(a) parceiro(a). Uma das Unidades, no entanto, relata que há não possui mecanismos eficientes para acompanhar o seguimento dos casos. Os pacientes acabam ficando sem acompanhamento de retorno adequado. Há uma enorme dificuldade em equacionar este problema.

Apesar das Unidades relatarem que é utilizado o Manejo da Abordagem Sindrômica das DST em 100% dos atendimentos, quando analisamos se os casos encaminhados para as Unidades de Referência (Hospital Regional e Centro de Referência de DST/Aids) são realizados conforme o preconizado pelo protocolo, este percentual cai a 66,6%.

Todos os casos de Aids e de HIV positivo são encaminhados ao CSG-05, por se tratar de Centro de Referência de HIV/Aids. As Síndromes (úlceras, corrimento genital e vaginal, cervicite) são tratadas pelo profissional médico ou enfermeiro de acordo com os fluxogramas de atendimento estabelecidos pelo protocolo.

Em relação ao HPV/Subclínico é avaliado pelo médico ou enfermeiro o exame e se marca consulta na ginecologia. Se além do HPV, for constatado NIC, ao exame, o caso é encaminhado para a Unidade de Oncologia do HRG.

Sífilis, tanto adquirida, quanto na gestação é tratada na própria UBS, no momento do retorno para o resultado do exame. Em relação ao acompanhamento das Hepatites B e C, são encaminhados ou para o Centro de Referência. Há a possibilidade também de se encaminhar o caso ou para a Unidade de Gastroenterologia do HRG.

Neste caso, a UBS precisa fazer contato e marcar consulta para garantir o seguimento e o paciente precisa enfrentar lista de espera para ser atendido.

Condiloma Acuminado tanto em mulheres quanto em homens são tratados normalmente pelos enfermeiros. Estas Unidades conhecem o Parecer COREN-DF nº 013/2005 que normatiza a realização do procedimento de cauterização de condiloma em pacientes atendidos nas unidades básicas de saúde, pelo profissional enfermeiro. No caso das mulheres, quando são mais internas, a ginecologista faz a aplicação do ácido tricloroacético – ATA – a 90%. Este procedimento normalmente é agendado. A ginecologia prescreve o tratamento e a UBS solicita que a farmácia do HRG disponibilize o insumo. No caso de condiloma resistente ao tratamento ou quando as lesões são mais internas, em homens, as Unidades encaminham para a Unidade de Oncologia do Hospital Regional, tentando garantir a vaga, que é negociada anteriormente. Esta negociação é necessária, pois não há garantia de previsão de vagas na especialidade de Urologia para portadores de DST.

No entanto, duas Unidades têm encaminhado casos de Condiloma Acuminado fora do protocolo. Em uma delas, quando o caso é em mulher, estas são tratadas pela ginecologia. No caso dos homens são encaminhados ou para o CSG-05 ou para a Unidade de Urologia do Hospital Regional do Gama. A Unidade às vezes tenta fazer este agendamento, mas não é fácil conseguir esta vaga. Como já dito anteriormente, não há previsão de vagas na especialidade de Urologia para portadores de DST. Em outra UBS os casos de úlceras genitais e condilomas em homem são encaminhados para o CSG-05. A Unidade desconhece o Parecer COREN-DF nº 013/2005 que normatiza a realização do procedimento de cauterização de condiloma em pacientes atendidos nas unidades básicas de saúde, pelo profissional enfermeiro. Ademais, as enfermeiras não possuem capacitação para a realização do procedimento e relatam que “mesmo tendo esta capacitação, e embora não se recusassem a realizar o procedimento, não se sentiriam à vontade para fazê-lo”.

Na Unidade que também é Centro de Referência de HIV/Aids, os casos de Aids e de HIV positivo são tratados ali mesmo. Somente os casos de gestante HIV+ são encaminhados para o Pré-Natal de Alto Risco do HRG. Em relação ao HPV/Subclínico, as pacientes são acompanhadas no próprio serviço. A consulta de retorno para controle é

realizada a cada 6 meses, quando se repete o exame. Se houver evolução, necessitando de atendimento na oncologia, a Unidade liga e agenda o atendimento. Em relação ao acompanhamento das Hepatites B e C, a Unidade realiza o acompanhamento e solicita os exames. No caso de intercorrências, é encaminhado para consulta na Unidade de Gastroenterologia do HRG. No caso de necessidade de aplicação de medicação específica, o paciente é encaminhado para o Centro de Saúde nº01 de Brasília – Hospital-Dia, que é a Unidade de Referência para Sala de Aplicação de Interferon para todo o Distrito Federal

Segundo o CRDST/Aids do Gama, as demais Unidades Básicas de Saúde tem tentado referenciar de acordo com o Protocolo, no entanto, ainda observa-se alguns fluxos indevidos, principalmente quando há falta de ginecologista em alguma Unidade. Também há muito recebimento de pacientes das áreas de abrangência dos outros Centros de Saúde, porém estes têm vindo por demanda espontânea, porque preferem ser atendidos em serviço longe de seu local de moradia e não por encaminhamento de outro serviço. Há muitos pacientes da Região do Entorno, principalmente de Valparaíso e Novo Gama O Hospital também costuma referenciar casos às vezes, sem observar a área de residência do paciente. Por outro lado, a contra-referência do HRG para a Unidade é, na maioria das vezes, inexistente. Há também muitos atendimentos de pacientes residentes na Região Administrativa de Santa Maria.

ACEITABILIDADE

Em relação à esta subdimensão, o componente **Processo** está implantado em 62,5% o que equivale ao grau de implantação de **Parcialmente Implantado (PI)**.

66% dos profissionais que responderam aos questionários consideram sua agenda compatível com o tempo exigido para realizar todas as atividades do protocolo. Todos estes profissionais estão na categoria enfermeiro. Quando se trata da categoria médico, nenhum deles considera este tempo compatível por causa das outras demandas de outros programas e atendimentos no centro de saúde além das DST. Os médicos relatam que para cumprir todas as atividades do protocolo e ao mesmo tempo atender com qualidade os 20 pacientes normalmente agendados por período, só será factível com a ajuda de uma equipe bem estruturada em torno do caso: médico, enfermeira,

auxiliar de enfermagem, VE, sala da vacina, laboratório e farmácia. Assim, poderá haver uma melhor divisão de atividades do Protocolo de acordo com as competências. Esta organização é prejudicada pela defasagem do quadro de pessoal em todas as categorias profissionais

Os profissionais que foram capacitados acreditam, em sua totalidade, que a capacitação contribuiu para a melhoria dos seus processos de trabalho. No entanto, relatam que esta capacitação precisa ser periódica, não só pela necessidade de atualização de novas Portarias e Pareceres, quanto pela rotatividade de profissionais nos serviços. Atualmente, há muitos profissionais que realizam o atendimento e que não foram formalmente capacitados.

Os profissionais relatam ainda que somente investir em capacitação não qualifica por si só o atendimento. É necessário que seja garantido o suporte da rede laboratorial e de medicamentos e insumos.

Os profissionais enfermeiros que relatam outro emprego possuem vínculo com Universidades, em salas de aula e não abordam especificamente o tema. É possível que ele possa surgir nos conteúdos, porém, sem possibilidade de cumprir as etapas do protocolo. Já uma das profissionais médicas relata que apesar de utilizar a abordagem no serviço público, não a utiliza no privado.

Apesar disto, a estratégia do Manejo da Abordagem Sindrômica é considerada boa em 100% das respostas. Os profissionais consideram que o Protocolo facilita, dinamiza e otimiza o atendimento e torna mais resolutiva a consulta; direciona bem as condutas a serem adotadas e aborda todos os aspectos relacionados aos procedimentos necessários para controle e tratamento do caso e quebra da cadeia de transmissão.

No entanto, são relatados problemas/dificuldades na implementação do Protocolo. São citados: falta da formação de uma equipe para divisão das atividades do protocolo, com empenho suficiente para que o paciente saia da unidade com seu problema resolvido ou no mínimo bem encaminhado; falta constante de insumos na rede (exames e tratamento) pondo em xeque a credibilidade do serviço e o ânimo dos profissionais; questões corporativas e brigas de poder; questões culturais, valores e

crenças dos profissionais de saúde, interferindo nas atividades, além do fato de cada profissional realizar as atividades que mais gosta e não necessariamente o que os usuários precisam, o que implica em falta de equipe comprometida com o Programa de DST; a capacitação não é prioridade nos serviços, assim, há poucos profissionais treinados.

Os profissionais também relatam vantagens/facilidades na implementação do Protocolo. São citados: o Protocolo é de fácil implementação e proporciona rapidez/agilidade no atendimento; facilita o acesso e promove quebra da cadeia de transmissão; satisfação da clientela por ter seus problemas quase todos resolvidos em uma única consulta, além de proporcionar acompanhamento e conclusão do tratamento; notificação dos casos para fundamentar estratégias de prevenção, assistência e tratamento.

Grau de Implantação Observado

Todos os critérios e indicadores analisados e pontuados agregadamente mostram que no geral, o Programa de DST na Regional de Saúde do Gama está Parcialmente Implantado, conforme consolidado no quadro 13, abaixo.

Quadro 13. Avaliação da implantação – Resultado da Implantação

Dimensão	PO	PE	%	Grau de implantação
				Conformidade
Organização	59	80	73,75	Parcialmente Implantado
∑ Grau de implantação	97	138	70,28	Parcialmente Implantado

PO: Pontuação Observada

PE: Pontuação Esperada

6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Como já discorrido anteriormente, a literatura nos mostra que os efeitos e resultados decorrem também da influência das relações com o contexto externo e o contexto político e organizacional no qual está inserido o programa.

No caso do DF, esta análise se torna mais importante na medida em que o contexto político e organizacional da assistência não segue a lógica da descentralização plena, e sim, da desconcentração de atividades do nível central para o nível regional e deste para o nível local, onde se inserem as unidades de análise desta avaliação.

Assim sendo, mesmo sendo um estudo de caso na Regional de Saúde do Gama, tendo como unidades de análise estruturas de saúde de nível local, o limite de governabilidade imposto pela organização administrativa da saúde no DF nos impõe propor recomendações para os três níveis de gestão envolvidos.

Nível Local

Os princípios básicos para a atenção às DST são a interrupção da cadeia de transmissão e a prevenção de novas ocorrências. Uma das estratégias para adequação desta atenção é a prevenção, onde estão inseridos o aconselhamento e a oferta de sorologias, que mesmo não sendo critério para instituição do tratamento, é uma ação muito importante para a detecção de outras DST, notadamente, sífilis, infecção pelo HIV e hepatites.

Sabemos também que o acesso do usuário aos serviços de saúde não está relacionado somente à oferta do procedimento, mas também a oferta em tempo oportuno e tecnicamente recomendado, ou seja, naquele momento em que o paciente está sendo atendido pelo serviço por não termos a garantia de que ele possa retornar em outro momento marcado. Isto posto, torna-se imprescindível que esforços sejam feitos para que todos os procedimentos possíveis sejam realizados neste momento.

Uma das dificuldades encontradas é a problemática de deficiência do número de profissionais em todos os níveis. Para o nível local sugerimos a criação e/ou reorganização das Salas de Vigilância Epidemiológica, que agregue os programas especiais, entre eles, o da DST. Acreditamos que esta reorganização possa otimizar os recursos humanos existentes.

Outra ação sugerida é a utilização de estratégia de inserção das ações de DST nos programas e grupos já estabelecidos. Assim, poderia-se inserir a DST como tema transversal a ser trabalhado nos programas de atendimento aos hipertensos, diabéticos, hansenianos, entre outros já estabelecidos na rotina de cada serviço, inclusive com oferta de sorologias. Também sugerimos expansão da oferta de sorologias para os pacientes em investigação e tratamento de tuberculose, além da sorologia de HIV já instituída no rol de exames do agravo.

Sugerimos ainda, que em função da atual organização da Regional de Saúde para o atendimento aos adolescentes através do Programa de Atenção Integral à saúde do Adolescente – PRAIA o tema DST, que já é trabalhado para os adolescentes, seja incorporado para alcançar também as reuniões com os pais. Acreditamos que a discussão sobre o assunto pode trazer melhor reflexão para que mitos e estigmas possam ser superados e assim, os pais possam também atuar no reforço às ações de prevenção para si e para os filhos.

Relatos encontrados neste estudo mostram que valores e crenças dos profissionais de saúde podem estar influenciando a implantação das atividades de DST. Sugerimos, como uma possibilidade de trabalhar melhor o tema entre os profissionais, o planejamento das UBS para o atendimento dos profissionais de saúde como uma clientela de DST, com palestras educativas, aconselhamentos coletivos e individuais, disponibilização de insumos de prevenção e oferecimento de testagem para este grupo específico.

Sugerimos também que este as questões envolvendo ética social e profissional nas DST seja um tema abordado nas visitas e supervisões das coordenações, seja do nível regional ou do nível central, bem como seja tema de discussão nas capacitações propostas pelo nível central.

Outra sugestão que propomos é que acreditamos que possa aumentar as possibilidades de alcance de um maior número da população é o reconhecimento dos equipamentos sociais existentes e as possibilidades de estabelecimento de parcerias. Atualmente, algumas UBS possuem boas inserções em escolas e em eventos comunitários. Acreditamos que o estreitamento desta relação, com estabelecimento conjunto de ações entre instituições de ensino possa ser um reforço para melhorar o programa.

Outro importante equipamento social existente com que os serviços podem estabelecer parcerias são as instituições religiosas. Acreditamos que esta ação possa ser importante uma vez que foi detectado neste estudo que questões de cunho religioso tem influído negativamente na atuação de profissionais nos serviços.

Outra ação sugerida aos gestores locais e que podem reforçar o compromisso dos profissionais com as atividades do programa é a liberação para cursos e capacitações atrelada a compromisso de execução na UBS. Para tanto é necessário que os gestores identifiquem os profissionais que tenham perfil para a ação, ou seja, aqueles que podem dar melhor respostas ou se identifiquem mais com as ações a serem executadas e não aqueles que, naquele momento, podem ser liberados por não fazerem falta aos serviços, como tem sido uma crítica constante em várias capacitações.

É importante ressaltar que esta cobrança de compromisso de execução precisa estar atrelada a oferta de condições estruturais e gerencias para que o profissional execute suas ações ou corre-se o risco de personificar responsabilidades. Um fato muito observado em alguns programas, inclusive no de DST, é que em muitas situações o comprometimento pessoal dos profissionais que atuam é maior que o próprio compromisso institucional.

Para favorecer a negociação de um plano de demandas dos gestores locais com as instâncias hierarquicamente superiores, sugerimos uma maior apropriação e utilização de dados gerados na UBS. Os dados epidemiológicos e de territorialização favorecem uma visão mais realista do diagnóstico da área e do perfil epidemiológico. Acreditamos que a utilização destes dados gerados quando utilizados para o planejamento, programação e decisões de gestão podem levar a melhoria do programa.

No entanto, verificamos que apesar de todas as UBS realizarem registros de atendimentos, ainda há problemas de completitude em algumas delas. É importante estabelecer estratégias para sensibilizar os profissionais quanto ao correto preenchimento dos formulários e prontuários ou verificar a necessidade de se padronizar um formulário de atendimento, ou ainda, reforçar a utilização da “Ficha de Atendimento Clínico e Epidemiológico”.

Em relação à utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as Unidades têm conhecimento e acesso à Instrução Normativa nº 1.626, de 10 de julho de 2007 que regulamenta os procedimentos e condutas para a abordagem consentida a usuários que procuram os serviços de saúde com vistas a realizar testes de HIV e outras DST, bem como aos que não comparecem ao tratamento já em curso. Sabemos que este instrumento dá respaldo legal e ético a esta ação por parte dos profissionais e ao paciente dá mecanismos de segurança da confidencialidade do resultado, mas é necessário que haja aceitabilidade por parte dos profissionais do atendimento. Assim, sugerimos que a gestão da Unidade desenvolva mecanismos de maior sensibilização do profissional para incorporação e utilização, na prática, dos Protocolos e Portarias existentes em na sua prática cotidiana. Sugerimos também que este seja um tema abordado nas visitas e supervisões das coordenações, seja do nível regional ou do nível central, bem como seja tema mais aprofundado de discussão nas capacitações propostas.

Nível Regional

Ao nível regional, mais especificamente à Diretoria Regional de Saúde, sugerimos um estudo mais aprofundado para redimensionamento de pessoal para tentar equacionar, em nível local, os graves problemas de recursos humanos.

Uma conseqüência desta situação e que tem interferido negativamente no programa é a situação crítica de recursos humanos no Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização. Os NUVEI não possuem quadro de pessoal e é uma estrutura com apenas uma chefia. Este núcleo é responsável pela coordenação e supervisão de todas as ações epidemiológicas e de imunização no âmbito hospitalar e na atenção básica.

Apesar da ausência de quadro de pessoal, as demandas de vigilância regional têm aumentado ao longo dos anos. Tanto na área de imunização, com o crescente aumento de imunobiológicos e da vigilância, com o surgimento de doenças e agravos emergentes e emergências epidemiológicas, além do gerenciamento em nível regional de todos os sistemas de informação de vigilância.

Este quadro tem influenciado na subnotificação de dados das DST. Análise parcial das notificações de 2010 mostra que os dados enviados pelas UBS para o NUVEI estão aquém daqueles constantes no SINAN. Assim, além de negociações para criação do quadro, sugerimos também que a Direção Regional organize esforços para prover o Núcleo de condições para atualização imediata dos dados do SINAN.

Reconhecemos que o problema de equacionamento de recursos humanos que exija ações como concurso público, por exemplo, está fora da governabilidade dos gestores regionais, uma vez que os concursos e as lotações são de responsabilidade da gestão central. No entanto, acreditamos ser fundamental que o nível regional também faça uma maior apropriação e utilização de dados gerados nas UBS do Gama para diagnóstico dos serviços de atendimento. Estes dados podem instrumentalizar melhor os gestores para o estabelecimento plano de demandas a ser negociado nos fóruns existentes, com o nível central.

Por outro lado, sugerimos que o NUVEI realize esforços de organização interna para atualização do SINAN, além de, junto com a Coordenação Regional do Programa de DST/HIV/Hepatites faça um estudo retrospectivo das notificações para verificar qual o percentual de subnotificações existentes. Importante ressaltar que a fidedignidade dos dados é necessária para instrumentalizar os gestores de forma adequada neste processo de negociação.

Na tentativa de dar maior visibilidade às DST/HIV/Hepatites no planejamento e programação da RS, além de realizar um planejamento integrado entre as áreas de vigilância e assistência no Gama, sugerimos que a Coordenação Regional de DST e o NUVEI sejam integrantes das reuniões ordinárias das coordenações regionais dos programas de atenção primária. Esta sugestão está em conformidade com as diretrizes

propostas pela Portaria nº 29, de 26 de fevereiro de 2010, que orienta ações de integração entre vigilância em saúde e atenção primária.

Para a coordenação regional dos laboratórios sugerimos que seja realizada análise da pressão de aumento de demanda para a realização de exame para que possa cessar a orientação de limitação de cotas diárias.

Nível Central

Apesar de 2 UBS não terem encaminhado profissional médico para a capacitação, os outros achados demonstram que estas possuem o atendimento ao portador de DST. Ainda assim, faz-se necessário que o NCDST avalie a necessidade de programar novas capacitações para aprimorar a aprendizagem e potencializar melhora da qualidade do serviço. Sugerimos ainda que o NCDST reforce as capacitações atrelada a produto.

Sugerimos ao NCDST a incorporação efetiva ao planejamento a realização sistemática das Oficinas de Monitoramento e Avaliação para tornar a linguagem conhecida pelos profissionais e gestores. Acreditamos que esta instrumentalização pode ser uma estratégia para a institucionalização do monitoramento e avaliação no programa.

Ainda em relação à coleta oportuna de exames, há fatores relatados que têm contribuído para que as UBS não consigam fornecer esta coleta oportuna: a carência de recursos humanos em quantidade suficiente para atendimento da demanda e a ausência de geladeiras nos laboratórios locais para armazenamento dos exames coletados após o momento em que o transporte da Regional e do LACEN passam na Unidade. Aos pacientes não tem sido garantida a possibilidade desta coleta neste momento tecnicamente recomendado. Uma das Unidades, inclusive, refere que não possui geladeira para a guarda dos exames coletados e não possui recursos humanos suficientes para a ação. Assim, sugerimos:

- a) Que a Coordenação de Laboratórios da SES/DF analise a necessidade do serviço na aquisição de geladeiras e outros equipamentos necessários para a estruturação

do laboratório local. Lembramos que há recursos previstos para esta ação no Plano de Ações e Metas-PAM da Gerência de DST/Aids da SES/DF.

- b) Que a Subsecretaria de Planejamento, Regulação, Avaliação e Controle - SUPRAC realize estudo sobre redimensionamento do pessoal de laboratório para as Unidades, na tentativa de aumentar acesso aos exames em tempo oportuno. O dimensionamento de pessoal é considerado por todos os gestores como defasado. Todos são unânimes em afirmar que é necessário um novo dimensionamento da equipe, com a criação de um quadro de pessoal que contemple as necessidades reais.

Ainda sobre a problemática de recursos humanos sugerimos que a SES/DF dê prosseguimento ao Plano de Redimensionamento das Equipes de Enfermagem, realizado pela Gerência de Enfermagem e que contemple todos os setores, incluindo as Unidades Básicas de Saúde e os NUVEI.

Quanto à disponibilização da Azitromicina e Aciclovir, dados acumulados do ano, em comparação com as notificações constantes no SINAN, indicam que, se houvesse distribuição do medicamento somente de acordo com os protocolos da DST, que é o pactuado, não haveria desabastecimento. Segundo os profissionais que dispensam medicações nas farmácias das UBS, é comum que estas medicações sejam prescritas para afecções e agravos não constantes nos protocolos. Assim, sugerimos que as demais Coordenações da Diretoria de Atenção Primária à Saúde discutam com os profissionais que prescrevem sobre a necessidade de seguir os protocolos estabelecidos. Em caso de se detectar a necessidade da inclusão do medicamento para outros agravos de Atenção Básica, é necessário que estas mesmas coordenações negociem junto à SES/DF, a inclusão nos protocolos e sua aquisição em quantidade suficiente para todas as demandas detectadas.

A situação de desabastecimento de Penicilina e kit sorológicos para sífilis tem se mantido nos últimos anos, o que tem, inclusive gerado problemas em relação às campanhas de testagem que são programadas pelo Núcleo de Transmissão Vertical e o Núcleo de Controle das DST, para prevenção e controle da sífilis e sífilis congênita.

Estas aquisições precisam ser planejadas e priorizadas pela Secretaria de Estado Extraordinária de Logística e Infraestrutura de Saúde do Distrito Federal para que haja mais agilidade aos processos de aquisição, minimizando os problemas de desabastecimento observados, tanto nas Campanhas quanto na rotina dos serviços. Em situações excepcionais, no gerenciamento dos recursos financeiros, previstos no Programa de Descentralização Progressiva das Ações de Saúde - PDPAS, os gestores regionais poderiam utilizar o recurso repassado, uma vez que o Decreto que institui o PDPAS possibilita sua utilização para aquisição de medicamentos e insumos essenciais ao funcionamento da unidade, aquisição de material de consumo e permanente e de equipamentos. Para tanto, é necessário que o nível central acelere o PDPAS.

Por fim, sugerimos que o nível central estabeleça e priorize agenda de supervisões sistemáticas com os níveis regional e local nas áreas que tem apresentado nós críticos em relação ao programa: laboratório, vigilância, assistência e farmácia.

Desafios e Lições Aprendidas

Esta avaliação proporcionou muitos desafios, mas também aprendizado de novas lições.

Um grande desafio enfrentado foi: Como separar o avaliador da figura da profissional envolvida com os problemas da vigilância em saúde do Distrito Federal? O distanciamento necessário demandou um grande esforço para que a análise crítica necessária pudesse ser feita.

E como romper a tendência de gestores e profissionais em avaliar o que é positivo? No período conturbado de gestão por que passou o Distrito Federal e que interferiu profundamente na saúde, este foi sem dúvida um grande desafio. Deixar claro que o que estava sendo avaliado era a intervenção, e não as pessoas, foi essencial para conseguirmos os dados necessários e o acesso a eles.

E como fazer uma avaliação focada na utilização? Como utilizar os achados como ferramenta de negociação entre os múltiplos interesses e não como uma verdade

absoluta? Como equacionar os conflitos gerados pelos diferentes interesses entre os envolvidos? Como enfatizar o caráter formativo da avaliação?

Este foi sem dúvida o grande desafio. Mas também foi a maior lição aprendida. Acreditamos que os passos e estratégias utilizados foram essenciais para que este objetivo possa ser de fato alcançado e as recomendações possam ser efetivamente incorporadas pela gestão. Como citado anteriormente, associar a avaliação normativa e a formativa durante o processo de avaliação foi uma das pretensões desse estudo.

Como passos e estratégias propusemos: articulação e ampla divulgação entre os interessados na avaliação e propostas de sensibilização para adesão; compartilhamento de responsabilidades e negociação da atuação na avaliação entre os usuários potenciais; disseminação dos conceitos de monitoramento e avaliação através de reuniões e oficinas.

Também se traduziu em desafio não elaborar propostas de ações ao nível local, que são fortemente influenciadas pelo contexto político-organizacional, mas sobre o qual este nível não tem governabilidade. Assim, o reconhecimento da responsabilidade de cada nível de gestão foi necessário para estabelecer sugestões compatíveis com esta governabilidade.

7. LIMITES E POTENCIALIDADES DESTA AVALIAÇÃO.

Um fator limitante deste desenho é que ele não analisa, neste momento do estudo, contextos social e econômico local, além das características dos indivíduos e das famílias envolvidas no atendimento, hábitos, valores, práticas, significados e tabus relativos aos agravos, o que pode inviabilizar adesão também por parte dos usuários do serviço, fazendo com que algumas atividades não tenham êxito, embora este estudo não tenha se proposto, em momento algum, a avaliar efetividade das ações e/ou satisfação dos usuários.

Uma das críticas que se faz é que avaliações de processo podem ser estáticas e dificultar inovações, pois se baseia no saber médico considerado correto. Se não houver

questionamento destas práticas e saberes, elas correm o risco de se perpetuar e as inovações necessárias não serem introduzidas. Outra crítica é que os registros de atendimento muitas vezes são deficientes, principalmente quando se tratam de dados de prontuários (Vuori,1991).

Mesmo com estas críticas as avaliações de processo tem tido cada vez mais espaços na avaliação para a gestão, pois podem ser efetuadas rapidamente permitindo informações para decisões mais imediatas sobre eventuais mudanças. Além disto, esta avaliação se propõe a analisar contexto interno e estrutural e organizacional, o que possibilita aos profissionais entenderem melhor suas próprias formas de realização de atividades. Isto pode se traduzir em sugestões concretas de mudança dos processos de trabalho com o desenvolvimento de abordagens melhores e mais racionais.

Assim, potencialmente, este estudo pode promover melhoria das práticas profissionais adotadas em conformidade com normas estabelecidas nos protocolos de atendimento.

8. DISSEMINAÇÃO DO CONHECIMENTO E UTILIZAÇÃO DOS ACHADOS

Após conclusão para o curso de Especialização em Avaliação em Saúde da ENSP, este projeto foi um dos vencedores do Prêmio Rede de Formação de Recursos Humanos em Vigilância em Saúde (Rede-Prêmio), instituído em 2008 pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

A premiação dos vencedores foi realizada durante a 8ª Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças (8ª EXPOEPI), que ocorreu de 5 a 7 de novembro de 2008. O Prêmio Rede tem a finalidade de promover a produção técnico-científica em vigilância em saúde com aplicação nos serviços de saúde, reconhecendo, premiando e divulgando o mérito de profissionais egressos dos cursos de pós-graduação.

Ainda como resultado desta premiação, um resumo sobre o projeto foi publicado na Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, volume 18, número 1 em março de 2009 sob o título “Avaliação da implementação da abordagem sindrômica das doenças

sexualmente transmissíveis na Regional de Saúde do Gama-DF”. Este resumo também encontra-se disponível em endereço eletrônico: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo>.

A proposta do Plano de Organização do Atendimento às Doenças Sexualmente Transmissíveis na Rede de Saúde do Distrito Federal, da qual esta avaliação faz parte, foi apresentada na Mesa Redonda Monitoramento e Avaliação: Apropriação para a Gestão dos Programas de Saúde, no VIII Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e AIDS e I Congresso Brasileiro de Prevenção das Hepatites Virais, realizado em Brasília – DF, no período de 16 a 19 de junho de 2010. Esta apresentação encontra-se disponível em: <http://sistemas.aids.gov.br/prevencao2010>.

Estes dados desagregados foram discutidos com as Unidades Básicas de Saúde selecionadas, após a primeira visita, para que os problemas e dificuldades identificadas pudessem ser discutidas na busca de soluções possíveis para os problemas apresentados.

Encontra-se em fase de elaboração um artigo para publicação sobre como a experiência de Avaliação do Programa de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis no Gama – DF pode ser utilizada como instrumento de implantação do Plano de Integração da Vigilância em Saúde com a Atenção Básica no eixo temático das DST.

Ainda será mais amplamente divulgado através de fóruns existentes na SES/DF, como reunião mensal da Diretoria de Vigilância Epidemiológica com os Chefes dos Núcleos Regionais de Vigilância Epidemiológica; em reuniões com envolvidos no Programa, no nível local, regional e central; em evento específico promovido para a Diretoria de Atenção Primária em Saúde; em publicações e eventos científicos.

9. BIBLIOGRAFIA

- BRASIL, Ministério da Saúde; Coordenação Nacional de DST e Aids. **Manual de Controle das DST**. 3ª ed. Brasília (2006)
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual da Oficina de Capacitação em Avaliação com Foco na Melhoria do Programa** – Brasília, 2007
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar**. – 2. ed. revista e atualizada. – Brasília, 2002.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado, 1988
- CAMPOS, C.E.A; **Estratégias de Avaliação e Melhoria Contínua da Qualidade no Contexto da Atenção Primária à Saúde**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. Vol.5. Suppl.1. Recife, 2005.
- CARRET, M.L.V. et all. **Sintomas de Doenças Sexualmente Transmissíveis em Adultos: Prevalência e Fatores de Risco**. Revista Saúde Pública, vol. 38, nº 1. São Paulo, 2005.
- COSENDEY, M.A.E., HARTZ, Z.M.A., BERMUDEZ, J.A.Z. **Validation of a tool for assessing the quality of pharmaceutical services**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.395-406, mar-abr, 2003.
- CONHN et all. **Informação e Decisão Política em Saúde**. Revista Saúde Pública, 2005. 39 (1): 114.21.
- CONTRANDRIOPOULOS, A.P. et al. **Avaliação em Saúde: Conceitos e Métodos**. In: HARTZ, Z. M.A. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implementação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- COSTA, F.L; CASTANHAR, J.C. **Avaliação de Programas Públicos: Desafios Conceituais e Metodológicos**. RAP. Rio de Janeiro. 37(5):969-92, Set./Out. 2003.
- DENIS, J.L.; CHAMPANGNE, F. **Análise de Implantação**. In: HARTZ, Z. M.A. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implementação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- DISTRITO FEDERAL. Diário Oficial do Distrito Federal, **Decreto nº 31.625, de 29 de abril de 2010** – Institui o Programa de Descentralização Progressiva das Ações de Saúde. Seção I, p.02.

- DISTRITO FEDERAL. Diário Oficial do Distrito Federal, **Decreto nº 31.778, de 09 de junho 2010**. – Cria a Secretaria de Estado Extraordinária de Logística e Infraestrutura de Saúde do Distrito Federal.
- DISTRITO FEDERAL. **Lei Orgânica do Distrito Federal**. Promulgada em 08 de junho de 1993. Brasília, DF: Câmara Legislativa do Distrito Federal, 1993.
- DISTRITO FEDERAL. Diário Oficial do Distrito Federal. **Plano Diretor de Regionalização**. Publicado no DODF nº 132, de 15 de julho de 2002.
- DISTRITO FEDERAL. Diário Oficial do Distrito Federal, **Portaria n.º 13 de 03 de Abril de 2007** – Institui a Lista das Doenças de Notificação Compulsória no Distrito Federal.
- DISTRITO FEDERAL. Diário Oficial do Distrito Federal, **Portaria nº 29, de 26 de fevereiro de 2010**. Estabelece as normas e as diretrizes referentes à organização e à estruturação da Atenção Primária à saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências.
- DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. **Boletim Epidemiológico de Aids do Distrito Federal – Nº 02/2007**.
- DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. **Capacitação para o manejo da abordagem sindrômica**. Brasília, 2006.
- DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde. **Planejamento Estratégico**. Disponível em www.saude.df.gov.br/intranet/planejamentoestrategico. Acesso em 31 de março de 2008.
- DRAIBE, S. **Avaliação de Programas**. In: Barreira, M.C.R.N & Brant de Carvalho (orgs). Tendências e Perspectivas na avaliação de políticas sociais. São Paulo, 2001.
- FERNANDES, J. C. L. **Práticas Educativas Para a Prevenção do HIV/AIDS: Aspectos Conceituais**. Cadernos Saúde Pública. Rio de Janeiro, 10(2):171-180, abr/Jun, 1994.
- FILGUEIRAS, S.L.; DESLANDES, S.F. **Avaliação das ações de aconselhamento. Análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa**. Cadernos Saúde Pública, Rio de Janeiro
- GAZZINELLI, M.F. et al. **Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença**. Cadernos Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(1):200-206, jan-fev, 2005.
- GUNTHER, H. **Como Elaborar um Questionário**. In Série: Planejamento de Pesquisa nas Ciências Sociais, nº 01. Brasília, DF: UnB, Laboratório de Psicologia Ambiental.

- HABICHT, J.P., VICTORA, C.G., VAUGHAN, J.P. **Evaluation Designs for Adequacy, Plausibility and Probability of Public Health Programme Performance and Impact.** *International Journal of Epidemiology*, 1999, 28:10-18.
- HARTZ, Z.M.A.; VIEIRA DA SILVA. L.M. **Avaliação em Saúde: dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- HARTZ, Z.M.A, CHAMPAGNE F; CONTANDRIOPOULOS, A.P; LEAL, M.C. **Avaliação do Programa Materno-infantil : análise de implantação em Sistemas Locais de saúde no Nordeste do Brasil.** In: Hartz, ZMA (ed.) *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.*, Rio de Janeiro: FIOCRUZ 1997; 89 - 131.
- JIMENEZ, A.L. et al. **Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres: associação com variáveis sócio-econômicas e demográficas.** *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, fev. 2001.
- LOPES, L.A.B., OLIVEIRA, R.C. **Avaliação do Programa de Controle da Aids do Distrito Federal.** *Revista de Saúde do Distrito Federal, Brasília*, vol.II(3), jul/set. 1991. pp. 146-152.
- MEDINA, M.G. et al. **Uso dos Métodos Teóricos na Avaliação em Saúde: Aspectos Operacionais e Conceituais.** In: HARTZ, Z. M.A e VIEIRA DA SILVA, L. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.
- MEYER, D.E.E et al. **“Você aprende? A gente ensina.” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(6):1335-1342, jun, 2006.
- MONTANA, P.J e CHARNOV, B.C. **Administração.** 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2003. p.170.
- NADAL, S.R; CARVALHO J.J.M. **Abordagem Sindrômica das Doenças Sexualmente Transmitidas.** *Revista Brasileira de Coloproctologia*, 24(1):70-72, 2004.
- NASCIMENTO, A.C. et all. **Análise da Situação Epidemiológica das Doenças Sexualmente Transmissíveis no Centro Municipal de Saúde Maria Augusta Estrella - RJ – 2000.**
- NEMES, M.I.B. et all. **Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: Questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil.** *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S310-S321, 2004.
- OLIVEIRA et all. **Avaliação da Assistência Farmacêutica às Pessoas Vivendo com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(5): 1429-1439, set-out,2002.

- PATTON, M.Q. **Utilization-Focused Evaluation: The New Century Text**, 3rd edition. Thousand Oaks, California: Sage Publications, 1997
- PENCHANSKY, R. and THOMAS, W. **The Concept of Acces.** Medical Care. February, 1981. Vol. XIX, n 2.
- PEREIRA, M.G. **Qualidade dos Serviços de Saúde.** In: Epidemiologia: Teoria e Prática. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan, 1995.
- SANTOS, E.M. et all. **Avaliação dos Programas de Controle da Malária, Dengue, Tuberculose e Hanseníase na Amazônia Legal: uma proposta de concepção teórica e metodológica comum aos processos endêmicos.** In: Santos, E.M e Natal, S. (org.). *Dimensão técnico-operacional: unidade didático-pedagógica: modelo lógico do programa.* Série Ensinando Avaliação v. 2. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2005.
- SANTOS, I.S.; VICTORA, C.G. **Serviços de Saúde: Epidemiologia, Pesquisa e Avaliação.** Cadernos Saúde Pública. Vol. 20. suppl. 2. Rio de Janeiro, 2004.
- SILVA, L.M.V; FORMIGLI, V.L.A. **Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas.** Cadernos de Saúde Pública, 1994, vol.10, Nº 01, PP 80-91
- SILVEIRA, O.S.; GAGIZI, E.N. Área temática da DST/Aids da Cidade de São Paulo. **Abordagem Sindrômica em DST: Resolutividade e Multiplicação.** Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo – Brasil.
- TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Reflexões Sobre a Avaliação em Serviços de Saúde e a Adoção das Abordagens Qualitativa e Quantitativa.** In: BOSI & MERCADO. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Rio de Janeiro, 2004.
- VUORI, H. **A qualidade da Saúde.** Divulgação em saúde para debate. Cadernos de Ciência e Tecnologia, n.1, p.17-25, fev.1991.

ANEXOS

Anexo1 – Interessados no Programa e na Avaliação

Usuários Potenciais	Papel no Programa/ Responsabilidade	Interesse na Avaliação	Possíveis Conflitos de Interesse	Uso Provável dos Achados
Nível Regional Diretor Regional; Gerente de Atenção Primária e Estratégia de Saúde da Família; Agentes de Planejamento da Regional de Saúde do Gama	Gestores/ Dar apoio dentro da RS para a realização do estudo	Obter informações para a definição de ações do Planejamento Estratégico e avaliação em sua Regional de Saúde e para pactuações com a SES-DF.	Ausência de autonomia financeira para implantar ações de adequação que possam envolver custos, além de tendência a avaliar o que é visível e que tem resultados positivos.	Reorganização da rede de serviço de assistência ao portador da DST na Regional de Saúde do Gama; Subsídios para priorização de indicadores de DST a ser incluído no Planejamento Estratégico da Regional de Saúde.
Nível Local Gerente de Unidade Básica de Saúde; Chefe de Núcleo de Enfermagem;	Gestores/ Dar apoio dentro da UBS para a realização do estudo	Obter informações para a definição de ações do Planejamento Estratégico e para a avaliação na sua UBS	Pressão exercida pelos outros programas e serviços assistenciais que são estabelecidos como prioridades, portando sendo organizados primeiramente.	Reorganização do serviço de assistência ao portador da DST
Nível Regional Coordenação Regional do Programa de HIV/Aids; Vigilância Epidemiológica Regional	Supervisor, Técnico e Normatizador/ Participar do processo de avaliação	Melhoria das práticas profissionais adotadas através do manejo adequado dos casos de DST, em conformidade com normas estabelecidas nos protocolos de atendimento; Orientação para reorganização e/ou adequação de serviços.	Fragilidade na atuação pela demora do Secretario de Saúde em assinar a Portaria que institui oficialmente a figura do coordenador regional.	Aplicação das recomendações na rotina de trabalho; Recomendações para reorganização dos serviços; Fortalecimento da integração vigilância e atenção básica
Nível Local Profissionais de Saúde	Técnico/ Serem sujeitos na pesquisa	Melhoria das práticas profissionais adotadas através do manejo adequado dos casos de DST, em conformidade com normas estabelecidas nos protocolos de atendimento.	Pressão exercida pelo atendimento à demanda de outros programas e serviços, tendência a culpabilizar contexto organizacional.	Aplicação das recomendações na rotina de trabalho.
Nível Regional Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização	Gestor/ Dar apoio às Unidades de Saúde para implementação da vigilância das DST	Obter informações para a definição de ações do Planejamento Estratégico; Obter subsídio para a discussão das estratégias de implantação da integração entre vigilância e assistência à saúde	Pressão exercida pela necessidade de organização de outros programas; pressão exercida pelas intercorrências (epidemias, surtos, implantação de novas ações)	Coordenar, junto com a GAPESF o processo de implementação das ações de integração entre vigilância e assistência à saúde nos serviços que atendem DST.

Usuários Potenciais	Papel no Programa/ Responsabilidade	Interesse na Avaliação	Possíveis Conflitos de Interesse	Uso Provável dos Achados
Nível Central Gerência de DST/Aids da SES-DF - Demandante	Supervisor, Técnico e Normatizador/ Garantir a logística e atuar como interlocutor junto aos usuários potenciais sempre que necessário	Obter informações para a definição de ações do Planejamento Estratégico, da avaliação, da gestão de insumos, da pactuação do Plano de Ações e Metas da DST/Aids.	Necessita de um desenho de estudo que possa estabelecer relação causal entre capacitação e implementação de atividades. Este desenho não responde a esta questão.	Redefinição de necessidade de apoio técnico e logístico, no que couber. Redefinição das estratégias de implantação das ações e da capacitação.
Nível Central Subsecretaria de Planejamento, Regulação, Avaliação e Controle da SES-DF	Gestor de Planejamento / Decisão política	Obter informações para a definição de ações do Planejamento Estratégico e para a avaliação.	Gestão focada em custos. Pressão exercida por serviços de maior complexidade, priorizando-os para infra-estrutura e referências e contra-referências.	Reorganização da rede de referência e contra-referência dos serviços de assistência ao portador da DST na Regional de Saúde do Gama; Subsídios para priorização de indicadores de DST a ser incluído no Planejamento Estratégico da SES-DF.
Nível Central Núcleo de Ações Pactuadas da Subsecretaria de Vigilância em Saúde da SES/DF	Gestor/ Coordenador do processo de planejamento, monitoramento e avaliação no âmbito da SVS/DF	Conhecer os passos de construção de um processo de avaliação	Necessita estratégias para a institucionalização do monitoramento e avaliação na SVS. Este estudo se constitui em oportunidade para isto, mas não pode dar garantia de criar uma cultura de monitoramento e avaliação na SVS.	Instituir ações, mesmo que incipientes para construção de um processo de avaliação, além de negociar com o Gabinete da SVS a resolução de problemas que envolvam outras Subsecretarias e o Gabinete da SES/DF.
Nível Central Secretaria de Gestão da Saúde	Gestor da política de medicamentos e insumos/ Disponibilizar as informações necessárias a respeito da logística e dados de insumos	Receber informações para readequação da política de aquisição e dispensação de insumos.	Gestão focada em custos. Pressão exercida por serviços hospitalares, assistência farmacêutica e demandas judiciais, determinando a aquisição de insumos.	Possível adequação de política de fornecimento de insumos; Avaliação dos entraves dos processos licitatórios.
Nível Central Gerência de Monitoramento e Avaliação da Diretoria de Atenção Primária à Saúde	Gestor de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Atenção Primária / Interlocução com as unidades avaliadas	Obter informações para avaliação e discussões com a Regional de Saúde.	Necessita estratégias para a institucionalização do monitoramento e avaliação. Este estudo se constitui em oportunidade para isto, mas não pode dar esta garantia de criar efetivamente uma cultura de monitoramento e avaliação na Regional em estudo.	Recomendações para reorientação das estratégias de monitoramento e avaliação, se necessárias

Anexo 2: Questionário de Supervisão Direta



**GERÊNCIA DE DST/AIDS/DF
PROGRAMA DE DST/AIDS**

na unidade:

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
Regional de Saúde	
Unidade de Saúde	
Gerente	
Chefe de Enfermagem	
População adstrita à Unidade de Saúde	
População Coberta pelo PACS	
Data:	
Entrevistado:	
Entrevistador:	

II. Profissionais da unidade e treinados para atendimento em DST.

Categorias	Horas semanais	Nº de profissionais treinados em:			Envolvimento com o serviço			
		Abordagem Síndrômica	Aconselhamento HIV/AIDS	Treinamento básico para nível médio	Atendimento individual	Palestra DST	Palestras p/ ACS HIV	triagem
Auxiliar / Técnico de Enfermagem								
Enfermeiro								
Infectologista								
Médico Ginecologista								
Obstetra								
Pediatra								
Nutricionista								
Assistente Social								
Psicólogo								
Técnico de Laboratório								

III. Quanto às atividades desenvolvidas no atendimento ao paciente com DST?

1. Como é realizado o atendimento ao paciente com DST que procura a unidade de saúde?
 No momento da procura, pois possui agenda aberta;
 Agendado o atendimento de acordo com a disponibilidade da agenda.
 Não atende. Encaminha para qual unidade?.....
2. Quem realiza o atendimento ao paciente com DST na sua unidade?
 enfermeiro médico clínico-geral médico ginecologista
 médico generalista técnico/auxiliar de enfermagem
3. Quem realiza o atendimento - entrevista inicial
.....
4. É utilizado o Manejo da Abordagem Sindrômica em DST?
 Sim Não. Por quê?
.....
5. Utilizam o impresso “Ficha de Controle Clínico e Epidemiológico das DST” (cód. 22.053) no atendimento ao paciente com DST?
 Sim Não Não conhecem o impresso
6. Quais as atividades educativas envolvendo o paciente com DST e população em geral, são realizadas na sua unidade?
 Aconselhamento individual no momento da consulta.
 Aconselhamento individual pós-consulta pela equipe de enfermagem.
 Oficinas/Palestras educativas sobre DST na unidade de saúde.
 Oficinas/Palestras educativas sobre DST na comunidade.
 Oficinas/Palestras educativas para aconselhamento em DST/HIV para testagem (sífilis, hepatites - B e C - e HIV) para o público geral.
 Oficinas/Palestras educativas para aconselhamento em DST/HIV para testagem no pré-natal.
 Aconselhamento individual pós-teste, realizado por profissional de saúde de nível de ensino superior.
 Outros: especifique
 Não realiza nenhuma atividade.
7. Quando realiza coleta de sangue para exames: VDRL, sorologias para hepatites B e C e HIV?
 No momento do atendimento
 Com agendamento para outro dia após aconselhamento e orientação.
 Solicita e encaminha para outra unidade de saúde que tenha recursos laboratoriais.
 Não realiza.
 Comentário:
8. É oferecida a vacina de Hepatite B ao portador de DST?
 Sim Não. Por quê?.....
9. Utilizam o impresso “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” quando da oferta dos exames solicitados?
 Sim Não. Por quê?
10. Realiza a convocação dos parceiros dos pacientes atendidos com DST? Como?
.....
11. A Gerência recebe preservativo masculino de 52mm e 49mm, feminino (2 modelos) e gel lubrificante. A quantidade de preservativos masculinos que a unidade recebe por mês é suficiente?
 Sim Não
12. Tem interesse de receber os dois tipos de preservativo feminino ou não quer receber esse insumo?
 Sim Não
13. Tem conhecimento da disponibilização do gel lubrificante e interesse em recebê-lo?
 Sim Não

14. De que forma é disponibilizado o preservativo em sua unidade?

15. Tem recebido os insumos conforme cronograma do Almoarifado – Nucleo de Medicamentos da Atenção Básica? (Se receberem os insumos com qualquer problema, informar a Gerência o quanto antes e não disponibilizar).

() Sim () Não

Quanto ao perfil epidemiológico da sua unidade.

16. Qual a frequência, segundo o tipo de DST e sexo, na sua unidade (dados de 2009)?

DST	Jan		Fev		Mar		Abr		Mai		Jun		Jul		Ago		Set		Out		Nov		Dez		
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	M	F	F	F	M	F	M
01	AIDS																								
02	HIV+																								
03	Úlceras Genitais																								
04	Condiloma Acuminado																								
05	HPV/Subclínico																								
06	Hepatite B																								
07	Hepatite C																								
08	Corrimentos Uretrais																								
09	Corrimentos Cervicais																								
10	Sífilis Côngênita																								
11	Sífilis Adquirida																								
12	DIP																								

17. Qual a situação em que se encontra a Unidade em relação ao tratamento das DST/Aids?

		Trata na Unidade	Encaminha. Qual local?
01	AIDS		
02	HIV+		
03	Úlceras Genitais		
04	Condiloma Acuminado (Mulher)		
05	Condiloma Acuminado (Homem)*		
06	Corrimentos Cervicais		
07	Corrimentos Uretrais		
08	HPV/Subclínico		
09	Hepatite B		
10	Hepatite C		
11	Sífilis na Gestação		
12	Sífilis Adquirida		

13	DIP		
----	-----	--	--

*Em casos de condiloma acuminado em homens, qual é o profissional responsável por este procedimento?

18. Quanto aos recursos materiais/físicos disponíveis na unidade de saúde (Realizar Observação Direta)

Nº	Descrição	Quantidade/Observações
01	Consultórios médicos	
02	Sala para pré-consulta	
03	Sala para atendimento ao paciente com DST/VE	
04	Sala de reunião	
05	Macas ginecológicas	
06	Foco	
07	Próteses femininas	
08	Próteses masculinas	
09	Preservativos femininos (cota mensal)	
10	Preservativos masculinos (cota mensal)	
	- Adolescentes	
	- Saúde da mulher	
	- Programa de DST/HIV	
11	Cartaz com fluxogramas	
12	Álbum seriado DST	
13	Material educativo para distribuição – cartazes, panfletos.	
14	Vídeo-cassete / DVD	
15	Fitas de vídeo e DVD educativas	
16	TV	
17	Ficha de controle clínico e epidemiológico das DST (Código 22.053)	
18	Formulário para notificação de doenças	
19	Formulário para notificação de Sífilis Congênita	
20	Manual de Controle das Doenças Sexualmente transmissíveis	
21	Manual de Manejo da Sífilis Congênita	

Quanto aos medicamentos utilizados/disponíveis na unidade de saúde.

19. Recebe medicações regularmente do NMAB?

() Sim () Não () Às vezes

20. O que dificulta o recebimento?

21. Quem realiza o pedido?

22. Como a unidade garante que as medicações pactuadas para DST sejam usadas **apenas** para esta finalidade (Azitromicina, Ciprofloxacina, Fluconazol de 150mg e Aciclovir)?

.....

23. Relação de medicamentos disponíveis para atendimento ao paciente com DST na unidade (Fazer observação direta na farmácia – verificar estoque e condições de acondicionamento):

Nº	Descriminação	Quantidade
01	Azitromicina 500mg (consumo mensal)	
02	Ciprofloxacina 500mg (consumo mensal)	
04	Isoconazol creme vaginal (consumo mensal)	
05	Fluconazol 150mg (consumo mensal)	
06	Doxicilina 100mg (consumo mensal)	
07	Aciclovir comp	
08	Metronidazol gel 0,75%	
09	Metronidazol 250mg	
10	Ceftriaxona 250mg IM (consumo mensal)	

24. Quanto ao Ácido Tricloroacético - ATA 90%, para tratamento do Condiloma, existe na unidade?

() Sim () Não. Onde solicitam?

Quem solicita?

Quanto à avaliação do atendimento à Mulher no Pré-Natal e Consulta de rotina com a ginecologia.

25. Quando o resultado do teste de gravidez é positivo, qual é o procedimento padrão na sua unidade? Marque a opção que corresponde a rotina de sua unidade.

() É solicitado o conjunto de exames e é agendada a consulta médica de pré-natal na própria Unidade. Com que frequência? A) diário B) semanal C) quinzenal D) mensal

() É realizado aconselhamento, solicitado exames e é agendada a consulta médica de pré-natal na própria Unidade.

Com que frequência? A) diário B) semanal C) quinzenal D) mensal

() É agendada consulta médica de pré-natal na própria Unidade.

Com que frequência? A) diário B) semanal C) quinzenal D) mensal

() A gestante é encaminhada para outra unidade.

Observações:.....

26. Qual o tempo de espera, em geral, pela primeira consulta médica no pré-natal? (assinale um número aproximado de dias e não um intervalo, como de 5 a 7 dias):dias.

27. Nos últimos dois meses, em que trimestre da gravidez, as mulheres compareceram para iniciar o pré-natal? Indique os dados em porcentagem.

(____%) 1º trimestre (____%) 2º trimestre (____%) 3º trimestre

28. Durante o pré-natal é oferecido exame de Papanicolau como procedimento padrão? (assinale somente uma alternativa)

() Sim, para todas as gestantes.

() Sim, se o exame não estiver em dia.

() Não.

29. O instrumento de comunicação (cartão da gestante) funciona na prática como referência da unidade para maternidade.

() Sim () Não () Não sabe

30. O instrumento de comunicação (cartão da gestante) funciona na prática como referência da maternidade para a unidade?
 Sim Não Não sabe
31. É oferecido o teste HIV para todas as gestantes? (assinale somente uma alternativa)
 Sim, no conjunto inicial de exames para gestante.
 Sim, com aconselhamento na primeira consulta.
 Sim, com aconselhamento no primeiro e terceiro trimestre de gestação.
 Não
32. É oferecido testagem da Hepatite B e C para todas as gestantes?
 Sim, no primeiro trimestre.
 Sim, no segundo trimestre.
 Sim, no terceiro trimestre.
 Sim, no primeiro e terceiro trimestre.
 Não, não faz parte da rotina.
33. Quantas gestantes HIV positivas foram identificadas na sua unidade, em 2009?
34. As maternidades de referência realizam o teste rápido?
 Sim, todas. Sim, algumas. Não Não sabe.
35. É solicitado o teste de VDRL no Pré-Natal em sua unidade?
 Sim Não Não sabe
36. Em que trimestre da gestação é solicitado o VDRL?
 1º trimestre 1º e 2º trimestre 1º, 2º e 3º trimestre.
 2º trimestre 1º e 3º trimestre
 3º trimestre 2º e 3º trimestre
37. Quando o resultado do teste (VDRL) é positivo qual a conduta? (assinale somente uma resposta)
 Trata na própria Unidade
 Encaminha. Para qual local?.....
38. Para o tratamento da sífilis é aplicada a Penicilina Benzatina na Unidade?
 Sim, em qualquer dia/horário.
 Sim, em alguns dias/horários.
 Não
39. Quando o parceiro comparece, o que é feito?
 É solicitado o teste VDRL, se o teste for positivo, é feito o tratamento.
 O parceiro é tratado antes de solicitar o teste VDRL.
 O parceiro é encaminhado.
 Não se busca o parceiro.
40. O parceiro é notificado após o resultado reagente do VDRL?
 Sim Não
41. Que outro exame é solicitado na consulta de rotina da mulher com a Ginecologia, além do Papanicolau?
 bacterioscopia de secreção cervical
 cultura de secreção cervical
 somente o Papanicolau
42. Os casos identificados de Condiloma e outras DST são notificados?
 Sim..... Não

43. O tratamento do Condiloma é realizado pelo (a) ginecologista?
 Sim
 Não. Neste caso, quem realiza este tratamento?

44. É abordada na consulta “prevenção as DST?”.
 Sim Não

45. Quem realiza esta orientação?
 Ginecologista Enfermeiro Técnico/Auxiliar de Enfermagem Não realiza.

Quanto à avaliação dos recursos laboratoriais

46. A coleta dos exames citados abaixo é realizada em sua unidade?
 Sim Não

47. Existe limite diário para coleta de exames?
 Sim. Quantos?..... Não

48. Quanto ao profissional que realiza a coleta, qual seu horário de trabalho?
 manhã tarde manhã/tarde

49. Indique o tempo de espera pelo resultado em dias. (Assinale X sobre o número da resposta à esquerda; à direita, indique o número estimado de dias pela espera do resultado do exame).

Tipo de Exame	Realiza Coleta	Tempo de espera em dias
A. Hemograma	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
B. Toxoplasmose	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
C. VDRL	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
D. HIV	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
E. Confirmatório / HIV	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
F. Sorologia Hepatite	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
G. Papanicolau	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
H. Bacterioscopia de Secreção Vaginal	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
I. Bacterioscopia de Secreção Uretral	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	
J. Cultura de secreção Uretral e/ou Cervical	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sabe	

50. Quem recolhe o material biológico da Unidade e encaminha para o laboratório?
 Transporte da Unidade/Regional
 Transporte do LACEN.
 Outros. Qual?.....

51. Qual o fluxo de chegada dos resultados de exames na Unidade até o momento da entrega para o paciente?
 É avaliado no momento da chegada por um profissional para verificar se há alterações.
 Fica aguardando para ser avaliado em dia específico para isso.
 É arquivado no prontuário sem avaliação.
 Não existe fluxo definido.

52. Realizam aconselhamento na entrega dos resultados dos exames sorológicos?
 Sim Não Não sabe

53. Em caso de SIM, quem realiza este aconselhamento?
 enfermeiro médico técnico de laboratório técnico de enfermagem outro profissional

54. Possuem acesso ao LACEN pela senha de computador para resultado de exames sorológicos?
 Sim
 Não. Por quê?

55. Em caso de SIM, quais os profissionais cadastrados?
 enfermeiro médico técnico de laboratório técnico de enfermagem outro profissional

54. Em caso de SIM, houve melhora do retorno dos resultados?
 Sim
 Não. Por quê?.....

Quanto à avaliação das notificações dos casos de DST.

55. Qual (ais) profissional (is) responsável (eis) pelas notificações das DST?
 enfermeiro médico administrador técnico de enfermagem outro profissional

56. Quais as DST que são comumente notificadas em sua unidade?

57. Qual o fluxo no encaminhamento das notificações para a Vigilância Epidemiológica da sua regional?
.....

58. Existe na unidade um controle (registro) dos casos de notificação das DST?
 Sim Não. Por quê?

59. Qual o profissional responsável por este controle (registro) das notificações de DST?

Observações:

Anexo 3. Questionário – para profissionais de saúde



**Secretaria de Saúde do Distrito Federal
Gerência de DST/Aids/Hepatites Virais
Núcleo de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**

Solicitação de cooperação

Solicitamos que o (a) Senhor(a) responda este questionário do projeto “Avaliação da Implementação da Abordagem Sindrômica das Doenças Sexualmente Transmissíveis na Regional de Saúde do Gama-DF”. Nosso objetivo é avaliar o grau de implementação das atividades com o intuito de contribuir para a melhoria contínua do programa e da qualidade prestada ao portador de DST.

Instruções

- Preencha em letra legível ou de forma.
- O questionário deve ser respondido e devolvido em 5 dias úteis a contar da data do recebimento.
- È necessário que os seus dados sejam preenchidos, no entanto, conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eles serão analisados de forma a não permitir sua identificação.

Nome do entrevistado:.....

Serviço de Saúde :

Categoria funcional () Médico () Enfermeiro

1. Qual sua opinião sobre a utilização do Protocolo de Abordagem Sindrômica no manejo das DST?

.....
.....
.....
.....

2. Na sua prática diária, neste serviço de saúde, quais as atividades que realiza durante a 1ª consulta?

- () Aconselhamento
 - () Oferta de sorologia. Listar quais:
 - () Oferta e orientação do uso de preservativos
 - () Tratamento do caso
 - () Notificação do caso
 - () Convocação de parceiros
 - () Outros
-

3. Considera sua agenda compatível com o tempo exigido para realizar todas as atividades do protocolo?

Sim ()

Não ()

Se não, por quais motivos?

.....
.....

4. Que fatores considera positivos na realização das suas atividades dentro da Abordagem Sindrômica das DST's?

- instalações físicas adequadas para o atendimento
- garantia de insumos de prevenção e medicamentos na farmácia e kits diagnósticos nos laboratórios
- acesso garantido aos protocolos (terapêuticos e de aconselhamento)
- o atendimento ao portador de DST é visto como uma prioridade da gestão
- os fluxos de atendimento estão bem estabelecidos no serviço
- existência de rede de referência e facilidade de acesso a esta rede
- outros. Liste:

.....
.....

5. Que fatores considera negativos na realização das suas atividades dentro da Abordagem Sindrômica das DST's?

- instalações físicas inadequadas para o atendimento
- não há regularidade de insumos de prevenção e medicamentos na farmácia e kits diagnósticos nos laboratórios
- inexistência de protocolos (terapêuticos e de aconselhamento) no serviço
- o atendimento ao portador de DST não é uma prioridade da gestão
- os fluxos de atendimento não estão bem estabelecidos no serviço
- dificuldade de acesso a referências para o portador de DST
- dificuldade em abordar o tema com o paciente pelo estigma e tabus envolvidos
- outros. Liste:

.....
.....

6. Em sua opinião, a capacitação sobre manejo adequado da abordagem sindrômica contribuiu para a melhoria dos seus processos de trabalho?

Sim ()

Não ()

Em parte ()

Justifique sua resposta:

.....
.....
.....
.....
.....

7. Possui outro vínculo empregatício?

Sim, público

Sim, privado. Quantos? (1); (2); (3)

() Não. Ir para questão 10

8. Utiliza o Protocolo de Abordagem Sindrômica no diagnóstico e tratamento das DST no outro vínculo ?

Sim ()

Sim, em todos ()

Sim, mas não em todos ()

Não ()

9. Há quanto tempo trabalha neste serviço de saúde:

() < 1 ano

() de 1 a 5 anos

() de 5 a <10 anos

() de 10 a 15 anos

() > 15 anos

10. Há quanto tempo trabalha com pacientes de DST?

() > 3 anos

() até 5 anos

() até 7 anos

() acima de 7 anos)

11. Na sua opinião, quais os principais problemas/dificuldades na implementação do Protocolo?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

12. Na sua opinião, quais as principais vantagens/facilidades na implementação do Protocolo?

.....
.....
.....
.....
.....

Obrigada por sua valiosa colaboração nesta pesquisa! Sua opinião em muito nos ajudará na análise da implementação das atividades de controle das DST nesta Regional de Saúde.

Anexo 4: Termo de Anuência

O Diretor da Regional de Saúde do Gama da SES-DF está de acordo com a realização, nesta Regional, da Pesquisa “Avaliação da Implementação da Abordagem Síndrômica das Doenças Sexualmente Transmissíveis na Regional de Saúde do Gama-DF”, de responsabilidade da pesquisadora Maria Marta Duval da Silva, mestranda em saúde pública com concentração na área de avaliação em saúde, cujo objetivo principal é avaliar se a implementação da abordagem síndrômica na assistência das Doenças Sexualmente Transmissíveis na Regional de Saúde do Gama-DF está em conformidade com os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

O estudo envolve aplicação de questionários em profissionais capacitados no manejo da abordagem síndrômica, análises documentais, observação direta e entrevistas. Tem duração prevista de 10 meses, com previsão de início para outubro de 2009.

Brasília, _____ / _____ / _____

Assinatura/carimbo do Diretor: _____

Assinatura da Pesquisadora Responsável: _____

Anexo 5. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Profissionais de Saúde

O (a) Senhor(a) está sendo convidado (a) a participar do projeto “Avaliação da Implementação da Abordagem Síndrômica das Doenças Sexualmente Transmissíveis na Regional de Saúde do Gama-DF”.

O (a) Senhor (a) Você foi selecionado (a) por ter realizado o curso de capacitação no manejo da abordagem síndrômica das doenças sexualmente transmissíveis, promovida pelo Núcleo de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Subsecretaria de Vigilância em Saúde da SES-DF e realizar atividades de atendimento para esta clientela.

O principal objetivo deste estudo é avaliar se a implementação da abordagem síndrômica na assistência das Doenças Sexualmente Transmissíveis na Regional de Saúde do Gama-DF está em conformidade com os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Não objetivamos responsabilizações pessoais, assim, esclarecemos que este estudo não se propõe a realizar análise individual da atuação dos profissionais, e sim, avaliação de implementação de um programa de atendimento.

A sua participação será através de um questionário que lhe será entregue para ser respondido em um prazo de 5 (cinco) dias úteis. Informamos que (o)a Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a sua instituição de trabalho.

O risco relacionado com sua participação é ser identificado intrainstitucionalmente, uma vez que o número de participantes por Unidade de Saúde estudada é muito pequena. Solicitamos autorização para divulgar seu cargo, em âmbito administrativo, no entanto, garantimos que seu nome não figurará em nenhum documento e que os dados serão divulgados, em âmbito científico, de maneira agregada, visando impedir sua identificação.

O (a) Senhor (a) não terá nenhum benefício financeiro por estar participando deste estudo, mas acreditamos que os achados podem contribuir para subsidiar recomendações para a melhoria do programa a ser executado por todos os níveis de gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Os resultados da pesquisa serão divulgados para a Regional de Saúde em reunião agendada com todos os interessados no estudo, podendo inclusive ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador principal por um prazo mínimo de 5 anos.

O (a) Senhor (a) receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e dos Comitês de Ética em Pesquisa aos quais o projeto foi submetido, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

▪ Pesquisadora: Maria Marta Duval da Silva
Mestranda em Saúde Pública com área de concentração em Avaliação em Saúde
Subsecretaria de Vigilância em Saúde do Distrito Federal – SVS/SES-DF
End.: SGAN, Quadra 601, Blocos O/P – Asa Norte
Tel (61) 3905 4643

▪ Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP-FIOCRUZ)
Tel: (21)3395-2378 / 4256; 2598-2625
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ENSP
End.: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 sala 314, Manguinhos – RJ
Tel.: (21) 2598-2863

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

Nome / assinatura:

Pesquisador Responsável
Nome e assinatura

Gama – DF, ____/____/____

Figura 1. Modelo Lógico do Plano de Organização do Atendimento às Doenças Sexualmente Transmissíveis na Rede de Saúde do Distrito Federal.

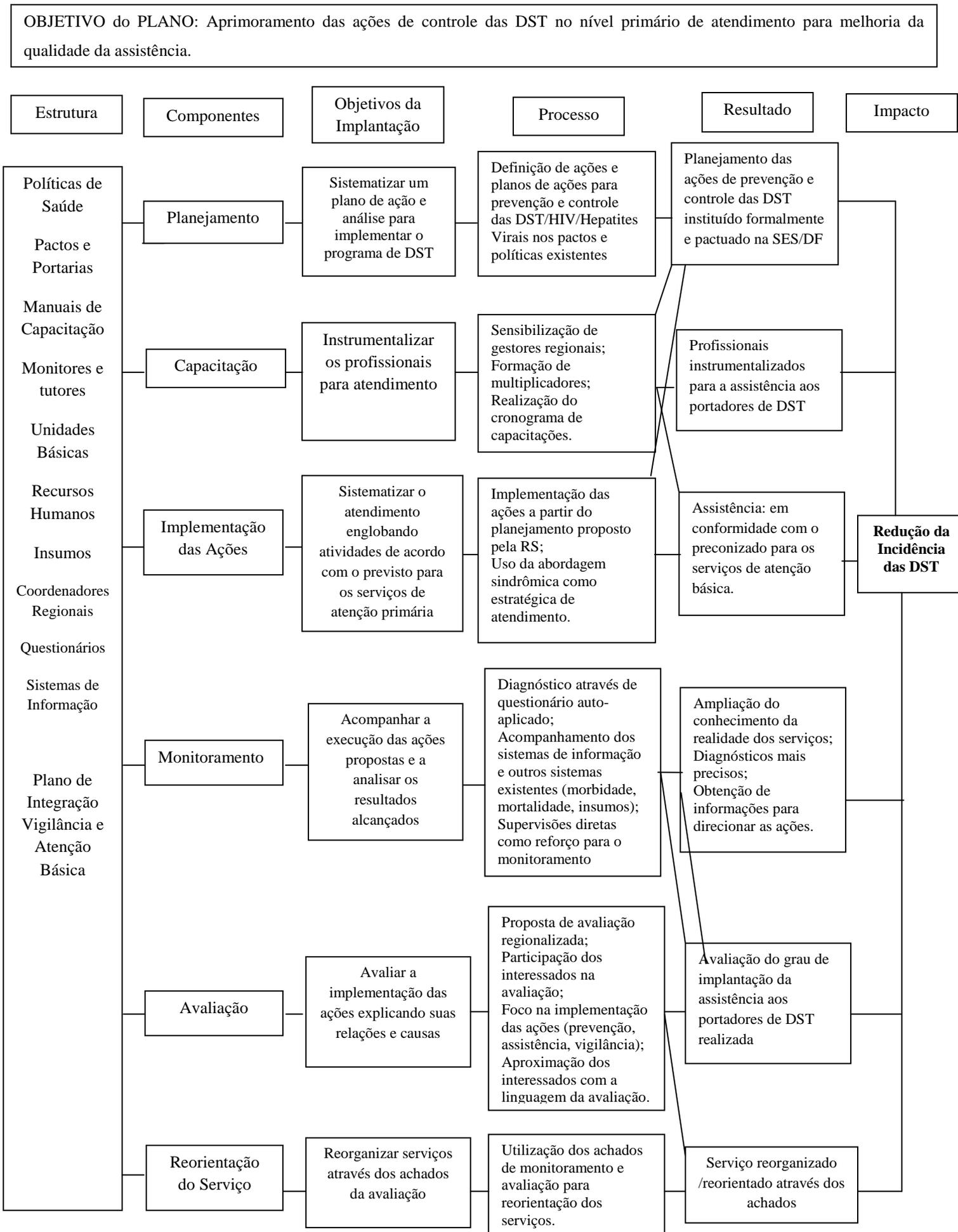
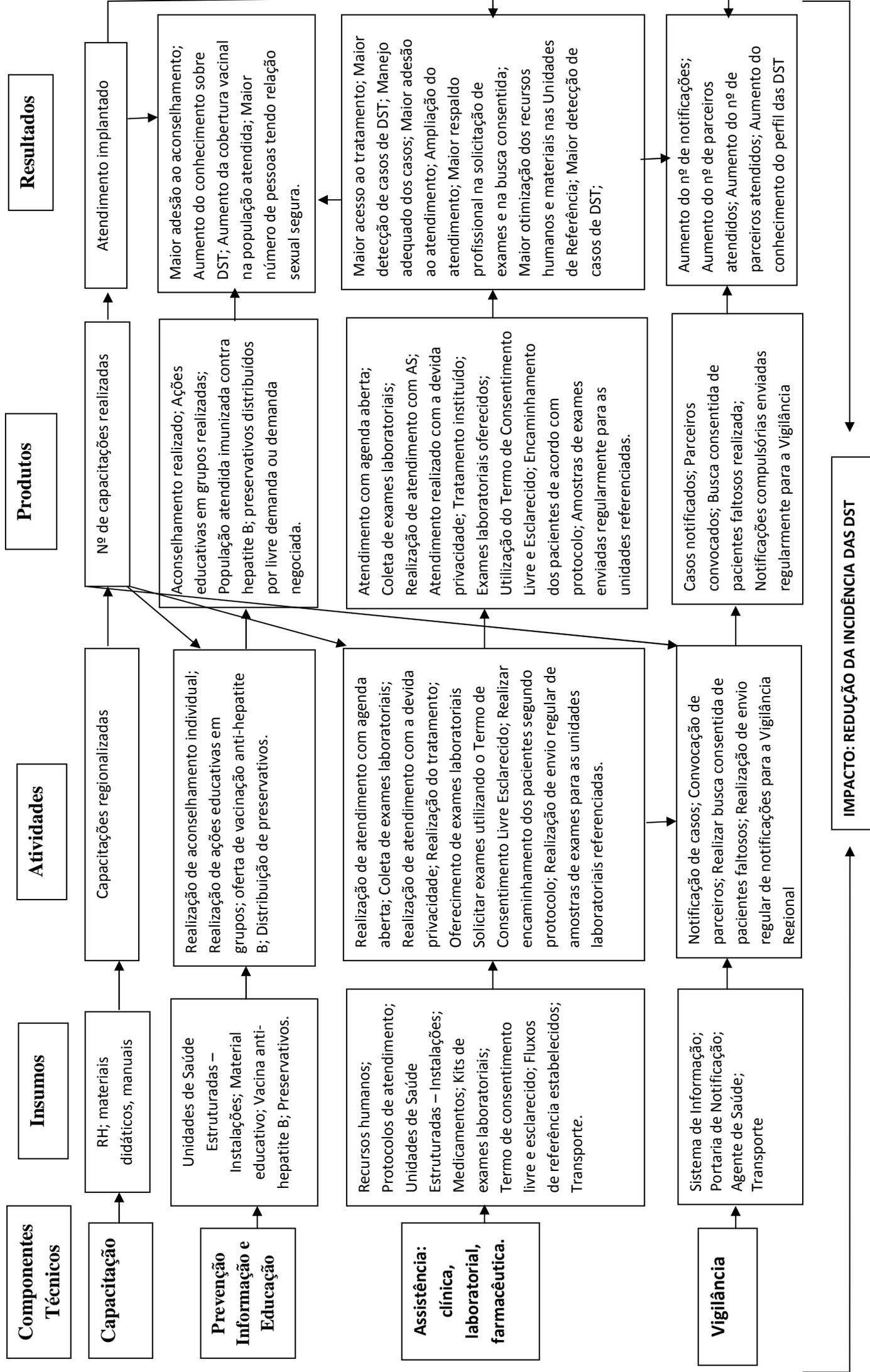


Figura 2: Modelo Lógico da Implementação da Assistência às Doenças Sexualmente Transmissíveis



Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)