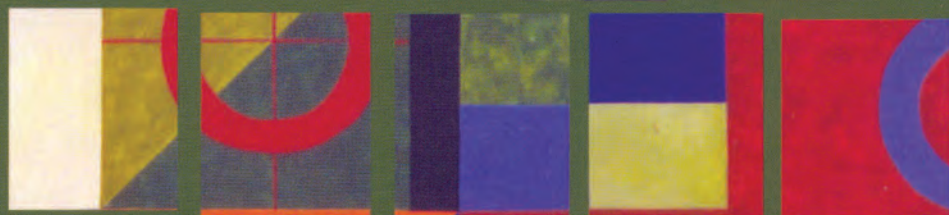
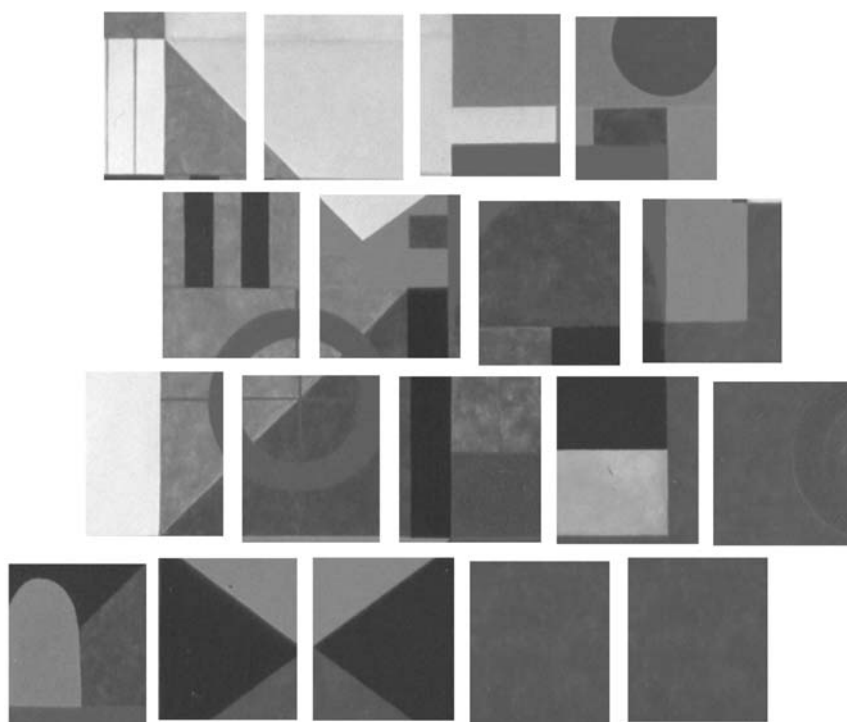


Luiz Cordoni Junior

Elaboração e Avaliação de Projetos em Saúde Coletiva



Elaboração e Avaliação de Projetos em Saúde Coletiva





UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

Reitora *Nádina Aparecida Moreno*

Vice-Reitora *Berenice Quinzani Jordão*



EDITORA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA

Diretora *Maria Helena de Moura Arias*

Conselho Editorial *Abdallah Achour Junior*
Edison Archela
Efraim Rodrigues
José Fernando Mangili Júnior
Marcia Regina Gabardo Camara
Marcos Hirata Soares
Maria Helena de Moura Arias (Presidente)
Otávio Goes de Andrade
Renata Grossi
Rosane Fonseca de Freitas Martins

Luiz Cordoni Junior

Elaboração e Avaliação de Projetos em Saúde Coletiva



Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca
Central da Universidade Estadual de Londrina.

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

C796e Cordon Junior, Luiz.

Elaboração e avaliação de projetos em saúde coletiva [livro eletrônico] / Luiz Cordon Junior. – Londrina : Eduel, 2013.
1 Livro digital.

Inclui bibliografia.

Disponível em: [ttp://www.uel.br/editora/portal/pages/livros-digitais-gratuitos.php](http://www.uel.br/editora/portal/pages/livros-digitais-gratuitos.php)

ISBN 978-85-7216-684-3

1. Saúde pública – Projetos. 2. Projetos de saúde pública. 3. Projetos – Avaliação. I. Título.

CDU 614.2

Direitos reservados à
Editora da Universidade Estadual de Londrina
Campus Universitário
Caixa Postal 6001
Fone/Fax: (43) 3371-4674
86051-990 Londrina – PR
E-mail: eduel@uel.br
www.uel.br/editora

Impresso no Brasil / Printed in Brazil
Depósito Legal na Biblioteca Nacional

2013

Sumário

Apresentação	vii
---------------------------	------------

PARTE 1 – ELABORAÇÃO DE PROJETOS

Estrutura dos Projetos	3
O que são projetos?	5
Projetos de intervenção	6
Projetos de investigação	17
Citações e referências	26
Notas sobre a redação do relatório	27
Nota final	29
Referências	30
Centro de Referência em Aleitamento Materno de Londrina	33
Resumo	35
Projeto geral	36
Subprojetos	50
Orçamento (em reais)	64

PARTE 2 – AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS, PROJETOS E SERVIÇOS DE SAÚDE

Guia para Avaliação de Programas, Projetos e Serviços de Saúde	81
Histórico e relevância da avaliação	83
Apresentando a avaliação	91
Roteiro para conduzir uma avaliação	101
Referências	102
Projeto de Agentes Sociais e de Saúde da Usina de Álcool e Açúcar Alto Alegre: modelo de Avaliação de Projeto de Intervenção	105
Contexto	107
Avaliação do programa de agentes sociais e de saúde das famílias dos trabalhadores da usina Alto Alegre	109

Apresentação

O presente trabalho destina-se a orientar profissionais e acadêmicos na elaboração de projetos e na execução de avaliação em Saúde Coletiva.

A obra está dividida em duas partes: Parte 1 – Elaboração de Projetos e Parte 2 – Avaliação de Programas, Projetos e Serviços de Saúde. Na Parte 1 são apresentados dois capítulos. O capítulo *Estrutura dos Projetos*, trata de maneira sistemática a elaboração de projetos de intervenção e projetos de investigação. O capítulo *Centro de Referência em Aleitamento Materno de Londrina: Modelo de Projeto de Intervenção*, é um exemplo de projeto de intervenção, elaborado por equipe de professores do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina e do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e sob a coordenação técnica do autor, sendo este um projeto bastante complexo que ilustra a técnica de elaboração.

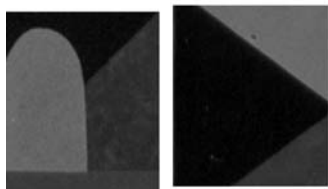
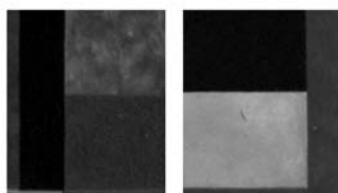
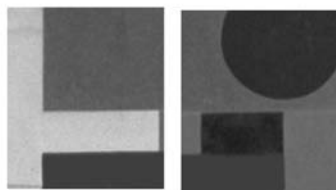
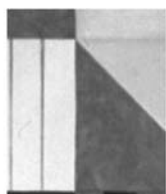
A Parte 2, Avaliação, também é dividida em dois capítulos. O capítulo *Avaliação de programas, projetos e serviços de saúde*, discute os fundamentos da avaliação e oferece um guia para a execução de avaliações. O capítulo *Projeto de Agentes Sociais e de Saúde da Usina de Alcool e Açúcar Alto Alegre: Modelo de Avaliação de Projeto de Intervenção*, é o relatório de uma avaliação. Avalia a implantação de um projeto de Agentes Sociais e de Saúde desenvolvido na maior usina sucroalcooleira do Paraná. A exemplo do projeto apresentado no capítulo *Centro de Referência em Aleitamento Materno de Londrina: Modelo de Projeto de Intervenção*, essa avaliação foi executada por equipe de professores do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual

de Londrina e do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, sob a coordenação técnica do autor.

Agradeço sinceramente a ajuda dos colegas Darli Antônio Soares e Josiane Vivian Camargo de Lima pela ajuda na revisão deste texto.

PARTE 1

ELABORAÇÃO DE PROJETOS





Estrutura dos Projetos



O que são projetos?

Projetos nada mais são do que guias ou mapas de algo que pretendemos realizar. São limitados no tempo. Têm data para começar e terminar. Maximiano (2002) refere-se aos projetos como *um empreendimento temporário, com começo, meio e fim e dentro de restrições orçamentárias*.

Algumas questões gerais devem ser observadas em todos os projetos. Eles são escritos para serem lidos. Portanto, a redação deve ser agradável, clara e concisa. Como, em geral, os projetos são escritos com objetivo de se obter financiamento para sua execução, uma categoria importante de leitores é formada por analistas de órgãos voltados para esse fim. Tais pessoas estarão empenhadas em compreender perfeitamente o **que** será realizado, **em que prazo** e, sobretudo, **quanto vai custar**. As pessoas envolvidas na execução irão procurar saber **quais as tarefas** a serem executadas e **quem as executará**. Dirigentes institucionais se interessarão pelos **resultados** visando os benefícios para suas instituições. Grupos populacionais potencialmente beneficiários se interessarão também pelos **resultados e pelos prazos**.

Leitores ou não do projeto, há um número de pessoas interessadas, envolvidas ou afetadas por ele, que a língua inglesa chama de *stakeholders*. Em português, poderíamos dizer que são pessoas ou atores, muitas vezes instituições, que têm **algo a ver** com o projeto. Quem escreve deve ter em mente todos os *stakeholders*. Procedendo assim, o autor começa bem porque esta é uma atitude estratégica. Estratégia é a ciência e a arte de adotar meios adequados para se atingir um fim. Se o fim é a implementação

do projeto, temos de levar em conta os atores, pois eles podem ajudar ou dificultar.

Um projeto não é uma obra literária nem um tratado. Seu peso não é avaliado em quilos. Portanto, deve conter o necessário e o **suficiente**. Somente projetos acadêmicos podem conter muitas páginas de demonstração de erudição. Mesmo nesses casos não convém exagerar.

Outra observação geral diz respeito à apresentação: título, autor(es), data e local devem compor a capa, que, se necessário, pode conter algumas outras poucas informações muito sintéticas, como subtítulo ou uma nota sobre sua utilidade. De fundamental importância: a numeração das páginas que começa na primeira página de texto, e o sumário. Este, que vem após a capa, indica o número da página em que inicia cada capítulo ou tópico do projeto; é considerado pré-texto e suas páginas ou não são numeradas ou o são com algarismos romanos em letra minúscula.

Pode-se dividir os projetos em duas categorias: de intervenção e de investigação.

Projetos de intervenção

São aqueles que irão orientar uma mudança ou transformação em uma dada realidade. Essa transformação pode se dar na estrutura e/ou no processo de determinada situação. Projetos arquitetônicos, urbanísticos e elétricos são fundamentalmente estruturais. Projetos de introdução de novos ou transformações de antigos serviços são basicamente de processo. Mas, dificilmente, um projeto estrutural deixará de afetar os processos e vice-versa.

Examinaremos, a seguir, a estrutura dos projetos de intervenção.

Título

Deve ser o mais curto possível, porém suficiente para se ter uma boa idéia do conteúdo. Trata-se do resumo do resumo. “Implantação do Programa de Informações Gerenciais em Saúde em Londrina” é um bom título. “Implantação de um Sistema de Informações Destinado à Melhoria da Qualidade do Processo de Decisão, Acompanhamento e Gestão dos Serviços e Ações de Saúde no Município de Londrina” não é um bom título. “Programa de Informações” também não é bom. O primeiro desnecessariamente longo e o segundo insuficiente em informações.

O título deve responder, de maneira sintética, o **que** e o **onde**.

Introdução

Esta é uma parte do projeto que, freqüentemente, assume a característica de “coração de mãe”, em que (quase) tudo cabe. Para evitar a desnecessária plethora, convém indagar para que ela serve. Sendo a primeira seção a ser lida após o título, ela deve prender a atenção do leitor e convencê-lo a prosseguir, pois **trata-se de assunto relevante e não algo que rouba seu precioso tempo**.

Basicamente, a introdução pode conter três itens: histórico do assunto, contextualização e justificativa, dos quais o último é imprescindível. Cada um dos três pode se constituir em parte separada do projeto, desaparecendo o item introdução. Em raras

situações, muito específicas, pode ser necessária a introdução de algum outro item.

A justificativa deve demonstrar a importância, relevância ou a transcendência do projeto. E se histórico e contextualização estão presentes, devem preparar terreno para a justificativa. Se assim não for, são descartáveis.

Um roteiro de uma boa introdução para um projeto de implantação da internação domiciliar poderia ser: a) O Brasil tem desenvolvido uma política de saúde baseada na assistência hospitalar com alto custo, baixa resolutividade e satisfação do usuário (histórico); b) Londrina conta com x, y de capacidade instalada hospitalar a um custo z, além de comprovada repressão de demanda (contextualização); c) Pela natureza das patologias de pacientes internados em Londrina, é possível que x% desses pacientes sejam internados em seus domicílios, e estudos comprovam que tal procedimento acarreta melhor atendimento e maior satisfação do usuário com economia de recursos (justificativa).

Diagnóstico

Este item não está presente em todos os projetos de intervenção. Muitas vezes, a justificativa oferece elementos suficientes para se passar ao item seguinte, objetivos. O diagnóstico, no entanto, faz parte do formato tradicional de um projeto de intervenção. Em Saúde Coletiva ele é, geralmente, composto de duas partes: o diagnóstico da situação de saúde e o dos serviços. A primeira lida com indicadores demográficos, de mortalidade e morbidade e a

segunda com indicadores que procuram avaliar a quantidade de serviços disponíveis e necessários.

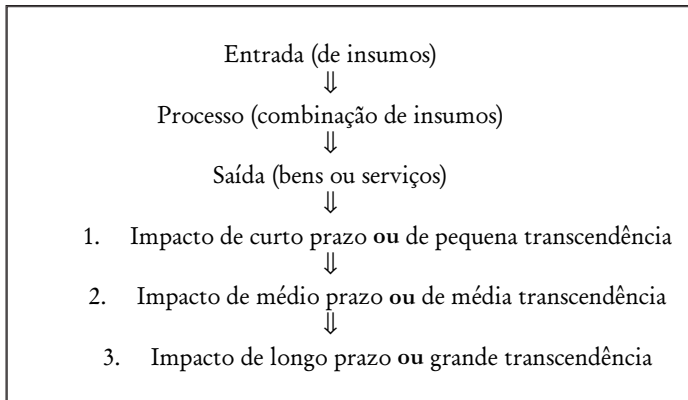
Se, por exemplo, pretendemos introduzir um programa de saúde para idosos, vamos, por um lado, pesquisar a evolução demográfica e o perfil de mortalidade e morbidade do local. Por outro lado, vamos investigar a disponibilidade de serviços específicos ofertados, bem como a demanda por faixa etária e diagnóstico nos serviços existentes.

Tudo que se falou acima sobre o diagnóstico diz respeito a uma visão clássica e tradicional. Quando se mergulha no campo do enfoque estratégico, as coisas ficam muito mais complexas. Aí encontramos autores que negam a existência de **um** diagnóstico, como Carlos Matus, que em lugar deste oferece o conceito de momento explicativo (Matus, 1993), e autores que admitem a necessidade dele, como **um dos**, e o mais elementar dos diagnósticos e o chama diagnóstico administrativo, como Mário Testa que a este acrescenta os diagnósticos estratégico e ideológico (TESTA, 1995). Não se trata de uma questão meramente semântica, mas profundamente conceitual. Porém, essa discussão extrapola os objetivos deste trabalho.

Objetivos

Para se entender a hierarquia dos objetivos é preciso recorrer à teoria de sistemas. Por essa teoria, um sistema produz bens ou serviços como produto de uma combinação de insumos no âmbito de determinado processo. Os bens e serviços resultantes, por sua vez, impactam de determinada maneira a curto, médio ou longo

prazo ou acarretam conseqüências de pequena, média ou grande transcendência sobre o sistema que os circundam. Um diagrama simples ajuda a compreender a idéia:



A hierarquia dos objetivos nada mais é que a hierarquia dos impactos que se pretende alcançar, quer sejam estes classificados quanto ao tempo (prazos) ou quanto à profundidade (transcendência). Assim, percorrendo o diagrama do fim para o começo, teremos objetivos mais gerais (c), menos gerais (b) e menos gerais ainda ou específicos (a). Em ordem decrescente de generalidade, esses objetivos costumam ser chamados de: missão, propósito, objetivos gerais e objetivos específicos. Em geral, os projetos contêm dois níveis: objetivo (s) geral (ais) e específico (s).

Objetivo(s) geral(ais)

De preferência um só. Dele derivam os específicos, portanto deve abranger **todos** os objetivos específicos. Um exemplo poderia ser: (a) melhorar as condições de saneamento do distrito de Alto Alegre. Outro: (b) erradicar o sarampo no município de Londrina.

Objetivos específicos

Geralmente mais de um. **Todos**, como já foi dito, devem estar contidos no geral e constituem-se em **meios** para atingi-lo. Exemplos de objetivos específicos para os gerais acima mencionados:

Para o exemplo (a): 1. Inspeccionar todos os edifícios quanto ao destino dos dejetos; 2. Fornecer material e orientação técnica para a construção de fossas; 3. Implantar programa de coleta e processamento seletivo de lixo recidável; 4. Implantar programa de educação sanitária para separação do lixo recidável.

Para o exemplo (b): 1. Estabelecer programa de manutenção da cadeia de frio de estocagem de vacinas; 2. Estabelecer estratégia de fornecimento ininterrupto de vacinas; 3. Promover bloqueio sistemático imediato para todos os casos suspeitos; 4. Promover campanha de divulgação do programa; 5. Melhorar o sistema de informação, desde a notificação até a informação da comunidade.

Metas ou resultados esperados

São os objetivos **quantificados**. As quantificações podem ser em números absolutos ou relativos. Além da quantificação, é **indispensável** que as metas tenham **prazos**. São exemplos de metas: reduzir em 20% as internações por pneumonias de pessoas de mais de 65 anos, em dois anos; reduzir em 30% o número de dentes cariados em crianças de 7 a 12 anos no prazo de cinco anos.

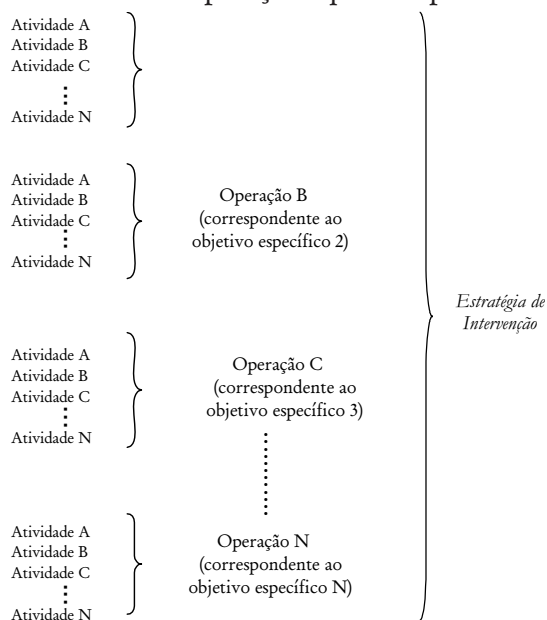
As metas são também chamadas de resultados esperados ou simplesmente resultados.

Alguns projetos são de difícil quantificação e, nesse caso, não conterão esse tópico.

Estratégia de intervenção ou operacionalização

Esse tópico trata do **como** fazer. A exemplo da relação hierárquica entre o objetivo geral e os específicos, aqui há também uma hierarquia entre estes e a estratégia de intervenção. Esta deve garantir o alcance de **todos** os objetivos específicos.

A menor unidade da estratégia de intervenção é a atividade. Um conjunto de atividades pode compor uma operação. Em geral, cada operação corresponde a um objetivo específico. Mas isso não é uma regra. As estratégias de intervenção variam enormemente, conforme os projetos. O diagrama abaixo sintetiza as relações mais comuns entre atividades e operações que compõem uma estratégia.



Uma boa prática é definir as operações e depois decompô-las em atividades, revisando mentalmente a seqüência destas e anotando-se os recursos necessários, que serão listados no tópico seguinte. Melhor ainda é executar esse exercício em grupo.

A estratégia de intervenção é uma descrição das atividades, ocupadas ou não em operações. Por exemplo, em um projeto de preparação de agentes de saúde, descreve-se a seqüência de atividades didáticas com os conteúdos, técnicas a serem empregadas, distribuição da carga horária, agendamento das aulas e de outras atividades, docente responsável e material a ser empregado. Nesse caso, as atividades não foram agrupadas em operações, foram apenas descritas em seqüência temporal. Outro exemplo: em um projeto para a implantação de um ou mais serviços de Saúde da Família poderão ser descritas as etapas (que é como podem se chamar as operações, quando dispostas em seqüência). Assim, etapa 1 – treinamento introdutório: serão treinados x profissionais durante y horas... etapa 2 – oficinas de territorialização (segue-se descrição)... etapa 3 – cadastramento das famílias (segue-se descrição).

É difícil exemplificar a operacionalização, pois o leque de alternativas e possibilidades é muito amplo. Recomenda-se que o leitor busque exemplos na sua realidade de trabalho, na qual devem existir projetos atuais ou anteriormente implantados.

Recursos necessários

Os recursos devem ter sido listados no tópico anterior. Agora serão agrupados em recursos humanos ou pessoal, e recursos

materiais. Os recursos financeiros aparecerão no tópico orçamento, se necessário, para viabilizar os outros dois. Em muitos casos não serão necessários para o projeto que está sendo elaborado, pois já foram alocados anteriormente, como os recursos para a construção de instalações e equipamentos já existentes.

Não será abordado neste texto a discussão sobre a inclusão dos recursos humanos juntamente com os demais recursos. Embora tal discussão seja absolutamente pertinente no âmbito ideológico e no enfoque estratégico (ROVEN, 1993), extrapola os objetivos deste trabalho, de caráter explicitamente normativo. Vale ressaltar, como alerta, que dificilmente um projeto terá sucesso se não for encarado sob o enfoque estratégico e, dentro deste, não merecer especial atenção a questão dos recursos humanos, mas aqui estamos tratando da **formalização** de um projeto de caráter convencional. Um projeto pode ser formalizado de maneira convencional, porém pensado e implementado segundo o enfoque estratégico.

Avaliação

Eis um grande problema em nosso meio. Não há cultura de avaliação no Brasil. Embora todos admitam que ela é fundamental, quase ninguém a realiza. Os norte-americanos e ingleses exageram pelo lado contrário. São obsecados por ela. Nos Estados Unidos, por exemplo, profissionais especializados no assunto consideram a avaliação como uma profissão e são contratados geralmente para avaliar projetos e programas.

O projeto deve assinalar o que, como e quando será avaliado. Um bom projeto de intervenção deve prever, no mínimo, uma avaliação final.

A avaliação é objeto do segundo capítulo do presente trabalho.

Orçamento

Para uma boa elaboração do orçamento é fundamental que se tenha procedido a uma adequada listagem dos recursos necessários.

Essa atividade não é mais que um exercício de multiplicar valores unitários pelo total de unidades, somando-se tudo ao final. Um orçamento bem elaborado depende de uma memória de cálculo que, mesmo sendo feita à mão, deve ser clara, com todos os passos registrados, pois será retomada inúmeras vezes até o seu fechamento definitivo.

Há diversas formas de se apresentar o orçamento. Instituições públicas e privadas costumam definir suas próprias regras. O Ministério da Saúde, por exemplo, possui normas para a cooperação técnica e financeira (BRASIL, 2003), que orientam a elaboração de orçamentos de projetos por ele financiados. A forma mais comum é derivada da terminologia e das definições da lei federal 4320, de 17 de março de 1964 e ainda vigente (MACHADO JR, REIS, 1990; PISCÍLLI et. al., 1987), que define dois grandes grupos de despesa: o das despesas correntes (que contém as despesas de custeio, que são as que nos interessam neste trabalho) e o das despesas de capital. Assim, em termos práticos, o orçamento é dividido em dois grandes grupos: despesas de capital e de custeio.

Despesas de capital são aquelas realizadas para a aquisição ou criação de bens permanentes, como edificações, máquinas, equipamentos, computadores, etc. São considerados permanentes os bens cuja durabilidade ultrapasse dois anos (MACHADO JR,

REIS, 1990). Talvez esse conceito tenha de ser modificado, pois hoje é sabido que em dezoito meses os computadores se tornam obsoletos, necessitando serem trocados ou submetidos a uma atualização tecnológica (*up-grade*).

As despesas de custeio são habitualmente divididas em:

- material de consumo: material de escritório em geral, cartuchos para impressoras e material de limpeza;
- diárias;
- serviços de terceiros pessoa física: referem-se a pessoas contratadas por tarefas;
- serviços de terceiros pessoas jurídicas: são serviços prestados por empresas que fornecem, por exemplo, passagens aéreas, serviços gráficos, reprografia, tradução, etc.

Quando o projeto destina-se à captação de recursos de fonte externa, geralmente consta do orçamento a contrapartida da instituição proponente. A rigor, aí entrarão os recursos da proponente especialmente destinados ao projeto e não os recursos correntes desta, tais como os salários de seus funcionários. Os órgãos financiadores muitas vezes não fixam o montante ou percentual dessa contrapartida, mas ela é sempre bem vista.

Cronograma

É a distribuição das atividades no tempo de execução do projeto. Sua compreensão é facilitada quando apresentada graficamente sob a forma de quadro de dupla entrada, como no exemplo abaixo.

Mês Atividade	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
A1	x	x										
A2		x	x	x								
A3			x	x	x	x	X					
A4	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	X
A5					x		X		x			
A6				x				x				X

Projetos de investigação*

São projetos que buscam conhecer algo da realidade. Todo ser humano busca conhecê-la permanentemente. Através dos órgãos dos sentidos, estamos em permanente interação com a realidade e, dessa forma, aprendendo sobre ela. Esse conhecimento prático desenvolvido no cotidiano, entretanto, é assistemático. Nem por isso é desprezível. Valorizamos as pessoas experientes pelo que aprenderam das suas vivências. Quando, porém, queremos **conhecer melhor** a realidade ou queremos ter **segurança de que tais fatos são verdadeiros** devemos proceder a uma investigação sistemática. Para isso existem os projetos de investigação.

Mesmo correndo o risco de exagerada simplificação, é interessante dizer algumas palavras sobre investigação e ciência. O método científico é **aceito**, desde o **Renascimento**, como a forma mais confiável de se conhecer a realidade. Mesmo hoje em dia, com a crescente onda de formas alternativas de conhecimento, como a astrologia e outras “ciências” misteriosas com raízes na

* Alguns dos conteúdos desta seção são idênticos aos da seção Projetos de Intervenção e, nesse caso, como são poucos e não extensos, os textos serão repetidos.

Idade Média. Entretanto, pode-se conhecer a realidade de maneira mais sistemática sem ser “estritamente” científico, ou seja, todo projeto científico é sistemático, mas um projeto de investigação sistemática nem sempre é estritamente científico.

Para ilustrar essas afirmações, podemos citar duas práticas consagradas de investigação sistemática, quase nunca classificáveis como rigorosamente científicas: a acreditação e a avaliação de programas. A acreditação é uma modalidade de avaliação sistemática de serviços, bem desenvolvida e praticada há décadas nos EUA, principalmente em hospitais (SCHIESARI, 1999). Trata-se da observação *in loco* das instalações e funcionamento dos serviços pelos avaliadores, associada ao preenchimento de formulários com respostas oferecidas por informantes-chave das instituições. As informações são registradas em protocolos e comparadas com padrões previamente estabelecidos, o que permite pontuar e, ao final, estabelecer uma **nota** ou conceito para o serviço. Esses padrões vão sendo construídos ao longo dos anos e baseiam-se principalmente na perícia (*expertise*) de especialistas que se reúnem periodicamente para revisá-los.

A avaliação de programas é também largamente utilizada. Entende-se por programa um conjunto articulado de atividades voltadas para um determinado fim, com ou sem tempo definido para seu encerramento. Sob a ótica da avaliação, um projeto de intervenção é um programa, como também o é um curso de graduação, um programa de combate à AIDS ou de pós-graduação *stricto sensu*. A avaliação de programas pode ser realizada através de métodos estritamente científicos e aí teremos uma pesquisa avaliativa. Mas, freqüentemente, utiliza-se de métodos

desenvolvidos no âmbito do campo de conhecimento da própria avaliação. Existe um campo específico de conhecimento da avaliação, bem desenvolvido, com muitas publicações periódicas, livros e associações corporativas nos EUA e na Europa. Pois bem, tais métodos avaliativos, quantitativos e qualitativos, baseiam-se em questionários e observações exaustivas, mas não podem ser chamados propriamente de científicos. Trata-se da avaliação normativa, pois o observado é comparado com normas ou padrões.

Com a evolução e o refinamento da ciência, essa linha demarcatória entre o sistemático não científico e o científico vem mudando de lugar. Por exemplo, o grupo focal, prática validada cientificamente hoje, certamente não o seria há trinta anos, quando só poderiam ser generalizadas para um determinado universo observações feitas em grupo mais restrito, desde que validadas estatisticamente.

Para a elaboração de trabalhos de investigação rigorosamente científicos, como teses, dissertações e artigos científicos, existem no mercado muitas publicações que podem ser consultadas: Bastos, Keller, 1997; Espírito Santo, 1992; Müller, Cornelsen, 2003; Ruiz, 1980; Severino, 1986. Examinaremos a seguir a estrutura dos projetos de investigação.

Nos projetos de investigação tudo começa com a curiosidade. Tudo começa com uma **pergunta** (ou mais de uma). Muitas vezes acompanhada de uma resposta intuitiva, provisória – a **hipótese**. Preferencialmente, a pergunta será única e abrangente, da qual podem derivar diversas subperguntas. As hipóteses, possíveis respostas à pergunta, podem não existir. Mas frequentemente existem, porque o pesquisador não é um saco vazio de conhecimentos

sobre o assunto que pretende investigar. Da pergunta e das hipóteses surgirão os objetivos da investigação, além do título. Exemplos: O Programa de Informações Gerenciais de Saúde de Londrina está servindo de base à tomada de decisões administrativas? Hipótese – sim (ou não). Outro exemplo: A mortalidade infantil no Paraná diminuiu na década de 1990? Hipótese – sim.

Feitas essas observações, passaremos à estrutura propriamente dita dos projetos de investigação.

Título

Deve ser o mais curto possível, porém suficiente para se ter uma boa idéia do conteúdo. Trata-se do resumo do resumo. “Avaliação do Programa de Informações Gerenciais em Saúde em Londrina” e “Estudo da mortalidade Infantil no Paraná na Década de 90« são exemplos de bons títulos. O título deve responder, de maneira sintética, o **que** e o **onde**.

Introdução

Esta é uma parte do projeto que, freqüentemente, assume a característica de “coração de mãe”, em que (quase) tudo cabe. Para evitar a desnecessária plethora, convém indagar para que ela serve. Sendo a primeira seção a ser lida após o título, ela deve prender a atenção do leitor e convencê-lo a prosseguir, pois trata-se de assunto relevante e não de algo que rouba seu precioso tempo.

Basicamente, a introdução pode conter três itens: histórico do assunto, contextualização e justificativa, dos quais o último é

imprescindível. Cada um dos três pode se constituir em parte separada do projeto, desaparecendo o item introdução. Em raras situações, muito específicas, pode ser necessária a introdução de algum outro item.

A justificativa deve demonstrar a importância, relevância ou a transcendência do projeto. E se histórico e contextualização estão presentes, devem preparar terreno para a justificativa. Se assim não for, são descartáveis.

Entretanto, como provavelmente algum conhecimento já foi construído sobre o assunto, o autor deverá proceder a uma revisão da literatura que alimentará os três itens acima. No caso de trabalhos acadêmicos de maior profundidade, a revisão da literatura poderá se constituir em tópico separado. A lógica continua sendo a mesma, do geral para o particular. Segue-se um exemplo de roteiro para a introdução de um projeto de investigação cujo título poderia ser “A evolução dos Conselhos Municipais de Saúde em Londrina de 1995 a 2000”:

- a) O Brasil viveu muitos anos sem democracia. Isso permitiu a adoção de políticas antipopulares e excludentes. A conquista do Estado de Direito promoveu a oportunidade de controle da população sobre as políticas públicas. Na saúde, isso se refletiu na criação dos Conselhos de Saúde (**histórico**); b) Em Londrina, foi criado, por lei municipal, o Conselho Municipal e os Locais de Saúde, que vêm atuando desde... (**contexto**); c) Conhecer como vêm atuando tais conselhos contribuirá para a melhoria do desempenho destes e, conseqüentemente, para a melhoria da atenção e dos níveis de saúde da população (**justificativa**).

Objetivos

Da mesma forma que nos projetos de intervenção, aqui os objetivos são hierarquizados do geral para particular (específicos).

A hierarquia dos objetivos nada mais é que a hierarquia da abrangência do que se pretende conhecer com a investigação.

Objetivo(s) geral(ais)

De preferência um só. Dele derivam os específicos, portanto, deve abranger **todos** os objetivos específicos.

Objetivos específicos

Geralmente mais de um. **Todos**, como já foi dito, devem estar contidos no geral e se constituem em **meios** para atingi-lo.

Seguem-se exemplos de objetivos geral e específicos:

Objetivo geral:

- conhecer a evolução da situação de saúde no município de Londrina de 1960 a 2000.

Objetivos específicos:

- identificar, por faixas etárias, as causas de mortalidade no período.
- identificar as causas de internação hospitalar no período.

Metodologia

O item metodologia dos projetos de investigação corresponde ao item estratégia de intervenção ou operacionalização dos projetos de intervenção.

Esse tópico trata do **como** fazer. A exemplo da relação hierárquica entre o objetivo geral e os específicos, aqui há também uma hierarquia entre estes e a metodologia. Esta deve garantir o alcance de **todos** os objetivos específicos.

Não é objetivo deste texto aprofundar assunto tão extenso. Recomenda-se consulta a obras adequadas ao objeto da investigação. Cabe aqui fazer uma listagem dos tópicos, espécie de lista para conferência (*check-list*), que podem estar contidos na metodologia. Dependendo do trabalho, um ou mais itens não se aplicam.

- População, local e período de estudo;
- Amostragem;
- Técnicas e instrumentos de coleta de dados;
- Pré-teste dos instrumentos;
- Características e treinamento de entrevistadores ou pesquisadores de campo;
- Técnicas e instrumentos de análise dos dados;
- Forma de apresentação dos resultados.

Recursos necessários

Os recursos devem ter sido listados no tópico anterior. Agora eles serão agrupados em recursos humanos ou pessoal, e recursos

materiais. Os recursos financeiros aparecerão no tópico orçamento, se necessário, para viabilizar os outros dois.

Orçamento

Para uma boa elaboração do orçamento é fundamental que se tenha procedido a uma adequada listagem dos recursos necessários. Essa atividade não é mais que um exercício de multiplicar valores unitários pelo total de unidade, somando-se tudo ao final. Um orçamento bem elaborado depende de uma memória de cálculo que, mesmo sendo feita à mão, deve ser clara, com todos os passos registrados, evitando erros.

Há diversas formas de se apresentar o orçamento: instituições públicas e privadas costumam definir suas próprias regras. O Ministério da Saúde, por exemplo, possui normas para a cooperação técnica e financeira (BRASIL, 2003), que orienta a elaboração de orçamentos de projetos por ele financiados. A forma mais comum é derivada da terminologia e das definições da lei federal 4320, de 17 de março de 1964 e ainda vigente (MACHADO JR, REIS, 1990), que define dois grandes grupos de despesa: o das despesas correntes (que contém as despesas de custeio, que são as que nos interessam neste trabalho) e o das despesas de capital. Assim, em termos práticos, o orçamento é dividido em dois grandes grupos: despesas de capital e de custeio.

Despesas de capital são aquelas realizadas para a aquisição ou criação de bens permanentes, como edificações, máquinas, equipamento, computadores, etc. São considerados permanentes os bens cuja durabilidade ultrapassa dois anos (MACHADO JR,

REIS, 1990). Talvez esse conceito tenha de ser modificado, pois hoje é sabido que em dezoito meses os computadores tornam-se obsoletos, necessitando serem trocados ou submetidos a uma atualização tecnológica (*up-grade*).

As despesas de custeio são habitualmente divididas em:

- material de consumo: material de escritório em geral, cartuchos para impressoras e material de limpeza;
- diárias;
- serviços de terceiros pessoa física: referem-se a pessoas contratadas por tarefas;
- serviços de terceiros pessoas jurídicas: são serviços prestados por empresas que fornecem, por exemplo, passagens aéreas, serviços gráficos, reprografia, tradução, etc.

Quando o projeto se destina à captação de recursos de fonte externa, geralmente consta do orçamento a contrapartida da instituição proponente. A rigor, aí entrarão os recursos da proponente especialmente destinados ao projeto e não os recursos correntes desta, tais como os salários de seus funcionários. Os órgãos financiadores muitas vezes não fixam o montante ou percentual dessa contrapartida, mas ela é sempre bem vista.

Cronograma

É a distribuição das atividades no tempo de execução do projeto. Sua compreensão é facilitada quando apresentada graficamente sob a forma de quadro de dupla entrada, como no exemplo abaixo:

Mês Atividade	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
A1	x	x										
A2		x	x	x								
A3			x	x	x	x	x					
A4	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
A5					x		x		x			
A6				x				x				x

Citações e referências

Há basicamente duas formas de citações: uma, com o número correspondente à referência e outra, com o sobrenome do autor e ano da publicação (como usado neste texto).

As referências são o último tópico do projeto. Existem inúmeros padrões de organização das referências. Embora os padrões brasileiros oficiais sejam as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), na literatura das Ciências da Saúde, pela sua simplicidade e praticidade, cada vez mais são usadas as normas do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (como no presente trabalho). Pelo fato de o Comitê se reunir periodicamente na cidade canadense de Vancouver, as normas por ele elaboradas tornaram-se conhecidas como normas de Vancouver. Elas podem ser obtidas na seguinte página da Web:

<http://www.infmed.com.ar/REQUISPUB.htm>.

Para a aquisição das normas da ABNT, acesse:

<http://www.abnt.org.br>

Notas sobre a redação do relatório

Uma vez executado o projeto de intervenção ou de investigação, será elaborado um relatório. Quanto à apresentação, considere-se o que já foi dito neste trabalho. Vale também a mesma recomendação feita para a redação do projeto, qual seja: deve ser agradável e atraente a todos os interessados, afetados ou envolvidos (os que **têm algo a ver com o projeto** ou *stakeholders*).

Para os de intervenção, pode-se ou não repetir alguns tópicos iniciais do projeto, introdução e objetivos, passando-se em seguida para a parte substantiva, ou seja, a descrição do que foi feito, concluindo com a avaliação final (podem constar avaliações intermediárias formativas e somativas). Não há um padrão definido para esse tipo de relatório.

Já os relatórios dos projetos de investigação devem se compor das seguintes partes:

1. Introdução
2. Objetivos (geral e específicos)
3. Metodologia

Até aqui, deve-se observar o que já foi dito anteriormente sobre a investigação quando se trata da elaboração de projetos. Acrescente-se que a metodologia deve ser suficientemente clara para que o leitor possa reproduzi-la em outro trabalho. O autor tem melhores condições de precisar e detalhar a metodologia no relatório que no projeto, pois aqui o trabalho já foi realizado. Por essa razão, muitas vezes há diferenças entre

a metodologia que consta do relatório e aquela do projeto: na execução do projeto, freqüentemente, ela sofre modificações.

Para os itens seguintes cabem algumas considerações.

4. Resultados e discussão

Resultados e discussão podem compor dois tópicos separados, porém, tratá-los conjuntamente facilita a tarefa do autor. Aqui, os resultados são apresentados e a discussão é feita tendo em vista os objetivos e a literatura que apresenta informações pertinentes ao objeto da investigação. A discussão é um diálogo entre os resultados do projeto e os conhecimentos já produzidos sobre o assunto.

Exemplo: a mortalidade infantil reduziu-se de x para y no período considerado, percebendo-se um aumento da taxa de redução na última década investigada. Barreiros (1999), pesquisando a mortalidade infantil no estado de São Paulo, observou tendência semelhante. Nesse estudo, a mortalidade infantil reduziu-se de a para b , entre 1960 e 1990, caindo para c em 1998.

Tabelas, quadros e gráficos: esses recursos existem para facilitar a compreensão do leitor e não para enfeitar o relatório. Por isso, devem ser claros e conter todos os elementos para sua compreensão, não sendo necessário que se busque qualquer informação adicional no texto. Não se pode esquecer de numerá-los, dar-lhes títulos que permitam a compreensão de **todas** as informações contidas (que, onde e quando) e, quando não se tratar de informações obtidas pela investigação, mencionar a fonte.

5. Conclusões

Aqui, são apresentadas as lições aprendidas com o trabalho. Cuidado! Não tire conclusões não reveladas por ele. As conclusões são, preferencialmente, apresentadas em tópicos curtos e concisos.

Algumas vezes, a investigação não é conclusiva. Nesse caso, costuma ser indicativa. Aí, o tópico conclusões é substituído por considerações finais ou algum outro título criativo dado pelo autor.

6. Recomendações

As lições aprendidas nos trabalhos de intervenção e, principalmente, nos de investigação podem gerar recomendações. Estas podem ser de intervenção ou de investigação. Também são apresentados em tópicos curtos e concisos.

7. Referências

As referências dos documentos utilizados na redação do relatório devem seguir as orientações mencionadas no item *Citações e Referências*.

Nota final

Tanto na redação dos projetos como dos relatórios deve-se ter o cuidado de um tópico não invadir outro. Ou seja, metodologia deve tratar exclusivamente de metodologia e **nada** da metodologia deve estar nos objetivos ou nos resultados. Esse tipo de erro é cometido com muita frequência.

Referências

Bastos CL., Keller, V. Aprendendo a aprender: introdução à metodologia científica. 9 ed. Petrópolis: Vozes; 1997.

Brasil Ministério da Saúde, Normas de cooperação técnica e financeira de programas e projetos mediante a celebração de convênios. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

Comitê Internacional de Editores de Periódicos Médicos. Requisitos Uniformes para manuscritos Submetidos a Periódicos Médicos. Informe Epidemiológico do SUS, 1999 Abr/Jun.; 8(2):5-18.

Espírito Santo, A. Delineamentos de metodologia científica. São Paulo: Loyola; 1992.

Lima L.R. Documentos eletrônicos: o que são e como normalizá-los. Espaço para a Saúde [periódico *online*] 2000 Jun. [capturado 2000 Jun 10]; 1(2):75-9. Disponível em: <http://www.ccs.br/espacoparasaude>

Machado JR. J. T., REIS, H. C. A lei 4320 comentada. 22 ed. Rio de Janeiro: IBAM; 1990.

Matus C. Política, planejamento e governo. 3.ed. Brasília: IPEA; 1993. Tomo II, p. 297-301.

Maximiano ACA. Administração de projetos. 2 ed. São Paulo: Atlas; 2002.

Müller, M.S. Normas e padrões para teses, dissertações e monografias. 5 ed. Londrina: Eduel, 2003.

Piscitelli, RB, Timbó MZF, Brum, SMD, Rosa MB. Contabilidade pública: uma abordagem da administração financeira. São Paulo: Adas; 1987

Rovere MR. Planificación estratégica de recursos humanos en salud. Washington, D.C.: OPS; 1993.

Ruiz JA. Metodologia científica. São Paulo: Atlas; 1980.

Schiesari LM. C. Cenários da acreditação hospitalar no Brasil: evolução histórica e referências externas. Dissertação de Mestrado apresentada à

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1999.

Severino AJ. Metodologia do trabalho científico. 13 ed. São Paulo: Cortez, 1986.

Testa M. Pensamento estratégico e lógica de programação. São Paulo: HUCITEC; 1995. p. 207-210.



Centro de Referência em
Aleitamento Materno
de Londrina



O projeto Centro de Referência em Aleitamento Materno de Londrina foi escolhido como exemplo de projeto de intervenção pela sua complexidade. Contém oito subprojetos que se constituem na estratégia de intervenção do projeto. Cada subprojeto é exemplo parcial para um pequeno projeto. Parcial porque em cada subprojeto faltam algumas partes, contempladas no grande projeto, como a introdução, estratégia de intervenção, avaliação, orçamento e cronograma.

Esse projeto foi desenvolvido pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva para a Universidade Estadual de Londrina, em março de 1996, sob a coordenação geral da professora Zuleika Thomson e com a consultoria da Dra. Marina Ferreira Réa. A equipe de elaboração do projeto foi formada pelos professores Luiz Cordoni Junior (coordenador e membro da equipe), Ana Maria Rigo Silva e Bárbara Turini.

O projeto está sendo apresentado na íntegra, no entanto, para facilitar a organização desta obra, os itens que compõem o corpo do projeto serão apresentados como subitens deste capítulo.

Resumo

O projeto propõe a implantação de um Centro de Referência em Aleitamento Materno, junto à Universidade Estadual de Londrina, Paraná, com a finalidade de atuar na formação de uma cultura de aleitamento materno junto às instituições acadêmicas, de serviços de saúde e à comunidade.

As atividades desse centro serão desenvolvidas nas áreas de ensino, informação, prestação de serviços e consultoria.

As atividades de ensino serão voltadas para a preparação de Recursos Humanos do Setor Saúde e para a comunidade.

A área de informação contará com um banco de dados, setor de geração e difusão de informações e setor de fomento à pesquisa.

As atividades assistenciais irão abranger os serviços de banco de leite, serviço de orientação em aleitamento, clínica de lactação e sistema de atendimento telefônico sobre questões ligadas ao aleitamento materno (sos-mama).

Projeto geral

Introdução

Londrina é uma cidade localizada na região norte do Paraná, Sul do Brasil. Segundo o Censo de 1991, possui cerca de quatrocentos mil habitantes, sendo a terceira cidade do sul do país em população. Sua economia baseia-se na produção agropecuária, bem como na indústria de transformação e na produção de serviços. É especialmente nesse último setor, que a cidade serve de referência para uma vasta área de influência, abrangendo grande parte do estado do Paraná, sul do estado de São Paulo e leste de Mato Grosso do Sul, área esta com uma população estimada em cerca de três milhões de habitantes.

Grande destaque cabe à Universidade Estadual de Londrina, fundada em 1971, que oferece anualmente 32 cursos de graduação a cerca de dez mil estudantes, nas mais diversas áreas do conhecimento, além de vários cursos de pós-graduação. Possui nove centros de estudos, entre os quais o Centro de Ciências da

Saúde (CCS), que reúne os cursos de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina e Odontologia. Esse centro está instalado em prédio anexo ao Hospital Universitário Regional do *Norte* do Paraná (HURNP), numa área de 7,2 ha, fora do Campus Universitário. O CCS atua no Ambulatório do Hospital de Clínicas (ARC), com uma área construída de quase 10.000 m², localizado no Campus Universitário, além da Clínica Odontológica, situada em outro prédio. As atividades desse centro sempre se caracterizaram pela integração do ensino com a prestação de serviços e a pesquisa, atividades estas que foram reforçadas a partir de 1991, através de um convênio com a Fundação W.K. Kellogg, o Projeto UNI. Esse convênio estimulou a integração da academia com a comunidade e a rede prestadora de serviços de saúde da cidade, mantida pela Autarquia do Serviço Municipal de Saúde, que possui hoje cinquenta Unidades Básicas de Saúde, um hospital geral rural e a Maternidade Municipal Lucilla Ballalai. A Maternidade Municipal e a Maternidade do HURNP atendem juntas cerca de 50% dos partos de nascidos vivos realizados na cidade de Londrina.

Justificativa

O leite materno tem sido reconhecido como a única fonte de nutrientes adequada à criança nos primeiros meses de vida. Embora quanto ao aspecto nutricional essa afirmativa seja indiscutível, na prática observam-se altas taxas de desmame precoce, derivadas de fatores variados, levando a graves conseqüências para a saúde infantil. Essa situação é agravada significativamente pelo *marketing* dos substitutos do leite materno.

Grande número de profissionais de saúde, por desconhecimento das soluções para problemas muitas vezes simples, indicam a introdução de outros leites, gerando prejuízos para a saúde da criança.

O Departamento Materno Infantil e Saúde Comunitária do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Estadual de Londrina, desde o início de suas atividades, em 1971, vem trabalhando no estímulo ao aleitamento materno, tanto em atividades acadêmicas e de pesquisa quanto assistenciais, em nível hospitalar no HURNP e na comunidade.

Nos anos de 1973/1974, realizou-se uma pesquisa sobre a prática do aleitamento materno dentre as mães que freqüentavam os ambulatórios do HURNP e unidades periféricas mantidas pela universidade de Londrina. Foram estudadas 704 mulheres com filhos até dois anos de idade e verificou-se que o desmame era significativo e precoce, pois apenas 20,9% das crianças receberam leite materno por tempo superior a três meses. Estudos posteriores demonstram uma melhoria dessa situação. Pesquisa realizada em 1990 constatou uma média de 90 e 150 dias de duração do aleitamento exclusivo e misto, respectivamente. Entretanto, considera-se essa situação ainda insatisfatória.

A partir de 1976, foi implantado o Programa de Estímulo ao Aleitamento Materno (PEAM), que atuou na formação de recursos humanos, aumentando as cargas horárias dedicadas ao estudo do leite materno tanto para os cursos de graduação (Medicina e Enfermagem) como para cursos de pós-graduação (residência em Pediatria e Saúde Comunitária), além de modificar os cursos preparatórios e de reciclagem para auxiliares de saúde que atuam em unidades periféricas. O PEAM atuou ainda no programa de pré-

natal do HURNP e das unidades periféricas orientando as gestantes através de acadêmicos e auxiliares de saúde, baseando-se em rotinas e manuais elaborados especificamente para essa finalidade. Teve atuação também no puerpério imediato na Maternidade do HURNP, que utiliza o sistema de alojamento conjunto desde 1974, no puerpério tardio através de visitas domiciliares às puérperas residentes nas áreas de abrangência das unidades periféricas da UEL e dos ambulatórios de revisão do berçário e de puericultura, onde também foram introduzidas rotinas e normas escritas com ênfase no estímulo ao aleitamento.

Em 1984, foi institucionalizado no HURNP o Grupo de Estímulo ao Aleitamento Materno (GEAM), incluindo, além de médicos e enfermeiros, assistentes sociais. O GEAM passou a desenvolver atividades como representante local do IBFAN – Rede Internacional em Defesa do Direito de Amamentar intensificando as atividades de proteção ao aleitamento materno. Em 1987 e 1988, foram publicados dois manuais de rotinas, um sobre a saúde infantil e outro exclusivamente sobre aleitamento materno, editados pela Secretaria Municipal de Saúde e que foram distribuídos em todos os postos de saúde do Paraná. Em 1989, implantou-se o Banco de Leite Humano no HURNP, que vem prestando importantes serviços para Londrina e região. Em 1991 foi traduzido para o português o livro “Helping Mothers to Breast Feed” de Felicity Savage King, que, editado pela Universidade com apoio da Organização Mundial da Saúde, vem sendo amplamente divulgado em todo o Brasil. A partir do mesmo ano, o GEAM passou a colaborar com a odontopediatria, através de palestras e discussões com docentes e alunos de pós-graduação, ampliando as atividades de estímulo ao aleitamento materno.

Com a inauguração e funcionamento a partir de 1993 da Maternidade Municipal Lucilla Ballalai, alunos dos cursos de Enfermagem e de Medicina, além de residentes de Pediatria, supervisionados por docentes membros do GEAM, passaram a atuar no local.

Nos últimos anos, o GEAM vem organizando vários eventos e atividades durante a Semana Mundial da Amamentação. Em agosto de 1993, foi discutido o tema “Mulher, Trabalho e Amamentação”, com presença significativa de representantes da comunidade. A partir dessa promoção, com o apoio do Projeto UNI, financiado pela Fundação Kellogg, foram desenvolvidas atividades junto à comunidade, promovendo discussões periódicas com lideranças dos bairros mais carentes de Londrina.

No 2º semestre de 1994, a Autarquia Municipal de Saúde, entendendo a importância do Aleitamento Materno na prevenção da Mortalidade Infantil, criou o Comitê de Estímulo ao Aleitamento Materno do Município de Londrina (CALMA). Esse comitê congrega todos os hospitais da cidade, Secretaria de Educação do Município, Coordenadoria Especial da Mulher e Pastoral da Criança.

A partir de 1995, passou-se a oferecer atividades multiprofissionais num ambulatório específico dedicado às dificuldades e complicações do aleitamento materno no Ambulatório do Hospital de Clínicas. Nesse mesmo ano, iniciaram-se os treinamentos dos profissionais do HURNP, AHC e Maternidade Municipal Lucilla Ballalai, visando a habilitação desses serviços como Hospital Amigo da Criança. A iniciativa “Hospital Amigo da Criança” é um novo esforço mundial,

patrocinado principalmente pela OMS e pelo UNICEF, para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, mediante a adoção, pelos hospitais, dos “Dez Passos para o Incentivo do Aleitamento Materno”. No final de 1995, a Autarquia Municipal de Saúde implantou o Programa “Unidade Básica Amiga da Criança”, seguindo o modelo da OMS/UNICEE

Apesar de todos esses esforços desenvolvidos durante duas décadas na área do aleitamento materno em nossa região, ainda observam-se profissionais de saúde da cidade introduzindo precocemente substitutos do leite materno na dieta dos lactentes. Isso talvez decorra do fato de que todas essas ações ocorrem de maneira isolada, por diversos grupos de profissionais, sem uma coordenação e integração.

Dessa forma, para uma melhor organização e integração das atividades já desenvolvidas e introdução de novas atividades, bem como sua ampliação para toda a região de abrangência da cidade e do estado, propõe-se a implantação do Centro de Referência em Aleitamento Materno de Londrina.

Escopo

Atuar na formação de uma cultura de aleitamento materno junto às Instituições Acadêmicas, aos Serviços de Saúde e à Comunidade, constituindo-se como Centro de Referência para todas as atividades relacionadas ao aleitamento materno.

Objetivos gerais

Relacionados ao ensino

- Incrementar a preparação e o aperfeiçoamento de Recursos Humanos para as ações ligadas ao aleitamento materno, especialmente os de nível médio.
- Estimular as práticas multiprofissionais e interdisciplinares em aleitamento materno.

Relacionados à pesquisa

- Gerar e difundir informações sobre o aleitamento materno.
- Estimular e viabilizar a pesquisa, visando o aprofundamento e a difusão do conhecimento sobre o aleitamento materno.

Relacionados à assistência para a população

- Implantar e implementar serviços de promoção, proteção, apoio e recuperação do aleitamento materno.
- Integrar as atividades do Centro de Referência com os Serviços de Saúde.
- Tomar todas as maternidades da região “Hospital Amigo da Criança” .

Objetivos específicos

Relacionados ao ensino

- Estabelecer e executar programas de preparação de recursos humanos em aleitamento materno para as seguintes clientela: lideranças comunitárias e profissionais de saúde de nível superior, elementar e médio, com ênfase nos dois últimos.

- Treinar e/ou orientar o treinamento das equipes de saúde de todos os hospitais da região para torná-los Hospitais Amigo da Criança.

Relacionados à pesquisa

- Organizar um sistema de informações que contemple a coleta de dados, processamento destes, armazenamento, disponibilização e difusão da informação.
- Coordenar, fomentar, assessorar e orientar pesquisas na área do aleitamento materno.

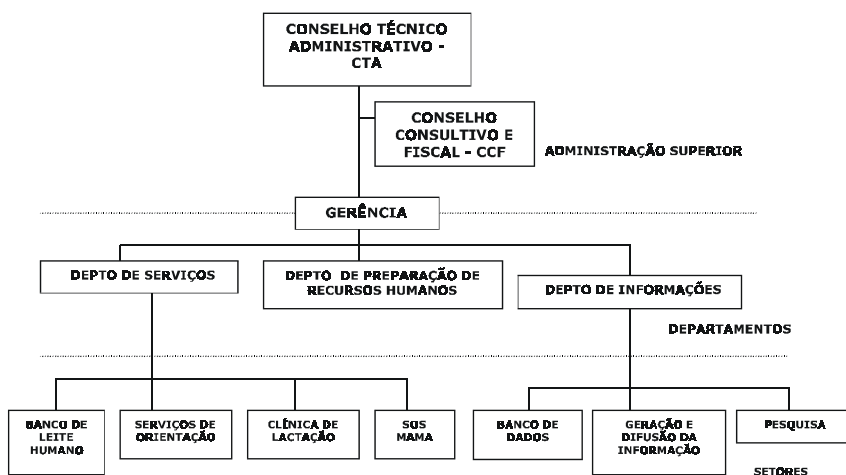
Relacionados à assistência para a população

- Ampliar e aprimorar os serviços oferecidos pelo Banco de Leite Humano do HURNP.
- Ampliar e aprimorar os serviços oferecidos pela Clínica de Lactação do Ambulatório do Hospital de Clínicas.
- Implantar um Serviço de Tele-informação sobre aleitamento materno (S.O.S – mama).

Estrutura

Organograma

CENTRO DE REFERÊNCIA EM ALEITAMENTO MATERNO DE LONDRINA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



Descrição da estrutura

a) Critérios

A estrutura do centro é proposta segundo os seguintes critérios:

1. Autonomia e transparência administrativa;
2. Legitimidade;
3. Funcionalidade.

O critério 1 aponta para a criação de um conselho deliberativo superior, colegiado e representativo, o Conselho Técnico Administrativo (CTA).

O critério 2 aponta para a criação de um conselho consultivo e fiscal composto de reconhecidas autoridades nacionais e internacionais na área, que reveriam bianualmente as atividades, visando analisá-las e aconselhar novos rumos.

O critério 3 orienta a estrutura interna para um desenho de departamentalização funcional.

b) Conselho Técnico Administrativo (CTA)

É a instância dirigente máxima do centro. De caráter deliberativo, estará orientado para a definição das grandes diretrizes institucionais e aprovação de instrumentos normativos e funcionais, bem como para o controle da ação institucional.

Sua composição deve ser representativa de instituições e segmentos sociais expressivos e pertinentes aos objetivos do projeto. Sugere-se a representação do Centro de Ciências da Saúde, do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná, da Secretaria de Estado da Saúde, do Instituto de Saúde do Estado do Paraná e Autarquia do Serviço Municipal de Saúde da Prefeitura de Londrina por profissionais envolvidos na área de aleitamento materno, acrescidos pelo gerente do Centro de Referência.

c) Conselho Consultivo e Fiscal (CCF)

O Conselho Consultivo deverá ser a instância de apoio e reflexão do centro, bem como de sua abertura aos diversos segmentos da sociedade, de caráter nacional e internacional, vocacionados para a consecução do escopo desse projeto, conferindo-lhe legitimidade.

Assim, serão convidados como membros do CCF representantes da OMS, OPS, UNICEF, Ministério da Saúde,

Pastoral da Criança e outras organizações e personalidades de reconhecido saber na área.

d) Gerência

É a instância executiva do centro, encarregada de administrá-lo cotidianamente, apoiada por uma secretaria.

Cabe a ela a coordenação dos departamentos, visando a integração sinérgica entre estes, bem como a organização destas atividades de consultoria externa.

e) Departamentos

De acordo com o escopo do projeto, que expressa a intenção de intervir no campo atitudinal, o centro deverá enfatizar as atividades de preparação de Recursos Humanos. Estas, porém, devem nutrir-se de práticas e informações.

A prática fornece subsídios de realidade, balizando o conhecimento pelas possibilidades e limitações do concreto.

As informações abrem os horizontes para além daquilo que a prática permite descortinar.

Dessa forma, são propostos três departamentos:

- Departamento de Preparação de Recursos Humanos;
- Departamento de Informações;
- Departamento de Serviços.

1) Departamento de Preparação de Recursos Humanos

Propõe-se a criação de um centro formador de Recursos Humanos em aleitamento materno.

Ações: formação, aperfeiçoamento e atualização de Recursos Humanos na área específica.

Clientela: profissionais de saúde nos níveis superior, médio e elementar, acadêmicos dos cursos da área da saúde e lideranças comunitárias.

Pretende-se estabelecer programas específicos para cada um dos níveis, buscando-se a integração multiprofissional e o conhecimento interdisciplinar, utilizando-se, preferencialmente, metodologias pedagógicas participativas e problematizadoras.

- Nível superior
 - Cursos para multiplicadores
 - Cursos de atualização.

- Nível médio e elementar
 - Cursos de formação em aleitamento materno para profissionais de saúde pública e de hospitais.

- Nível de graduação
 - Incentivo à inclusão nas disciplinas regulares da graduação de conteúdos relativos ao aleitamento materno, bem como oferta de disciplinas especiais.

- Lideranças comunitárias
 - Cursos de preparação de liderança para atuarem como multiplicadores.

2) Departamento de Informação

- Banco de Dados

Propõe-se a estruturação de um banco de dados que armazene, processe e disponibilize as informações referentes ao aleitamento materno.

Clientela: pesquisadores *lato-sensu*, membros do Deptº de Preparação de Recursos Humanos, membros do Deptº de Serviços e membros dos setores de geração e difusão de informações e de pesquisa.

- Geração e Difusão de Informações

Ações: produção de *slides*, vídeos, cartilhas, fitas de áudio, programas de computador e outros instrumentos de divulgação de conhecimentos relativos ao aleitamento materno.

Clientela: comunidade, lideranças comunitárias, estudantes e profissionais de saúde nos níveis superior, médio e elementar.

Veículos de informação: TV, rádio, jornal, ônibus, *outdoors*, listas telefônicas, contracheques, contas de serviços públicos, etc.

- Pesquisa

Visa a estruturação de um setor que coordene, fomente, assessor e oriente pesquisas na área de aleitamento materno.

Clientela: pesquisadores *lato-sensu*.

3) Departamento de Serviços – Setores

- Banco de Leite Humano

Criado em 1990, funcionando no HURNP em instalações insuficientes, numa área de aproximadamente 70 m², presta serviços para Londrina e região.

Ações propostas: coleta, armazenamento e processamento (classificação, pasteurização, controle microbiológico e de qualidade, síntese e liofilização e distribuição de leite humano).

Nota: com exceção da síntese e liofilização, as ações acima já são realizadas atualmente pelo Banco de Leite Humano.

Clientela: lactantes que doam leite, lactentes em condições específicas impeditivas de receber o leite da própria mãe e/ou temporariamente impossibilitados para sucção.

- Serviço de Orientação

Funciona no pré-natal do Ambulatório do HURNP, Maternidade do HURNP e Maternidade Municipal Lucilla Ballalai, Ambulatório de Neonatologia e Puericultura do Ambulatório do Hospital de Clínicas da UEL.

Ações propostas: orientação, visando a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e prevenção do desmame precoce.

Nota: as ações acima já são realizadas.

Clientela: gestantes, puérperas e lactantes do HURNP e Maternidade Municipal Lucilla Ballalai, lactentes atendidos no Ambulatório de Puericultura e Neonatologia do AHC/UEL.

- **Clínica de Lactação**

Funciona há cerca de um ano no Ambulatório do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Londrina, oferecendo atendimento multiprofissional, esclarecendo dúvidas e solucionando os principais problemas ligados à prática do aleitamento materno.

Ações propostas: atendimento, avaliação e orientação sobre problemas ligados ao aleitamento materno.

Nota: as ações acima já são realizadas atualmente pelo ambulatório.

Clientela: gestantes, lactantes e lactentes.

- **SOS – Mama**

Sistema de atendimento telefônico a ser criado.

Ações propostas: avaliação e orientação de dúvidas da comunidade com relação ao aleitamento materno.

Clientela: profissionais de saúde, lactantes e comunidade em geral.

Subprojetos

Do departamento de preparação de Recursos Humanos

Subprojeto Preparação de Recursos Humanos

a) **Objetivo geral**

- Estabelecer programas de preparação de Recursos Humanos específicos para as seguintes clientelas: profissionais de saúde de nível superior, médio e elementar, acadêmicos dos cursos da área da saúde e lideranças comunitárias.

b) Objetivos específicos

- Organizar e ministrar cursos de preparação em aleitamento materno a profissionais de nível superior, para atuarem como multiplicadores junto aos serviços de saúde e para a sua própria atuação.
- Organizar e ministrar cursos de preparação em aleitamento materno a profissionais de nível médio e elementar, para atuarem como multiplicadores junto a lideranças comunitárias e para sua própria atuação nos serviços de saúde.
- Organizar o programa do curso de preparação em aleitamento materno a lideranças comunitárias, a ser ministrado pelos Recursos Humanos de nível médio e elementar, preparados como multiplicadores.
- Organizar e ministrar cursos de atualização em aleitamento materno para profissionais de nível superior, médio e elementar.
- Organizar e ministrar cursos e/ ou disciplinas especiais em aleitamento materno para graduandos dos cursos da área da saúde.

c) Metas

- Oferecer anualmente dois cursos de preparação de nível superior, com quarenta horas de duração e vinte vagas por curso.
- Oferecer anualmente cinco cursos de preparação de nível médio e elementar, com quarenta horas de duração e vinte vagas por curso.
- Elaborar um programa de preparação de lideranças comunitárias, incluindo módulos instrucionais e bibliografia.
- Oferecer dois cursos de atualização para nível superior, médio e elementar, com oito horas de duração e cinquenta vagas por curso.

- Oferecer dois cursos de aleitamento materno para alunos de graduação, com vinte horas de duração e vinte e cinco vagas por curso.

d) Recursos necessários

- Estrutura Física

- 1 sala de aula no CCS ou AHC

- 1 secretaria

- 1 sala de preparação do material instrucional

- Equipamentos

- 1 computador 486

- 1 impressora matricial

- 1 impressora a *laser*

- mesas para computador e impressoras

- 1 linha telefônica

- 1 aparelho telefônico

- 1 escrivaninha

- 1 mesa para telefone

- 1 mesa redonda para reunião – 8 lugares, 2 cadeiras giratórias

- 8 cadeiras estofadas

- 1 arquivo

- 1 estante

- 1 balcão

- 30 carteiras universitárias

- 3 telas para projetor de *slides*, 2 retroprojetores

- 3 projetores de *slides*

- 1 *data show*

- 1 televisor

- 1 videocassete
- 1 ponteira a *laser*
- 5 modelos de mama
- 5 bonecas “meu bebê” Estrela
- 5 sacolas plásticas
- 2 aparelhos de ar condicionado
- 1 quadro
- material de consumo (disquete, porta-disquete, filme, etc.)
- material de escritório
- 4 *flip-charts*
- livros para biblioteca
- 500 pastas
- Verbas para serviços de terceiros
- Bolsas de estudo
- Xerox
- Passagens
- Diárias

Do departamento de Informação

Subprojeto Banco de Dados

a) Objetivo geral

- Organizar um sistema de informação que contemple a coleta de dados, processamento, armazenamento e disponibilidade destes.

b) Objetivos específicos

- Coletar sistematicamente dados primários junto ao Deptº de Serviços do Centro de Referência, Deptº de Informação em Saúde

da Autarquia do Serviço Municipal de Saúde de Londrina e Diretoria de Planejamento da SESA/ISEP.

- Fazer conexão com outros centros de referência em aleitamento materno nacionais e internacionais para intercâmbio de informação.
- Fazer conexão com a Biblioteca do CCS/UEL e, através dela, com os centros de documentação nacionais e internacionais.
- Disponibilizar as informações para os usuários.

c) Recursos necessários

• Recursos Humanos

1 bibliotecária

1 auxiliar de biblioteconomia

• Recursos materiais

- Estrutura física:

Espaço: 40 m² a ser disponibilizado pelo AHC (dividido em 3 salas)

- Equipamentos:

3 computadores 486 com *kit* multimídia e *fax modem*

1 impressora matricial

1 impressora jato de tinta colorida

1 impressora a *laser*

3 mesas para computador e impressora

3 cadeiras giratórias

1 mesa de reunião

6 cadeiras estofadas

1 armário

1 *nobreak*

material de escritório

Subprojeto Geração e Difusão da Informação

a) Objetivo Geral

- Gerar e difundir informação sobre aleitamento materno.

b) Objetivos Específicos

- Produzir material informativo sobre aleitamento materno sob as seguintes formas: material impresso, fitas de vídeo e áudio, programas de computador e outros.
- Criar fluxo permanente de difusão das informações.

c) Recursos Necessários

• Recursos Materiais

- Estrutura física comum ao banco de dados
- Equipamentos
- Serviços de terceiros

Subprojeto Pesquisa

a) Objetivo geral

- Coordenar, fomentar e orientar pesquisas na área do aleitamento materno.

b) Objetivos específicos

- Estabelecer linhas de pesquisa sobre aleitamento materno.
- Estimular pesquisadores para estudos sobre aleitamento materno.
- Disponibilizar dados específicos para pesquisa na área do aleitamento materno.
- Assessorar e orientar pesquisas na área do aleitamento materno.

c) Metas

- Produzir 2 pesquisas/ano.
- Publicar 2 artigos referentes ao aleitamento materno.
- Apresentar 3 trabalhos sobre aleitamento em congressos da área.

d) Recursos necessários

• Recursos Humanos

- 1 bibliotecária (a mesma do banco de dados).
- Mestres e doutores envolvidos e/ou atuantes no Centro de Referência.

• Recursos materiais

- Estrutura física comum ao Banco de Dados.
- Equipamentos comuns ao Banco de Dados.

Do departamento de Serviços

Subprojeto Banco de Leite Humano

a) Objetivo geral

- Ampliar e aprimorar os serviços oferecidos pelo Banco de Leite Humano do HURNP.

b) Objetivos específicos

- Ampliar o volume de leite coletado e distribuído pelo Banco de Leite Humano do HURNP.
- Ampliar o atendimento domiciliar de coleta do leite humano.
- Propiciar atendimento com hora marcada, no Banco de Leite Humano, à mãe doadora.
- Implantar a busca ativa de mães de prematuros e recém nascidos internados em todos os hospitais de Londrina, para coleta domiciliar do leite humano.

- Proporcionar uma melhor integração do Banco de Leite Humano com os setores Materno Infantil do HURNp, da Maternidade Municipal Lucilla Ballalai e Unidades Básicas de Saúde.
- Servir de campo de estágio para alunos dos cursos da área da saúde do CCS/UEL, CESULON, cursos de auxiliares de enfermagem e outros.

c) Metas

- Ampliar a coleta, armazenamento, processamento e distribuição dos atuais 100 litros de leite para 200 litros de leite humano por mês.
- Ampliar o atendimento domiciliar das 20 horas atuais para 40 horas semanais.
- Levantar e visitar 100% das mães de prematuros nascidos em Londrina.
- Ampliação da área física para 200 m².
- Manter um corpo permanente de no mínimo 6 estagiários.

d) Recursos necessários

• Recursos Humanos

- 6 auxiliares de enfermagem treinados em Banco de Leite
- 1 enfermeira supervisara

Nota: o Banco de Leite Humano dispõe atualmente de 3 auxiliares de enfermagem.

- 1 nutricionista
- 1 motorista 8 h/dia (já trabalha 4h/dia)
- 1 enfermeira docente

- Recursos materiais

- Estrutura física

- Construção de uma área de 200 m².

- Nota: funciona atualmente numa área de aproximadamente 70 m².

- Equipamentos

- 1 carro

- 1 computador

- 1 impressora

- 1 mesa para computador e impressora

- 4 *freezers* verticais – 280 litros

- 4 banhos-maria – FANEM IIID

- 200 bombas manuais – Lillo para retirar leite

- 2 bombas mecânicas ordenhadeiras “tira-leite”

- 3 calculadoras manuais de bolso

- 5 caixas térmicas (8 l)

- 50 gelox

- 5 baldes inox (15 l)

- 6 latas de meio de cultura “verde *caldo* brilhante”

- equipamentos para liofilização

Subprojeto Serviço de Orientação

a) Objetivo geral

- Orientar gestantes, puérperas e lactantes, visando a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e prevenção do desmame precoce.

b) Objetivos específicos

- Estimular e preparar para a prática do aleitamento materno as gestantes inscritas nos programas de pré-natal do HURNP e de Unidades Básicas de Saúde da Rede Municipal de Saúde.

- Incentivar e acompanhar as puérperas na amamentação, desde a sala de parto, durante todo período de alojamento conjunto na Maternidade do HURNP e Maternidade Lucilla Ballalai, através de Conselheiras da Lactação (atividade já iniciada no HURNP).
- Garantir o livre acesso das mães de crianças prematuras e/ou em tratamento especial no berçário para amamentação e viabilizar a integração do binômio mãe-filho durante o período de internação.
- Garantir o livre acesso dos pais à maternidade do HURNP e à Maternidade Municipal Lucilla Ballalai para apoiar as lactantes.
- Acompanhar a amamentação dos prematuros atendidos no Ambulatório de Neonatologia e das crianças inscritas na Puericultura do Ambulatório do Hospital de Clínicas da UEL, visando a prevenção do desmame precoce.
- Garantir o envolvimento dos alunos dos cursos da área de saúde, os quais freqüentam disciplinas curriculares relacionadas aos serviços de pré-natal, Maternidade do HURNP e Maternidade Municipal Lucilla Ballalai, Ambulatórios de Neonatologia e Puericultura, com as práticas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

c) Metas

- Ações educativas no pré-natal
 - Ambulatório do HURNP
 - Orientar anualmente 1000 gestantes inscritas no Programa de Pré-Natal do HURNP.

• Ações educativas na Maternidade do HURNP e Maternidade Municipal Lucilla Ballalai.

– Orientar anualmente 1500 puérperas atendidas na Maternidade do HURNP.

– Orientar anualmente 3000 puérperas atendidas na Maternidade Municipal Lucilla Ballalai.

– Manter diariamente 2 Conselheiras da Lactação na Maternidade do HURNP e 2 na Maternidade Municipal Lucilla Ballalai.

• Ações educativas no Ambulatório de Prematuros do AHC e crianças da Puericultura.

– Orientar anualmente 1000 mães de crianças acompanhadas no Ambulatório de Neonatologia e Puericultura.

d) Recursos materiais necessários

3 televisores (AHC/HURNP / M.M. Lucilla Ballalai)

3 videocassetes (idem)

6 bonecas (“Meu Bebê” – Estrela)

6 modelos de mama

3 álbuns seriados

4 *flip-charts*

30 fitas de videocassete virgens VHS

Subprojeto Clínica de Lactação do Ambulatório do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Londrina

a) Objetivo geral

– Ampliar e aprimorar os serviços multiprofissionais oferecidos pela Clínica de Lactação.

b) Objetivos específicos

- Oferecer atendimento ambulatorial multiprofissional às lactantes portadoras de complicações e/ou dificuldades na amamentação para viabilizar uma efetiva prática do aleitamento.
- Servir de referência para os serviços de saúde locais e regionais no atendimento às dificuldades e complicações do aleitamento materno.
- Servir de campo de estágio para alunos de pós-graduação *lato sensu* da área materno infantil.

c) Metas

- Atender lactantes com complicação ou dificuldades na amamentação.
- Atender 100% dos casos referidos pelos serviços de saúde locais e regionais.

d) Recursos necessários

• Recursos Humanos

1 pediatra

1 psicólogo

1 enfermeiro

1 assistente social

1 obstetra

Obs.: com exceção do obstetra, os demais profissionais já atuam na Clínica de Lactação.

- Recursos materiais
 - Estrutura Física
 - 1 sala de espera
 - 1 consultório
 - 1 sala de reuniões
 - Obs.: já disponíveis no AHC/UEL
 - Equipamentos
 - 1 videocassete
 - 1 televisor
 - 2 modelos de mama
 - 2 bonecas “Meu Bebê” – Estrela
 - 1 sacola plástica
 - 1 câmera para videocassete
 - 30 fitas de videocassete virgens
 - fitas de videocassete gravadas
 - 1 máquina fotográfica
 - 20 bombas manuais para tirar leite
 - 1 bomba mecânica ordenhadeira
 - 1 caixa térmica (8 l)
 - 5 gelox
 - 1 computador 486
 - 1 impressora jato de tinta
 - 1 mesa para computador
 - 1 mesa para impressora
 - 5 travesseiros infantis

Subprojeto SOS – Mama

a) Objetivo geral

- Implantar um serviço de teleinformação sobre aleitamento materno, funcionando 24 horas por dia, nos 7 dias da semana.

b) Objetivos específicos

- Esclarecer dúvidas de lactantes e familiares sobre aleitamento materno.
- Servir de apoio para profissionais de saúde que orientam e estimulam o aleitamento materno.
- Esclarecer a clientela sobre as atividades realizadas pelo Centro de Referência em Aleitamento Materno.
- Servir de campo de estágio para alunos da área da saúde.

c) Metas

- Atender 100% das solicitações de esclarecimentos da comunidade e profissionais de saúde sobre aleitamento materno e sobre o funcionamento do centro de referência.
- Oferecer 10 vagas para estagiários acadêmicos dos cursos da área da saúde.

d) Recursos necessários

- Recursos Humanos
 - as equipes de serviço do Banco de Leite Humano, serviços de orientação e Clínica da Lactação.
 - 10 estagiários acadêmicos de enfermagem e medicina.
- Recursos materiais
 - Equipamentos
 - 1 aparelho de telefonia celular habilitado.
- Recursos financeiros
 - 10 bolsas – trabalho para estagiários.

Orçamento (em reais)

Orçamento por subprojeto

SUBPROJETO 1: PREPARAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS DESPESAS DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	PROPONENTE				INSTITUIÇÃO COOPERANTE				TOTAL
	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor total	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor total	
Quadro Branco para Aula 0,90x1,20m					PEÇA	60	1	60	60
Sacolas Plásticas					PEÇA	50	5	250	250
<i>Flip-Chart</i>					PEÇA	25	4	100	100
TOTAL								410	410

SUBPROJETO 1: PREPARAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS SERVIÇOS DE TERCEIROS – PESSOA JURÍDICA

DISCRIMINAÇÃO	PROPONENTE				INSTITUIÇÃO COOPERANTE				TOTAL
	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor total	Unidade	Valor	Nº Uni.	Valor total	
Passagens Aéreas					BILHETE	600	45	27.000	27.000
Cópias Xerográficas					CÓPIA	0,10	5.000	500	500
TOTAL								27.500	27.500

SUBPROJETO 1: PREPARAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS SERVIÇOS DE TERCEIROS – PESSOA FÍSICA

DISCRIMINAÇÃO	PROPONENTE				INSTITUIÇÃO COOPERANTE				TOTAL
	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	
Consultoria					Hora Consultor	35	80	2.800	2.800
Bolsa/Estágio					Bolsa/ano	500	10	5.000	5.000
Diárias					Diária	120	100	12.000	12.000
Aulas					Hora aula	35	56	1.960	1.960
TOTAL								21.760	21.760

SUBPROJETO 1 – PREPARAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS RECURSOS HUMANOS (ANO)

DISCRIMINAÇÃO	PROPONENTE				INSTITUIÇÃO COOPERANTE				TOTAL
	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	
Professor Especialista Em Aleitamento	Hora/salário	12,50	1.040	13.000					13.000
TOTAL				13.000					13.000

RESUMO DO SUBPROJETO 1: PREPARAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

DISCRIMINAÇÃO	PROPONENTE				INSTITUIÇÃO COOPERANTE				TOTAL
	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	
Despesas de Capital								21.035	21.035
Despesas de Consumo								410	410
Serviços Terceiro- Pessoa Jurídica								27.500	27.500
Serviços de Terceiro - Pessoa Física								21.760	21.760
Recursos Humanos				13.000					13.000
TOTAL				13.000				70.705	83.705

SUBPROJETO: 2.1 – BANCO DE DADOS – 2.2 – GERAÇÃO E DIFUSÃO DA INFORMAÇÃO – 2.3 – PESQUISA – DESPESAS DE CAPITAL

DISCRIMINAÇÃO	PROPONENTE				INSTITUIÇÃO COOPERANTE				TOTAL
	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	
Material de Escritório					Diversos			2.000	2.000
TOTAL								2.000	2.000

SUBPROJETO: 2.1 – BANCO DE DADOS – 2.2 – GERAÇÃO E DIFUSÃO DA INFORMAÇÃO – 2.3 – PESQUISA – DESPESAS DE CAPITAL

DISCRIMINAÇÃO	PROPONENTE				INSTITUIÇÃO COOPERANTE				TOTAL
	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	
Computador 486 com Kit Multimídia 4 Speed E Fax-Modem 28 800 Bp/S					Aparelho	3.300	3	9.900	9.900
Impressora Matricial 132 Colunas, 24 Pinos					Aparelho	800	1	800	800
Impressora Laser 12 Ppm 600 Dpi					Aparelho	2.600	1	2.600	2.600
Jogo de Móveis para Computação					Jogo	300	3	900	900
Cadeira Giratória					peça	75	3	225	225
Mesa de Reunião					peça	100	1	100	100
Cadeiras Estofadas					peça	35	6	210	210
Armário					Peça	200	1	200	200
No Break					aparelho	300	1	300	300
TOTAL								15.235	15.235

SUBPROJETO : 2-1 – BANCO DE DADOS – 2.2 – GERAÇÃO E DIFUSÃO DA INFORMAÇÃO – 2.3 – PESQUISA – SERVIÇO DE TERCEIROS – PESSOA JURÍDICA

DISCRIMINAÇÃO	PROPONENTE				INSTITUIÇÃO COOPERANTE				VALOR
	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	
Cartazes					Cartaz	1	1.000	1.000	1.000
Folders					Folder	0,60	1.000	600	600
Video-Clip sobre Aleitamento					Produção	15.000	1	15.000	15.000
TOTAL								16.600	16.600

SUBPROJETO: 2.2 GERAÇÃO E DIFUSÃO DA INFORMAÇÃO – 2.3 PESQUISA – DESPESAS RECURSOS HUMANOS (ANO)

DISCRIMINAÇÃO	PROPONENTE				INSTITUIÇÃO COOPERANTE				TOTAL
	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	
Bibliotecária	Hora/salário	6,25	2.084	13.025					13.025
Auxiliar de Biblioteconomia	Hora/salário	2,00	2.084	4.168					4.168
TOTAL				17.193					17.193

RESUMO DOS SUBPROJETOS: 2-1 – BANCO DE DADOS – 2-2 – GERAÇÃO E DIFUSÃO DA INFORMAÇÃO – 2-3 – PESQUISA

DISCRIMINAÇÃO	PROPONENTE				INSTITUIÇÃO COOPERANTE				TOTAL
	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	
Despesas de Capital								15.235	15.235
Despesas de Consumo								2.000	2.000
Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica								16.600	16.600
Recursos Humanos				17.193					17.193
TOTAL				17.193				33.835	51.028

SUBPROJETO 3.1 – BANCO DE LEITE – DESPESAS DE CAPITAL

DISCRIMINAÇÃO	PROPONENTE				INSTITUIÇÃO COOPERANTE				TOTAL
	Unidade	Valor Uni.	nº	valor total	Unidade	Valor Uni.	nº	valor total	
Área física a ser construída	M2	350	200	70.000					70.000
Veículo Automotor					Veículo	12.000	1	12.000	12.000
Microcomputador Dlx4-100 Mhz, 6mb de Memória Ram, Disco Rígido De 850mb, 2 Drives, Monitor Colorido Svgd					Aparelho	2.000	1	2.000	2.000
Impressora Matricial – 24 Pinos, 80 Colunas					Aparelho	500	1	500	500
Jogo de Móveis Para Computação					Jogo	300	1	300	300
Freezer Vertical, 311 L, Frost-Free					Aparelho	1.220	4	4.880	4.880
Banho Maria Fanem Iii-D, Controlador Digital Unitemp					Aparelho	2.260	4	9.040	9.040
Bomba Elétrica Tira-Leite					Aparelho	625	2	1.250	1.250
Calculadora Manual de Bolso					Aparelho	10	3	30	30
Balde Inox De 15l					Peça	5	130	650	650
TOTAL				70.000				30.650	100.650

SUBPROJETO 3.1 – BANCO DE LEITE – DESPESAS DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	PROPONENTE				INSTITUIÇÃO COOPERANTE				TOTAL
	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	
Bomba Manual para Retirada de Leite "Lillo"					Peça	10,25	200	2.050	2.050
Caixa Térmica de 8 Litros					Peça	45	5	225	225
Meio de Cultura "Verde Caldo Brilhante", 500 G					Frasco	120	6	720	720
Gelox, 350 MI					Peça	5	50	250	250
TOTAL								3.245	3.245

SUBPROJETO 3.1 – BANCO DE LEITE – RECURSOS HUMANOS (ANO)

DISCRIMINAÇÃO	PROPONENTE				INSTITUIÇÃO COOPERANTE				TOTAL
	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	
Auxiliar de Enfermagem (6)	Hora/ Salário	2,00	12.504	25.008					25.008
Enfermeiro (jornada de 4 horas diárias)	Hora/ Salário	6,25	1.042	6.512					6.512
Nutricionista (jornada de 4 horas diárias)	Hora/ Salário	6,25	1.042	6.512					6.512
Farmacêutico (jornada de 1 hora diária)	Hora/ Salário	12,50	260	3.250					3.250
Motorista	Hora/ Salário	2,00	2.084	4.168					4.168
TOTAL				45.450					45.450

RESUMO DO SUBPROJETO – 3.1. BANCO DE LEITE

DISCRIMINAÇÃO	PROPONENTE				INSTITUIÇÃO COOPERANTE				TOTAL
	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	
Despesas de Capital				70.000				30.650	100.650
Despesas de Consumo								3.245	3.245
Recursos Humanos				45.450					45.450
TOTAL				114.450				33.895	149.345

SUBPROJETO – 3.2 SERVIÇO DE ORIENTAÇÃO – DESPESAS DE CAPITAL

DISCRIMINAÇÃO	PROPONENTE				INSTITUIÇÃO COOPERANTE				TOTAL
	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	
Televisor em Cores 21					Aparelho	600	3	1.800	1.800
Vídeo Cassete					Aparelho	400	3	1.200	1.200
Boneca “Meu Bebê”					Peça	35	6	210	210
Modelo de Mama					Peça	100	4	400	400
TOTAL								3.610	3.610

SUBPROJETO – 3.2 SERVIÇO DE ORIENTAÇÃO – DESPESAS DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	PROPONENTE				INSTITUIÇÃO COOPERANTE				TOTAL
	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	
<i>Flip-Chart</i>					Peça	25	4	100	100
Fitas de Vídeo Cassete Virgens					Peça	3,50	30	105	105
TOTAL								205	205

RESUMO DO SUBPROJETO – 3.2 SERVIÇO DE ORIENTAÇÃO

DISCRIMINAÇÃO	PROPONENTE				INSTITUIÇÃO				TOTAL
	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	
Despesas de Capital								3.610	3.610
Despesas de Consumo								205	205
TOTAL								3.815	3.815

SUBPROJETO – 3.3 CLÍNICA DE LACTAÇÃO – DESPESAS DE CAPITAL

DISCRIMINAÇÃO	PROPONENTE				INSTITUIÇÃO COOPERANTE				TOTAL
	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	
Vídeo Cassete					Aparelho	400	1	400	400
Tv em Cores 21"					Aparelho	600	1	600	600
Modelo de Mama					Peça	100	1	100	100
Câmera para Vídeo Cassete					Aparelho	1.500	1	1.500	1.500
Câmera Fotográfica					Aparelho	400	1	400	400
Bomba Elétrica Tira-Leite					Aparelho	625	1	625	625
Micro Computador Dx 4-100 Mhz, 8 Mb De Memória Ram, Disco Rígido de 850 Mb, 2 Drives, Monitor Colorido Sygd					Aparelho	2.000	1	2.000	2.000
Impressora Jato de Tinta Colorida - 600 Dpi					Aparelho	800	1	800	800
Móveis para Computação					Jogo	300	1	300	300
TOTAL								6.725	6.725

SUBPROJETO – 3.3 CLÍNICA DE LACTAÇÃO – DESPESAS DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	PROPONENTE				INSTITUIÇÃO COOPERANTE				TOTAL
	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	
Fitas de vídeo cassete Virgem					Peça	3,50	30	105	105
Bomba manual para retirada de leite					Peça	10,25	20	205	205
Caixa térmica de 8 litros					Peça	45	1	45	45
Gelox de 350 Ml					Peça	5	5	25	25
Sacola plástica					Peça	50	1	50	50
TOTAL								430	430

SUBPROJETO 3.3 – CLÍNICA DE LACTAÇÃO – RECURSOS HUMANOS (ANO)

DISCRIMINAÇÃO	PROPONENTE				INSTITUIÇÃO COOPERANTE				TOTAL
	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	
Médico	Hora/salário	12,50	1.040	13.000					13.000
Psicólogo	hora/salário	6,25	260	1.625					1.625
Enfermeiro	hora/salário	6,25	520	3.250					3.250
Assistente Social	hora/salário	6,25	520	3.250					3.250
TOTAL				21.125					21.125

RESUMO DO SUB PROJETO – 3.3 – CLÍNICA DE LACTAÇÃO

DISCRIMINAÇÃO	PROPONENTE				INSTITUIÇÃO COOPERANTE				TOTAL
	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	
Despesas de Capital								6.725	6.725
Despesas de Consumo								430	430
Recursos Humanos				21.125					21.125
TOTAL				21.125				7.155	28.280

SUBPROJETO 3.4 SOS-MAMA – DESPESAS DE CAPITAL

DISCRIMINAÇÃO	PROPONENTE				INSTITUIÇÃO COOPERANTE				VALOR
	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	
Telefone Celular Habilitado					Aparelho	700	1	700	700
TOTAL								700	700

SUBPROJETO – 3.4 SOS – MAMA – RECURSOS HUMANOS

DISCRIMINAÇÃO	PROPONENTE				INSTITUIÇÃO COOPERANTE				TOTAL
	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	
Bolsa/Estágio					Bolsas/Ano	500	10	5.000	5.000
TOTAL								5.000	5.000

RESUMO DO SUBPROJETO – SOS – MAMA

DISCRIMINAÇÃO	PROPONENTE				INSTITUIÇÃO COOPERANTE				TOTAL
	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	
Despesas de Capital								700	700
Recursos Humanos								5.000	5.000
TOTAL								5.700	5.700

ORÇAMENTO – RESUMO GERAL

DISCRIMINAÇÃO	PROPONENTE				INSTITUIÇÃO COOPERANTE				TOTAL
	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	
Subprojeto 1 - Preparação de R.H.				13.000				70.705	83.705
Subprojetos 2.1-Banco de Dados; 2.2 - Geração E Difusão da Informação e 2,3 Pesquisa				17.193				33.835	51.028
Subprojeto 3.1 - Banco de Leite Humano				115.450				33.895	149.345
Subprojeto 3.2 - Serviço de Orientação								3.815	3.815
Subprojeto 3.3 - Clínica de Lactação				21.125				7.155	28.280
Subprojeto 3.4 - Sos - Mama								5.700	5.700
TOTAL				166.768				155.105	321.873

2. ORÇAMENTO POR CATEGORIA DE DESPESA – ORÇAMENTO DE DESPESAS DE CAPITAL

DISCRIMINAÇÃO	PROPONENTE				INSTITUIÇÃO COOPERANTE				TOTAL
	Unid.	Valor Uni.	Nº	Valor Total	Unid.	Valor Uni.	Nº	Valor Total	
Microcomputador Dx4 - 100 Mhz, 8 Mb de Memória Ram, Disco Rígido de 850, 2 Drives, Monitor Colorido Svgd					Aparelho	2.000	3	6.000	6.000
Impressora Matricial - 24 Pinos, 80 Colunas					Aparelho	500	2	1.000	1.000
Impressora Laser - 12 Ppm, 600 Dpi					Aparelho	2.600	2	5.200	5.200
Jogo de Móveis para Computação					Jogo	500	1	500	500
Linha Telefônica					Linha Tel.	900	1	900	900
Aparelho Telefônico					Aparelho	40	1	40	40
Escrivaninha					Peça	150	1	150	150
Mesa Redonda para Reunião					Peça	100	2	200	200
Cadeira Giratória					Peça	75	5	375	375
Cadeira Estofada					Peça	35	14	490	490
Arquivo de Aço					Peça	200	1	200	200
Estante de Aço					Peça	100	1	100	100
Balcão de Madeira					Peça	300	1	300	300
Carteira Universitária					Peça	35	30	1.050	1.050
Tela para Projeção					Peça	300	3	900	900
Retroprojeter					Peça	550	2	1.100	1.100
Projeter de Slides					Aparelho	1.420	3	4.260	4.260
Televisor em Cores 21 "					Aparelho	600	5	3.000	3.000
Vídeo Cassete					Aparelho	400	5	2.000	2.000
Apontador a Laser					Peça	230	1	230	230
Modelo de Mama					Peça	100	10	1.000	1.000
Boneca "Meu Bebê"					Peça	35	11	385	385
Aparelho de Ar Condicionado					Aparelho	1.500	2	3.000	3.000
Livros para a Biblioteca					Volumes	25	40	1.000	1.000
Micro Computador 486 Com Kit Multimídia 4 Speed E Fax-Modem 28.800 Bp/S					Aparelho	3.300	3	9.900	9.900
Impressora Matricial, 132 Colunas, 24 Pinos					Aparelho	800	1	800	800
Jogo de Móveis para Computação					Jogo	300	5	1.500	1.500
Armário					Peça	200	1	200	200
No Bnak					Aparelho	300	1	300	300
Área Física a ser Construída	M2	350	200	70.000					70.000
Veículo Automotor					Veículo	12.000	1	12.000	12.000
Frescor Vertical, 311l, Frost-Free					Aparelho	1.220	4	4.880	4.880
Banho-Maria Fanem Iii-D, Controlador Digital Unitemp					Aparelho	2.260	4	9.040	9.040
Bomba Elétrica Tira-Leite					Aparelho	625	3	1.875	1.875
Calculadora Manual de Bolso					Aparelho	10	3	30	30
Balde Inox de 15 L					Peça	130	5	650	650
Câmera para Vídeo Cassete					Aparelho	1.500	1	1.500	1.500
Câmera Fotográfica					Aparelho	400	1	400	400
Impressora Jato de Tinta Colorida - 600 Dpi					Aparelho	800	1	800	800
Telefone Celular Habilitado					Aparelho	700	1	700	700
TOTAL				70.000				77.955	147.955

continuação... 2. ORÇAMENTO POR CATEGORIA DE DESPESA –
ORÇAMENTO DE DESPESAS DE CAPITAL

Veículo Automotor					Veículo	12.000	1	12.000	12.000
<i>Freges Vertical, 3111, Freges-Fre</i>					Aparelho	1.220	4	4.880	4.880
Banho-Maria Fanem Iii-D, Controlador Digital Unitemp					Aparelho	2.260	4	9.040	9.040
Bomba Elétrica Tira-Leite					Aparelho	625	3	1.875	1.875
Calculadora Manual de Bolso					Aparelho	10	3	30	30
Balde Inox de 15 L					Peça	130	5	650	650
Câmera para Vídeo Cassete					Aparelho	1.500	1	1.500	1.500
Câmera Fotográfica					Aparelho	400	1	400	400
Impressora Jato de Tinta Colorida - 600 Dpi					Aparelho	800	1	800	800
Telefone Celular Habilitado					Aparelho	700	1	700	700
TOTAL				70.000				77.955	147.955

ORÇAMENTO DE DESPESAS DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	PROPONENTE				INSTITUIÇÃO COOPERANTE				TOTAL
	Unidade	Valor Uní.	Nº	Valor Total	Unidade	Valor Uní.	Nº	Valor Total	
Quadro Branco para Aula 90x120 cm					Peça	60	1	60	60
Sacolas Plásticas					Peça	50	6	300	300
<i>Flip-Chart</i>					Peça	25	8	200	200
Material de Escritório					Diversos			2.000	2.000
Bomba Manual para Retirada de Leite "Lillo"					Peça	10,25		2.255	2.255
Caixa Térmica de 8 Litros					Peça	45,00	6	270	270
Meio de Cultura "Verde Caldo Brilhante", 500 G					Frasco	220	6	720	720
Gelox 350 MI					Peça	5	55	275	275
Fitas de Vídeo Cassete Virgens					Peça	3,50	60	210	210
TOTAL								6.290	6.290

ORÇAMENTO DE SERVIÇOS DE TERCEIROS – PESSOA FÍSICA

DISCRIMINAÇÃO	PROPONENTE				INSTITUIÇÃO COOPERANTE				TOTAL
	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	
Consultoria					Hora/consulta	35	80	2.800	2.800
Bolsas/Estágio					Bolsas/Ano	500	10	5.000	5.000
Diárias					Diária	120	100	12.000	12.000
Aulas					Hora/Aula	35	56	1.960	1.960
TOTAL								21.760	21.760

ORÇAMENTO DE SERVIÇOS DE TERCEIROS – PESSOA JURÍDICA

DISCRIMINAÇÃO	PROPONENTE				INSTITUIÇÃO COOPERANTE				TOTAL
	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	
Cartazes					Cartaz	1	1.000	1.000	1.000
<i>Folders</i>					<i>Folder</i>	0,60	1.000	600	600
Vídeo-Clip Sobre Aleitamento					Produção	15.000	1	15.000	15.000
Passagens Aéreas					Bilhete	600	45	27.000	27.000
Cópias Xerográficas					Cópia	0,10	5.000	500	500
TOTAL								44.100	44.100

ORÇAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

DISCRIMINAÇÃO	PROPONENTE				INSTITUIÇÃO COOPERANTE				TOTAL
	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	
Professor Especialista em Aleitamento	Hora/salário	12,50	1.040	13.000					13.000
Bibliotecário	hora/salário	6,25	2.084	13.025					13.025
Auxiliar de Biblioteconomia	hora/salário	2,00	20.84	4.168					4.168
Auxiliar de Enfermagem (6)	hora/salário	2,00	12.504	25.008					25.008
Enfermeira (Jornada de 4 Hs Diária)	hora/salário	6,25	1.042	6.512					6.512
Nutricionista (Jornada de 4 Hs Diárias)	hora/salário	6,25	1.042	6.512					6.512
Farmacêutico Jornada de 1 Hora Diária	hora/salário	12,50	260	3.250					3.250
Motorista	hora/salário	2,00	2084	4.168					4.168
Médico	hora/salário	12,50	1.040	13.000					13.000
Psicólogo	hora/salário	6,25	260	1.625					1.625
Enfermeiro	hora/salário	6,25	520	3.250					3.250
Assistente Social	hora/salário	6,25	520	3.250					3.250
Bolsa Estágio					Bolsas/ano	500	10	5.000	5.000
TOTAL				96.768				5.000	101.768

ORÇAMENTO RESUMO GERAL

DISCRIMINAÇÃO	PROPONENTE				INSTITUIÇÃO COOPERANTE				TOTAL
	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	Unidade	Valor Uni.	Nº	Valor Total	
Despesa- Capital				70.000				77.955	147.955
Despesa de Consumo								6.290	6.290
Serviços Terceiro - Pessoa Física								21.760	21.760
Serviços de Terceiro - Pessoa Jurídica								44.100	44.100
Recursos Humanos				96.768				5.000	101.768
Total				166.768				155.105	321.873

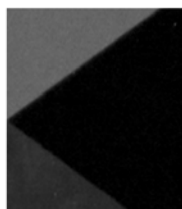
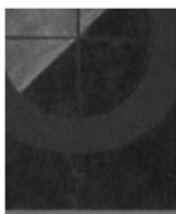
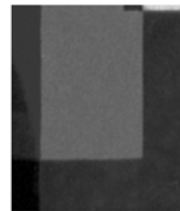
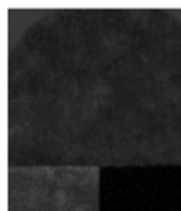
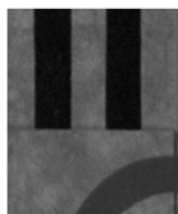
CRONOGRAMA

MÊS SUB-PROJETO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1												
2.1												
2.2												
2.3												
3.1												
3.2												
3.3												
3.4												

Nota: o cronograma não foi feito por ocasião da elaboração do projeto, pois tratando-se de projeto modular com a possibilidade de múltiplos financiadores, este dependeria das negociações com as possíveis fontes de financiamento.



PARTE 2
**AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS,
PROJETOS E SERVIÇOS DE
SAÚDE**





Guia para Avaliação
de Programas, Projetos
e Serviços de Saúde



Histórico e relevância da avaliação

A avaliação é algo praticado pela humanidade desde sempre e por cada indivíduo cotidianamente. Avaliar é um processo de escolha. Informalmente, praticamos a avaliação quando decidimos que roupa iremos usar, quais coisas iremos comprar e a que horas sairemos para o trabalho.

A diferença que se estabelece entre a avaliação informal e a formal é que esta constitui-se num processo **sistemático** de coleta de informações que nos permite, através da aplicação de critérios adequados ou de valores, estabelecer um julgamento sobre o que está sendo avaliado (SANDERS, 1993).

A avaliação permite a identificação de necessidades e o estabelecimento de prioridades que irão orientar projetos a serem desenvolvidos ou reorientar aqueles já existentes (SANDERS, 1993).

A definição de avaliação aqui adotada é a enunciada por Scriven. Para o autor, a avaliação é o julgamento do **valor** ou **mérito** de alguma coisa (SCRIVEN, 1967).

Worthen, Sanders e Fitzpatrick (1997), detalhando a definição de Scriven, explicam que avaliar significa levantar informações relevantes e aplicar a elas padrões (*standards*) que determinem seu valor, qualidade, utilidade, efetividade ou significância. Tal processo conduzirá a recomendações com a finalidade de otimizar o objeto de avaliação, segundo propósitos desejados.

Os mesmos autores fazem referência a avaliações formais feitas em exércitos chineses, por volta do ano 2000 a.C, e a avaliações feitas por Sócrates, como parte do processo de aprendizado. Mas somente com o desenvolvimento das ciências naturais, no século

XVII, a avaliação pôde firmar-se como uma prática sistemática e como um campo de conhecimento.

Avaliações de programas começaram a ser praticadas na Inglaterra e nos Estados Unidos da América, no século XIX, fortemente ligadas ao sistema educacional (WORTHEN, SANDERS, FITZPATRICK, 1997).

Guba e Lincoln (*apud* CONTANIOPOULOS et al., 1997) dividem a evolução histórica da avaliação em quatro estágios:

o primeiro é baseado na medida (dos resultados escolares, da inteligência, da produtividade dos trabalhadores). O avaliador é essencialmente um técnico que tem que saber construir e saber usar os instrumentos que permitem medir os fenômenos estudados. O segundo estágio se fortalece nos anos 20 e 30. Ele trata de identificar e descrever como os programas permitem atingir seus resultados. O terceiro estágio é baseado no julgamento. A avaliação deve permitir o julgamento de uma intervenção. O quarto estágio está emergindo. A avaliação é então feita como um processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção a ser avaliada.

Na área da saúde, Abraham Flexner foi o precursor na avaliação de programas ao realizar trabalho de acreditação de 155 escolas médicas nos EUA e Canadá. Flexner julgou severamente tais instituições (FLEXNER, 1910), o que acarretou o fechamento de escolas e profundas transformações no ensino e nas práticas médicas: o Relatório Flexner demarcou o início da chamada medicina científica, dominante até os dias atuais (MENDES, 1984). Entretanto:

é possível afirmar que a avaliação de serviços de saúde tomou-se uma área de estudos e de práticas a partir da década de 1950, dentro do movimento que

consolidou os serviços como objeto de um ‘campo’ científico... A emergência desse campo, em geral, e das ‘linhas de avaliação’ em particular, foi suscitada pela grande expansão dos serviços de saúde, pelo rápido desenvolvimento tecnológico da prática médica, pelos enormes custos das novas técnicas e pela crescente responsabilidade dos governos no financiamento da atenção à saúde (SCHRAIBER NEMES, 1996).

No período assinalado, a segunda metade do século XX, a linha de trabalho que mais tem se desenvolvido na saúde é aquela que procura assegurar a qualidade dos serviços hospitalares, utilizando a acreditação como principal instrumento avaliativo. Destaque-se a fecunda produção de Avedis Donabedian, cujos principais trabalhos foram reunidos em coletânea pelo PROAHSA, em 1993 (DONABEDIAN, s.d.), os trabalhos constantes de acreditação hospitalar desenvolvidos nos E. U.A. e os esforços realizados pela Organização Panamericana da Saúde (OPS). Esta editou, em 1996, o Manual de Gerência de Calidad, no qual Novaes sintetiza grande parte dos conhecimentos desenvolvidos na e para a América Latina (NOVAES, 1996).

No Brasil, o campo da avaliação na área da saúde tem merecido escassa atenção, valendo destacar o esforço desenvolvido pela Associação Paulista de Medicina, que, através de convênio firmado em 1993 com o IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada da Secretaria de Planejamento da Presidência da República), desenvolveu amplo programa de “[...] monitorização de indicadores de qualidade e produtividade na área hospitalar” (BURMESTER, 1993). Esse programa contribuiu decisivamente para impulsionar o Programa de Qualidade do Hospital Universitário de Londrina (QUALISHAÚDE).

Em Londrina, o Projeto UNI* tem sido grande incentivador da cultura de avaliação, integrando-se inclusive ao esforço da Fundação W.K. Kellogg de disseminação da cultura de avaliação na América Latina. Esta iniciou um programa de preparação de avaliadores para profissionais envolvidos em projetos sociais em toda a América Latina. Em colaboração com a Western Michigan University e outras instituições, tem promovido cursos de Avaliação de Programas e outras modalidades de treinamento.

Além do Projeto UNI, o Mestrado em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina tem proporcionado significativo desenvolvimento teórico e de pesquisa na área. Das dissertações de Mestrado produzidas e defendidas, cerca de um terço tratam de avaliação de serviços.

A essa altura cabe perguntar: se a avaliação é algo praticado sempre pela humanidade e permanentemente por todas as pessoas, por que somente na segunda metade do século XX ela se desenvolve como campo de conhecimento e de prática sistemática?

A avaliação, principalmente de projetos, programas e serviços, faz parte da Ciência da Administração e esta é algo muito recente na História da Humanidade. Embora existam práticas e estudos, alguns cientificamente orientados e produzidos no século XIX, como os de Saint-Simon, Charles Fourier e Robert Owen, somente no século XX a Administração constitui-se como campo de conhecimento sistematizado e científico, tendo como marco a

* Projeto “Uma Nova Iniciativa na Educação dos profissionais de Saúde: União com a Comunidade”. Iniciado em 1991, com apoio financeiro e técnico da Fundação W.K. KELLOGG busca produzir avanços na universidade, nos serviços de saúde e na comunidade simultânea e integradamente.

publicação de Frederick Winslow Taylor, “Os Princípios da Administração Científica”, em 1911 (MOTTA, 1986). Além de Taylor, destacam-se como nomes importantes da chamada Escola Clássica autores como Fayol, Gulick, Urwick, Gantt e Gilbreth (MOTTA, 1986). Desde esses pioneiros, foram necessários muito trabalho e reflexão para que se chegasse a uma visão mais abrangente e compreensiva da administração, como a que orienta modernamente a avaliação. Apenas para ilustrar o que foi dito, e sem menosprezar outras importantes obras e autores, vale citar que somente na década de 1990 surgiram obras que se transformaram em ícones dessa visão abrangente e compreensiva: “A Quinta Disciplina”, de Peter Senge, escrito em 1990 (SENGE, 1994), “Reinventando o Governo”, de Osborne e Gaebler, de 1993 (OSBOME, GAEBLER, 1993), e “Inteligência Emocional”, de Daniel Goleman, de 1995 (GOLEMAN, 1995).

O traço comum de tais obras e que as transformou em símbolos do pensamento administrativo moderno (e em milionários *best sellers*) é o fato de terem rompido com esquemas mentais rígidos e de evidenciarem as infinitas possibilidades de aprendizado quando se olha para teorias e principalmente práticas sem pré-concepções ou preconceitos. Essa é a concepção da moderna avaliação, resumida no quadro que se segue (SHIFT, 1997).

Em resumo, uma das importantes razões para a avaliação ter-se constituído como corpo de conhecimento e prática sistemática somente a partir da metade do século XX, adquirindo a maturidade que o quadro abaixo sugere, é a própria juventude da administração como ciência.

AVALIAÇÃO – Mudança de Paradigma

	Antigo Paradigma	Paradigma Atual
A avaliação (Av.) é imposta à organização a partir de fora, sendo mais um encargo que uma ferramenta	É importante avaliar tanto a efetividade interna quanto os resultados externos.	Há uma percepção na organização de que o tempo e o esforço despendidos são bem empregados, que eles economizam dinheiro a longo prazo por permitir melhor uso dos recursos limitados e que os resultados de avaliações efetivas assegurarão a saúde e a visibilidade da organização em um ambiente de mudanças.
A Av. consome tempo, é tediosa e aborrecida.	A Av. é uma ferramenta valiosa para ajudar a organização cumprir sua missão.	
A Av. raramente integra-se ao dia a dia dos tomadores de decisões do planejamento.	O resultado da Av. é um aprendizado organizacional – um meio para a organização progredir e mudar na direção que conduza a maior efetividade.	
A Av. é complexa, cara e deve ser conduzida por especialistas.	A Av. não é um evento, mas sim, um processo; não episódica, mas corrente; não externa, mas entranhada no dia a dia de suas operações.	A Av. ocorre em um ambiente o mais livre de risco possível, onde pessoas podem verificar porque algo funcionou ou falhou sem temer consequências negativas
A Av. toma tempo do “trabalho real” e, embora desejável, é um “luxo”	A Av. é um processo de desenvolvimento não um processo de relatórios	
Quantidade é mais importante que qualidade	Todas as partes envolvidas na Av. falam a mesma linguagem.	Os instrumentos e metodologias de Av. são acessíveis a organizações de todos os tipos e tamanhos. Há métodos de Av. simples, custo-efetivos e facilmente manejáveis que podem ser adaptados às necessidades e particularidades próprias da organização.
Há temores que resultados insatisfatórios da Av. levem a consequências negativas como perda de financiamento, credibilidade e empregos.	Há uma relação colaborativa no processo de avaliação entre financiadores e financiados, uma vez que ambos buscam meios para que a organização possa resolver mais efetivamente seus problemas e lidar com suas questões.	
É muito difícil encontrar uma metodologia que se adeque às características únicas de “nossa organização”.	Av. é tarefa de todos. Todos na organização reúnem informações e se perguntam “o que nós podemos fazer para melhorar?”	
A Av. não é válida para programas cujos resultados não sejam quantificáveis. Se não for “estatístico”, não tem valor; percepções não são consideradas.		

Rog e Fournier (1997) admitem que a teoria da prática de avaliação emergiu somente nos anos de 1980.

Entretanto, a acumulação de conhecimentos em administração nos diz apenas das **possibilidades** de desenvolvimento da avaliação, mas nenhum campo de conhecimento desenvolve-se sem que haja **necessidades** socialmente determinadas a impulsioná-lo. Para se compreender essa questão, deve-se examinar aspectos relevantes da trajetória econômica, social e psicossocial do planeta no século XX.

O modo de produção capitalista ganha maturidade com o advento do Taylorismo, que tem como modelo laboral o trabalho racionalizado através do parcelamento, da simplificação e da especialização deste (BRAVERMAN, 1987). O Taylorismo produziu enorme incremento de produtividade e, conseqüentemente, de bens produzidos, bem como de lucros. Entretanto, quanto ao fluxo de acumulação, caracterizou-se pela acumulação de recursos transformados em capital pelo reinvestimento na produção (SCHRAIBER, MEDICI, GONÇALVES, 1994). Esse período inicia-se no começo do século XX e vai até os anos de 1930, seguido por um período de transição, até ser substituído, a partir de 1945, pelo Fordismo (SCHRAIBER, MEDICI, GONÇALVES, 1994).

Quanto ao modelo laboral, o Fordismo aperfeiçoa o Taylorismo, sem modificar-lhe a essência. O próprio Henry Ford foi o introdutor da esteira de produção no processo fabril. Esse aperfeiçoamento impulsionou ainda mais a produtividade, o volume de bens produzidos e os lucros. O aumento da produtividade pode ser avaliado pela expressão de Ford que afirmava que um bloco de minério de ferro existente pela manhã deveria ser um carro no final do dia.

Entretanto, esse período diferencia-se fortemente do anterior quanto ao fluxo dos recursos gerados. Neste, observa-se um

aumento da massa salarial acima do aumento da produtividade e enorme expansão do emprego (SCHRAIBER, MEDICI, GONÇALVES, 1994). O período Fordista inaugura a moderna sociedade de consumo.

O acesso a bens e serviços, progressivamente estendidos a mais e mais pessoas, gera uma nova mentalidade de consumo, uma vontade generalizada de possuir, pois a prática social vinha demonstrando ser isto cada dia mais possível.

O início dos anos de 1970 marca o fim do período Fordista, com a crise econômica mundial desencadeada pela elevação do preço do petróleo, mergulhando o mundo em período de inflação, recessão e escassez de recursos financeiros disponíveis.

Nessa conjuntura, a economia capitalista volta seus olhos para as possibilidades de se aumentar a produtividade, vale dizer, produzir mais com menos, e sobreviver na adversidade, ou seja, vencer a concorrência, melhorando a qualidade e reduzindo preços dos produtos finais.

Abre-se espaço para todas as formas de racionalização da produção: redução do desperdício, novos processos produtivos, inovações tecnológicas, revoluções gerenciais e, conseqüentemente, para todas as linhas de pensamento que possam sustentar a racionalização. Nesse espaço é que se desenvolveram teorias e correntes de pensamento como Gestão de Qualidade Total e Avaliação.

Nogueira (1994), analisando as novas diretrizes gerenciais constitutivas da Gestão de Qualidade Total, comenta que estas não resultam apenas

[...] da vontade dos agentes históricos envolvidos, mas têm por fundamento objetivo as necessidades atuais de subsistência econômica do neocapitalismo, e resultam da superação do Fordismo, constituindo-se em uma [...] nova etapa político-econômica do capitalismo [...] (p.49).

Essa etapa Pós-Fordista poderia ser chamada, usando-se com certa liberalidade o jargão das Ciências Econômicas, de etapa Neo-concorrencial. Não a concorrência entre pequenos capitalistas, mas principalmente entre grandes corporações, General Motors *versus* Mitsubishi, por exemplo.

Com os determinantes acima analisados, delinea-se e desenvolve-se o campo da avaliação. Fica evidente a **necessidade** da avaliação.

No Brasil, a avaliação de programas e serviços de saúde começa a constituir-se como objeto de estudo e publicação somente na segunda metade da década de 1990. (SCHRAIBER, 1997; HARTZ, 1997).

Apresentando a avaliação

Que é avaliação?

Avaliar significa julgar alguma coisa. Para se julgar deve-se comparar uma situação com um padrão. Assim, a avaliação é um jogo de comparações. Em termos mais simples, pode-se defini-la pela seguinte fórmula: $A = D + V$, em que:

- A = avaliação
- D = descrição
- V = valia (valor ou mérito)

Essa definição baseia-se em Scriven (1967), que, em língua inglesa, formula: $E = D + V$, em que $E = \textit{evaluation}$; $D = \textit{description}$; $V = \textit{value}$ (*worth of merit*).

A questão mais importante de uma avaliação é a determinação da valia. Para isso, devemos encontrar um **critério**, ou seja, uma forma, um meio para estabelecer o valor ou mérito. Por exemplo, o critério para se definir se um serviço é bom ou ruim pode ser a opinião da clientela ou a opinião de especialistas. Ou ainda, os critérios para se avaliar o nível de saúde de uma população podem ser a mortalidade e a morbidade.

Onde encontrar tais critérios? Scriven (1967), Worthen, Sanders, Fitzpatrick (1997), entre outros, apontam diversas fontes de critérios:

- Os *stakeholders* (interessados, envolvidos ou afetados ou aqueles que têm “*algo a ver*” com o que está sendo avaliado);
- A experiência profissional. A opinião dos especialistas, por exemplo;
- Os padrões estabelecidos, como os padrões aprovados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre mortalidade e morbidade;
- Os princípios superiores, como leis, política, moral e convenções;
- Os casos bem sucedidos.

Dos critérios derivam os **indicadores**, que são instrumentos para se **medir a valia, segundo o(s) critério(s) estabelecido(s)**. Os indicadores são, geralmente, numéricos.

Assim, se queremos avaliar o nível de saúde de uma população, definimos como **critério os padrões estabelecidos pela OMS** de

mortalidade e elegemos como **indicadores** o coeficiente de mortillidade infantil e os coeficientes de mortillidade por causa. Em seguida, vamos compará-los com os mesmos indicadores de outras regiões. Os indicadores **descrevem** a situação e a comparação permite o julgamento da **valia**.

Por que se avalia?

A avaliação, geralmente, serve a algum dos seguintes propósitos:

Melhoria de uma situação, através do aprendizado com a experiência. Presta-se a esse propósito, principalmente, a chamada **avaliação formativa**. A avaliação formativa é geralmente interna, contínua, participativa e pedagógica. Reuniões semanais de um determinado departamento, quando se discutem o andamento do trabalho, procurando corrigir falhas do dia-a-dia, são dessa natureza. Também *são* formativas as avaliações periódicas dos indicadores hospitalares, como tempo médio de permanência e taxa de ocupação de leitos.

Prestar contas, dar satisfação e mostrar o que foi feito (*accountability*). Aqui, muitas vezes, é usada a **avaliação somativa** geralmente externa, espaçada e que busca um julgamento. Exemplos: avaliação realizada ao final de um projeto para se verificar se atingiu os objetivos; avaliação da mortalidade por infecção hospitalar após a introdução de programa de controle; avaliação do grau de implementação de um programa ou projeto.

Quem avalia?

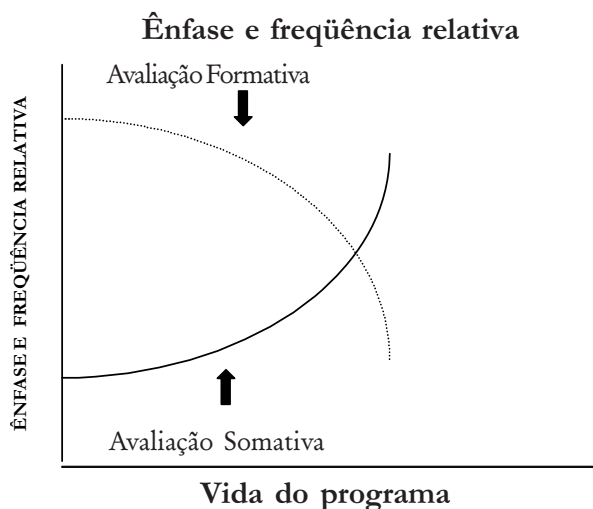
Teoricamente, qualquer *stakeholder* é potencialmente um avaliador. As avaliações formativas, preferencialmente, devem envolver mais atores e serem mais participativas. Isso não exclui a participação de um avaliador profissional para conduzi-las, o qual assume o papel de facilitador. Estas costumam ser mais internas.

Já as somativas, em geral, contam com avaliadores externos mais distanciados dos problemas cotidianos. Isso não significa a exclusão de atores internos.

Quando se avalia?

A formativa deve ser freqüente e praticada desde o início de um programa e a somativa deve ser praticada desde o momento em que se identifiquem resultados parciais ou intermediários.

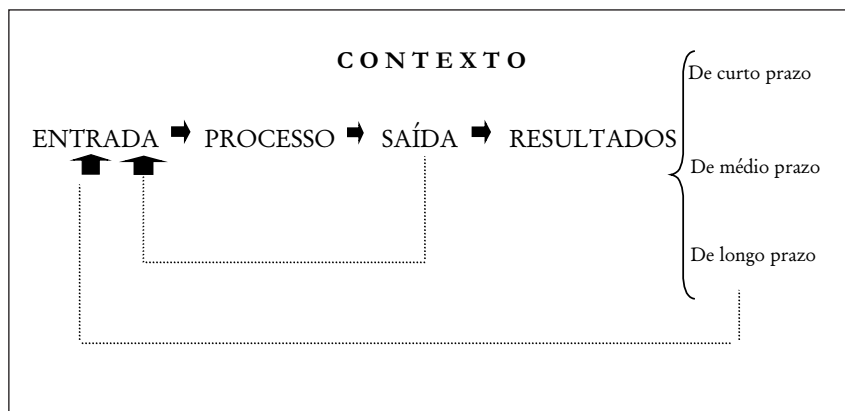
O diagrama abaixo representa a relação entre as duas modalidades de avaliação durante a vida de um programa.



O que se avalia?

A definição do que avaliar varia conforme o objeto a ser avaliado, com o momento e, principalmente, com o interesse da **audiência ou cliente** (*audience*). A audiência ou cliente é quem recebe os resultados da avaliação.

Para ajudar o raciocínio do avaliador, convém encarar os processos sociais sob o enfoque da teoria dos sistemas. Por essa teoria, um sistema produz bens ou serviços como produto de uma combinação de insumos no âmbito de determinado processo. Os bens e serviços resultantes, por sua vez, impactam de determinada maneira a curto, médio ou longo prazos ou acarretam conseqüências de pequena, média ou grande transcendência sobre o sistema que o circunda. Um diagrama simples ajuda a compreender a idéia:



O objeto da avaliação estará situado no contexto ou em um ou mais pontos do processo sistêmico.

Assim, a avaliação das condições de saúde de uma população na qual se instalará um projeto de intervenção, por exemplo, um Programa de Saúde da Família, é uma avaliação de contexto. Já a avaliação do impacto desse programa sobre o índice de vacinação de crianças será de resultado de curto prazo e o impacto sobre o perfil epidemiológico da população atingida será de médio e longo prazos.

Como avaliar?

Existem muitos métodos e técnicas de avaliação. Convém, em primeiro lugar, tecer algumas considerações sobre avaliação e ciência.

A avaliação de programas pode ser realizada através de métodos estritamente científicos, aí teremos uma pesquisa avaliativa. Mas, freqüentemente, utiliza-se de métodos desenvolvidos no âmbito do campo de conhecimento da própria avaliação. Existe um campo específico de conhecimento da avaliação, bem desenvolvido, com muitas publicações periódicas, livros e associações corporativas nos EUA e Europa. Esse tipo de avaliação, em geral, é chamada avaliação normativa. Pois bem, tais métodos avaliativos, quantitativos e qualitativos, baseiam-se em questionários e observações exaustivas, mas não podem ser chamados propriamente de científicos.

Com a evolução e o refinamento da ciência, essa linha demarcatória entre o sistemático não-científico e o científico vem

mudando de lugar. Por exemplo, o grupo focal, prática validada cientificamente hoje, certamente não o seria há trinta anos passados, quando só poderiam ser generalizadas para um determinado universo observações feitas em grupo mais restrito, desde que validadas estatisticamente.

A seguir, são apresentados alguns métodos utilizados. Os métodos quantitativos, geralmente, permitem conclusões mais generalizáveis. Tais métodos são validados pelo chamado Conhecimento Científico, que advém do Iluminismo. É a Ciência Positivista que se baseia na experimentação e observação cuidadosa e sistemática da realidade objetiva. Foi a base do desenvolvimento científico e tecnológico iniciado no século XIX e que se estende até o presente.

Entretanto, os métodos quantitativos são muitas vezes insuficientes para revelar a profundidade, as peculiaridades e as subjetividades de determinados fenômenos sociais, para os quais os métodos qualitativos geralmente são muito úteis.

Embora não tendo por base a Matemática, os métodos qualitativos, quando bem conduzidos, são tão científicos quanto os quantitativos.

Na prática da avaliação usa-se com frequência métodos e técnicas quantitativas e qualitativas. São apresentados, a seguir, alguns métodos usados em avaliações. A nomenclatura é aquela habitualmente utilizada na literatura de avaliação de programas, que nem sempre coincide com aquela de outros campos de conhecimento, como a Epidemiologia, que lida com métodos quantitativos muito semelhantes àqueles da avaliação.

Métodos Quantitativos

a) Desenhos experimentais

Baseiam-se na comparação entre grupos constituídos por elementos distribuídos ao acaso em cada grupo, de modo a torná-los homogêneos e, assim, comparáveis. Em apenas um deles será introduzida a variável (intervenção) a ser avaliada. Os grupos devem ser suficientemente grandes e o(s) fenômeno(s) pesquisado(s) não muito raro(s) para que se extraia conclusões válidas do experimento. O tratamento estatístico é indispensável e, por vezes, complexo.

Esse desenho é de difícil aplicação em avaliação devido a implicações éticas e operacionais.

b) Desenhos quase-experimentais

Baseiam-se em comparações entre grupos já existentes, em tudo semelhantes entre si, à exceção do fenômeno que se pesquisa. Se os grupos possuem algumas diferenças além daquela pesquisada, técnicas estatísticas podem transformá-los em grupos semelhantes. Para a aplicação desse desenho, há que se superar algumas barreiras, tais como o encontro de grupos passíveis de comparação, domínio de técnicas estatísticas e, a exemplo do anterior, observar o tamanho dos grupos e a frequência do fenômeno investigado.

c) Desenhos descritivos

São descrições quantitativas de fenômenos, que podem ser feitas durante um curto período de tempo, pontualmente, ou durante um período mais ou menos prolongado de tempo. Os dois primeiros

são chamados de **estudos transversais** (*cross-sectional design*) e o último, **séries históricas** (*time series design*).

Os desenhos descritivos têm larga aplicação pela sua factibilidade. Embora bastante simples, costumam evidenciar muitos fatos e permitir importantes conclusões ao avaliador. Apesar do nome, os estudos descritivos são sempre, em alguma medida, analíticos.

Os instrumentos mais usados para coleta das informações quantitativas são: exames (provas ou testes), questionários, entrevistas pessoais ou por telefone, amostragem e análise de custos.

Métodos Qualitativos

a) Estudo de caso

Como o nome indica, o estudo de caso é um método de aprofundamento no estudo de uma unidade ou caso. Permite conhecer em profundidade o **caso**, mas geralmente não se presta a generalizações. O caso pode ser qualquer coisa que se caracterize como um sistema. Pode ser uma pessoa, uma instituição, um grupo populacional, um programa, uma atividade de um programa, etc.

Diversos instrumentos ou técnicas são empregados, destacando-se a observação, as entrevistas e a análise documental. Observe-se que esses instrumentos ou técnicas são também Métodos Qualitativos, aplicáveis a outras situações que não são estudo de caso.

b) Observação

Há uma multiplicidade de formas de observação e de formas de

ser observador. Duas formas de observação são aqui destacadas: a não-estruturada e a estruturada. A primeira aplica-se geralmente à fase inicial da avaliação, quando o avaliador inicia seu contato com o objeto de avaliação. A segunda é utilizada quando o avaliador já tem certo conhecimento do que está avaliando e envolve o desenvolvimento de instrumentos, tais como *check-lists*, agendas e roteiros.

c) Análise documental

Essa análise inclui, em primeiro lugar, o exame de documentos já existentes, nos quais se buscarão informações de interesse para a avaliação. Além disso, o avaliador poderá encomendar documentos especialmente elaborados para efeito de avaliação.

d) Entrevista

Entrevistar é uma habilidade, quase uma arte. Ela pode ser estruturada, semi-estruturada ou não estruturada. Algumas regras básicas, embora óbvias, nem sempre são observadas: o entrevistador fala pouco e ouve muito, evita interromper o entrevistado ou completar respostas, deixa o entrevistado à vontade, usa linguagem clara e compreensível, formula questões curtas e não sugere respostas.

e) Grupo focal

Trata-se de um modo de entrevista grupal ou grupo de discussão que conta com o auxílio de um facilitador. É um método bastante útil em avaliação de necessidades, monitoramento de processos e avaliações formativas.

O grupo focal típico é formado por oito a doze pessoas, podendo ser menor quando o objeto de análise é complexo. A composição do grupo deve ser relativamente homogênea. O facilitador propõe tópicos para discussão, estimula a participação dos membros e clareia dúvidas.

Roteiro para conduzir uma avaliação

A seguir, apresenta-se uma relação de tópicos para que sirvam para serem usados como uma *check-list* para quem vai conduzir um processo de avaliação.

Planejamento

- a) Entendendo as razões e possibilidades da avaliação
 - O que é o programa a ser avaliado?
 - Por que a avaliação está sendo requerida?
 - Recursos disponíveis para a avaliação: tempo, recursos humanos, materiais e financeiros.

- b) Entendendo o contexto e delimitando o programa

- c) Focando o objeto a ser avaliado e identificando meios
 - Seleção do objeto de avaliação.
 - Identificação de atores:
 - Patrocinador.
 - Cliente.
 - Interessados / envolvidos / afetados (*stakeholders*).
 - Audiência ou cliente (quem recebe a avaliação).

- d) Selecionando método, critérios e questões
 - Fase divergente. São considerados vários;
 - Fase convergente. São selecionados alguns;
 - Seleção dos métodos de coleta e análise dos dados.

Condução

- a) Coletando informações
 - Documentos.
 - Fontes pessoais.
 - Informações qualitativas e quantitativas.

b) Analisando as informações.

c) Relatando a avaliação.

Referências

Braverman H. Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no séc. XX. Rio de Janeiro: Guanabara; 1987. 379 p.

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

Contaniopoulos et al. A avaliação na área da saúde; conceitos e métodos: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. In: Hartz, ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dois modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997. 131 p.

Donabedian, A. Seminar On Quality Assessment And Assurance, São Paulo. São Paulo: PROHASA/EAESP/PGV. Separatas distribuídos durante o evento.

Flexner A. Medical education in the United States and Canadá. New York: Carnegie Foundation; 1910. (Bulletin, n. 4)

Goleman D. Inteligência emocional. 59. ed. Rio de Janeiro: Objetiva; 1995.

Hartz ZMA, organizador. Avaliação em Saúde: dois modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997.

Mendes EV. A evolução histórica da prática médica: sua implantação no ensino, na pesquisa e na tecnologia médica. Belo Horizonte: PUC/MG/FINEP; 1984. 124 p.

Motta FCP. Teoria das organizações: evolução e crítica. São Paulo: Pioneira; 1986.

Nogueira RP. Perspectivas de qualidade em Saúde. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1994.

Novaes HM. Manual de Gerência de Calidad. Washington: OPS; 1996. Parte 2, p. 106-254.

Osborne D, Gaebler, T. Reinventing government: how the interpreneurial spirit is transforming the public sector. New York: Plume/Penguin; 1993.

Rog DJ, Fournier D. Nota do Editor. New directions for evaluation, 1997; (76):1-5.

Sanders JR. Uses of evaluation as a means toward organizational effectiveness. In: Gray ST. A vision of evaluation: independent sector. Miniapolis: [s.n.]; 1993. p. 13-18.

Schraiber LB. Prefácio. In: Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997.

Schraiber LB, Medici AC., Gonçalves RB. El reto de la educación médica frente a los nuevos paradigma economicos y tecnológicos. Educ. Med. Salud, 1994 Ene./Mar.; 28(1):20-52.

Schraiber LB., Nemes MIB. Processo de trabalho e avaliação de serviços de saúde. Cadernos FUNDAP, 1996 Jan./Abr.; (19):106-121.

Scriven M. The methodology of evaluation. In: Stake RE, organizador. Curriculum evaluation. Chicago: Rand McNally; 1967. p. 39-83. (American Educational Research Association Monograph. Series on Evaluation, n. 1)

Senge PM. The fifth discipline: the art and practice of the learning organization. 2nd ed. New York: Currency Doubleday; 1994.

Shift of paradigm. [Michigan]: Western Michigan University; 1997. Material didático oferecido pelo Prof. James R. Sanders aos alunos do Summer Kellogg Institute on Evaluation Program, 1997.

Worthen BR., Sanders JR., Fitzpatrick JL. Program evaluation: alternative approaches and practical guidelines. 2nd ed. New York: Longman; 1997.

Projetos de Agentes Sociais
e de Saúde da Usina de Álcool
de Açúcar Alto Alegre: modelo
de Avaliação de Intervenção



Contexto

A Usina

A Usina de Álcool e Açúcar Alto Alegre S. A. (UAA) é a maior de seu ramo no estado do Paraná. Situada no distrito de Alto Alegre, município de Colorado, norte do estado, emprega cerca de 5000 trabalhadores na época da safra de cana de açúcar, que ocorre no período compreendido entre os meses de maio e dezembro, aproximadamente, e cerca de 2500 na entressafra.

Dos trabalhadores permanentes, a maioria concentra-se nas atividades da indústria, que na entressafra é totalmente desmontada para reparos e manutenção. Já os trabalhadores temporários concentram suas atividades principalmente no corte da cana, no período de safra. Um contingente menor de trabalhadores permanentes e temporários ocupa-se das tarefas administrativas e do cultivo da cana-de-açúcar.

Histórico do projeto de intervenção

No início do ano de 1997, a direção da empresa procurou o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESCO), solicitando apoio para desenvolvimento de um projeto “de melhoria das condições de saúde das famílias dos seus trabalhadores do corte de cana”.

Poucos dias após esse encontro, fiscais de órgãos governamentais legalmente responsáveis pela regulação da saúde do trabalhador, em inspeção conjunta, constataram inadequações nessa área, perante a legislação. Esse fato agregou uma segunda demanda ao NESCO, sendo ambas as bases para a elaboração do projeto.

Linhas de atuação, objetivos e trabalhos realizados pelo projeto

A primeira linha do projeto que foi desenvolvida diz respeito à regularização dos serviços de saúde dos trabalhadores da usina. Teve por objetivo a implantação do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT).

Dentro dessa linha foram realizadas as seguintes atividades:

Mapeamento dos fatores de risco aos quais estão expostos os trabalhadores, por setor, e propostas de medidas de controle. Exame clínico de todos os trabalhadores e exames complementares, quando necessário. Implantação do SESMT, que se tomou responsável pela continuidade dos programas anteriores, dotado de sistema informatizado de controle de atividades e agravos à saúde dos trabalhadores.

A segunda linha de trabalho concentrou-se na preparação e início de atuação das Agentes Sociais e de Saúde (ASS) dos Trabalhadores e ASS das Famílias dos Trabalhadores e teve por objetivo melhorar as condições de vida e saúde dessas populações alvo. As ASS dos Trabalhadores foram formados e estão atuando junto aos trabalhadores empregados no corte da cana-de-açúcar.

As ASS das Famílias dos Trabalhadores receberam formação específica e estão atuando nos, aproximadamente, 18 municípios onde residem. A preparação e atuação destes são o objeto de avaliação apresentada na seção seguinte.

Avaliação do programa de agentes sociais e de saúde das famílias dos trabalhadores da Usina Alto Alegre

Descrição do programa

O Programa de Agentes Sociais e de Saúde das Famílias dos Trabalhadores da Usina Alto Alegre foi concebido com o objetivo geral de contribuir para a melhoria das condições de vida e de saúde das famílias dos trabalhadores empregados no corte de cana. Foi desenvolvido pelo NESCO através de equipe multiprofissional de professores da Universidade Estadual de Londrina (UEL), com a participação de médicos, enfermeiras, psicóloga, fisioterapeuta e engenheiros de segurança do trabalho.

Seus objetivos específicos foram: cadastrar as famílias dos trabalhadores; instrumentalizar as Agentes Sociais e de Saúde das famílias dos trabalhadores para realizar trabalho educativo individual e em grupo; orientar sobre vacinas, aleitamento materno, prevenção de diarreia, verminose, controle de doenças crônicas e prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama; realizar orientação e acompanhamento de doentes crônicos; realizar visitas domiciliares; identificar situações de risco nas famílias dos trabalhadores; acompanhar as ações desenvolvidas por profissionais de saúde junto às famílias; ser um elo de ligação entre as famílias e os serviços de saúde.

O programa teve início em março de 1997. As atividades desenvolvidas foram: recrutamento e seleção. Foram recrutadas e selecionadas pela Assistente Social da empresa dezesseis mulheres, dentre aquelas empregadas na atividade de corte de cana.

Os critérios para a seleção dessas mulheres foram estabelecidos pela direção da própria empresa, com as seguintes sugestões da equipe de trabalho do NESCO: que soubessem ler e escrever, que soubessem fazer as quatro operações aritméticas e tivessem facilidade em se comunicar. Além destes, a empresa acrescentou os seguintes critérios: que fossem casadas, que tivessem respeitabilidade junto aos demais trabalhadores e que residissem em municípios da área de influência da empresa, permitindo assistir a praticamente todas as famílias dos trabalhadores do corte de cana.

A capacitação das agentes foi realizada através de curso teórico-prático, com 120 horas de duração. Destaca-se que o curso foi centrado na prática e utilizou como principal instrumento pedagógico o processo de ação-reflexão-ação, pelo qual os alunos, ao longo do curso, a partir da sua vivência, foram construindo o seu próprio conhecimento, problematizando a partir das situações vividas. Esse enfoque fez com que as atividades das agentes se iniciassem imediatamente após o primeiro dia do treinamento.

Num primeiro momento, foram capacitadas para realizarem o cadastro de todas as famílias dos trabalhadores volantes, já sendo orientadas para identificarem aquelas famílias com maior situação de risco. Cada grupo de cerca de 150 famílias foi adscrito a uma agente.

As ASS, a partir do cadastramento das famílias, passaram a realizar visitas periódicas, ocasião em que prestavam atendimentos e faziam as orientações pertinentes.

Objetivos

Geral

Avaliar os resultados imediatos (*out put*) esperados e não esperados da implantação do programa.

Específicos

Avaliar:

- a) a execução e qualidade do cadastro.
- b) a percepção das agentes quanto à importância do trabalho para elas mesmas, para a empresa, para as famílias assistidas e para as comunidades de suas áreas de atuação e percepção dos principais problemas identificados em suas clientelas.
- c) os aspectos positivos e negativos da implantação do programa.
- d) a retenção de conhecimentos obtidos com o treinamento.

Metodologia

Audiência: entre os interessados, envolvidos ou afetados (*stakeholders*), foram escolhidos para esse trabalho, como audiência, os dirigentes da empresa e as próprias agentes.

Enfoque: foi adotado o enfoque de resultados imediatos (*out put*) previstos e não previstos.

Instrumentos de coleta de informações, fontes, critérios e indicadores: para o objetivo específico a foi realizada entrevista com a Assistente Social da empresa. Os critérios foram factibilidade do cadastro e qualidade deste, percebida pela entrevistada. O indicador para a factibilidade foi o percentual de famílias cadastradas e para a qualidade, a apreciação subjetiva da Assistente Social.

Para o objetivo específico **b** o instrumento foi um questionário aberto respondido pelas agentes. Nesse caso, como se trata de objetivo descritivo, não cabe o estabelecimento de critérios e indicadores, mas sim, o agrupamento das respostas em enunciados uniformes.

Para o objetivo específico **c** foi realizada entrevista com a Assistente Social, sendo o critério e indicadores subjetivos desta.

Para o objetivo específico **d** as Agentes foram submetidas à prova de conhecimentos. O critério foi a retenção de conhecimento obtido, tendo sido considerado como indicador de suficiência a nota igual ou superior a 5,0 (cinco), numa escala de 0 a 10.

Resultados

Execução e qualidade do cadastro

No período compreendido entre início de abril de 1997, data do início do cadastramento, e 14/11/97, havia sido cadastradas 90% das famílias, não tendo sido cadastradas as famílias residentes em locais muito distantes. Durante esse período, uma das ASS foi afastada das suas funções por incompatibilidade com as atividades propostas. O cadastramento de elevado percentual em sete meses indica bom desempenho das agentes nessa tarefa.

Quanto à qualidade dos cadastros, a Assistente Social classifica como “muito boa”, acrescentando que “aparentemente ficou bem claro para todas o que significa cada item questionado e anotado”, apontando algumas dificuldades a serem superadas pelas agentes, tais como: “dificuldade para escrever (que está sendo superada aos poucos), uso da ficha para anotações posteriores e dificuldades na tabulação das informações”.

Embora os critérios para o recrutamento e seleção incluíssem saber ler e escrever e realizar com facilidade as quatro operações aritméticas, as agentes têm uma história pregressa de vida, que poucas oportunidades lhes deu para a prática de tais habilidades. Ilustra essa afirmação o comentário feito por diversas agentes durante o treinamento: “este curso está me dando grande alegria de voltar a estudar”.

Percepção das agentes

A percepção das agentes quanto as cinco questões enunciadas em questionário vêm a seguir relatadas, com os respectivos número e frequência de respostas:

- a) O que de importante este trabalho trouxe para você?
- Aquisição de conhecimento: 11 (68,75%).
 - Melhora de conhecimento da realidade social: 7 (43,75%).
 - Oportunidade de ajudar o próximo: 7 (43,75%).
 - Conquista de prestígio e reconhecimento junto à população: 4 (25,00%).
 - Melhora no relacionamento interpessoal: 3 (18,75%).
 - Estímulo à vontade de estudar: 1 (6,25%).
- b) o que de importante este trabalho trouxe para a usina?
- Melhora do conhecimento sobre as famílias dos trabalhadores e seus problemas: 8 (50,00%).
 - Melhora do conhecimento sobre seus trabalhadores: 6 (37,50%).
 - Redução de acidentes/redução de gastos com acidentes: 3 (18,75%).

- Ajuda às famílias dos trabalhadores: 3 (18,75%).
 - Aumento da disposição dos trabalhadores para o trabalho: 1 (6,26%).
- c) O que de importante este trabalho trouxe para as famílias dos trabalhadores?
- Aumento do conhecimento da população sobre a prevenção de agravos à saúde: 7 (43,75%).
 - Aumento da auto-estima dos membros e/ou bem-estar das famílias: 6 (37,50%).
 - Aumento da consciência de cidadania e participação social: 3 (18,75%).
- d) O que de importante este trabalho trouxe para a comunidade?
- Implantação ou implementação das atividades da Pastoral da Saúde: 4 (25,00%).
 - Aumento da difusão de cuidados / conhecimentos relativos à saúde: 3 (18,75%).
 - Aumento da consciência da cidadania e/ ou participação social em saúde: 3 (18,75%).
 - Aumento do conhecimento dos problemas da comunidade: 2 (12,50%).
 - Aumento da autoconfiança da comunidade: 2 (12,50%).
- e) Quais os problemas que você identificou na comunidade com a qual você está trabalhando?
- Baixa cobertura vacinal antitetânica: 3 (18,75%).

- Expectativa da população em relação às agentes, excedendo as capacidades destas: 2 (12,50%).
- Condições de vida precárias: 3 (18,75%).
- Agravos específicos de saúde – depressão, alcoolismo, diabetes, acidente vascular cerebral e hipertensão: 6 (37,50%).
- Dificuldade de acesso aos serviços de saúde: 6 (37,50%).

Observação da Assistente Social

Os aspectos positivos e negativos da implantação do programa foram captados pela observação da Assistente Social e vêm a seguir relatados:

Positivos:

- Promoção humana.
- Integração família-empresa.
- Indivíduos passaram a conhecer seus direitos e lutar por eles junto aos órgãos municipais (diversos Conselhos Municipais de Saúde foram criados por influência direta das agentes).
- Não houve greves (“os trabalhadores tiveram quem os ouvissem e puderam argumentar suas necessidades com tranquilidade”).
- Alimentação mais balanceada.
- Diminuição sensível do absenteísmo e rotatividade.
- Aumento da produtividade.

Negativos:

- Os outros setores da empresa não contemplados com o programa (indústria, oficina, transporte, etc.) sentem-se discriminados e cobram a implantação do programa para suas famílias.

- As agentes não se encontram suficientemente preparadas para iniciar o trabalho com as famílias dos trabalhadores permanentes.
- As agentes ainda sentem-se inseguras para formar e trabalhar com grupos e com liderar sem impor.

Retenção dos conhecimentos obtidos com o treinamento

Durante a capacitação, houve grande envolvimento das alunas, com participação efetiva em todas as atividades. Ao final do treinamento, foi realizada uma prova escrita. Observou-se:

- 15 alunas realizaram a prova escrita, na qual a média da turma foi 6,8 e a moda foi 7,0.

A distribuição das alunas por intervalos de notas foi:

- 10,0 a 8,0 = 5 alunas
- 7,9 a 6,0 = 7 alunas
- 5,9 a 5,0 = 1 aluna
- < 5,0 = 2 alunas

Conclusões e recomendações

Essa avaliação, de caráter somativo, indica que houve êxito do programa quanto aos resultados imediatos.

A execução e a qualidade dos cadastros foram consideradas satisfatórias, mas podem ser melhoradas com treinamentos nas habilidades de ler e escrever. Recomenda-se sessões de redação sobre temas do cotidiano dos serviços por elas realizados, seguidas de leitura e discussão para a correção de erros e aprimoramento da comunicação escrita.

Quanto à percepção que as ASS têm da importância do trabalho para elas próprias, para a empresa, para as famílias e comunidades assistidas, pela variedade de respostas, pode-se inferir que as agentes aderiram à proposta de trabalho, executando-o com atenção. Recomenda-se que as observações feitas sejam levadas à discussão em dinâmicas de grupo para aprofundamento e aumento da acuidade na observação do cotidiano. Quanto à percepção dos principais problemas identificados nas comunidades, também são recomendadas discussões em grupo como forma de educação permanente.

Com relação aos aspectos negativos identificados, a maioria poderá ser superada através da execução da pauta de dinâmicas recomendadas no parágrafo anterior. Recomenda-se, ainda, a expansão do programa para outras áreas da empresa.

As falhas e lacunas de conhecimento observadas na prova de conhecimentos poderão também ser superadas com o programa de educação continuada acima sugerido.

<i>Título</i>	<i>Elaboração e avaliação de projetos em saúde coletiva</i>
<i>Autor</i>	Luiz Cordoni Junior
<i>Capa</i>	Maíra Ribeiro de Carvalho Canina
<i>Ilustração da Capa</i>	Tela de Regina Menezes
<i>Projeto Gráfico</i>	Maíra Ribeiro de Carvalho Canina
<i>Produção Editorial</i>	Maria de Lourdes Monteiro
<i>Preparação de Originais</i>	Lélia Machado Rocha Pereira; Marina Stuchi; Mônica Regina Crócomo
<i>Revisão Final</i>	Paula Gerez Robles Campos Vaz
<i>Formato</i>	15 x 22 cm
<i>Tipologia</i>	Garamond
<i>Papel</i>	Supremo 250 g/m ² (capa) Off-set 75 g/m ² (miolo)
<i>Número de páginas</i>	126