Ministério da Saúde
Secretaria de Projetos Especiais de Saúde
Coordenação Nacional de DST e Aids

PROJETO UNIVERSIDAIDS

Brasília
1997

© 1997 - Ministério da Saúde

É permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.

Tiragem: 2.000 exemplares

Ministério da Saúde
Secretaria de Projetos Especiais de Saúde
Coordenação Nacional de DST e Aids

Esplanada dos Ministérios - Bloco G - Sobreloja
CEP 70058-900 Brasília - DF Brasil

Disque Saúde / Pergunte Aids: 0800 61 1997
http://www.aids.gov.br

Publicação financiada com recursos do Projeto BRA92/001.

Ficha Catalográfica

Projeto Universidaids / Coordenação Nacional de DST e Aids.
Brasília : Ministério da Saúde, 1997.
48 p.

ISBN 85-334-0149-3

1. Síndrome de imunodeficiência adquirida 2. Educação em Saúde I. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Projetos Especiais de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids.

NLC - WC 503

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....5

ANTECEDENTES.....9

JUSTIFICATIVA.....11

OBJETIVO GERAL.....15

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....15

ESTRATÉGIAS.....17

METODOLOGIA.....19

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....21

ORÇAMENTO.....23

ANEXO I.....25

ANEXO II.....27

ANEXO III.....31

ANEXO IV.....33

INTRODUÇÃO

Segundo dados do Programa Global de AIDS (GPA/OMS), o Brasil situa-se entre os quatro primeiros países do mundo com maior número de casos notificados de aids, embora considerando-se as incidências relativas o País passe a situar-se entre o 40º (quadragésimo) e o 50º (qüinquagésimo) posto no *ranking* mundial.

Os primeiros casos de aids são identificados pela primeira vez em 1982. Ao longo da década de 80, ocorre um processo de disseminação da doença, inicialmente pelas principais áreas metropolitanas da região centro-sul e, depois, por diversas regiões do País. Nos anos 90, a maioria das ocorrências e a maior taxa de incidência anual concentram-se na região sudeste (cerca de 70% dos casos notificados no período 94-96).

Nos últimos anos, o quadro epidemiológico da aids no Brasil vem apresentando importantes mudanças. Observa-se um aumento de casos entre heterossexuais e usuários de drogas injetáveis, além de um crescimento proporcional da categoria transmissão perinatal. Outras modificações no perfil da população acometida estão relacionadas com a diminuição de sua faixa etária, o declinante nível socioeconômico dos pacientes e a incidência da doença entre pessoas do sexo feminino.

Para fazer frente a este preocupante problema de saúde, é criada, em 1988, no Ministério da Saúde, a Coordenação Nacional de DST e Aids, destinada a viabilizar ações de redução da morbi-mortalidade causada por DST/HIV/aids no Brasil.

A partir de 1994, a CN-DST/AIDS passa a receber financiamento do Banco Mundial, com grande investimento de recursos em suas principais áreas de atuação: a prevenção, a assistência, a vigilância, a pesquisa e o desenvolvimento institucional, incluindo-se o treinamento de pessoal, compreendido como um importante instrumento para o controle e a melhoria da qualidade de atendimento às pessoas com DST/aids no País.

Atualmente, a Coordenação Nacional de DST e Aids é uma das instâncias da Secretaria de Projetos Especiais de Saúde do Ministério da Saúde. É composta pelas Unidades de Vigilância e Análise de Dados, Treinamento, Laboratório, Assistência e Prevenção, entre outras, e é assessorada pela Comissão Nacional de Aids e outros comitês assessores. Conta ainda com a Secretaria do Comitê de Vacina e Diretivo de Pesquisas e com a Rede Nacional de Direitos Humanos.

A partir de 1992, a área de treinamento da CN-DST/AIDS propõe e implementa política de capacitação de recursos humanos para as ações de controle das DST/aids no País. Essa política compõe-se de estratégias que tentam abarcar o conjunto das necessidades de treinamento de pessoal nos vários cenários em que a epidemia se apresenta: são criados Centros de Referência Nacional de HIV/Aids e Centros de Treinamento em DST.

No final de 1995 e 1996, surgem projetos tendo como eixo de capacitação as Universidades, caracterizando o início de uma política de descentralização dos treinamentos em DST/aids nos estados, envolvendo estas Instituições de Ensino.

Em 1997, estrutura-se o projeto UNIVERSIDAIDS, consolidando a Universidade como eixo articulador dos treinamentos nas várias instâncias-serviços, nas Coordenações Estaduais e Municipais, nas ONG e em outras representações da sociedade civil consideradas de interesse para o desenvolvimento de programas locais de treinamento.

Pelo projeto UNIVERSIDAIDS, até o momento, estão-se desenvolvendo, em Universidades da maioria dos estados do Brasil, 30 (trinta) projetos gerenciados por departamentos ou núcleos da área de saúde que apresentam interesse em trabalhar em atividades de treinamento na área de DST/aids e 25 (vinte e cinco) projetos especificamente desenvolvidos por Escolas ou Departamentos de Enfermagem.

No primeiro grupo citado, estão os projetos coordenados principalmente por Departamentos de Medicina, envolvendo as áreas clínicas, preventivas e também laboratório, enfermagem, nutrição, serviço social e psicologia, entre outras. Há grande oferta de cursos e mais de 2000 (duas mil) vagas oferecidas para treinamento em assistência, prevenção e vigilância epidemiológica na área de DST/aids, destinado a todas as categorias profissionais que atuam na esfera de saúde.

Cada projeto é desenvolvido de acordo com as necessidades de capacitação de recursos humanos da região onde se localiza a Universidade, com critérios de prioridade estabelecidos pelas Coordenações Estaduais e Municipais de DST e Aids.

Uma premissa fundamental do projeto UNIVERSIDAIDS, além da descentralização, é o trabalho conjunto entre as Universidades e os Serviços de Saúde Pública, evitando treinamentos realizados fora da realidade de saúde dos profissionais. Essa integração ensino-serviço é articulada por meio de uma comissão interinstitucional, que costuma participar de todas as fases do projeto, desde a sua elaboração até a realização e avaliação dos resultados.

Também dentro do projeto UNIVERSIDAIDS desenvolve-se a estratégia de firmar termos de cooperação técnica com Escolas de Enfermagem. Por enquanto, são 24 (vinte e quatro) convênios assinados, com vistas a capacitar equipes de enfermagem que atuam junto a pessoas com DST/aids nos serviços hospitalares e ambulatoriais, uma vez que estes profissionais têm um contato prolongado com os pacientes e a atualização de seus conhecimentos faz-se imprescindível.

Até o final de junho de 1997, são apresentados 55 (cinqüenta e cinco) projetos para elaboração de termos de cooperação, com 36 (trinta e seis) Universidades diferentes (**anexo I**).

ANTECEDENTES

Desde 1992, a Coordenação Nacional de DST e Aids desenvolve ações organizadas de treinamento, seguindo estratégia relativamente centralizada, dada a então pequena experiência dos centros formadores de recursos humanos do País na área de aids.

As ações de treinamento, nessa época, são feitas por meio dos Centros de Referência Nacional em Aids (CRN-AIDS), serviços hospitalares de nível terciário, considerados importantes referências assistenciais, por trabalharem junto a pacientes com aids desde o início da epidemia, detendo as maiores casuísticas e a maior experiência no Brasil e no mundo, a saber: o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/Universidade Federal do Rio de Janeiro; o Instituto de Infectologia Emílio Ribas/Secretaria de Saúde de São Paulo; o Hospital de Clínicas/ Universidade Federal do Rio Grande do Sul; o Instituto Materno-Infantil de Pernambuco; o Hospital Universitário Gafrèe Guinle/Universidade do Rio de Janeiro, o Hospital Universitário João de Barros Barreto/ Universidade Federal do Pará.

Estes CRN-AIDS atuam capacitando profissionais de saúde de todo o País para a função de multiplicadores em seus estados de origem. Oferecem 10 (dez) modalidades de cursos com diretrizes curriculares definidas, tais como "Treinamento Clínico Básico em Aids Para Médicos", "Preparação de Médicos Para o Manejo Clínico-Epidemiológico da Aids Pediátrica e da Sífilis Congênita", "Treinamento de Ginecologistas e Obstetras Para a Assistência a Portadores do HIV e Pacientes com Aids" etc. Incluem-se também treinamentos para enfermeiros, assistentes sociais, equipes de saúde mental, anátomo-patologistas e outros.

Além disso, desde 1994, são criados Centros de Treinamento em Doenças Sexualmente Transmissíveis (CT-DST) em todo o País, a partir de serviços ambulatoriais públicos já existentes e considerados de referência no atendimento às pessoas com DST. Estes CT oferecem uma modalidade de capacitação padronizada, o curso "Preparação de Médicos e Enfermeiros Para a Assistência às Pessoas com DST", com carga horária de 40 (quarenta) horas, que habilita os profissionais de saúde a fazer uso da abordagem sindrômica e da terapia combinada das DST.

A partir de 1993, é editado, com regularidade anual, um Catálogo de Oportunidades de Treinamento, tornando disponíveis, para os profissionais de saúde dos serviços públicos estaduais, municipais e de outros orgãos e instituições, informações sobre os treinamentos oferecidos pelos CT-DST e pelos CRN-AIDS, bem como sobre congressos e cursos oferecidos por outras instituições nacionais e estrangeiras. A partir de 1996, o catálogo passa a incluir os cursos oferecidos pelas Universidades, sendo publicado semestralmente. Sua tiragem atual é de 5.000 (cinco mil) exemplares.

A área de treinamento da CN-DST/AIDS, além de investir na preparação de multiplicadores, desenvolve, também, ao longo destes primeiros anos, ações descentralizadas de apoio aos treinamentos realizados no SUS pelas Secretarias de Saúde, por meio das Coordenações Estaduais e Municipais de DST/Aids, de ONG e de empresas. Da mesma forma, apoia treinamentos desenvolvidos por setores junto aos quais atua, como, por exemplo: laboratório, vigilância epidemiológica, hospital-dia, serviço de assistência especializada, assistência domiciliar terapêutica, entre outros.

A partir de meados de 1995, sente-se a necessidade de descentralização da política de treinamento em DST/HIV/aids no Brasil. As Universidades Públicas são convidadas a elaborar projetos para cooperação técnica com a CN-DST/AIDS, visando a suprir necessidades de capacitação de recursos humanos em nível local.

Em 1996, são firmados 14 (quatorze) termos de cooperação técnica com Instituições de Ensino Superior (Universidade Federal de Pelotas, Universidade do Vale do Itajaí, Universidade de São Paulo, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Universidade Estadual de São Paulo/Botucatu, Universidade de Campinas, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, Escola de Saúde de Minas Gerais, Universidade de Pernambuco, Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal de Paraíba, Universidade Federal do Ceará e Universidade de Brasília), além dos convênios com os CT-DST e com os CRN-AIDS.

A partir de 1992, ocorre acentuado aumento do número de cursos oferecidos e de profissionais treinados. Nesse ano, são treinados 33 (trinta e três) profissionais de saúde em 05 (cinco) cursos; em 1995, já são contabilizados 1607 (mil seiscentos e sete) profissionais, treinados em 139 (cento e trinta e nove) cursos (**anexo II**); em 1996, no primeiro ano de cooperação técnica com as Universidades, somente nas modalidades de treinamento oferecidas por estas instituições são capacitados cerca de 2000 (dois mil) profissionais (**anexo III**).

Ainda em 1996, organiza-se uma nova estratégia de capacitação de equipes de enfermagem, com a elaboração, pela Unidade de Treinamento da CN-DST/AIDS, do "Manual de Orientação Básica para Equipe de Enfermagem: Prevenção do HIV e Assistência às Pessoas Portadoras do HIV e de Aids" e o convite para as Faculdades de Enfermagem de cada Unidade Federada desenvolverem projetos de treinamento de suas equipes de enfermagem envolvidas em ações de assistência e controle das DST/aids. Os projetos começam a ser encaminhados no início de 1997.

JUSTIFICATIVA

O projeto UNIVERSIDAIDS justifica-se no contexto da evolução da epidemia de aids no Brasil.

Durante a década de 90, todos os estados passam a notificar casos de aids, indicando a tendência ascendente da epidemia e apontando a necessidade de um posicionamento adequado dos profissionais de saúde tanto em relação às ações de prevenção junto a grupos específicos com comportamento de risco - sem excluir a população em geral - como na atualização da assistência e da terapêutica para os portadores. Além disso, faz-se necessária a adequada notificação e análise dos dados, o que só é possível se as atividades de vigilância epidemiológica forem desempenhadas a contento - e sabe-se que isso não é uma realidade no País.

Com o passar dos anos, verifica-se um grande aumento da demanda de treinamentos junto à CN-DST/AIDS e às Coordenações Estaduais e Municipais de DST e Aids, que são insuficientes para responder, por conta própria, à extensa variedade de solicitações, existindo um pequeno número de instituições de referência de treinamento disponíveis, até 1995.

Observa-se também, em nível nacional, o aumento do número de profissionais treinados na área de DST/aids, tanto nos serviços de saúde, como nos serviços ligados às Instituições de Ensino. Isso se dá em conseqüência dos treinamentos para formação de multiplicadores, realizados nos CRN-AIDS, e da participação de técnicos de vários estados em cursos no exterior (programas de cooperação técnica).

Em 1995, começa a se consolidar uma estratégia de descentralização dos treinamentos em DST/aids. Para que esta ocorra de maneira satisfatória, a participação das Universidades brasileiras faz-se imprescindível, já que estas instituições são as principais responsáveis pela formação de recursos humanos em nível superior.

A proposta de envolver as Universidades soluciona problemas surgidos nos treinamentos dos CRN-AIDS. Estes, não obstante sua inegável qualidade técnica, exigem que os treinandos se afastem de seus locais de trabalho - os cursos são todos de 80 (oitenta) horas -, o que impede a participação de muitos profissionais, principalmente médicos.

A metodologia de multiplicação adotada pelos CRN-AIDS nem sempre tem sido considerada adequada, dada a grande heterogeneidade das condições de trabalho nos serviços de saúde espalhados pelo País. Muitas vezes, é difícil aplicar os conhecimentos obtidos em centros de excelência (exames complementares sofisticados; infra-estrutura física e recursos humanos adequados, em qualidade e quantidade) a outros serviços menos qualificados, mas que são os únicos disponíveis na região.

A descentralização dos treinamentos, com a participação das Universidades, permite que as necessidades sejam supridas, com maior proximidade do local de atuação dos profissionais, e possibilita a elaboração de currículos adequados às demandas específicas, não previamente definidas. Além disso, proporciona horários adequados, que exigem um afastamento menor dos profissionais de suas funções, tornando menos dispendiosa a atividade e permitindo uma avaliação direta do seu impacto junto à realidade local.

Ao mesmo tempo, a Universidade, como eixo articulador dos treinamentos, é estimulada a participar cada vez mais da realidade de saúde do País, devido à urgência de intervenções, suscitada pela gravidade da epidemia da aids.

Nos últimos anos, as Universidades têm cooperado em diversas experiências de integração docente-assistencial. A proposta de descentralização das capacitações da CN-DST/AIDS insere-se nesse contexto, uma vez que é indispensável a participação dos serviços na elaboração, execução e avaliação do projeto.

Da mesma forma, o projeto UNIVERSIDAIDS alinha-se com os pressupostos de descentralização e regionalização das ações de saúde, preconizados pelo SUS, como também com a política educacional do Ministério da Educação.

A perspectiva de atuar dentro da filosofia da "educação continuada em serviço", envolvendo as Universidades e os serviços, destina-se a melhorar a qualidade do ensino ministrado aos profissionais em campo, que terminam sua graduação formal e necessitam de constante atualização. Também possibilita às Universidades revisar e melhorar os conteúdos e práticas de ensino em DST/aids, na graduação e pós-graduação dos cursos na área da saúde.

A extensão dos efeitos dos projetos de integração entre as Universidades e os serviços da área de DST/aids extrapola as ações de suprimento das necessidades de treinamento das Secretarias de Saúde, assim como as ações de adequação do ensino universitário à realidade de saúde do País. A solução para os problemas de uma doença específica não é encontrada de maneira isolada, por isso os projetos abrangem capacitações em aspectos variados, que envolvem a gestão dos serviços de saúde; a melhoria da qualidade dos dados obtidos pelo sistema de notificação da vigilância epidemiológica; a formação em epidemiologia para estimular a análise dos dados em saúde, a prevenção e a atualização em clínica e terapêutica da aids e de todas as doenças oportunistas a ela ligadas, entre outros aspectos.

Em sua elaboração e execução, a modalidade de projetos desenvolvidos com as Faculdades de Enfermagem também envolve profissionais de ensino e de serviço. Privilegia-se esta categoria profissional por acreditar-se que a equipe de enfermagem, pelo próprio caráter de seu trabalho, tem maior tempo de permanência junto a portadores do HIV, necessitando de grande preparo psicossocial e técnico.

OBJETIVO GERAL

Aumentar a massa crítica de profissionais do SUS capacitados para a prevenção e assistência às pessoas com DST/HIV/aids, por meio de ações de treinamento desenvolvidas pelas Universidades.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1) Capacitar profissionais da rede de serviços do SUS para a prevenção e assistência em DST/aids em todos os estados do País, por meio de treinamentos realizados em Universidades.

2) Promover a verificação das necessidades de treinamento.

3) Integrar as Universidades com a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

4) Promover a descentralização das capacitações para o nível local, por meio da integração universidade/serviço.

5) Implantar a revisão e incorporação de conteúdos atualizados sobre DST/aids nos cursos de graduação e pós-graduação em saúde.

6) Implementar a educação continuada em DST/aids nos Serviços de Saúde.

7) Implementar uma sistemática de avaliação contínua de treinamentos, incluindo a avaliação de impacto.

ESTRATÉGIAS

Para atingir os objetivos propostos, define-se como estratégia básica a interface com as Universidades. Em um primeiro momento, privilegiando as instituições que já desenvolvem alguma atividade de ensino na área de DST/aids, para, num segundo momento, inserir novas instituições, com vistas à ampliação da cobertura de capacitação em nível nacional.

Para tanto, são estabelecidos, com Universidades, alguns termos de cooperação técnica, por meio de Departamentos ou Núcleos que evidenciam vontade/ potencial para trabalhar em atividades de treinamento na área de DST/aids, e outros, por meio de Departamentos ou Faculdades de Enfermagem.

Fortalecem-se as ações de capacitação dos já tradicionais Centros de Referência Nacional em Aids, buscando-se, entretanto, aumentar cada vez mais a interface destes centros com a Universidade local e os serviços de saúde.

Tendo em vista ser de fundamental importância a existência de atividades de acompanhamento e supervisão das capacitações desenvolvidas em nível local, estabelece-se como prioridade também a estratégia de monitorar e avaliar o andamento dos projetos das Universidades e dos CRN-AIDS, para subsidiar os eventuais redirecionamentos e correções ou o fortalecimento das atividades desenvolvidas.

METODOLOGIA

A estratégia adotada pelo Ministério da Saúde é estimular a realização de projetos com 02 (duas) linhas metodológicas bem definidas:

1) Projetos desenvolvidos por Departamentos ou Núcleos com vontade/ potencial comprovados para atuarem em treinamentos na área de DST/ aids.

As Universidades candidatam-se ou são convidadas a elaborar projeto, sob a coordenação de um professor do Departamento ou Núcleo existente.

Esse coordenador trabalha em parceria com os serviços existentes na área de DST/aids - Coordenação Estadual e/ou Municipal de DST e Aids, ONG e outras representações da sociedade civil consideradas de interesse para o desenvolvimento de programas locais de treinamento. Nesse sentido, são definidas as necessidades prioritárias de treinamento dos profissionais de saúde e outros profissionais ou lideranças comunitárias que precisem ser sensibilizados ou habilitados em conteúdos específicos. Para isso, deve-se compor uma comissão interinstitucional, que acompanhará o projeto durante a sua elaboração, execução e avaliação.

As Coordenações Estaduais e Municipais de DST e Aids, participantes da comissão interinstitucional, podem avaliar maneiras alternativas de suprimento das necessidades de treinamento. Além disso, podem sugerir que a instância federal convide outras Universidades do estado, para regionalizar as frentes de capacitação, definindo quais municípios ou regionais serão capacitados por cada Universidade, nos estados onde é possível esta estratégia.

Após a definição das prioridades de treinamento, o coordenador articula todas a áreas afins entre os Departamentos da Universidade (áreas clínicas, pediatria, ginecologia e obstetrícia, enfermagem, nutrição, psicologia, serviço social, entre outras) e convida professores externos e profissionais dos serviços, com reconhecida experiência na área, para compor as modalidades de curso e o corpo docente.

As modalidades de curso costumam variar, indo desde aquelas tradicionalmente propostas pelos Centros de Referência Nacional em Aids, com carga horária adaptada para o nível local, até outros tipos, como, por exemplo:

"Neurologia em Aids", "Multiplicadores em Prevenção das DST/Aids Entre Grupos Específicos como Profissionais do Sexo", "Oficinas de Sexo Seguro", ou "Jornadas Sobre Transmissão Vertical do HIV/Aids", entre muitos outros.

2) Projetos desenvolvidos por Departamentos, Faculdades ou Escolas de Enfermagem.

Inicialmente, é elaborado pela Unidade de Treinamento da CN-DST/AIDS o "Manual de Orientação Básica para Equipe de Enfermagem: Prevenção do HIV e Assistência às Pessoas Portadoras do HIV e de Aids", adaptado à realidade brasileira a partir de manual produzido pelo Programa Global de AIDS/OMS. Trata-se de um material modular que pressupõe a construção do conhecimento por meio da metodologia da problematização (um outro exemplo conhecido deste método é o *PBL - problem based learning*, utilizado pela McMaster University no Canadá).

A seguir, são convidados um enfermeiro professor universitário e um enfermeiro de serviço de cada estado, que são treinados com base na metodologia e convidados a elaborar, em parceria, um projeto de capacitação das equipes de enfermagem que trabalham na assistência aos portadores de HIV no estado.

Estes primeiros treinamentos macrorregionais ocorrem ao longo do segundo semestre de 1996, e os projetos começam a ser encaminhados no primeiro trimestre de 1997.

Diferentemente da primeira linha de projetos, esta só tem uma modalidade de curso, previamente elaborado, que deve ser repetido em todos os treinamentos. Entretanto, como a metodologia é problematizadora, há sempre variação nos conteúdos discutidos.

Para qualquer dos tipos de projetos expostos, o documento deve ser elaborado utilizando-se modelo-padrão para projetos e encaminhado, a fim de receber parecer técnico e financeiro, à Coordenação Nacional de DST e Aids, que enviará, posteriormente, o termo de cooperação à entidade mantenedora escolhida pela instituição de ensino, para assinatura.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento e a avaliação do objetivo geral e dos objetivos específicos do projeto UNIVERSIDAIDS são feitos por meio de reuniões anuais de avaliação, com a presença dos coordenadores de projetos, além de visitas, relatórios e reuniões de avaliação realizadas por um grupo de assessores na área de treinamento, composto com esta finalidade.

Periodicamente, são elaborados relatórios informando: o número de profissionais capacitados; o número de cursos ofertados, de Universidades conveniadas e integradas com o SUS; o número de novos serviços conveniados, de necessidades de treinamento supridas, das sistemáticas de avaliação adotadas; o grau de incorporação de conteúdos sobre DST/aids nos cursos de graduação e pós-graduação em saúde, assim como a situação em termos de educação continuada dos profissionais do SUS.

Para obter estas e outras informações, considerando que a avaliação é um componente fundamental para a compreensão do processo de capacitação em curso e deve ser realizada permanentemente, constitui-se, como citado acima, o Grupo Assessor de Treinamento - GAT- , para acompanhar e avaliar os projetos em execução nos estados.

Os referenciais teórico-metodológicos do trabalho de avaliação do GAT são definidos após revisão conceitual e discussão pelo grupo e apresentados no "Documento Básico da Proposta de Trabalho do Grupo Assessor de Treinamento (GAT) da CN-DST/AIDS", encaminhado a todas as instituições de ensino conveniadas (**anexo IV**).

O GAT é composto por 06 técnicos, profissionais da área de saúde, com experiência em educação ou da área de educação, e que vêm trabalhando, já de longa data, com educação em saúde. Cada técnico realiza entre 5 a 8 visitas de acompanhamento às instituições de ensino conveniadas, por semestre, aplicando um instrumento elaborado pelo grupo na sistematização dos tópicos de acompanhamento/avaliação.

São feitas reuniões semestrais para apresentação e discussão dos relatórios, sobre as visitas e sua padronização. Dificuldades sentidas pela maioria do grupo na execução dos projetos serão objeto de seminários e cursos de capacitação dirigidos aos coordenadores.

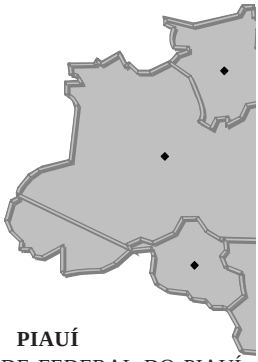
Além deste componente geral de acompanhamento e avaliação do projeto UNIVERSIDAIDS, de forma mais específica, cada projeto se responsabiliza por um item de monitoramento e avaliação das atividades docentes desenvolvidas com indicadores de processo e de impacto. São considerados indicadores de processo, em geral: o percentual de alunos que completam o treinamento; os resultados do pré e pós-teste e os instrumentos específicos desenvolvidos para avaliação da qualidade dos cursos, considerando aspectos que incluem conteúdo, qualidade dos professores, recursos didáticos, ambiente físico, recursos audiovisuais e qualidade das aulas práticas, entre outros aspectos. Os indicadores de impacto costumam levar em conta o trabalho desenvolvido pelos egressos, entre 03 e 06 meses após o curso.

ORÇAMENTO

Foi destinado, no Planejamento Orçamentário Anual (POA) da CN-DST/AIDS, o montante de R$ 6.000.000,00, para o financiamento de cerca de 60 projetos desenvolvidos por Universidades no âmbito do projeto UNIVERSIDAIDS. Os projetos têm sido orçados entre 60 e 100 mil reais, variando principalmente em função da quantidade de cursos ofertados e da necessidade de hospedagem de pessoal (capacitações que abrangem treinandos de vários municípios e/ou estados incluem despesas de hotelaria ou pagamento de diárias para os participantes).

São previstos gastos para aquisição de material permanente (recursos audiovisuais ou computadores, em geral), em um total que, em média, não deve ultrapassar 10% (dez por cento) do valor do projeto. Alguns projetos apresentados por Universidades que dispõem de poucos recursos materiais podem, no primeiro ano de assinatura do termo de cooperação, aumentar esse percentual, para permitir o desenvolvimento das condições adequadas de ensino.

Os recursos são liberados em parcelas, após relatórios técnicos e financeiros que comprovam os gastos e os treinamentos já realizados.



PIAUÍ
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

MARANHÃO
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

CEARÁ
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

PARÁ
- UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARÁ

AMAZONAS
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

RONDÔNIA
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA

AMAPÁ
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ

RIO GRANDE DO NORTE
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

PARAÍBA
- UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

PERNAMBUCO
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
- UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PERNAMBUCO

BAHIA
- UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

SERGIPE
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

DF
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE BRASÍLIA

MINAS GERAIS
- ESCOLA DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

RIO DE JANEIRO
- ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO - FIOCRUZ/RJ
- UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
- UNIVERSIDADE DO RIO DE JANEIRO/UNI
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

ESPÍRITO SANTO
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

SÃO PAULO

- UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
- UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
- UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO/USP
- FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO
- UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO/ RIBEIRÃO PRETO

GOIÁS

- UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

MATO GROSSO DO SUL

- UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

MATO GROSSO

- UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO

PARANÁ

- NÚCLEO DE ESTUDO DE SAÚDE COLETIVA

SANTA CATARINA

- UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ
- UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA - UNISUL
- UNIVERSIDADE DO CONTESTADO/UnC/ CAÇADOR

RIO GRANDE DO SUL

- UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL/PORTO ALEGRE/RS

ANEXO II

NÚMEROS DE CURSOS REALIZADOS E PROFISSIONAIS TREINADOS NO PERÍODO DE JANEIRO/92 A DEZEMBRO/95

TREINAMENTOS	1992
TCB	1
PED	3
PSI	1
ACS	-
STS	-
ENF	-
AUX	

CÓDIGOS/ÁREAS - TREINAMENTO

TCB - Treinamento Clínico Básico em aids para médicos.

PED - Preparação de médicos para o manejo clínico-epidemiológico da aids pediátrica e da sífilis congênita.

PSI - Preparação de equipes de saúde mental para a assistência a portadores do HIV e pacientes com aids.

ACS - Treinamento de multiplicadores em aconselhamento.

STS - Preparação de médicos e enfermeiros para a assistência às DST.

ENF - Treinamento clínico básico em aids para enfermeiros e obstetrizes.

AUX - Capacitação técnica em aids para o auxiliar de enfermagem.

MIC - Curso de microbiologia aplicada ao controle das DST e da aids.

DIO - Curso de diagnóstico laboratorial das infecções oportunistas associadas à aids.

GIO - Treinamento de ginecologistas e obstetras para a assistência a portadores do HIV e pacientes com aids.

UDI - Treinamento de multiplicadores para a prevenção da transmissão do HIV entre usuários de drogas injetáveis.

ASS - Preparação de assistentes sociais para a assistência a portadores do HIV e pacientes com aids.

PAT - Preparação de médicos anátomo-patologistas para o controle da aids.

SAE - Preparação de equipes para a implantação de serviços de assistência especializada a portadores do HIV e pacientes com aids.

SOR - Curso de Sorologia Aplicada.

HD - Preparação de equipe para a implantação de serviços de hospital-dia.

DNT - Treinamento teórico-prático em aids para dentista.

ADT - Assistência domiciliar terapêutica.

CRN-AIDS e U
Hospital Universi
Barros Barreto -
Instituto Materno
Pernambuco - PE
Hospital Universi
Fraga Filho - RJ*
Instituto de Infec
Ribas - SP*
Hospital de Clíni
Alegre - RS*
Hospital Gaffree
Universidade Fe
Universidade de

* Centro de Referência Nacional-AIDS

31

ANEXO IV

DOCUMENTO BÁSICO DA PROPOSTA DE TRABALHO DO GRUPO ASSESSOR DE TREINAMENTO (GAT) DA CN-DST/AIDS

Introdução

Coerentemente com as diretrizes da política nacional de saúde, constitui-se uma estratégia importante para o controle das DST/aids no Brasil: a descentralização da ação de treinamento. Atualmente, esta descentralização vem acontecendo por meio do estabelecimento de Termos de Cooperação Técnica entre a área de treinamento da CN-DST/AIDS-MS e as Instituições (Universidades, Centros de Referência em Aids e Centros de Treinamento em DST) de várias regiões do País. Estas aderiram à estratégia, apresentando planos detalhados e recebendo recursos financeiros para o planejamento, implantação e avaliação de cursos de capacitação de recursos humanos em DST/aids, em suas áreas de maior competência.

A necessidade de se obter uma visão mais abrangente e aprofundada da capacitação de recursos humanos no contexto de sua atuação, para além das informações obtidas por meio dos relatórios que vêm sendo enviados periodicamente ao MS por essas Instituições - aqui chamadas de Instituições cooperadas - , levou a área de treinamento da CN-DST/AIDS a constituir o GAT (Grupo Assessor de Trabalho para Avaliação de Treinamento).

O GAT e sua proposta de trabalho

O GAT é um grupo formado com o propósito de traçar um perfil contextualizado das Instituições cooperadas, no que se refere ao planejamento, implantação e avaliação das ações de treinamento, por meio do levantamento de informações, percepções e valores que, em consonância com a estratégia de descentralização, servirão como subsídio para:

a) fortalecer e reforçar a capacidade dos grupos das Instituições cooperadas de criar/desenvolver/institucionalizar processos auto-avaliativos permanentes;

b) reforçar o papel das Instituições cooperadas como responsáveis pela capacitação de recursos humanos em DST/aids;

c) suprir as necessidades relacionadas com a capacitação de recursos humanos em DST/aids, identificadas nessas Instituições;

d) fortalecer os canais de comunicação, acompanhamento e atendimento a demandas entre Ministério da Saúde e Instituições cooperadas; e,

e) reorientar o estabelecimento dos Termos de Cooperação Técnica da área de treinamento e a alocação dos recursos nas diferentes Instituições.

Nessa perspectiva, serão identificados, junto às Instituições cooperadas, informações/percepções/valores, visando a iluminar o entendimento de questões relacionadas com os seguintes aspectos:

- efetivação das comissões interinstitucionais;
- efetivação das coordenações gerais e dos cursos;
- interação das várias instâncias;
- recursos e/ou condições para realização dos treinamentos;
- processo de identificação das necessidades de treinamento; demandas (existentes, atendidas, excedentes), critérios de seleção/ de inscrição;
- diretrizes curriculares, conteúdos e processo de aprendizagem x necessidades do trabalho (relação teoria/prática, estratégias de ensino-aprendizagem, recursos utilizados, processos avaliativos, incluindo pertinência do currículo de treinamento e a avaliação do seu impacto na realidade do trabalho).

Nessa proposta, entende-se por avaliação um julgamento de valor sobre manifestações relevantes da realidade, tendo em vista uma tomada de decisão. Juízo de valor, significando uma afirmação sobre o mérito (valor em si, sua qualidade intrínseca) e/ou sobre a relevância (valor externo ou validade para o contexto em que opera) da capacitação de recursos humanos em DST/aids, em cada uma e no conjunto das Instituições cooperadas, a partir de critérios pré-estabelecidos (expressos nos planos das Instituições cooperadas e da CN-DST/AIDS) e de critérios identificados nas discussões com diferentes agentes. Considera-se importante resgatar a função diagnóstica no processo de avaliação, tomando-a também como "uma parada para repensar a prática e modificá-la".

Essa abordagem, chamada "responsiva" (Stake,1975), caracteriza-se pela busca de um enfoque mais abrangente de avaliação, superando a idéia de uma simples coleta de dados e envolvendo aspectos humanos, políticos, socioculturais e contextuais. Por sua flexibilidade e amplitude, responde a múltiplos grupos de

interesse: aos que têm poder de decisão (Ministério, Instituição etc.) sobre o objeto ou o foco em questão (capacitação de recursos humanos em DST/aids); aos que, fora da Instituição ou desse objeto, influem direta ou indiretamente na formulação de políticas relacionadas ao foco de atenção; àqueles que formam o corpo da Instituição ou do programa e que vivem e dinamizam seu cotidiano (Tijiboy, Penna Firme e Stone, 1990). É uma abordagem ancorada nos seguintes princípios:

- aceitação da necessidade de avaliação por todos os segmentos envolvidos;
- reconhecimento da legitimidade e pertinência dos princípios norteadores e dos critérios a serem adotados;
- amplitude de estratégias adotadas;
- respeito à identidade institucional (peculiaridades e diferenças regionais);
- caráter diagnóstico (impulsionadora de transformações, com resultados traduzidos em medidas de melhoria dos projetos);
- continuidade (desenvolvimento de culturas de avaliação);
- flexibilidade e adaptação.

Com o intuito de facilitar o entendimento e a discussão de sua proposta, leia, ao final do documento, as idéias básicas assumidas a título de Referencial Teórico.

Metodologia de trabalho do GAT

Em um primeiro momento, o GAT aproximar-se-á das realidades das Instituições cooperadas, fazendo-se presente na reunião de avaliação/planejamento, promovida pela área de Treinamento da CN-DST/AIDS, que se realizará nos dias 12, 13 e 14 de dezembro do ano corrente, em Brasília, com a participação das Universidades e dos CRN-AIDS. Nessa oportunidade, será colocada em discussão a proposta do GAT, configurada neste documento, para que sejam estabelecidas diretrizes comuns para o trabalho.

Subseqüentemente, a aproximação das realidades das Instituições cooperadas será buscada por meio de:

- **levantamento documental** - envolvendo a análise dos planos e relatórios apresentados pelas Instituições cooperadas ao MS como subsídio para as visitas de acompanhamento;

- **visita de acompanhamento às Instituições cooperadas** - será realizada, pelo assessor responsável, uma visita de acompanhamento, previamente combinada pelo MS, com duração de 1 dia - 8 horas (casos especiais serão negociados à parte). As visitas incluirão observações, visitas às instalações, análise de documentos e entrevistas/reuniões com os grupos (coordenação técnica, comissão interinstitucional, coordenadores de cursos e, na medida do possível, professores e treinados) envolvidos na capacitação de recursos humanos em DST/aids. O levantamento de informações, percepções e valores será orientado pelo Roteiro de Visita de Acompanhamento (veja ao final do documento).

Entende-se que o processo de avaliação deve ser visto de forma ampla e informado por todos os elementos envolvidos na situação focalizada. Assim, as visitas de acompanhamento por consultores externos constituem-se em um entre outros instrumentos dos quais se lança mão para aferir o valor das ações de treinamento. Considera-se como aliado essencial também a auto-avaliação das Instituições, estabelecida como processo permanente e articulado com os processos de trabalho nelas instituídos.

A agenda da coleta de dados nas Instituições cooperadas será previamente definida e organizada a cada semestre.

Para cada Instituição visitada, será gerado e enviado um relatório. Cada assessor do GAT elaborará também um relatório semestral, consolidando as informações dos relatórios de cada uma das Instituições por ele visitadas.

Entendendo que é essencial a interação entre os seus membros, no sentido de rever e/ou redimensionar seus procedimentos, o GAT manter-se-á em constante comunicação, por meio dos diversos veículos disponíveis (correio, telefone, fax e internet), e reunir-se-á, em Brasília, 2 vezes por semestre. As épocas de realização das reuniões do 1º semestre já foram definidas, como segue:

Reunião 1 - após a realização da 1ª visita de acompanhamento e da elaboração do relatório de cada um dos assessores;

Reunião 2 - ao final das visitas do 1º semestre.

Considerações Finais

O GAT reconhece sua proposta, incluindo sua metodologia de trabalho, como um processo em construção, caracterizado pelo diálogo entre profissionais das áreas de saúde e de educação. Este diálogo foi iniciado em reunião realizada em Brasília (10 e 11 de novembro de 1996) e deu origem a este documento.

De acordo com sua natureza, esta proposta está aberta a críticas e à incorporação de sugestões e novas idéias, em qualquer tempo, a partir de seu contato com as realidades das Instituições cooperadas.

Composição do GAT:

Alóide Ladeia Guimarães - SES/SP - Campinas

Jeanete Múfalo Silva Bueno - UNICAMP- Campinas

José Fernando Assoni - CN-DST/AIDS - Brasília

Luiza de Paiva Silva - CN-DST/AIDS - Brasília

Maristela Arantes Marteleto NUTES/UFRJ - Rio de Janeiro

Milton Menezes da Costa Neto - CEDRHUS- FHDF - Brasília

Vera Helena Ferraz de Siqueira - NUTES/UFRJ - Rio de Janeiro

REFERENCIAL TEÓRICO ASSUMIDO PELO GAT

Extraído de "Avaliação na Universidade Federal do Rio de Janeiro (Projeto Submetido ao PAIUB - Edital 1995), Comissão Permanente de Avaliação (COOPERA), UFRJ, 1995".

A avaliação envolve essencialmente julgamento ou juízo de valor, ou seja, a atribuição de valor ao objeto do processo avaliativo. Esse valor deve ser considerado em dois sentidos. Por um lado, é o valor do objeto em si mesmo, inerente, implícito e independente de quaisquer aplicações e ou/utilidades. Trata-se de um valor intrínseco, sem vinculações e implicações contextuais. Este valor é denominado mérito.

Por outro lado, o objeto sendo avaliado pode ter valor dentro de algum contexto de utilização ou aplicação. Nesse sentido, o objeto tem valor enquanto é útil nas suas repercussões e impactos, ao inserir-se em determinado contexto. Esse valor do objeto determinado pelo contexto é o que se chama relevância (Guba e Lincoln, 1985).

Assim, por exemplo, de acordo com tais conceitos, um programa ou curso é meritório quando inclui recursos de boa qualidade, profissionais competentes e atividades adequadas entre outras características favoráveis. Ele é, porém, relevante quando tais condições resultam em aprendizagem significativa para os alunos, quando atende às necessidades do contexto social onde se insere, e quando provoca mudanças e soluções desejáveis. Na primeira dimensão se indaga se o programa é bem constituído internamente; na segunda, se o programa é válido para o atendimento pleno das necessidades mais significativas do contexto onde se insere e para o qual é orientado. No primeiro caso se pergunta:"é bom?", no segundo caso: "valeu a pena?". Por isso mesmo, o fato de ter mérito não assegura necessariamente a relevância. Ambas as dimensões merecem substancial atenção, de acordo com suas características próprias."

"... Avaliações de mérito são, em geral, feitas segundo critérios relativamente estáveis no tempo, enquanto que as de relevância podem variar rapidamente com as mudanças sociais, econômicas, políticas, culturais ou outras similares. Mais ainda, é mais provável que se chegue a um grau de consenso maior quanto ao mérito, do que a relevância, a qual geralmente se defronta com maiores e mais variadas diferenças entre grupos sociais e dentro deles mesmos.

Assim, apesar de variável, o mérito pode permanecer mais ou menos constante e ser captado por um consenso, mais facilmente do que a relevância. Esta, entretanto, pode rapidamente mudar se o contexto mudar. Nessa perspectiva, generalizações em avaliação não fazem sentido, o que aponta para a importância de se avaliar continuamente, respeitando-se cada momento e circunstância em que o objeto é focalizado. Por isso, a descrição do objeto a ser avaliado é tarefa primordial que antecede o juízo, possibilitando melhor entendimento e, conseqüentemente, melhores e mais esclarecidas soluções. Dessas considerações, emerge a importância de se conhecer cada contexto envolvido e a pluralidade de valores inerentes a eles, para a avaliação mais correta da relevância.

Para a determinação do mérito de um objeto, há pelo menos dois caminhos. Um é a verificação do grau de consonância entre as características do objeto e aqueles padrões ou critérios estabelecidos por um grupo de experts; outro é a comparação do objeto com outros no mesmo grupo ou categoria. No primeiro caso, é a avaliação de mérito absoluto, no segundo é a de mérito relativo.

A determinação da relevância, por sua vez, pode ser alcançada comparando-se os resultados atingidos pelo objeto sendo avaliado, com exigências e critérios externos, os quais são estabelecidos pelos vários grupos de interessados que são relacionados com o objeto ou que são por ele afetados. Nesse sentido, vários tipos de valores estão em questão (no caso de uma Instituição, por exemplo), ou seja, os publicamente explicitados, os verdadeiros, visíveis na prática, os do interesse da instituição, os ideais (Scriven,1978)."

"... Numa visão contemporânea, avaliação é entendida tanto como julgamento do valor de um programa numa instituição ou num indivíduo, como do próprio processo pelo qual esse juízo é formulado. De múltiplas maneiras, porém, tais julgamentos são mais comumente elaborados. Às vezes o são com base exclusivamente pessoal e subjetiva que um administrador isolado, por exemplo, venha expressar, outras vezes, pelo consenso de um grupo na análise de opiniões e posições diversificadas ou, ainda, levando-se em conta uma exaustiva coleta e interpretação de dados objetivos obtidos mediante complexos modelos de pesquisa, tentando assegurar altos níveis de confiabilidade e validade.

Aqui se poderia pensar que esse último fosse o modo mais pertinente e adequado de se chegar ao juízo de valor. Entretanto, tal procedimento tem, por sua própria natureza, sérias limitações e isso porque as constantes mutações e complexidades das questões humanas e sociais nas quais se inserem os temas educacionais e institucionais desafiam as abordagens avaliativas oriundas de rigorosas metodologias de pesquisa, nas quais o estudioso mais ocupado com problemas de longo alcance, na busca de generalizações e princípios, limita e restringe seu campo de observação, o que conduz, muitas vezes, o juízo, a soluções inviáveis para problemas complexos."

"...Tais considerações não desprezam de maneira alguma a contribuição da coleta sistemática de informação que utiliza a estatística mais sofisticada, ou menos, se for o caso, contanto que a informação seja relevante para a formulação do juízo de valor que, por sua vez, deve iluminar as necessárias mudanças no processo de aperfeiçoamento. A avaliação, em sua integridade, deve estimular a flexibilidade e a adaptação por um lado e, ao mesmo tempo, por outro lado, desafiar e provocar as transformações, sobretudo naqueles - sejam programas, instituições ou indivíduos - que se agarram à estabilidade para não crescer. Uma e outra dimensões são necessárias ao sucesso da avaliação."

"... Nessa perspectiva, a responsabilidade essencial da avaliacão seria a de identificar e examinar valores, para além dos dados, e promover substancial suporte a decisões relevantes, utilizando plenamente os valores envolvidos junto aos legítimos interessados no objeto que está sendo avaliado."

"....Nessas considerações, em síntese, estão as marcas mais recentes e polêmicas de um conceito de avaliação que, nos últimos cem anos, passou por sensíveis e substanciais transformações teórico-metodológicas, mas, lamentavelmente, nem sempre acopladas a uma prática inovadora e promissora."

"... A avaliação, portanto, como avaliação educacional, teve seu ponto de partida no início do século. Vários avanços significativos marcaram esse percurso, constituindo-se em, pelo menos, quatro gerações de estudiosos cujos nomes não caberiam nos limites deste texto, mas cuja contribuição Guba e Lincoln (1989) sistematiza com clareza, de modo a caracterizar cada etapa nos seus aspectos essenciais.

A primeira, principalmente associada à mensuração, não distinguia avaliação de medida, nem na teoria nem na prática. A ênfase se colocava na utilização de testes para a verificação de rendimento escolar, e seu valor residia no aprimoramento de tais medidas. O papel do avaliador era, então, eminentemente técnico.

A segunda geração, voltada para a verificação do alcance dos objetivos, adquiriu visão mais descritiva do rendimento do aluno. Tornava-se, também, evidente a necessidade de se rever o currículo escolar. Mais ainda, nessa fase, emergiu o termo avaliação educacional na expressão de Tyler (1934), e daí eclodiu grande expansão da tecnologia de elaboração de testes, tanto com relação a objetivos como a diferenças individuais ou ao estabelecimento de normas regionais ou nacionais, especialmente no contexto norte-americano. Deu-se, então, uma grande expansão de modelos de avaliação que explicavam relações entre as variáveis do fenômeno educacional maior, fosse ele programa ou instituição, ou currículo, ou sistema. Faltava, porém, à complexidade desses modelos, utilidade e relevância aos que deveriam se beneficiar da avaliação. A distinção entre medida e avaliação foi marcante nessa fase, e o papel do avaliador, embora ainda técnico, foi muito mais que o de descrever padrões e critérios em relação ao sucesso ou ao fracasso de objetivos.

A terceira geração surgiu em decorrência das limitações detectadas na fase anterior, em relação à excessiva dependência da definição de objetivos. Programas e projetos, nos seus variados campos de conhecimento, nem sempre estabeleciam, a priori e com rigor, seus objetivos, o que bloqueava o processo avaliativo, tornando-o muitas vezes inútil e pouco relevante (Cronbach, 1963). Mais ainda, o aspecto puramente descritivo da fase anterior omitia o que se tornava essencial no processo avaliativo, ou seja, o julgamento de valor, e este foi o que caracterizou essa terceira geração. O papel do avaliador, de acordo com uma multiplicidade de modelos de avaliação, distinguiu-se predominantemente como o de juiz.

Conquanto essas três gerações tivessem representado um avanço no desenvolvimento do conhecimento em avaliação, alguns problemas se agudizaram na tentativa de o avaliador integrar todos esses papéis técnicos, descritivos e de julgamento. Nesse sentido, algumas tendências tornaram-se conflitantes e o foram, principalmente no que diz respeiro à relação entre gerenciamento e avaliação, à falha em integrar a pluralidade de valores ao compromisso rígido com o paradigma cientíico de investigação (Guba e Lincoln, 1989).

A quarta geração emerge então e se identifica, principalmente, pela busca de um enfoque mais amplo e amadurecido de avaliação, indo para além de uma posição supostamente científica e meramente voltada para a coleta de informação, a fim de envolver aspectos humanos, políticos, socioculturais e contextuais, sendo a negociação elemento crucial de integração. Nesse sentido, são levadas em consideração as preocupações, as percepções, as construções e os valores dos interessados em relação ao objeto de avaliação. É, sobretudo, em respeito à dignidade, à integridade e à privacidade de cada um dos envolvidos que o processo deve ser trabalhado, o que implica intensa participação e criatividade na construção de metodologias de abordagem. Em síntese, poder-se-ia dizer que uma geração não eliminou a anterior mas, sim, buscou superá-la, sempre incorporando aspectos indispensáveis à essência do processo avaliativo.

Na prática, são as várias concepções do enfoque de avaliação que se prioriza que vão gerar as diferentes abordagens avaliativas. É possível dizer que, de um modo geral, o papel da avaliação é dar respostas às indagações que, por sua vez, provêm essencialmente de três grupos de interessados: os que têm poder de decisão sobre o objeto ou o foco em questão (programa, curso de ação, Instituição ou outro); os que, fora da Instituição ou desse objeto, influem direta ou indiretamente na formulação de políticas relacionadas ao foco de atenção; e aqueles que formam o corpo da Instituição ou do programa e que vivem e dinamizam seu cotidiano (Tijiboy, Penna Firme e Stone, 1990).

Assim, é das preocupações dos interessados e do tipo de questões que são formuladas, que surge o caminho ou a abordagem para a resposta mais apropriada a cada caso, o que poderia gerar uma abordagem voltada para os propósitos ou objetivos do programa, para o gerenciamento ou, ainda, para os destinatários. Tais direcionamentos inspirariam as diferentes metodologias para a busca e a interpretação das informações. Responder, porém, a todos esses interesses é o genuíno desafio da avaliação. Assim, o que mais contemporaneamente emerge e que possui maior sintonia com a concepção de avaliação no perfil da quarta geração é a abordagem voltada para os participantes, ou seja, todos que, de alguma forma, estão envolvidos com o objeto da avaliação. A característica principal dessa abordagem é a de responder à multiplicidade de interesses, por sua flexibilidade e sua amplitude. Conhecida como abordagem responsiva (Stake, 1975), ela leva em consideração toda e qualquer indagação que se apresente ao longo do processo avaliativo, detectando ou criando, para cada uma, os procedimentos metodológicos mais pertinentes. Esses, por sua vez, tendem a privilegiar a descoberta, uma abordagem que envolve democraticamente todos os integrantes do objeto-alvo, em todo o curso do projeto ou programa. Inerente à concepção de avaliação aqui defendida, impõe-se a necessidade de uma postura crítica permanente da própria avaliação."

A) Análise Documental (anterior à visita):

- identificação da Instituição;
- conhecimento da realidade que a cerca (projeto, dados institucionais, relatórios prévios, dados epidemiológicos e outras informações sócio-demográficas pertinentes);
- área de abrangência geográfica;
- relação interinstitucional na oferta da capacitação;
- definição das parcerias com treinandos e professores.

B) Conhecimento da Estrutura e Funcionamento da Capacitação de Recursos Humanos em cada Instituição.

b1) Estrutura Física Instalada (ou em instalação): informações relacionadas com necessidades presentes e futuras, levando em consideração as metodologias de ensino programadas no projeto.

Lembrete: Observar as condições materiais discriminadas abaixo para a execução das atividades educativas.

1) Salas de aula: quantidade, área física, ventilação, iluminação, mobiliário, etc.

2) Equipamentos de apoio: quadro negro, quadro magnético, projetor de slides, retroprojetor, TV, vídeo, datashow, tela, flipchart, computador, gravador, aparelho de som, fotocopiadora, etc.

3) Material didático:

   - cartazes, fitas VHS, apostilas, manuais, folhetos, etc.

4) Material de escritório: papel-sulfite, pincéis, tintas, cartolina, lápis, borracha, canetas, fita-crepe, tesoura, etc.

5) Material específico para a prática da assistência: equipamento de proteção individual, material de enfermagem, instrumental, etc.

6) Equipamentos adquiridos por meio do projeto de cooperação técnica com a CN-DST/AIDS-MS.

7) Condições das instalações de ambulatório e enfermarias para a realização das atividades práticas.

8) Acervo didático: livros, manuais, documentos, etc.

b2) Estrutura de Recursos Humanos - Administrativa:

1- Perfil das coordenações gerais e dos cursos :

- formação profissional;
- vínculo institucional;
- disponibilidade durante o período de realização do treinamento;
- forma de engajamento do coordenador ao projeto;
- forma de percepção do coordenador em relação ao seu papel no processo de capacitação.

2 - Papel da comissão interinstitucional (quando existir), em cada fase do projeto.

3 - Descrição do envolvimento de outros profissionais na estrutura administrativa.

b3) Estrutura de Recursos Humanos - Técnica:

Discutir e relacionar modalidades de treinamento com o número de professores x número de treinandos a serem atendidos.

C) Necessidades de treinamento:

- processo de identificação das necessidades de treinamento;
- conhecimento da demanda (existente, atendida e excedente);
- critérios de seleção;
- inscrição.

D) Caracterização (qualitativa) dos treinandos:

- formação profissional;
- inserção nos serviços de saúde.

Lembrete:

1 - Discriminar a procedência institucional dos treinandos, por exemplo: ambulatório, laboratório, centro de saúde, hospital-dia, hospital geral, hospital especializado, serviço de odontologia, de farmácia.

2 - Especificar quais destes serviços são credenciados para o atendimento a pessoas com DST/aids.

3 - Especificar quais são serviços públicos, privados ou ONG.

E) Caracterização das modalidades de treinamento:

- diretrizes curriculares, conteúdo e processo de aprendizagem x necessidade de trabalho (relação teoria/prática, estratégias de ensino-aprendizagem, recursos utilizados, processos avaliativos, incluindo pertinência do currículo de treinamento e a avaliação do seu impacto na realidade do trabalho).

Lembrete: As possíveis modificações introduzidas nos serviços/ instituições a partir dos treinamentos realizados se relacionam com:

1 - criação de novos serviços e/ou atividades;

2 - ampliação da oferta de serviços;

3 - melhoria da qualidade de assistência prestada.

F) Síntese e recomendações (para ser preenchido a critério do consultor)

G) Considerações Gerais

Alguns aspectos perpassam todos os itens relativos às visitas de acompanhamento:

- deve-se levar em conta os objetivos estabelecidos pela CN-DST/ AIDS nos termos de cooperação (descentralizar as ações de treinamento, listar os objetivos, discutir as perspectivas de institucionalização do projeto);
- devem ser levantadas sempre as informações, as percepções e os juízos de valor dos profissionais entrevistados, no que concerne às facilidades, dificuldades, possibilidades (considerando as potencialidades definidas no passado) dos aspectos levantados nas visitas de acompanhamento;
- este roteiro fica aberto para inclusão de todos os pontos considerados pertinentes ou específicos para a situação verificada durante as visitas de acompanhamento e para sugestões advindas das instituições conveniadas;
- alguns aspectos de natureza quantitativa não foram incluídos no roteiro, já que, com a introdução do preenchimento das fichas e relatório dos cursos para cada instituição conveniada, muitos dados serão encaminhados à CN-DST/AIDS por esta via, permitindo que as visitas de acompanhamento se revistam de um caráter qualitativo e ajudem a construir uma filosofia de avaliação intra-institucional.