

**UNIVERSIDADE E REDES DE  
ATENÇÃO À SAÚDE:**  
Uma produção de conhecimento no  
Sistema Único de Saúde

REITOR

Silvio Luiz Oliveira Soglia

VICE-REITORA

Georgina Gonçalves



Editora UFRB

SUPERINTENDENTE

Sérgio Augusto Soares Mattos

CONSELHO EDITORIAL

Alessandra Cristina Silva Valentim

Ana Cristina Fermino Soares

Ana Georgina Peixoto Rocha

Jeane Saskya Campos Tavares

Robério Marcelo Ribeiro

Rosineide Pereira Mubarack Garcia

Sérgio Augusto Soares Mattos (presidente)

SUPLENTES

Ana Cristina Vello Loyola Dantas

Geovana da Paz Monteiro

Esta publicação faz parte do Edital nº 001/2014 – EDUFRB. Edital de apoio à publicação de livros impressos em homenagem aos 10 anos da UFRB.

EDITORA FILIADA À



Associação Brasileira  
das Editoras Universitárias

Sinara Vera  
Vânia Sampaio Alves  
Elaine Andrade Leal Silva  
Suely Aires Pontes  
Rosa Cândida Cordeiro  
(Organizadoras)

**UNIVERSIDADE E REDES DE  
ATENÇÃO À SAÚDE:**  
Uma produção de conhecimento no  
Sistema Único de Saúde



Editora UFRB

Cruz das Almas - Bahia/2016

Copyright©2016 Sinara Vera, Vânia Sampaio, Elaine Andrade Leal, Suely Aires e Rosa Cândida Cordeiro.

Direitos para esta edição cedidos à EDUFRB.

Projeto gráfico, capa e editoração eletrônica:  
Imprell Gráfica e Editora

Revisão, normatização técnica:  
Imprell Gráfica e Editora

Depósito legal na Biblioteca Nacional, conforme decreto nº 1.825, de 20 de dezembro de 1907.

A reprodução não-autorizada desta publicação, por qualquer meio, seja total ou parcial, constitui violação da Lei nº 9.610/98.

U58    Universidades e redes de atenção à saúde / organizado por Sinara Vera... [et al.]. – Cruz das Almas/BA : UFRB, 2016.

312p.

ISBN: 978-85-5971-008-3

1. Educação - pesquisa 2. Educação - complexidade 3. Educação - ciência I. Vera, Sinara II. Alves, Vânia Sampaio III. Silva, Elaine A. Leal IV. Pontes, Suely Aires V. Cordeiro, Rosa Cândida

CDD 370.78

Ficha Catalográfica elaborada por: Ivete Castro CRB/1073



Editora UFRB

Rua Rui Barbosa, 710 – Centro  
44380-000 Cruz das Almas – BA

Tel.: (75)3621-7672

[gabi.editora@ufrb.edu.br](mailto:gabi.editora@ufrb.edu.br)

[www.ufrb.edu.br/editora](http://www.ufrb.edu.br/editora)

[www.facebook.com/editoraufrb](https://www.facebook.com/editoraufrb)

# SUMÁRIO

<b>PREFÁCIO .....</b>	<b>11</b>
-----------------------	-----------

*Flávio Adriano Borges Melo*

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>15</b>
---------------------------	-----------

*Sinara Vera*

*Vânia Sampaio Alves*

*Elaine Andrade Leal Silva*

*Suely Aires Pontes*

*Rosa Cândida Cordeiro*

<b>OS PROJETOS PET-SAÚDE E PRÓ-SAÚDE NA INDUÇÃO DE MUDANÇAS PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL.....</b>	<b>19</b>
---	-----------

*Elaine Andrade Leal Silva*

*Mariluce Karla Bomfim de Souza*

*Sinara Vera*

*Vânia Sampaio Alves*

## Parte I

### Atenção Básica e Gestão do SUS

<b>CONTRIBUIÇÕES DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA O FORTALECIMENTO DA GESTÃO DO SUS...</b>	<b>39</b>
--	-----------

*Cleise Cristine Ribeiro Borges*

*Aline Pires Reis*

*Elaine Andrade Leal Silva*

*Rafaela Carla da Silva Hilarião*

*Ariane Andrade Farias*

<b>REFLEXÕES DE ACADÊMICAS DO PET-SAÚDE/VS ACERCA DAS VIVÊNCIAS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARITA AMÂNCIO: um relato de experiência.....</b>	<b>53</b>
--	-----------

*Jéssica Maiara dos Santos Silva*

*Tainá Moraes da Silva*

*Mirella Borges Viana*

*Sinara Vera*

*Eder Pereira Rodrigues*

**SENSIBILIZANDO DISCENTES SOBRE A IMPORTÂNCIA DA REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: relato de experiência .....63**

*Elaine Andrade Leal Silva*

*Rosa Cândida Cordeiro*

*Marcus Vinicius dos Santos Oliveira*

*Viviane de Souza Oliveira*

*Evanilde Borges Viana*

**VIVÊNCIAS E DESAFIOS DO ESTUDANTE INTEGRANTE DO PET-SAÚDE: relato de experiência .....73**

*Gilcimari Larissa Cardoso Lemos*

*Jéssika Macena Amaral*

*Nailza dos Santos Barbosa*

*Eder Pereira Rodrigues*

*Sinara Vera*

**EDUCAÇÃO PELO TRABALHO NA SAÚDE DA FAMÍLIA: a experiência com gestantes.....83**

*Isadora Reis Rodrigues*

*Laila Lorena Nogueira Batista da Silva*

*Mabelle Melo dos Santos*

*Elaine Andrade Leal Silva*

**SITUAÇÃO VACINAL DE TRABALHADORAS DA SAÚDE: relato de experiência .....95**

*Tássia Ranielle Nascimento de Queiroz*

*Thiala Lima Barreto*

*Ariane Andrade Farias*

*Juliana Costa Ribeiro*

*Rosa Cândida Cordeiro*

**PERCEÇÃO DOS PETIANOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE  
DA FAMÍLIA SOBRE A ASSISTÊNCIA OFERECIDA AOS  
USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:**

**relato de experiência .....105**

*Filipe Ramos da Mota*

*Rafael Magalhães de Melo*

*Sinara Vera*

*Eder Pereira Rodrigues*

*Nailza dos Santos Barbosa*

**SALA DE ESPERA COMO PARCEIRA NA AQUISIÇÃO  
DE NOVOS CONHECIMENTOS DOS USUÁRIOS SOBRE  
REDUÇÃO DE DANOS: relato de experiência de discentes do PET-  
Saúde/VS..... 117**

*Gilcimari Larissa Cardoso Lemos*

*Jéssika Macena Amaral*

*Nailza dos Santos Barbosa*

*Eder Pereira Rodrigues*

*Sinara Vera*

**Parte II  
Saúde Mental, Álcool e outras Drogas**

**OFICINA TERAPÊUTICA EXPRESSIVA COMO POSSIBILIDADE  
DE RESSIGNIFICAÇÃO IDENTITÁRIA DE USUÁRIOS DO  
CAPS: um relato de experiência .....129**

*Elis Maiara Santos Ferreira*

*Juliana Souza Santiago*

*Henrique Sousa Reis*

*Vânia Sampaio Alves*

**A PRÁTICA DO ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO COMO  
PROPOSTA DE MATRICIAMENTO APOIADA PELA  
CONSTRUÇÃO DE CARTOGRAFIA: um relato de experiência ....141**

*Adriana Santos Nascimento*

*Antonia Vieira Santos*

*Carolina de Souza Sampaio*

*Suely Aires Pontes*

**GRUPO DE APOIO A FAMILIARES DE USUÁRIOS DE  
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: relato de experiência .....153**

*Lilian da Silva Costa*

*Nariana Oliveira Souza*

*Rover Fawcett Llerena*

*Suely Aires Pontes*

**INCLUSÃO E PROTAGONISMO EM SAÚDE MENTAL:  
das apostas e seus efeitos .....163**

*Victor Aurélio Santana Nascimento*

*Suely Aires Pontes*

*Maria de Lourdes Vilas Boas Sampaio*

**GRUPO PARA TABAGISTAS NO CAPS II NOVA VIDA NO  
MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS, BAHIA:  
relato de experiência de um grupo do PET-Saúde/Álcool e Drogas..177**

*Iana Margarida Nascimento Lima*

*Imanoele Lopes de Oliveira Nery*

*Cláudia Viviane de Oliveira Araújo*

*Suely Aires Pontes*

**“RacioCINE”: cinema e debates em saúde .....189**

*Jaqueline da Silva Santos*

*Josélia Silva Carneiro*

*Lilian da Silva Costa*

*Ana Claudia Lobo Borges*

*Sinara Vera*

**SALA DE ESPERA: uma vivência significativa para a  
formação em saúde - relato de experiência .....197**

*Carla Geline Campos*

*Maria de Lourdes Vilas Boas Sampaio*

*Paula Sousa Caldas*

*Suely Aires Pontes*

## **Parte III - Sexualidade, DST/HIV/AIDS**

### **OFICINAS COM ADOLESCENTES: uma estratégia para trabalhar a sexualidade .....211**

*Elias Fernandes Mascarenhas Pereira*

*Rosiane Rodrigues da Silva*

*Lilian Conceição Guimarães de Almeida*

*Oade Oliveira Cunha de Souza*

*Willian Tito Maia Santos*

### **CONHECENDO A DINÂMICA DO SERVIÇO OFERECIDO NO CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO DO MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS, BAHIA .....225**

*Kézia França de Jesus*

*Leticia Falcão de Carvalho*

*Lilian Conceição Guimarães de Almeida*

*Manuela Matos Brito*

*Willian Tito Maia Santos*

### **USO DO PRESERVATIVO POR MULHERES: desafios a serem enfrentados pelo Programa de Educação pelo Trabalho .....239**

*Nadson Duarte Silva Junior*

*Fernanda de Souza Agapito*

*Lilian Conceição Guimarães de Almeida*

*Oade Oliveira Cunha de Souza*

*Manuela Matos Brito*

### **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS-BA .....253**

*Daniela Oliveira Souza*

*Oade Oliveira Cunha de Souza*

*Lilian Conceição Guimarães de Almeida*

**ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO ÀS DST/HIV/AIDS  
UTILIZADAS NA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE EM SANTO  
ANTÔNIO DE JESUS-BA.....265**

*Kézia França de Jesus*

*Leticia Falcão de Carvalho*

*Elias Fernandes Mascarenhas Pereira*

*Lilian Conceição Guimarães de Almeida*

*Oade Oliveira Cunha de Souza*

**A OBSERVAÇÃO NO PROCESSO DE APRENDIZADO NO  
PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A  
SAÚDE .....277**

*Danielle Rios de Souza*

*Iasmin Oliveira Pinheiro*

*Lilian Conceição Guimarães de Almeida*

*Oade Oliveira Cunha de Souza*

*Willian Tito Maia Santos*

**OFICINA COM TRABALHADORES: uma estratégia de  
enfrentamento às DST/HIV/AIDS.....289**

*Elias Fernandes Mascarenhas Pereira*

*Rosiane Rodrigues da Silva*

*Leticia Falcão de Carvalho*

*Lilian Conceição Guimarães de Almeida*

*Manuela Matos Brito*

**SOBRE OS AUTORES .....303**

# PREFÁCIO

*Flávio Adriano Borges Melo<sup>1</sup>*

A formação em saúde, diretamente ligada ao processo histórico e às mudanças sociais, tem requerido uma reflexão em torno da articulação às necessidades apresentadas pelos serviços de saúde. Aliado a isto, identificam-se alguns desafios neste processo, tais como: a desigual distribuição dos profissionais de saúde dentro do país, a dificuldade de fixação dos mesmos em territórios mais carentes socioeconomicamente, uma formação que não esteja somente vinculada às características técnicas e individuais, além da pequena aproximação à realidade vivenciada pela população.

É possível perceber o movimento realizado a nível federal com o intuito de amenizar e/ou solucionar alguns dos pontos previamente expostos. Isto perpassa pela criação do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), as Residências Multiprofissionais em Saúde, o Programa Mais Médicos, a interiorização das Universidades Federais e demais programas e políticas indutoras que vislumbram, de forma implícita ou explícita, a formação em saúde coerente com o que se espera para uma atuação profissional no Sistema Único de Saúde (SUS).

A Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) compõe o bojo de Instituições de Ensino Superior criadas neste contexto histórico e político e, especificamente, os cursos da área de saúde que se encontram alocados no município de Santo Antônio de Jesus. Estes vêm edificando sua estruturação a partir de um

---

1 Enfermeiro, Mestre em Gestão da Clínica pela Universidade Federal de São Carlos. Assessor do Ministério da Saúde no acompanhamento dos Projetos Pró e PET Saúde.

modelo de formação profissional diferenciado, contextualizado e que merece destaque, sobretudo, pela característica interdisciplinar que buscam construir seus alicerces de ensino.

A minha aproximação a esta realidade se deu a partir da experiência enquanto assessor dos projetos Pró e PET Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), mais especificamente, do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), onde tive a oportunidade de acompanhar o processo de implementação e desenvolvimento das atividades propostas pela UFRB no município de Santo Antônio de Jesus.

Esta parceria foi edificada a partir do momento em que iniciamos nosso primeiro contato e, certamente, por termos assumido uma postura de parceiros críticos no olhar para as produções, caminhos percorridos e desafios futuros a serem alcançados. Para a composição harmônica deste processo, foi de extrema relevância a confiança, a abertura e o cuidado que estabelecemos mutuamente, pois sem a presença destas características nesta relação, dificilmente conseguiríamos produzir algo que frutificasse em sucesso como este, que aqui se encontra.

O singelo e perspicaz caminhar baiano, foi tomando forma na edificação de uma rede de saúde escola, que vem contando com uma estreita parceria da Secretaria Municipal de Saúde do município, em prol da viabilização na execução de ações, como as que se encontram relatadas neste livro e, sobretudo, para a ampliação da coerência na formação de profissionais de saúde que sejam compromissados e dedicados a um SUS real e resolutivo.

Entre dificuldades, obstáculos e caminhos tortuosos percorridos, é possível perceber a produção e deslocamento alcançados pelos autores e autoras dos textos expostos (que são porta vozes de muitos outros que aqui não se encontram), em prol do alcance dos objetivos que foram traçados no início deste percurso. Hoje, certamente, existem outros objetivos a serem alcançados, contudo há que se destacar a trajetória percorrida até o momento e

este trabalho está tomado destas experiências, conquistas, desafios e expectativas.

Para além de um relato de casos vivenciados durante este caminhar, este livro, quando analisado com profundidade, reflete a experiência de alunos, preceptores, tutores e profissionais de saúde do município (alguns, inclusive, ex-alunos desta Instituição de Ensino), na configuração de uma formação interdisciplinar e interprofissional, indo além de um mero relato de experiências e de parcerias, revelando aprendizagens e perspectivas na formação profissional.

Ir além é perceber, acima de tudo, que o trabalho executado tem rendido frutos. Muitos destes colhidos em ato, mas outros, que deverão sustentar a perspectiva aqui trazida no caminhar desta organização e que possui o comprometimento com a formação profissional, com o SUS e com a edificação de uma rede de saúde escola neste município, por se tratarem de atores implicados com e na proposta de uma formação em saúde coerente e emancipatória.

Deseja-se que tal produção não possua a pretensão de esgotar o conhecimento acerca das temáticas aqui trabalhadas *in loco*, tão somente, finalizar a exposição de experiências reais construídas no cotidiano dos serviços de saúde, mas sim, disparar um processo de compartilhamento e publicização daquilo que é vivido, experienciado e articulado na relação entre ensino e serviços de saúde com o intuito de tornar objetivo as potencialidades e fragilidades deste processo de construção contínua, por vezes árduo, mas certamente gerador de muitos frutos.



# APRESENTAÇÃO

*Sinara Vera*

*Vânia Sampaio Alves*

*Elaine Andrade Leal Silva*

*Suely Aires Pontes*

*Rosa Cândida Cordeiro*

A universidade tem, entre seus desafios, produzir conhecimento científico e inovações tecnológicas, bem como promover o desenvolvimento social por meio da aproximação entre comunidade acadêmica e comunidade externa. Para tanto, ações de ensino, pesquisa e extensão são preconizadas, de modo a construir uma possibilidade de formação e atuação profissional que considere a realidade social na qual a universidade está inserida. Quando se trata da formação de profissionais de saúde, o desafio da integração entre universidade, comunidade e serviços de saúde parece se ampliar e torna-se imprescindível o questionamento do papel da universidade nesse processo.

Na última década, o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS), indicaram a necessidade de uma reforma curricular nos cursos de graduação da área da saúde, a fim de incluir na formação dos futuros profissionais, a responsabilidade social com a saúde da população e com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). É nesse contexto que, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), foram criados com o propósito de fomentar à formação de profissionais capazes de aliar a técnica e o conhecimento científico à responsabilidade humana, social e ética no cuidado em saúde.

O Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (CCS/UFRB), foi contemplado pelos últimos editais do Pró-Saúde e do PET-Saúde, em uma parceria estabelecida com a Secretaria Municipal de Santo Antônio de Jesus-BA. A primeira participação do CCS/UFRB no PET-Saúde realizou-se no ano de 2011, com a aprovação de um grupo de aprendizagem tutorial do PET-Saúde/Saúde Mental/Crack. Tal experiência sensibilizou outros atores institucionais, tanto no âmbito da universidade, quanto da rede de atenção à saúde, para a ampliação da parceria interinstitucional na construção de novas propostas de projetos PET-Saúde e Pró-Saúde.

Em 2012, a UFRB foi contemplada pelo edital Pró-PET-Saúde Redes de Atenção. A elaboração dessa proposta teve como alicerce as aprendizagens proporcionadas pela experiência do grupo PET-Saúde/Saúde Mental/Crack e as dificuldades daí advindas. Buscou-se, nesse novo momento, a ampliação de participação de docentes, gestores e profissionais da rede de atenção à saúde, de modo a alcançar efetivamente uma integração ensino-serviço e produzir mudanças na formação em saúde. Uma diversificação de cenários de práticas ocorreu, em 2013, quando dois novos grupos PET-Saúde iniciaram suas atividades, com o recorte temático da Vigilância em Saúde.

A experiência do PET-Saúde e do Pró-Saúde tem contribuído para mudanças nos cursos de graduação em saúde do CCS/UFRB, por meio da ampliação dos cenários de prática da rede municipal de saúde, implementação de práticas interdisciplinares e adoção de metodologias ativas no processo ensino-aprendizagem. Os projetos desenvolvidos pelos grupos PET-Saúde possuem como diferencial, o trabalho interdisciplinar entre os sujeitos dos cursos da área da saúde, fomentando ações de pesquisa e extensão em áreas estratégicas para o SUS, qualificando profissionais da saúde e permitindo a iniciação precoce do estudante no exercício profissional.

Os projetos dos grupos do PET-Saúde envolvem a participação ativa de profissionais da rede municipal de saúde, docentes do CCS/UFRB, com diferentes formações profissionais, e estudantes dos cursos de Enfermagem, Medicina, Nutrição e Psicologia. Essa experiência possibilita o compartilhamento de saberes durante a formação profissional, e a contextualização das ações de cuidado e gestão em saúde, produzindo uma estreita relação entre teoria e prática em consonância com a realidade local.

Este livro tem como proposta apresentar a diversidade de ações de pesquisa e de extensão do CCS/UFRB, fomentadas pelo PET-Saúde e Pró-Saúde no município de Santo Antônio de Jesus, Bahia. Os textos inéditos aqui reunidos, percorrem diferentes cenários de práticas profissionalizantes e buscam refletir sobre as ações desenvolvidas, sendo uma produção conjunta de tutores, preceptores e estudantes dos programas. O primeiro texto da coletânea visa relatar as experiências vivenciadas pelo CCS/UFRB, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus, na elaboração dos projetos de PET-Saúde e do Pró-Saúde. Como parte desse relato são apresentadas as principais aprendizagens proporcionadas às instituições e seus atores, bem como os desafios e as perspectivas para as mudanças na formação profissional e na rede de atenção à saúde. Desse modo, buscou-se produzir uma reflexão crítica sobre o trabalho desenvolvido nos diferentes grupos PET-Saúde.

Em seguida, são apresentadas produções dos atores do PET-Saúde e Pró-Saúde do CCS/UFRB, as quais, em sua diversidade, foram agrupadas em três partes: (1) Atenção Básica e Gestão do SUS; (2) Saúde Mental, Álcool e outras Drogas; (3) Sexualidade, DST/HIV/AIDS. Com tal organização, buscou-se sistematizar os relatos em torno de temas relevantes no campo da saúde e, ao mesmo tempo, considerar os diferentes cenários de prática dos grupos de aprendizagem tutorial. Ao percorrer suas páginas, o leitor constatará que muitos estudantes e profissionais – entre tutores e preceptores – buscaram, de forma consistente e arrojada, produzir efeitos nos serviços em que estiveram inseridos por meio de ações de pesquisa

e extensão que tiveram o SUS como espaço de aprendizagem e produção de conhecimento.

Este livro resulta da articulação entre pessoas, grupos e instituições em torno de um objetivo comum: aproximar a universidade das redes de atenção à saúde. Esperamos com esta publicação contribuir para a reflexão sobre a formação profissional em saúde, o papel da universidade e, em especial, a integração ensino-serviço-comunidade.

# OS PROJETOS PET-SAÚDE E PRÓ-SAÚDE NA INDUÇÃO DE MUDANÇAS PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL

*Elaine Andrade Leal Silva*  
*Mariluce Karla Bomfim de Souza*  
*Sinara Vera*  
*Vânia Sampaio Alves*

## **Introdução**

O movimento universal de reforma do Setor de Saúde, decorrente principalmente das rápidas mudanças da sociedade, resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) após o processo de democratização do Brasil. No entanto, constata-se a existência de uma crise na saúde que se justifica pela não efetivação da política pública de saúde, o que envolve, entre outros fatores, os processos de financiamento e a alocação de recursos, a fragmentação dos sistemas de atenção à saúde, a inadequação de práticas de gestão e de cuidado às necessidades de saúde da população, as lacunas na formação de profissionais comprometidos técnica, ética e politicamente com as políticas de saúde.

Se, por um lado, houve inquestionável conquista com as leis constitucionais e infraconstitucionais, expressas no ordenamento jurídico brasileiro, em que a saúde é definida como “resultante de políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever do Estado”, com diretrizes de descentralização, comando único em cada esfera de governo, atendimento integral e participação comunitária (BRASIL, 1988), por outro a formação em saúde depara-se com modelos pedagógicos tradicionais, que pouco interagem com a

realidade do SUS e suas diretrizes para reorientação do modelo assistencial, currículos fragmentados e valorização da centralidade das especialidades e da alta tecnologia.

Para contornar estes desafios para a formação profissional em saúde, o Governo Federal tem adotado, tanto estratégias de expansão do ensino superior e indução de abertura de cursos de medicina, quanto o fomento de mudanças curriculares e de integração ensino-serviço-comunidade. Nessa direção, como parte da política de expansão das Instituições de Ensino Superior, no estado da Bahia, em 29 de julho de 2005, a Lei Federal 11.151, formaliza a criação da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), com sede no município de Cruz das Almas (BRASIL, 2005). Concebida no modelo de multicampia, com sete centros de ensino distribuídos em seis municípios da região do recôncavo do estado, a UFRB oferta, atualmente, 40 cursos de graduação de distintas áreas de conhecimento. Dentre as inovações pedagógicas adotadas pela universidade, destaca-se a implementação de cursos de bacharelado interdisciplinar e o regime de formação em ciclos.

Os cursos de graduação da área de saúde estão concentrados no Centro de Ciências da Saúde (CCS), localizado no município de Santo Antônio de Jesus. Esse município destaca-se na região pela diversificação de pontos de atenção à saúde (unidades básicas, unidades de média e alta densidade tecnológica), os quais têm se constituído como cenários de aprendizagem e formação para os estudantes dos cursos ofertados atualmente no CCS, a saber Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, Enfermagem, Nutrição, Medicina e Psicologia.

Com uma população estimada em 90.949 habitantes (IBGE, 2010), Santo Antônio de Jesus caracteriza-se como importante pólo comercial regional, concentra instituições de ensino e serviços de saúde públicos e privados, sendo ainda sede da Núcleo Regional Leste. Desde 2004, o município encontra-se na condição de gestão plena do sistema municipal, dispondo de alta cobertura da Atenção

Primária à Saúde e de um hospital geral em seu território (BRASIL, 2014).

Desde outubro de 2006, quando foram iniciadas as atividades acadêmicas no CCS, vem sendo estabelecidas parcerias entre a universidade e a Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus, a fim de serem desenvolvidas ações integradas de ensino-serviço, entendendo que tal parceria, se faz importante para influenciar mudanças nos processos de formação e nas práticas de cuidado e na gestão dos serviços de saúde.

A interlocução entre a universidade e os serviços saúde tem sido mediada pela Coordenação de Integração Ensino-Serviço (CIES), setor da Secretaria Municipal de Saúde, que tem buscado articular o desenvolvimento de diversas propostas de ensino, pesquisa e extensão na rede de atenção. Essa articulação tem sido significativamente intensificada pela experiência do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), iniciada em 2011.

Tendo como pressuposto a educação pelo trabalho, o PET-Saúde caracteriza-se como estratégia para qualificação em serviço dos profissionais da saúde e para iniciação ao trabalho de estudantes de graduação na área de saúde (BRASIL, 2010b). O Pró-Saúde fomenta a integração ensino-serviço, mediante apoio técnico e financeiro às instituições de ensino e secretaria de saúde participantes do programa, visando a reorientação da formação em saúde e a produção de conhecimentos científicos e tecnológicos sensíveis às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2010).

A articulação das iniciativas do PET-Saúde e do Pró-Saúde, almeja à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino-aprendizagem e de prestação de serviços de saúde à população. Espera-se, ainda, fomentar grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o serviço público de saúde, caracterizando-se como

estratégia potente para a qualificação em serviço dos profissionais da saúde e formação de estudantes, tendo em perspectiva a qualificação da atenção e a inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento e de tecnologias.

O presente texto tem por objetivo relatar as experiências vivenciadas pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus, na elaboração dos projetos de PET-Saúde e do Pró-Saúde. Como parte desse relato, são apresentadas as principais aprendizagens proporcionadas às instituições e seus atores, bem como os desafios e as perspectivas para as mudanças na formação profissional, e na rede de atenção à saúde.

### **PET-Saúde/Saúde Mental/Crack: a integração de projetos de ensino, pesquisa e extensão na rede de atenção psicossocial**

A primeira participação da UFRB no PET-Saúde realizou-se no ano letivo de 2011, mediante a aprovação de um grupo de aprendizagem tutorial do PET-Saúde/Saúde Mental/Crack. A elaboração desse projeto envolveu a participação de quatro docentes engajados em práticas de ensino, pesquisa e extensão na rede de atenção psicossocial do município de Santo Antônio de Jesus. Essas práticas vinham sendo desenvolvidas sem qualquer articulação entre elas. O Edital Conjunto N° 27, de 17 de setembro de 2010, de chamada de propostas para o PET-Saúde/Saúde Mental/Crack, provocou a aproximação e a interlocução entre os docentes coordenadores destas práticas e da gestão do programa municipal de saúde mental. A elaboração da proposta propiciou, ainda, uma ampliação da discussão acerca da realidade da assistência em saúde mental, álcool e outras drogas no município.

Esta discussão foi norteadora da formulação dos objetivos da proposta do PET-Saúde/Saúde Mental/Crack na UFRB, a qual contemplou atividades de extensão para o mapeamento de projetos

sociais e/ou recursos comunitários, no âmbito do município, com potencialidade de integrar a rede de atenção em saúde mental, crack, álcool e outras drogas, visando a promoção da integralidade do cuidado e a reinserção social de usuários e suas famílias; e de pesquisa para caracterização da rede de atenção em saúde mental, crack, álcool e outras drogas no município de Santo Antônio de Jesus; bem como a caracterização dos territórios e do perfil dos usuários de crack, álcool e outras drogas assistidos na rede de saúde.

Além do conhecimento produzido acerca da atenção em saúde mental, álcool e outras drogas, a experiência desse primeiro grupo PET-Saúde na UFRB favoreceu uma vivência interprofissional sem precedentes no Centro de Ciências da Saúde, ao contemplar a participação de tutores, preceptores de formação, áreas de conhecimentos diversas e estudantes de três cursos distintos e de diferentes semestres. Como lacunas dessa experiência inaugural, podem ser destacadas a pouca expressividade das práticas do PET-Saúde/Saúde Mental/Crack no cenário do CCS, resultando na incipiência de sua ressonância para as discussões acerca da reorientação da formação em saúde, e a articulação restrita com a coordenação do programa municipal de saúde mental, o que acarretou certa limitação no envolvimento de outros gestores e serviços de saúde nessa experiência inicial.

### **Pró-Saúde e PET-Saúde Redes de Atenção: potencializando a interprofissionalidade e a integração ensino-serviço**

A despeito do alcance ainda restrito da experiência do PET-Saúde/Saúde Mental/Crack no que concerne à indução de mudanças nos currículos dos cursos de graduação em saúde no CCS/UFRB e na rede de atenção à saúde do município de Santo Antônio de Jesus, reconhece-se que esta sensibilizou novos atores institucionais, tanto no âmbito da universidade quanto da Secretaria Municipal de Saúde, para a ampliação da parceria interinstitucional

na conformação de novas propostas de projetos PET-Saúde e Pró-Saúde.

O Seminário Nacional do Pró-Saúde e PET-Saúde, realizado pelo Ministério da Saúde, em novembro de 2011, representou uma importante oportunidade de compartilhamento de experiências e estabelecimento de parcerias, visto que as instituições de ensino superior (IES) apresentaram em formato de pôster as suas experiências e os gestores municipais, também presentes, puderam conhecer e serem estimulados a investirem esforços para o desenvolvimento de ações integradas com a universidade. Neste evento, o secretário de saúde do município de Santo Antônio de Jesus, presenciou a apresentação da experiência do PET-Saúde Mental, Crack e outras Drogas no CCS/UFRB, em parceria com a secretaria, através do programa municipal de saúde mental. O evento foi finalizado com o anúncio da publicação do edital Pró-PET-Saúde Redes de Atenção, apontando para o desafio da elaboração de propostas articuladas de Pró-Saúde e PET-Saúde, diferentemente das edições anteriores.

No retorno do evento para o município de Santo Antônio de Jesus, o gestor municipal de saúde revelou seu entusiasmo para submissão de uma proposta ao Edital N° 24 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde, que tratava da seleção de projetos de instituições de Ensino Superior para participação do Pró-Saúde articulado com o PET-Saúde (BRASIL, 2011). Para a elaboração da proposta foram realizadas sucessivas reuniões de articulação entre docentes, gestores do centro de ensino e da Secretaria Municipal de Saúde.

Após a apropriação das recomendações estabelecidas no edital, aproximação dos docentes interessados em construir o projeto, definição da agenda e cronograma de trabalho, iniciou-se a elaboração de uma proposta comprometida com a indução de mudanças para a formação profissional e na rede de atenção à saúde, mediante a aplicação do princípio da indissocialidade entre ensino, pesquisa e extensão.

O Artigo 207 da Constituição Federal Brasileira de 1988, dispõe sobre a concepção de ensino superior e sobre a indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão que, para Catani e Oliveira (2002, p. 79), visa à “concretização de um padrão de qualidade na oferta da educação superior, sendo requerida tendo em vista o papel da universidade na construção de uma sociedade igualitária e democrática”. Entretanto, Pucci (1991, p.33) registra que a expressão “indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão” não deve ser considerada como uma fraseologia de efeito, mas deve ser um instrumento na direção da construção de uma universidade de um bom nível acadêmico, pública, autônoma, democrática, que efetivamente propicie a inclusão da maioria de acordo com suas necessidades concretas.

No anseio de assegurar a teoria e a ação, foram realizadas sucessivas leituras e releituras de cada item do edital (objeto, critérios de admissibilidade, elaboração do projeto, seleção, inscrição na seleção, orçamento e dos recursos, monitoramento e avaliação da proposta) e, paralelamente, contrapontos com a realidade das Redes de Atenção à Saúde nos municípios do recôncavo Baiano.

Do objeto, o edital destacava a articulação do projeto Pró-Saúde e PET-Saúde, o que tornava evidente a necessidade de aproximação com o PET-Saúde/Saúde Mental/Crack, e a oportuna e improporável articulação entre docentes dos diferentes cursos de graduação em saúde do CCS (Psicologia, Enfermagem, Nutrição e Bacharelado Interdisciplinar em Saúde), para o compartilhamento de experiências e a reflexão sobre novos caminhos a serem trilhados para a reorientação da formação em saúde e o fortalecimento da integração ensino-serviço.

A elaboração da proposta do Pró-PET-Saúde Redes de Atenção na UFRB envolveu, portanto, as aprendizagens proporcionadas pela experiência do grupo PET-Saúde/Saúde Mental/Crack e as lacunas nesta percebidas, a ampliação de participação de docentes, gestores e profissionais da secretaria municipal de saúde, para a identificação de necessidades de

mudanças na formação em saúde, integração ensino-serviço, identificação de temas prioritários para elaboração da proposta e de possíveis profissionais com perfil para preceptoria. Dentre os atores da universidade, participaram desse momento a direção do CCS, os gestores de ensino, pesquisa e extensão, coordenadores de colegiados de cursos e alguns docentes de diferentes cursos (enfermagem, psicologia e bacharelado interdisciplinar em saúde). Esses últimos seriam os tutores acadêmicos dos dois grupos PET-Saúde posteriormente aprovados.

A necessária articulação entre os cursos de graduação colocava como desafio a interdisciplinaridade. Em sua noção mais conhecida, a interdisciplinaridade caracteriza-se pela interação entre duas ou mais disciplinas para superar a fragmentação do conhecimento, implicando na troca entre diferentes campos de conhecimento, com vistas à melhor compreensão da realidade. O referencial de interdisciplinaridade remete à ideia de ligar a teoria à prática, tratando de ampliar o conhecimento e possibilitar reais transformações a partir dos esquemas conceituais de análise formados a partir da incorporação da várias especialidades (WEILL; A'AMBROSO; CREMA, 1993). Assim, o desafio da interdisciplinaridade está no estabelecimento da relação entre ideias e realidade e teoria e ação.

Dos critérios de admissibilidade, o edital exigia, dentre outros aspectos, a elaboração da proposta considerando os projetos pedagógicos dos cursos e apresentação em conjunto pela IES e SMS com assinatura dos seus representantes legais. O desafio então era promover a articulação entre a SMS e a gestão da UFRB, distante territorialmente da sede do CCS. Algumas indagações foram então suscitadas pelos atores diretamente envolvidos na elaboração da proposta: qual o papel da gestão central da UFRB na implantação do projeto? Como seria a composição da equipe executora do Pro-Saúde na UFRB?

Consideradas as responsabilidades com a proposta em elaboração e a amplitude de ações no âmbito do ensino, pesquisa e

extensão, definiu-se pela Comissão de Gestão e Acompanhamento Local do Pró-Saúde, composta por gestores do CCS, coordenadores dos colegiados de cursos de graduação do CCS, representantes discentes, representante do Conselho Municipal de Saúde, representantes dos profissionais da rede de atenção à saúde e tutores dos grupos PET-Saúde.

Foram diversas as reuniões com o propósito de assegurar a construção de ações e atividades do Pró-PET-Saúde, que implicassem os envolvidos para o processo de implementação das ações de fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade e a educação pelo trabalho. No âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, o secretário de saúde indicou a Coordenação de Integração Ensino Serviço (CIES), para atuar como coordenadora adjunta do Pró-PET-Saúde, desempenhando assim, a responsabilidade de articulação dos setores administrativos e dos serviços da rede de atenção à saúde, para atenção às demandas do projeto, planejamento e acompanhamento de ações.

Diante do envolvimento de sete docentes na construção da proposta dos grupos PET-Saúde aprovados e dos desafios da integração ensino-serviço no contexto do município, algumas estratégias foram desenhadas com o propósito de potencializar a experiência e assegurar a participação de todos os sujeitos interessados na vivência do PET-Saúde. Dessa maneira, definiu-se, na experiência do CCS/UFRB, a estratégia da tutoria acadêmica compartilhada, formada por pelo menos três docentes para cada grupo PET-Saúde. Com esse desenho, cada docente assumia a tutoria de dois preceptores e quatro estudantes, em distintos cenários de prática, facilitando assim o planejamento, a orientação, a supervisão, a avaliação, o redirecionamento do plano de trabalho desenvolvido por discentes e preceptores no serviço de saúde. Assim, a possibilidade de vivência de experiência de tutoria contribuiu para a formação e desenvolvimento de habilidades para a participação futura no edital do PET-Saúde/Vigilância em Saúde.

O desenho da proposta do Pró-Saúde contemplou dois subprojetos: 1) PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial, cuidados

aos usuários de álcool, crack e outras drogas e 2) PET-Saúde/Estratégia Saúde da Família e as Redes de Atenção. Para a definição dos preceptores destes subprojetos foi organizado um processo seletivo local, cujos requisitos foram: profissional de nível superior dos serviços de saúde, com no mínimo especialização e dois anos de experiência em atividades relacionadas ao projeto. Essa solicitação permitiu à gestão municipal conhecer o perfil e a qualificação dos profissionais de saúde que compõem a rede de atenção à saúde, sendo constatada minoria dos trabalhadores de saúde de nível superior com pós-graduação concluída.

Diante desse diagnóstico inicial, estabeleceram-se intensos diálogos e reflexões envolvendo a gestão de extensão do CCS, os docentes envolvidos no PET-Saúde e a coordenação da CIES, sobre as possibilidades de articulação e contribuição da universidade na qualificação dos profissionais atuantes na rede de atenção, e cujos serviços constituem-se como campos de prática para os cursos do CCS/UFRB.

A proposta do Pró-PET-Saúde na UFRB compromete-se com o fortalecimento da integração ensino-serviço, o direcionamento da reflexão sobre a rede de atenção à saúde. A partir desse compromisso, sua concepção tem alicerce na análise do plano municipal de saúde, no relatório de gestão em saúde, na identificação de temas prioritários de pesquisa e de extensão, na elaboração de projeto de extensão para a rede de atenção psicossocial, a partir do resultado da pesquisa realizada pelo grupo do PET-Saúde/Saúde Mental/Crack e na ampliação da interlocução entre docentes de diferentes áreas de conhecimento (saúde coletiva, práticas de cuidado, humanidades) e cursos (enfermagem, psicologia, bacharelado interdisciplinar em saúde).

Na produção de conhecimento e de pós-graduação, o CCS/UFRB encontrava-se na condição de oferta de cursos de aprimoramento, atualizações sem considerar as necessidades e demandas da rede de atenção à saúde local e regional. Esse dado foi explicitado com o levantamento realizado pela CIES, sobre o perfil

dos trabalhadores de saúde da rede municipal, em que, se verificou que poucos possuíam titulação mínima de especialista. Diante desta realidade, a proposta do Pró-PET-Saúde definiu como uma de suas atividades, a realização de um mapeamento das necessidades de formação e qualificação dos trabalhadores do SUS na região do recôncavo baiano.

No que concerne à interação ensino-serviço, o CCS/UFRB reconhecia a importância de avançar na inserção das práticas de ensino em diferentes níveis de atenção e em territórios diversos, de forma articulada com o sistema de referência e contra-referência. Diante dessas constatações, sugestões, reflexões e questionamentos, modulou-se o projeto de pesquisa e extensão do PET-Saúde/Estratégia de Saúde Família e as Redes de Atenção com o objetivo de analisar as Dificuldades na Operacionalização das Redes de Atenção à Saúde em Santo Antônio de Jesus, Bahia.

Quanto à integração do ciclo básico ao ciclo profissional, a análise dos currículos dos cursos de enfermagem, nutrição e psicologia apontou que, os mesmos apresentam-se com fragmentação dos ciclos básico e específicos. Definiu-se, então, pela construção de um modelo de formação que possibilite integração, do ciclo básico com o ciclo profissional, ao longo de toda formação acadêmica nos diferentes cursos de graduação, com a incorporação crescente de estratégias ativas de ensino aprendizagem. Esta imagem objetivo, foi utilizada como ponto importante de reflexão no processo de reformulação curricular, em que todos os quatro cursos do Centro de Ciência da Saúde recentemente efetuaram.

A partir da experiência da elaboração do projeto do Pró-PET-Saúde Redes de Atenção, a despeito dos desafios com os quais os atores institucionais tem se confrontado no cotidiano de sua implementação, reconhece-se contribuições significativas para a indução de processos de mudança na formação profissional e na rede de atenção à saúde. Os dois grupos PET-Saúde que constituem o projeto, são constituídos por tutores, preceptores e estudantes de diferentes formações. Com a implantação do curso de medicina do

CCS/UFRB, em dezembro de 2013, os estudantes deste curso foram admitidos ao PET-Saúde que, atualmente, conta com a participação de bolsistas dos cursos de enfermagem, nutrição, medicina e psicologia. Os cenários de práticas foram ampliados e diversificados, sendo incluídos não apenas novos serviços como também espaços da gestão. Nesse sentido, afirma-se que o projeto do Pró-PET-Saúde no CCS/UFRB contribuiu para o fortalecimento e expansão da experiência, sobretudo no que tange a vivências interprofissionais e a integração ensino-serviço.

Outra importante contribuição desse projeto foi a formação de tutores para a elaboração de novas propostas de PET-Saúde. Ressalta-se, ainda, que o projeto aproximou diferentes docentes do CCS/UFRB, proporcionando experiência de construção coletiva e articulação de projetos de ensino, pesquisa e extensão outrora isolados e distantes do processo de integração ensino-serviço e comunidade, por vezes muito pouco sensíveis às necessidades do SUS local.

### **PET-Vigilância em Saúde: ampliação e diversificação de cenários de práticas para a formação em saúde**

De forma a ampliar as experiências dos grupos PET-Saúde, foram aprovados, em 2013, dois novos grupos com o recorte temático da Vigilância em Saúde. Neste sentido, alguns docentes que já estavam envolvidos em outros grupos do PET-Saúde elaboraram as duas novas propostas, fundamentadas em um conceito ampliado de Vigilância em Saúde e de reorganização das práticas de saúde, que leva em conta, a busca de integridade do cuidado à saúde, à necessidade de adequar as ações e os serviços à situação concreta da população de cada área territorial, definida em razão das características sociais, epidemiológicas e sanitárias (CONASS, 2007).

Os dois grupos do PET-Saúde/Vigilância em Saúde assumem eixos temáticos específicos, a saber: 1) Promoção da Qualidade de Vida de Usuários de Pessoas que convivem com o HIV/AIDS e são

Usuários de crack e outras drogas, com objetivo geral de analisar as ações de vigilância e prevenção relacionadas ao HIV/AIDS e ao consumo de álcool e outras drogas, no contexto da Estratégia de Saúde da Família de Santo Antônio de Jesus; 2) Desenvolvimento de Estratégias de Vigilância, controle e redução da transmissão do HIV/AIDS em Mulheres de Santo Antônio de Jesus-Bahia, com objetivo geral de traçar estratégias de vigilância, controle e redução da transmissão do HIV/AIDS das mulheres deste município.

Para a construção do projeto do PET-Saúde/Vigilância em Saúde, contou-se com a participação de atores da Secretaria Municipal de Saúde, através da Representante da CIES; do Centro de Testagem e Acolhimento (CTA) e coordenadoras de duas Unidades de Saúde da Família do município, as quais permaneceram participando das demais etapas do projeto, incluindo as práticas nos cenários. Para o alcance dos objetivos propostos, um com base na pesquisa, de natureza exploratória e descritiva, e outro na extensão, buscou-se contemplar atividades de identificação, planejamento, programação, realização e participação do grupo de aprendizagem tutorial, através de reuniões com toda a equipe envolvida.

Com a implantação dos grupos PET-Saúde/Vigilância em Saúde (PET-VS), houve a diversificação de cenários de práticas no Sistema Único de Saúde, participando junto com a comunidade acadêmica das discussões e reflexões sobre os processos formativos em saúde, ampliando o número de projetos de pesquisa e de extensão desenvolvidos nos serviços da rede de atenção municipal.

A articulação entre as iniciativas de extensão e de pesquisa possibilita o questionamento e a problematização da realidade, produz conhecimento e a elaboração do novo pela práxis, pelo ato ação-reflexão. Segundo Freire (2008), no processo formativo, a reflexão crítica frente à realidade, se dá no confronto teoria e prática.

O trabalho em saúde no qual o discente se insere através do PET-Saúde, por ser essencialmente relacional, permite o conhecimento e o aprendizado com o outro e a reflexão crítica através do diálogo que permeia a formação em saúde. Portanto, as

implicações subjetivas nas vivências extensionistas, a exemplo do PET-Saúde, proporcionam, segundo Silva, Ribeiro e Silva Junior (2013), as relações multiprofissionais e determinam a dinâmica da produção de conhecimentos, que se refletem na produção do cuidado integral.

### **Algumas Considerações**

A experiência do PET-Saúde e do Pró-Saúde na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), iniciada em 2011, configura-se como uma iniciativa nova em uma universidade pública em pleno processo de implementação. Esta circunstância contextualiza e ao mesmo tempo permite dimensionar a sua relevância para a integração ensino-serviço, e os processos de mudança na formação em saúde. A relação estabelecida entre o Centro de Ciências da Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus, sempre buscou viabilizar o desenvolvimento de práticas de ensino, pesquisa e extensão na rede de atenção à saúde. Entretanto, esta inserção muitas vezes defrontou-se com dificuldades de operacionalização que a experiência do PET-Saúde e do Pró-Saúde tem possibilitado contornar, mediante aporte financeiro para a aquisição de equipamentos e mobiliário para instalação de salas de integração ensino-serviço nos cenários de prática, material de consumo para as atividades de ensino, pesquisa e extensão desenvolvidas por estudantes nesses serviços, concessão de bolsas para preceptores.

Quanto às mudanças na formação em saúde, a participação direta de nove docentes e de quarenta estudantes bolsistas nos projetos do PET-Saúde e Pró-Saúde tem conferido uma ressonância das vivências na rede de atenção à saúde nos cursos do CCS/UFRB. Verifica-se, por exemplo, um número crescente de inscritos nos processos seletivos de estudantes bolsistas do PET-Saúde e a motivação de novos docentes em participar da experiência e a expectativa quanto ao lançamento de editais futuros.

Esse interesse crescente da comunidade acadêmica do CCS/UFRB pelo PET-Saúde tem sido, por sua vez, acompanhado do questionamento quanto a não participação de estudantes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS), no programa. A reestruturação dos currículos dos cursos do CCS/UFRB, concluída em 2014, incorporou o regime de formação em ciclos, com o BIS correspondendo ao primeiro ciclo de formação para os cursos profissionalizantes em saúde. O segundo ciclo de formação inicia após o estudante ter cursado três anos do BIS e tem duração de três para os cursos de enfermagem, nutrição, psicologia e quatro anos para medicina. Diante desta proposta pedagógica inovadora, a exclusão de estudantes do BIS no PET-Saúde não contempla a sua aproximação precoce com a realidade da rede de atenção à saúde.

As mudanças proporcionadas pela experiência do PET-Saúde e Pró-Saúde na rede de atenção à saúde do município, fazem-se notórias pelo processo de qualificação dos preceptores, pela diversificação de práticas e de produção de conhecimentos e tecnologias no âmbito dos serviços e seus territórios, pela articulação de ações entre profissionais e serviços estimuladas pelas iniciativas do PET-Saúde. Diante dos desafios relatados nesse texto, depreende-se que essas mudanças são processuais, resultantes de diálogos e de articulações cotidianas entre os diversos atores institucionais. Afinal, de todas as aprendizagens que o PET-Saúde e Pró-Saúde têm nos proporcionado, a mais relevante e significativa, é a de que precisamos seguir aprendendo e transformando a realidade da nossa instituição de ensino e da rede de atenção à saúde local e regional.

## Referências

BRASIL. **Constituição da república federativa do Brasil:** promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. **Edital Nº 24 de 15 de dezembro de 2011**. Seleção de Projetos de Instituições de Educação Superior. Diário Oficial da União nº241 de 16 de dezembro de 2011, p. 268-272.

BRASIL. **Lei Nº 11.151**, de 29 de julho de 2005. Dispõe sobre a criação da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB, por desmembramento da Universidade Federal da Bahia - UFBA, e dá outras providências. Diário Oficial da União nº 146 de 1º de agosto de 2005. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11151.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11151.htm)>. Acesso em: 20 ago. 2014.

BRASIL. **Portaria Interministerial Nº 3.019**, de 26 de novembro de 2007. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Prosaúde, para outros cursos de graduação em Saúde. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/pri3019\\_26\\_11\\_2007.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/pri3019_26_11_2007.html)>. Acesso em: 25 jun. 2014.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 421 de 03 de março de 2010**. Institui o PET-Saúde para a formação de Grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o SUS. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287\\_08\\_10\\_1998.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html)>. Acesso em: 25 jun. 2014.

BRASIL. **Resolução nº 287, de 8 de outubro de 1998**, do Conselho Nacional de Saúde. Dispõe sobre as categorias nacionais de saúde de nível superior. <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 13 jun. 2014.

BRASIL. **Sala de Apoio a Gestão Estratégica**. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>. Acesso em 13 junho de 2014.

CATANI, A.; OLIVEIRA, J. A educação superior. In: OLIVEIRA, R.; ADRIÃO, T. (Orgs.). **Organização do ensino no Brasil:**

níveis e modalidades na Constituição Federal e na LDB. São Paulo: Xamã, 2002.

FREIRE, P. **Conscientização**: teoria e prática da libertação - uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 3. ed. São Paulo: Centauro, 2008.

IBGE. 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=292870&search=bahia%7Csanto-antonio-de-jesus>>. Acesso em: 13 jun. 2014.

PUCCI, B. **A indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão**. Piracicaba, SP: Impulso, 1991.

SILVA, A. F. L.; RIBEIRO, C. D. M.; SILVA JUNIOR, A. G. Pensando extensão universitária como campo de formação em saúde: uma experiência na Universidade Federal Fluminense, Brasil. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 45, p. 371-384, 2013.

WEILL, P.; D'AMBROSO, U.; CREMA, R. **Rumo a nova transdisciplinaridade**: Sistemas Abertos de Conhecimento. 3. ed. São Paulo, SP: Summus, 1993.



PARTE I  
**Atenção Básica e  
Gestão do SUS**



# CONTRIBUIÇÕES DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA O FORTALECIMENTO DA GESTÃO DO SUS

*Cleise Cristine Ribeiro Borges*

*Aline Pires Reis*

*Elaine Andrade Leal Silva*

*Rafaela Carla da Silva Hilarião*

*Ariane Andrade Farias*

Os inúmeros desafios enfrentados pelos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), para consolidar a Estratégia de Saúde da Família (ESF), como modelo reorganizador da Atenção Primária à Saúde, traduz uma crescente necessidade de planejamento, monitoramento e avaliação das práticas ora desenvolvidas, tendo em vista principalmente as dificuldades encontradas em assegurar uma uniformidade das ações desenvolvidas. Diante deste contexto, o objetivo deste capítulo é relatar as contribuições do PET-Saúde da Família para o fortalecimento da gestão do SUS no município de Santo Antônio de Jesus, Bahia, sob o ponto de vista do Grupo Tutorial do cenário da Gestão da Atenção Básica: tutoria, preceptoria e petianas.

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), busca incentivar a interação ativa dos estudantes e docentes dos cursos de graduação em saúde com os profissionais dos serviços e com a população, constituindo um instrumento para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos aos estudantes da área, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde

– (SUS) (RODRIGUES et al., 2012). A Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), foi contemplada com o PET – Estratégia de Saúde da Família e Redes de Atenção (PET-SF RAS), uma parceria entre o Centro de Ciências da Saúde (CCS) desta instituição, com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), de Santo Antônio de Jesus.

Os integrantes do PET-SF RAS atuam em seis locais dos serviços de Saúde do município (Cenários do PET-SF RAS), cada um desenvolvendo atividades, de acordo com um plano trabalho. Um desses cenários é a Gestão da Atenção Básica (GAB) que funciona na SMS, composto por uma tutora (Docente da UFRB), uma preceptora (Diretora da GAB de Santo Antônio de Jesus) e duas alunas bolsistas (graduandas do curso de Enfermagem da UFRB). O plano de trabalho desse cenário, foi elaborado visando proporcionar as discentes uma maior vivência e aprendizagem sobre a Gestão dos Serviços de Saúde, com ênfase na Atenção Básica do município em questão.

Desta forma, para subsidiar a construção desse capítulo, foram feitas análises do plano de trabalho, e em seguida uma síntese das ações desenvolvidas que culminaram em contribuições para o fortalecimento da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), no município de Santo Antônio de Jesus. Tais contribuições, por questões didáticas e conforme plano de ação adotado, foram divididas em tópicos, apresentados a seguir.

## **Conhecendo a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde**

Um dos eixos do plano de ação, contém atividades voltadas para o reconhecimento da organização da SMS de Santo Antônio de Jesus e dos instrumentos de trabalho da Gestão da Atenção Básica. A finalidade dessa atividade foi permitir que as bolsistas conhecessem a organização da SMS, visitando alguns dos

setores que a compõe e analisando as atribuições e competências de cada um. A atividade foi realizada em conjunto com a preceptora e a tutora do cenário e teve duração de um mês, entre Setembro e Outubro de 2013. Foi desenvolvida através de visitas a alguns setores da SMS, para observação do local e dinâmica de funcionamento dos serviços, e conversas informais com os responsáveis, para identificar as atribuições de cada setor. Assim sendo, entendeu-se a finalidade e a importância de cada setor no contexto da gestão do SUS, as atividades que eles realizam e quais as dificuldades e facilidades na execução encontradas por cada um, além de buscar compreender a relação existente entre os setores que compõe o organograma desta Secretaria. Foi possível correlacionar à função e as ações de cada setor, com o que é previsto na Lei Orgânica da Saúde e entender a importância da integração entre os setores, para um bom funcionamento dos serviços de saúde. Com a realização dessa atividade, notou-se que a SMS está organizada de tal forma, que cada setor desempenha seu papel na execução dos serviços de saúde havendo, integração entre eles. Para os envolvidos, principalmente para as bolsistas, a experiência trouxe uma vivência diferenciada, pois à medida que as visitas iam acontecendo era notável a integração entre ensino e formação para o trabalho no SUS. Para os gestores do SUS, à medida que os estudantes conversavam com eles desencadeava um processo de planejamento, reflexão e gestão através da acolhida aos integrantes do PET-Saúde. Assim, nesse processo de acolhimento, a gestão municipal ia sendo fortalecida, tendo em vista que integrou ainda mais os coordenadores e/ou diretores dos setores para o trabalho cooperativo; cogitou-se a possibilidade da gestão municipal tornar cenário de prática para graduandos e pós graduando em saúde; além de possibilitar uma autoavaliação do trabalho realizados pelos gestores do SUS.

Outro ponto abordado e que faz relação com esse momento foi o diagnóstico sobre a Situação de Saúde do Município, conforme descreveremos a seguir.

## **Atuação do PET-Saúde a partir da aproximação com a Gestão do SUS**

O Plano Municipal de Saúde (PMS), consiste em um processo estratégico para gestão do SUS, elaborado conforme determinação dos princípios e diretrizes deste sistema. O mesmo é construído a partir da análise da situação de saúde pelos profissionais que compõe a rede, sendo apresentado ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) para apreciação (SANTO ANTÔNIO DE JESUS, 2009). Depois de aprovado pelo CMS, o PMS constitui-se um compromisso da gestão municipal com a melhoria da saúde da população. Este documento traz problemas de saúde do estado da população, exposto através dos indicadores de morbimortalidade e dos determinantes de saúde, bem como os problemas relacionados com a gestão dos serviços de saúde e do modelo assistencial que interferem no resultado das ações. Visando correlacionar as necessidades apontadas no PMS do Município de Santo Antônio de Jesus e a sua relação com Rede de Atenção à Saúde (RAS), esta ação buscou também fazer uma aproximação deste instrumento com a Lei nº 8.080/90 e a Lei nº 8.124/90. Desta forma, pode-se compreender que os problemas de saúde, foram priorizados a partir de reunião com os profissionais de saúde que coordenam os setores da SMS, buscando as causas e consequências para cada problema levantado.

Dado o exposto, o PMS em questão, encontra-se respaldado nas Leis Orgânicas da Saúde, sendo um documento importante para a gestão, funcionamento e organização dos serviços de saúde, a fim de propor políticas públicas de saúde e que venham trazer a promoção, prevenção, recuperação dos usuários do SUS, fazendo com que a Rede de Atenção à Saúde seja efetiva e integralizada, proporcionando desta forma, um suporte à população em suas necessidades. Entretanto, ressalta-se que o PMS precisa voltar-se para às necessidades do município, discutindo e priorizando problemas juntamente com os setores da Secretaria Municipal de Saúde e as Equipes de Saúde da Família, bem como os usuários do SUS. O levantamento de problemas, a priorização e aprovação dos mesmos, possibilitam a construção coletiva para o advento da solução desses problemas de saúde. Como contribuição para Gestão

Municipal, foi realizada uma oficina com todos os integrantes do PET-SF para levantamento de problemas de saúde vivenciados por estes nos cenários de atuação dos grupos tutoriais, e a partir daí, foi confeccionado um relatório e que foi encaminhado para o grupo condutor de elaboração do PMS 2014-2017, do Município em questão, conforme demonstrado no quadro abaixo:

QUADRO 1 - Problemas encontrados e estratégias sugeridas para o fortalecimento da gestão do SUS em Santo Antônio de Jesus, BA, 2014.

<b>PROBLEMA</b>	<b>ESTRATÉGIA</b>
<b>Excesso de burocratização no processo de trabalho dos setores de saúde.</b>	Descentralização das atividades e competências a fim de otimizar os serviços.
<b>Falta de articulação e comunicação entre os setores de saúde.</b>	Promover fóruns interdisciplinares como estratégia de enfrentamento, criando mecanismo de comunicação efetiva.
<b>Pouca participação popular nos processos de gestão.</b>	Criação/ fortalecimento dos conselhos locais de saúde.
<b>Falha na comunicação/articulação no trabalho em rede.</b>	Inserção deste problema como prioridade no plano plurianual de saúde; implantação do sistema informatizado; Capacitação sobre o trabalho em rede em todos os níveis de complexidade.
<b>Falta de recursos e materiais básicos (atadura, esparadrapo, medicações).</b>	Fortalecer o Planejamento e a operacionalização sobre aquisição e distribuição dos insumos nos serviços de saúde na rede de saúde municipal.
<b>Fragilidade do vínculo empregatício.</b>	Realização de concurso público, inclusive para os cargos de gestores.
<b>Fragilidade na comunicação em rede.</b>	Criação de protocolos, fluxos; informatizar a rede; criação de prontuário eletrônico; ampliar a rede; fortalecer a referência e contra referência.
<b>Ausência de linha de cuidados.</b>	Organizar as linhas de cuidado partindo do recorte da população, em ciclos vitais identificando os diversos atores que controlam os recursos das linhas de cuidado proposta e organizar um comitê gestor para produzir a pactuação necessária para implementação das linhas.
<b>Ausência de discussão sobre o processo de trabalho.</b>	Discutir junto com a equipe e comunidade os processos de trabalho das USF pactuando os objetivos e ações.
<b>Transporte disponível na Atenção Básica para realizar visita domiciliar e entrega de material.</b>	Disponibilizar uma vez por semana veículo para visita domiciliar, entrega de materiais entre outros.

Fonte: PET-Saúde da Família, 2014.

A priori, os problemas de saúde e gestão dos serviços, bem como as estratégias de intervenção apontadas, e que foi resultado da escuta qualificada aos trabalhadores de saúde e usuários dos serviços de saúde municipal; da imersão dos bolsistas na Rede de Atenção à Saúde de Santo Antônio de Jesus; das reflexões acadêmicas sobre SUS; do desdobramento da pesquisa-ação realizada sobre a operacionalização da RAS. Cabe ao controle social, aos envolvidos com o PET-Saúde e a gestão municipal, refletir sobre tais apontamentos e fazer ecoar as transformações necessárias para um SUS melhor e fortalecido.

Dando continuidade as ações desenvolvidas pelos bolsistas, cabe destacar o envolvimento nos processos de planejamento e avaliação da GAB. Assim, descreveremos a seguir, o processo de acompanhamento do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica.

### **Acompanhamento do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ- AB)**

A reorganização do modelo assistencial de saúde no SUS, se tornou um passo importante para o fortalecimento de um sistema público de saúde viável e efetivo. É neste cenário que a Atenção Primária à Saúde se fortalece como ordenadora do cuidado em saúde, responsável pela mudança do modelo hospitocêntrico, focado na doença, para o desenvolvimento de um modelo centrado na promoção e proteção da saúde. A partir deste contexto, é instituído pelo Ministério da Saúde (MS), através da Portaria GM nº 1.654, de 19 de Julho de 2011, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), que tem como principal objetivo induzir a ampliação do acesso e da melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

O PMAQ-AB utiliza o Instrumento de Avaliação do Desempenho como estratégia para conseguir garantir a melhoria do acesso e qualidade da Atenção Básica para toda a população brasileira. Encontra-se organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo para essa melhoria, a saber: Adesão e contratualização; Desenvolvimento; Avaliação externa; Recontratualização. Percebe-se, portanto, que é necessário um estímulo para que as equipes envolvidas produzam soluções inovadoras, para atingir os resultados esperados pelo programa. Nesse contexto, a GAB é considerada uma peça importante, a partir do momento em que ela assume a responsabilidade de sensibilizar e impulsionar a segunda fase do PMAQ, etapa onde é aplicado um instrumento de autoavaliação das ações desenvolvidas pelas Equipes de Atenção Básica (EAB). Este momento de autoavaliação é fundamental para desenvolver a qualificação das equipes, e é por meio dela que a GAB juntamente com a EAB através de opiniões e emissão de juízo de valor, inicia a identificação e reconhecimento das dimensões positivas e negativas do trabalho desenvolvido, produzindo caminhos que facilitem mudanças e aprimoramento do processo de trabalho.

Assim, existia um eixo no plano de trabalho que permitia as bolsistas realizar o acompanhamento das fases do 2º ciclo PMAQ. Dado o exposto, o objetivo desta ação é oportunizar a vivência das bolsistas no cenário da Gestão da Atenção Básica, frente ao acompanhamento das etapas do PMAQ em Unidades de Saúde da Família (USF), do Município de Santo Antônio de Jesus, no período de novembro de 2013 a janeiro de 2014. Este acompanhamento aconteceu de modo interinstitucional (discentes, docente da UFRB e Diretora da AB) e em diferentes etapas. Inicialmente, houve a orientação pela Diretora da AB do município em questão, sobre a importância, objetivos e etapas do PMAQ; em seguida, houve o direcionamento de leituras para apropriação da temática. No que se refere ao acompanhamento da primeira etapa, houve a apresentação do termo de adesão e contratualização do município e das EAB ao programa.

Durante a fase do desenvolvimento do PMAQ, as bolsistas puderam acompanhar visitas as EAB, onde foi possível perceber que o papel da GAB, torna-se fundamental a partir do momento em que, analisa e avalia o processo de trabalho da equipe, emitindo também, opiniões para melhoria do processo de trabalho e iniciando junto à EAB, o processo de planejamento e pactuação para garantia de tais melhorias. Em seguida, houve também uma análise dos relatórios que demonstravam o desempenho das USF no ciclo anterior do PMAQ.

Através desta experiência, pode-se perceber que o PMAQ possui ferramentas que podem potencializar os profissionais das EAB, à desenvolver melhorias em pró do acesso e qualidade dos serviços e ações desenvolvidas, através da adoção de padrões de boas práticas e organização das unidades, fazendo com que estas atuem conforme o preconizado pelos princípios da AB, conduzindo para satisfação dos usuários e ao mesmo tempo o PMAQ, por tentar estabelecer a conformidade das unidades de saúde com os princípios da AB, induzindo as mesmas, a terem eficiência e efetividade no sistema de saúde.

Além do exposto, a partir do conhecendo dos indicadores e padrões do PMAQ e que as USF pactuaram no momento da adesão ao programa, pode-se identificar que os desafios estão voltados para alguns pontos críticos, tais como: precariedade da instalação física, o que limita o desenvolvimento de prática de saúde com mais qualidade; ambiência pouco acolhedora das Unidades de Saúde, que não trazem satisfação aos usuários no atendimento; inadequadas condições de trabalho para os profissionais comprometendo um atendimento de qualidade para os usuários; necessidade de qualificação dos processos de trabalho das equipes de AB, pela precariedade de interação da equipe multidisciplinar, pela falta de orientação do trabalho com relação das prioridades, metas e resultados, definidos em comum acordo pela equipe, gestão municipal e comunidade; instabilidade das equipes das USF; insuficiência dos processos de gestão desenvolvidos para indução e

acompanhamento da qualidade do acesso e da baixa integralidade e resolutividade das práticas do serviço da AB.

A contribuição do PET-SF na etapa de desenvolvimento do PMAQ para gestão do SUS, pautou-se nas reflexões a cerca da dicotomia entre o saber e o fazer, da necessidade da GAB em fortalecer a educação permanente e monitoramento continuado não punitivo, formador para a qualidade e acesso da atenção básica aos usuários do SUS.

Em seguida, apresentaremos um produto do plano de trabalho de importante relevância para a GAB, que vem a ser a confecção da cartilha do e-SUS para os Agentes Comunitários de Saúde.

### **Confecção de cartilha do e-SUS para os Agentes comunitários de Saúde**

No processo de fortalecimento do Sistema Único de Saúde, o Agente Comunitário de Saúde (ACS), tem sido fundamental para a integração dos serviços de saúde da Atenção Primária com a comunidade, atuando na Estratégia Saúde da Família como o interlocutor entre as famílias e as equipes, realizando o preenchimento de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade; o registro de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde para fins exclusivos de controle, planejamento das ações de saúde e monitoramento de situações de risco à família (LIMA A.P. et al., 2012).

Entendendo que a qualificação das informações coletadas pelo ACS é importante para ampliar a qualidade do atendimento a população, o Departamento da Atenção Básica (DAB), do Ministério da Saúde (MS), desenvolveu a estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), a fim de reestruturar os Sistemas de Informação em Saúde do MS, fazendo referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico (BRASIL *apud* MARCOLINO; SCOCHI, 2010).

Essa estratégia visa à melhoria na qualidade da informação em saúde e aperfeiçoar o uso da mesma através do detalhamento das informações, integrando todos os sistemas de informações existentes na AB reduzindo a necessidade de registrar as mesmas informações em mais de um instrumento (LIMA A.P. et al., 2012).

Diante do exposto, essa ação teve como objetivo, confeccionar uma cartilha sobre o e-SUS AB para os ACS por docentes, discentes da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia e gestora da AB, visando auxiliar a coleta de informações, de forma clara e objetiva, possibilitando uma adaptação ao novo de forma mais tranquila. Este produto, se justificou pelo desejo de fortalecer o Sistema de Informação em Saúde, o que poderá melhorar a informação gerada através da coleta de dados, visto que a cartilha irá contribuir para uma melhor aproximação dos ACS ao e-SUS AB, o que por sua vez irá facilitar o seu aprendizado.

A confecção iniciou-se com a partir da leitura do manual e-SUS AB proposto pelo MS, com o objetivo de conhecer melhor o novo programa, definiu-se que a construção da cartilha era para facilitar o aprendizado dos ACS, no que diz respeito ao sistema de coleta de dados do e-SUS AB. No processo de construção, definiu-se que a formatação da cartilha deveria ser de forma dinâmica, onde cada espaço a ser preenchido nas fichas propostas pelo sistema, seria representado por uma cor diferente e com um texto explicativo apresentado com a mesma cor, fazendo com que os ACS pudessem associar rapidamente o texto explicativo com o espaço a ser preenchido.

Desta forma, a cartilha contempla orientação para o preenchimento das seguintes fichas: cadastramento familiar, cadastro individual e visita domiciliar, explicando todos os blocos de preenchimento que compõem cada uma destas, conforme orientações no Manual e-SUS AB. Adotou-se uma linguagem clara e acessível, bem como a impressão colorida do material para facilitar a visualização e tornar mais atrativo, escolhendo um tamanho médio para impressão viabilizando o fácil manuseio e a facilidade

para ser transportada, podendo ser consultada a qualquer momento de dúvida em que os ACS identificarem, no ato de preenchimento das referidas fichas.

Como produto final, a cartilha conta com 60 páginas, sendo 30 páginas frente e verso. Serão confeccionadas 230 exemplares para serem distribuídas pela GAB, durante as reuniões de equipe para treinamento e implantação do e-SUS AB no Município. Como resultado desta experiência proporcionada pelo PET-Saúde, pode-se construir uma importante ferramenta de trabalho e de gestão para Atenção Básica do Município, o que irá contribuir para qualificação dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família, em especial dos ACS, que poderão lançar mão de um recurso essencial neste processo de transição dos sistemas de informação.

Com a continuidade ao plano de trabalho, bem como a integração ensino-serviço oportunizada por este, para os sujeitos envolvidos no cenário da GAB, foi possível acompanhar o processo de descentralização dos serviços da Central de Marcação para as Unidades Básicas de Saúde, conforme descrito a seguir.

### **Descentralização da marcação dos procedimentos da regulação para as USF**

Contemplando uma ação do plano de trabalho no cenário da Gestão da Atenção Básica, as bolsistas puderam realizar visitas na Central Municipal de Regulação do SUS (CMR) e em algumas USF para observar as mudanças advindas do processo de descentralização da marcação dos procedimentos médicos, identificando as facilidades e dificuldades vivenciadas pelos gestores e trabalhadores para implementação desse processo. A Central de Regulação do SUS municipal, é o órgão responsável pela marcação de consultas com especialistas, procedimentos e exames, frente a uma população de mais de 100.000 habitantes, com muitas necessidades no âmbito da saúde, o qual vivenciava rotineiramente grandes filas e muitas

demandas reprimidas, com insatisfação dos usuários devido a não garantia da marcação dos procedimentos.

Diante disso, e com o fito de cumprir com o princípio da equidade, a gestão municipal percebeu a necessidade de modificar a realidade apresentada acima, a partir da descentralização das marcações para as USF, adotando-se para isso Protocolos Municipal de Regulação. Esse processo iniciou-se em no mês de Julho de 2014, onde cada USF recebe as cotas de cada procedimento a ser agendado para o mês seguinte.

Ao realizar as visitas em algumas USF do município em questão, onde se procedeu a observação e conversa informal com profissionais de saúde que trabalham diariamente com a marcação, pode-se notar que as cotas encaminhadas pela CMR, são insuficientes para responder a demanda da população das áreas de abrangência, gerando um grande acúmulo das guias de solicitações dos usuários nas Unidades de Saúde. Foi possível perceber diferentes pontos de vista ao conversar com os profissionais da CMR e das USF. Alguns profissionais acreditam não ser pertinente a mudança, por terem apenas transportado o problema da marcação para as USF. Já outros, comungam com a decisão dos profissionais da CMR, entendendo que a mudança é benéfica, uma vez que diminuiram-se as filas que iniciavam na madrugada na CMR, o que por sua vez, contribuiu para garantia do direito e da oportunidade de todos a terem acesso aos serviços mais próximos de suas residências.

Entretanto, é preciso ainda superar a insuficiência de vagas e a necessidade de aprimoramento no processo de marcação, como a informatização, bem como, a qualificação dos profissionais para realizar estas marcações. Este levantamento, somado ao relatório elaborado sobre, os pontos fortes e pontos a serem melhorados, realizado pelo PET-SF, foi uma contribuição significativa para a gestão municipal, no sentido de aprimorar as estratégias utilizadas e planejar ou re-planejar próximos passos para equacionar a universalidade com equidade.

## Alguns Apontamentos...

Nas experiências do PET-SF aqui narradas, sobre suas contribuições para o fortalecimento da Gestão do SUS, emerge uma reflexão que a ratifica: a integração ensino/serviço é factível, possível e precisa ser expandida para outros espaços. A UFRB através do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, transcende a dimensão da Universidade em mudar a realidade das comunidades, para uma dimensão de auxiliar na gestão dos serviços de saúde, para um SUS melhor e mais fortalecido. Formar trabalhadores para o SUS, compreender o SUS como escola, é um debate que esta apenas começando na UFRB. Então convidamos a todos: trabalhadores, gestores, usuários dos SUS, docentes, discentes, pesquisadores, extensionistas das universidades, entre na roda do SUS escola e vamos fazer a ciranda acontecer.

## Referências

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 29 jun. 2011, Seção I, p. 1.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 20 set. 1990, Seção I, p. 18055.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dez. 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos

financeiros na área da saúde e dá outras providências. . **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, de dez. 1990, Seção I, p. 25694.

LIMA A.P. et al. Conhecimento de Agentes Comunitários de Saúde sobre os instrumentos de coleta de dados do SIAB. Brasília, **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 1, p. 121-127, 2012.

MARCOLINO, J.S.; SCOCHI, M.J. Informações em Saúde: o uso de SIAB pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 31, n.2, p. 314-320, 2010.

RODRIGUES, A. A. A. O. et al. Processo de Interação Ensino, Serviço e Comunidade: a Experiência de um PET-Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 1, Supl. 2, p. 184- 192, 2012.

SANTO ANTÔNIO DE JESUS. **Plano Municipal de Saúde, 2009-2013**. Santo Antônio de Jesus, BA: Secretaria Municipal de Saúde, 2009.

# **REFLEXÕES DE ACADÊMICAS DO PET-SAÚDE/VS ACERCA DAS VIVÊNCIAS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

## **MARITA AMÂNCIO:**

### **um relato de experiência**

*Jéssica Maiara dos Santos Silva*

*Tainá Moraes da Silva*

*Mirella Borges Viana*

*Sinara Vera*

*Eder Pereira Rodrigues*

## **Introdução**

O Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde), é uma estratégia adotada para reorientar a formação de profissionais de saúde, bem como elevar a qualidade acadêmica do estudante, seja por meio da produção de trabalhos científicos, seja através de vivências. Além desses aspectos, o programa fornece subsídios para reformulação de diretrizes curriculares de cursos, contribuindo assim, para formação diferenciada e contato com a realidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao entrar em contato com a população por meio do PET-Saúde os acadêmicos têm a oportunidade de obter maior clareza a respeito do que significa ser um profissional de saúde em sintonia com as necessidades e desafios apresentados pelo sistema único de saúde no âmbito da Unidade de Saúde da Família.

O PET-Saúde coloca os estudantes em contato com estudos científicos, pesquisas e projetos, nesse contexto, mais especificamente com o projeto “*Promoção da qualidade de vida de*

*“pessoas que convivem com o HIV/Aids e são usuários de crack e outras drogas”*, tendo como cenário de prática a Unidade de Saúde da Família (USF) Marita Amâncio, em Santo Antônio de Jesus, Bahia.

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), é um problema de saúde pública, mas com o diagnóstico precoce, contribui significativamente para maior precisão da qualidade de vida. Para tanto, torna-se necessário que o indivíduo infectado conheça a enfermidade e suas dimensões, podendo assim, se sentir motivado para aderir ao tratamento proposto. Nesse cenário é indubitável a importância das atividades do PET-Saúde, que visam momentos de cunho educativo, permitindo o acesso e disseminação de conhecimento, bem como a promoção de ações de prevenção.

Sabe-se também que, o uso de crack e outras drogas, tem impacto não apenas social, como individual, no que se refere a qualidade de vida. Concomitante as diversidades de drogas e distintas formas de uso da mesma, os serviços de saúde precisam se “reinventar” para lidar com algo dessa amplitude. O uso abusivo de drogas na contemporaneidade, é tido como uma realidade não apenas de uma área ou órgão de saúde, mas sim de toda uma cadeia de instâncias. O cuidado com pessoas que estão nessa condição, certamente é um caminho que anda por vias promissoras, obviamente se levando em consideração o atendimento humanizado e multidisciplinar/interdisciplinar, além do respeito as escolhas individuais.

O fato é que inúmeros são os desafios encontrados para garantia da promoção de qualidade de vida, a complexidade das diversas realidades invocam o desejo de recriar, repensar, e até mesmo desmistificar padrões estabelecidos na esfera da saúde pública. A promoção da qualidade de vida, é um exercício a ser praticado por todos.

De acordo com tais considerações, a pertinência desse trabalho está voltada para os conhecimentos conquistados pelos integrantes do PET-Saúde ao longo da jornada na USF proporcionada por encontros, diálogos, pesquisas, desafios e

contato com outras áreas do saber através da interdisciplinaridade. Esse trabalho tem o objetivo de compartilhar e relatar a experiência singular das acadêmicas na USF Marita Amâncio.

## **O trabalho de educação em saúde**

O PET-Saúde/VS esteve presente na referida unidade através da presença de quatro acadêmicos da UFRB, sendo dois pertencentes ao curso de enfermagem e duas pertencentes ao curso de Psicologia. Tal formação do grupo iniciou-se no mês de agosto de 2014, havendo a divisão em duplas para a execução das ações sendo uma dupla composta pelos estudantes de enfermagem e a outra composta pelos estudantes de psicologia.

Desde as primeiras reuniões deste grupo, foi discutido a necessidade de proporcionar atividades de educação em saúde, para a comunidade em questão o quanto antes, e estudadas estratégias para levar a informação adquirida no PET-Saúde/VS adiante.

O PET-Saúde/VS vem trabalhando temas como o da redução de danos dentro da equipe da Unidade, mas, introduzir o tema na comunidade, se revela um desafio diário. A equipe relata que os temas trabalhados pelo PET-Saúde são bem recebidos, de forma geral, mas as famílias que têm pessoas que fazem o uso abusivo de álcool, outras drogas e são portadoras de HIV, geralmente, não dão espaço para as instruções referentes à temática do PET-Saúde.

Para aproximar o grupo PET-Saúde da comunidade, foram desenvolvidas Salas de Espera com o propósito de disseminar os estudos estimulados, dentro do referido PET-Saúde/VS. As Salas de Espera são semanais e os temas trabalhados, originam-se dos estudos feitos durante as reuniões com tutores e preceptores do programa. Os temas levados à Unidade, até o presente momento, são: “O álcool como porta de entrada para outras drogas”, “Álcool e Redução de Danos”, “Vulnerabilidade ao HIV a partir do uso do álcool”, “A busca de novos caminhos para prevenir DST’s/ Aids”,

“Tabaco e Redução de Danos”, “Redução de Danos e sensibilização quanto à situação do uso abusivo de drogas e o papel da família no contexto”, entre outros.

Nos contatos com a comunidade, busca-se utilizar materiais de fácil compreensão como, por exemplo, cartazes, que expõem os efeitos do álcool para o fígado e o efeito do fumo para o pulmão, ou mesmo uma “linha de Redução de Danos”, em que podem ser vistas gravuras com indicativos de ações de redução de danos.

As atividades são desenvolvidas, geralmente, no horário da manhã, por ser um turno que conta com grande número de usuários da comunidade. Os usuários, desde a primeira ação, vêm surpreendendo com uma presença importante nas atividades, mostrando-se muito participativos e interessados nos temas apresentados.

Os recursos visuais funcionam muito bem, chamando a atenção das pessoas que chegam, por vezes, a pedir permissão para fotografar o material. Os usuários demonstram se sentirem à vontade ao ponto de, por exemplo, uma usuária contar como era viver ao lado de um alcoolista. A postura e participação dos presentes nas ações desenvolvidas, contrariam declarações recorrentes na equipe da Unidade de Saúde, que passam uma imagem de uma população nada participativa e não é o que se tem acompanhado.

Tendo a comunidade demonstrado um surpreendente interesse nos assuntos discutidos, o grupo foi convidado a trabalhar os temas também no Grupo de Mulheres, que é um grupo encabeçado pelas Agentes Comunitárias de Saúde da unidade, e no grupo de Atividades Físicas da unidade, desenvolvido pela educadora física do NASF, com excelente retorno e receptividade.

Expor num Grupo de Mulheres a um tema árido como “Uso abusivo de álcool e tabaco e a redução de danos”, se mostrou complexo à primeira vista, mas foi uma excelente oportunidade de apresentar a proposta do PET-Saúde/VS, a um grupo com um diferencial. Utilizando os recursos das Salas de espera e Dinâmicas desenvolvidas especialmente para aquela ocasião, estimulou-se as

participantes a falarem sobre possíveis medidas, para a qualidade de vida de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e tabaco. Foi uma ação bem-sucedida, havendo espaço para a troca de experiências, porém, foi dado um tom de descontração ao grupo, que traz desde adolescentes e até idosas. Mesmo tom foi dado à apresentação ao grupo de Educação Física da Unidade que foi igualmente produtivo.

Durante os contatos com a comunidade busca-se constantemente a melhor forma de comunicação com a mesma, sendo que a maior preocupação é usar uma linguagem acessível a todos, e a maior dificuldade é transmitir a relação do HIV com tema álcool e outras drogas. É presente em todos os contatos, a busca pela desestigmatização da imagem daquele que faz o uso abusivo de drogas e o importante papel da família e da sociedade, no apoio e recuperação do mesmo.

O grupo produziu, ainda, um mural do PET-Saúde na USF, com o intuito de informar à população que frequenta o local, a respeito do tema central do PET-Saúde/VS – “Promoção da qualidade de vida de pessoas que convivem com a HIV/AIDS e são usuários de crack e outras drogas”. O conteúdo do mural apresenta o grupo PET-Saúde aos usuários e busca sensibilizar a população da necessidade do cuidado aos usuários de crack e outras drogas das pessoas que são portadoras do HIV. Foi inserido, também, informações acerca do funcionamento da rede SUS em Santo Antônio de Jesus.

## **Reflexões acerca das ações desenvolvidas na USF**

O fato de os acadêmicos estarem devolvendo o acolhimento na comunidade permite, sobretudo, conhecê-la em suas mais variadas faces tornando-se mais compreensível sua identidade. O diálogo entre enfermagem e psicologia torna mais fácil a captação dessa identidade, por oferecer diferentes olhares sob os usuários.

Ainda, pelo grupo ser composto por estudantes de enfermagem e psicologia, enriquece as atividades, pois a

multidisciplinaridade faz com que as informações tornem-se dinâmicas, desafiando um modelo positivista de saúde, pautado historicamente por uma ótica biocêntrica. Temos, pois que, esse diálogo entre as diversas disciplinas é muito mais que um benefício, revelando-se crucial para promoção da saúde da população. A respeito do tema Vilela e Mendes (2003) indicam:

O projeto interdisciplinar envolve questionamentos sobre o sentido e a pertinência das colaborações entre as disciplinas, visando um conhecimento do “humano”. E, nesse sentido, a interdisciplinaridade é chamada a postular um novo tipo de questionamento sobre o saber, sobre o homem e sobre a sociedade (VILELA; MENDES, 2003, p. 527).

A psicologia neste contexto, se encontra em um lugar que não é o que habita o imaginário da comunidade, diferentemente da enfermagem, que tem seu lugar mais bem demarcado no que diz respeito às expectativas dos usuários dentro da USF. As acadêmicas de psicologia têm buscado constantemente, inserir um conteúdo nas ações e que estimulem a reflexão acerca da pessoa que faz uso abusivo de drogas e são soropositivos. As conversas contam com elementos que objetiva retirar a imagem, daqueles que fazem uso abusivo de drogas e são soropositivos, toda essa visão pejorativa e que culmina numa ideia de um indivíduo sem caráter, e que chegou, ao ponto que chegou por falta de vontade e consideração pelo outro.

O trabalho é feito no sentido de construir essa nova imagem, de um indivíduo que sofre de uma enfermidade e necessita do apoio e solidariedade da sociedade como um todo, para poder viver sua vida com mais qualidade. Tudo isso é feito, obviamente, dentro dos limites da formação obtida por cada acadêmico.

Informar os usuários na USF, da forma relatada, é também uma maneira de contribuir com a qualidade de vida de pessoas que convivem com a HIV/AIDS e fazem uso abusivo de crack e outras drogas, pois se estas pessoas passam a encontrar no seu

cotidiano, pessoas mais sensibilizadas acerca de sua condição, terão, certamente, uma vivência mais fácil e, por que não dizer, mais feliz.

Esta população que faz uso abusivo de crack, outras drogas e é soropositiva se encontra, até o presente momento, invisível ao grupo PET-Saúde, dentro desta comunidade, especificamente. Porém, conscientizar a comunidade da existência de pessoas que convivem com esta complexidade, é de sobremaneira importante, no sentido de melhoria do convívio da sociedade com as mesmas. Esta invisibilidade, talvez se deva à falta de confiança deste usuário na USF, pois este, não quer que seu problema seja de conhecimento de qualquer pessoa ou profissional de saúde e que trabalhe ou tenha convivência no meio no qual reside, por causa, justamente, do já aludido, preconceito contra quem sofre de referidas situações de saúde.

A linguagem utilizada é desenvolvida de forma a não trazer um discurso demasiado cientificista, pois isto impediria que a informação fosse absorvida de forma satisfatória por todos os presentes. O grupo pratica a auto-vigília para, em nenhum momento, proferir um discurso verticalizado e clamam, a todo o tempo, os presentes nas ações a contribuir com suas experiências e opiniões, deixando sempre claro que, a importância na atenuação dos problemas apresentados, depende de cada um, empenhado em seu papel de profissional de saúde, familiar, vizinho, amigo ou mesmo de cidadão.

A educação em saúde revela-se neste contexto, uma troca de experiências e informações entre acadêmicos e usuários, que juntos, vão construindo um novo modo de perceber e saber a problemática abordada pelo PET-Saúde/VS. O trabalho feito em um grupo oferece outras vantagens e facilidades em que a conscientização individual não permite. Neste sentido Souza et al. (2005) aponta:

Acreditamos que o trabalho em grupo nas comunidades se constitui em importante ferramenta para conscientização crítica dos indivíduos a respeito de seu meio social e suas condições de vida e saúde

(...). No trabalho desenvolvido com grupos emergem possibilidades a partir do compartilhamento de conhecimentos que advêm das experiências. Juntos, estes indivíduos podem perceber o potencial que o grupo tem para organizar e concretizar as ações de mudança (SOUZA et al., 2005, p. 152).

Geralmente, há o interesse e a troca entre a grande maioria dos presentes nas ações desenvolvidas, embora haja alguns poucos desinteressados. Por vezes há aqueles que buscam um contato apartado ao final da atividade, a fim de expor algum desconforto ou dúvida. Tem-se recebido bastantes queixas, a respeito de como os jovens tratam o tema.

De fato o público jovem, tão importante no que diz respeito ao tema trabalhado, é uma minoria na frequência na USF. O público atingido é, em sua maioria, de mulheres das mais diversas idades. Diante da referida queixa, as acadêmicas de psicologia têm estudado uma forma de instrumentalizar os presentes nas ações, para passar as informações recebidas de forma mais efetiva aos jovens e adolescentes do seu convívio.

A respeito do público que frequenta a Unidade, Pimentel et al. (2011) contribuíram com a reflexão que aqui se faz, ao expor dados de um Centro de Saúde da Família localizado no Ceará (CSF Luis Alburquerque Mendes na cidade de Fortaleza, Ceará):

Em relação ao gênero, as mulheres corresponderam a 72,2% e os homens a 27,8% dos atendimentos. Em relação à faixa etária, observou-se a seguinte distribuição: 19,3% eram menores de 21 anos; 26,2%, de 21 a 40 anos; 38,1%, de 41 a 60 anos; 16,4%, acima de 60 anos. Tal análise mostra que 54,5% dos pacientes têm idade superior a 40 anos (PIMENTEL et al., 2011, p. 177).

Aqueles que frequentarem a USF Marita Amâncio nos mais diversos horários, perceberão que o público de mulheres é maioria

naquele meio. É importante ter esse olhar sobre as características do público para o qual se fala, pois tal elemento, auxilia na construção correta da mensagem que se quer passar e dá ideia de qual público tem menor chance de ser atingido, por aquela informação que está sendo passada.

No que diz respeito a todo trabalho que vem sendo feito, é relevante ter sempre em mente a presente reflexão, para o enriquecimento do grupo PET-Saúde e em benefício desta comunidade, que o tem acolhido de forma tão cordial e estimulante.

### **Considerações finais**

Percebe-se, pois, que o PET-Saúde promove cenários ainda não vistos ou vivenciados na universidade pelos acadêmicos. Além de oferecer formação acadêmico/profissional para o indivíduo, o programa está comprometido com a promoção de saúde e qualidade de vida das pessoas.

O presente relato descreve algumas práticas realizadas na USF e que, por sua vez, se demonstraram efetivas no crivo da saúde. Para tanto, faz-se necessário a manutenção da tríade ensino-serviço-comunidade que, diga-se de passagem, é o alicerce e elemento fundamental para redução das problemáticas sociais.

A psicologia leva esse olhar diferenciado, a compreensão do sujeito como ser único que necessita ser observado com menos julgamento e mais benevolência pela coletividade. Humanizar e desestigmatizar a imagem de quem faz uso abusivo de drogas, diante daqueles que não compreendem seu modo de vida, é de extrema necessidade para sua qualidade de vida.

O PET-Saúde/VS vem trabalhando ao lado da equipe da USF, a fim de tentar desatar os nós críticos que se encontram nos meandros da Rede SUS, na cidade de Santo Antônio de Jesus, no que diz respeito à temática de crack, outras drogas e HIV, através de um recurso simples, porém poderoso, que é a informação.

Sabe-se que a resolução de tamanho problema é, por hora, um desejo de cada acadêmico e profissional de saúde envolvido com os temas aqui apresentados. Resta a cada um dos envolvidos, o trabalho em equipe, a paciência e, sobretudo, a persistência para fazer cair tabus, transpor resistências e construir ponto a ponto a realidade que se entende por justa e adequada à saúde pública.

## Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. **Prevenção do uso de Drogas**: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 5. ed. Brasília: SENAD, 2013.
- GOMES, R.; DESLANDES, S. F. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p.103-114, 1994.
- PIMENTEL, I. R. S. et al. Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 6, n. 20, p. 175-181, 2011.
- SOUZA, A. C. et al. Educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 147-153, 2005.
- VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 525-531, 2003.

# **SENSIBILIZANDO DISCENTES SOBRE A IMPORTÂNCIA DA REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: relato de experiência**

*Elaine Andrade Leal Silva*

*Rosa Cândida Cordeiro*

*Marcus Vinicius dos Santos Oliveira*

*Viviane de Souza Oliveira*

*Evanilde Borges Viana*

## **Introdução**

O principal referencial para a abordagem da questão do atendimento integral à saúde, ou da integralidade da assistência no SUS, é fornecido pelos textos da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990). A primeira estabelece como segunda diretriz do Sistema Único de Saúde o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (Art.198, II). A Lei 8.080/1990 define como um dos princípios do Sistema a integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (Art.7º, inciso II).

O recente Pacto pela Saúde, proposto pelo Ministério da Saúde, adota as mesmas definições (BRASIL, 2006). Tanto a Constituição Federal (BRASIL, 1988), como a Lei Orgânica

da Saúde (BRASIL, 1990), preconizam que o dever do Estado em garantir a saúde, consiste na necessidade de reformulação e execução de políticas econômicas e sociais, para a redução de riscos de doenças, outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

A partir da 5ª Conferência Nacional de Saúde – CNS (1975), já se recomenda a regionalização de serviços hierarquizados em complexidade crescente, o que foi reforçado na 6ª e 7ª Conferências. Contudo, na 8ª Conferência Nacional de Saúde – CNS (1986), o direito à saúde foi elevado à condição de responsabilidade do Estado, sendo previsto o acesso universal em todos os níveis de atenção.

Tanto a regionalização como a hierarquização dos serviços, foram apresentados como princípios da nova política de saúde, o que foi reafirmado na 9ª Conferência Nacional De Saúde - CNS (1992), que teve como tema central a Municipalização da Saúde e a corroboração dos princípios extraídos da 8ª CNS, consolidados na legislação do Sistema Único de Saúde.

Os níveis de complexidade de assistência à saúde, são limites utilizados para hierarquizar os estabelecimentos do sistema de prestação de serviços de saúde, segundo as características das atividades prestadas, a profundidade de especialização das mesmas e a frequência em que ocorrem. O nível primário é caracterizado por atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde no nível ambulatorial, agrupando atividades de saúde, saneamento e apoio diagnóstico (ex.: postos e centros de saúde). O nível secundário destina-se a desenvolver atividades assistenciais, nas quatro especialidades médicas básicas: clínica médica, gineco-obstetrícia, pediatria e clínica cirúrgica, além de especialidades estratégicas, nas modalidades de atenção ambulatorial, internação, urgência e reabilitação (ex.: unidades mistas, ambulatórios gerais, hospitais locais e hospitais regionais). O nível terciário caracteriza-se pela maior capacidade resolutiva de casos mais complexos do sistema, nas modalidades de atendimento ambulatorial, internação e urgência

(ex.: ambulatórios de especialidades, hospitais especializados e hospitais de especialidades).

O sistema de Referência e Contrarreferência constitui-se na articulação entre as unidades acima mencionadas, sendo que por referência, compreende-se o trânsito do menor nível para o de maior complexidade. Inversamente, a contrarreferência compreende o trânsito do maior nível para o de menor complexidade (WITT, 1992).

Um dos múltiplos sentidos da integralidade pode ser efetivado através dos sistemas de Referência e Contrarreferência, que é entendido como mecanismo de encaminhamento mútuo de pacientes, entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços de saúde. Esse sistema em saúde, apesar de se constituir como uma das bases da mudança almejada para a saúde, ainda se encontra em um estágio de pouco desenvolvimento para o alcance da integralidade, além de ser o principal elemento, para a integração das redes de saúde.

O Sistema de Referência e Contrarreferência é um mecanismo administrativo, onde os serviços estão organizados de forma a possibilitar o acesso a todos os serviços existentes no SUS, pelas pessoas que procuram as Unidades Básicas de Saúde. Essas unidades são, portanto, a principal porta de entrada para os serviços de maior complexidade, caso haja necessidade do usuário. Essas unidades de maior complexidade são chamadas de “Unidades de Referência”. O usuário atendido na unidade básica, quando necessário, é “referenciado” (encaminhado) para uma unidade de maior complexidade, a fim de receber o atendimento que necessita. Quando finalizado o atendimento dessa necessidade especializada, o mesmo deve ser “contrarreferenciado”, ou seja, o profissional deve encaminhar o usuário para a unidade de origem, para que a continuidade do atendimento seja feita (BRASIL, 2011).

Entendemos que, a busca por mecanismos que facilitem a implementação desse sistema, é uma das atividades para organização da Rede de Atenção à Saúde. Nesse contexto, foi proposto um

curso de extensão que dialogasse na comunidade acadêmica com os futuros profissionais de saúde, a fim de sensibilizar e consolidar na formação em saúde, a integração entre ensino e serviço no que concerne a Referência e Contrarreferência na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A formação dos profissionais de saúde tem se tornado unidirecional, esse processo tem ocorrido apenas na busca efetiva de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Para além dessa proposta, a ação formadora precisa buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde da população, da gestão setorial e do controle social em saúde. Para tanto, faz-se importante uma educação permanente em saúde, na implementação da estruturação do cuidado e na promoção do debate crítico sobre os sistemas de saúde e sua funcionalidade, sendo imprescindível na formação acadêmica e no desenvolvimento do futuro profissional de saúde.

O Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (CCS-UFRB), composto pelos cursos de Enfermagem, Medicina, Nutrição, Psicologia e Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS), se debruça na implantação de um processo formador inovador, promovendo a construção de profissionais com uma visão mais ampla do SUS. Nesse contexto, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), se faz protagonista a partir da proposição de atividades que induzem ao desenvolvimento da integração ensino-serviço-comunidade. Assim, o PET-Saúde Estratégia de Saúde da Família e as Redes de Atenção (PET-SF/RAS) promoveram a execução do referido curso, com o objetivo de discutir com os discentes de Enfermagem, Nutrição e Psicologia sobre o processo de formação profissional e, para sensibilização da importância da Referência e Contrarreferência, na condução gerencial dos serviços de saúde. Além disso, o curso também vislumbrou construir esse conhecimento com a presença dos alunos em semestres avançados do BIS e Medicina, proporcionando

que estes tenham contato com essa temática, promovendo a reflexão e provavelmente as perspectivas de mudanças na formação destes profissionais.

### **Construindo a metodologia**

Essa atividade foi desenvolvida por alunos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), participantes do PET-SF/RAS no município de Santo Antonio de Jesus-BA. A escolha do Centro de Ciência da Saúde da UFRB, deu-se por constituir-se polo de formação de trabalhadores para a Saúde, composto pelos cursos de Enfermagem, Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, Nutrição, Psicologia e Medicina. A Universidade possui nove anos de implantação e nesse período, vem com o legado de fazer com que a comunidade acadêmica esteja mais próxima do Recôncavo baiano, além de trazer uma nova visão da saúde para o SUS, permitindo com que seus discentes, possuam uma formação mais humanizada para os serviços no âmbito da saúde.

Os participantes do Curso de Extensão compreenderam dois docentes, três profissionais da Rede de Atenção à Saúde de Santo Antônio de Jesus e 34 discentes dos cursos de graduação em Saúde. Foram desenvolvidos quatro encontros presenciais semanais em sala de aula do CCS/UFRB, no período de agosto a setembro de 2014. O Curso de Extensão consistiu em seis etapas, partindo desde o planejamento e cadastro do curso, inscrição dos participantes, divulgação e socialização até os quatro encontros reservados para reflexão e discussão com o público sobre a temática e, por fim, o processo de avaliação do curso de extensão e confecção do relatório final para emissão de certificados, totalizando uma carga horária de 8 horas.

Os quatro encontros semanais se propuseram a refletir, discutir, problematizar e avaliar a importância da referência e contrarreferência na RAS, sua articulação na rede e a postura do profissional de saúde frente a esse serviço.

## **Operacionalizando o curso**

**1º Encontro** - Refletindo sobre o significado de Referência e Contrarreferência.

Os quatros momentos do curso proporcionaram a vivência de expectativas e experiências que facilitaram a veiculação da temática e a compreensão dos participantes, além de explorar profundamente o assunto abordado, destacando a sua relevância para a formação enquanto futuros profissionais.

O primeiro encontro buscou refletir sobre o que é referência e contrarreferência, e a interligação da RAS com a Vigilância Epidemiológica (VIEP), adotando-se como recurso uma representação gráfica ilustrativa dessa relação. Segundo Ortiga (2006), o Sistema de Referência e Contrarreferência é uma forma de organização dos serviços de saúde, que possibilita o acesso das pessoas que procuram cada Unidade de Saúde a todos os serviços existentes no Sistema Único de Saúde, visando à concretização dos princípios e diretrizes do SUS, garantindo o acesso do usuário a todos os níveis de atendimento/complexidade do SUS, assegurando, dessa forma, a universalidade, equidade e igualdade que direcionam a atenção à saúde.

Após explanação, os participantes tiveram acesso à ficha de referência e contrarreferência onde foi aberta uma sessão de perguntas e esclarecimentos para que os mesmos saíssem com suas dúvidas sanadas. Nesse momento, pode-se perceber o quanto a temática era desconhecida por parte dos ouvintes e o quanto seria importante a continuação do curso.

**2º Encontro** - Proporcionando discutir sobre a operacionalização referência e contrarreferência na Rede de Atenção à Saúde.

O segundo encontro, propôs discutir sobre a Referência e Contrarreferência e sua operacionalização na Rede de Atenção

à Saúde. Iniciamos este momento realizando um *Brainstorming* (*Uma chuva de idéias*) com os participantes, sobre as dificuldades de operacionalização da Referência e Contrarreferência, tomando como embasamento os resultados da Pesquisa sobre a importância da Referência e Contrarreferência para o funcionamento da RAS, segundo depoimentos dos Trabalhadores de Saúde; e também sobre as dificuldades na Operacionalização da RAS, demonstrando os principais impasses que são encontrados na rede e que impossibilitam a execução correta ou eficaz da referência e contrarreferência. Tomando como base o que foi exposto, foi construído um painel listando as convergências e divergências encontradas sobre o serviço, comparando as ideias dos atores envolvidos com o resultado da pesquisa.

**3º Encontro** – Problematizando a atuação do profissional de saúde na operacionalização da referência e contrarreferência.

O terceiro encontro buscou problematizar a atuação do trabalhador do SUS na operacionalização da Referência e Contrarreferência, a partir de um estudo de caso. Foram formados grupos, cada um desenvolveria ações que possibilitassem a operacionalização/fortalecimento da Referência e Contrarreferência, enfatizando a atuação do trabalhador do SUS. Essa atividade teve como objetivo proporcionar a vivência dos participantes no serviço, trazendo como questionamento: o que você faria enquanto profissional nessa situação? Em um momento final, os grupos puderam expor em uma cartolina, como eles vislumbravam o que foi discutido. Nessa oportunidade, surgiram desenhos, frases e símbolos que materializavam o ponto de vista de cada grupo.

**4º Encontro** – Refletindo sobre a formação profissional para o fortalecimento da integralidade no SUS.

Por fim, o quarto encontro buscou refletir de que forma a formação profissional pode contribuir para o fortalecimento da integralidade no SUS. Reuniram-se os participantes em grupo

por curso de formação, para listarem as facilidades e dificuldades encontradas no seu processo de formação acadêmica, sobre a Referência e Contrarreferência na RAS e construiu-se coletivamente, um portfólio sobre as estratégias que a comunidade acadêmica do CCS poderia desenvolver, para contribuir na formação de todos, frente ao fortalecimento da referência e contrarreferência. Nesse mesmo encontro foi aplicada aos participantes uma ficha de avaliação, onde os mesmos poderiam qualificar o evento, apresentando os pontos positivos e negativos e expondo sugestões que colaborassem para uma próxima realização.

### **Considerações finais**

A execução deste curso proporcionou a reflexão e o compartilhamento de experiências acerca da referência e contrarreferência nos serviços de saúde, reforçando à sua importância e a necessidade da operacionalização da mesma, para uma melhor integração entre profissionais do SUS e um bom funcionamento da RAS.

Por outro lado, a formação profissional tem que ser fator de ampliação do conhecimento no que concerne a RAS, onde o processo de profissionalização no Sistema Único de Saúde, deve proporcionar a construção de conhecimentos, elencando todos os pontos que os compõe ao longo de toda a graduação. Contudo, este aprendizado desde o início do curso, se diferencia pelos vínculos que os estudantes estabelecem e pela formação crítico-reflexivo que desenvolvem ao aprender a aprender com a realidade em que se inserem.

### **Referências**

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo S.A., MESP, 1988.

BRASIL. Lei Nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e das outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da V Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1975.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da IX Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

BRASIL. Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 22 de fevereiro de 2006.

ORTIGA, A M. B. **Estrutura e dinâmica das unidades de saúde**. Mimeo, 2006.



# VIVÊNCIAS E DESAFIOS DO ESTUDANTE INTEGRANTE DO PET-SAÚDE: relato de experiência

*Gilcimari Larissa Cardoso Lemos*

*Jéssika Macena Amaral*

*Nailza dos Santos Barbosa*

*Eder Pereira Rodrigues*

*Sinara Vera*

## **Introdução**

Com o objetivo de promover a integração ensino-serviço, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), foi instituído pelo Ministério da Saúde. O programa visa à reorientação da formação profissional, garantindo uma abordagem integral do processo saúde-doença, com ênfase na Atenção Básica, promovendo transformações na prestação de serviços à população (BRASIL, 2009).

A avaliação do Pró-Saúde permitiu a visualização dos avanços que conduziram à criação do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde/VS). O PET-Saúde/VS promove o processo de ensino-aprendizagem através da inserção de graduandos nos serviços de saúde, e tem uma formatação que inclui professores tutores, estudantes os profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) e a comunidade (HADDAD et al., 2012).

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Vigilância em Saúde (PET-Saúde/VS), cujo eixo temático consiste na Promoção da qualidade de vida de pessoas que convivem com a HIV/AIDS e são usuários de crack e outras drogas, configura uma importante estratégia de ensino-aprendizagem, através

da aproximação do estudante com o serviço de saúde, para o desenvolvimento de atividades de acordo com o tema do programa, que tem extrema relevância no âmbito da Saúde Pública.

Entre os estudantes de graduação, percebem-se algumas limitações ao discutir a assistência ao indivíduo que faz uso de drogas, devido à existência de preconceitos acerca da temática. Possivelmente, essa limitação constitui o primeiro desafio que o estudante enfrenta ao ingressar no PET-Saúde/VS: vencer limitações pessoais para posteriormente sensibilizar terceiros, especificamente os profissionais da Atenção Básica. Por vezes, o discente inicia o curso com uma visão superficial e reducionista frente à temática, fator que evidencia a necessidade de ampliar a visão do mesmo durante a graduação, para que, ao tornar-se um profissional de saúde, possa proporcionar o cuidado integral ao indivíduo.

Durante o período de permanência no referido PET-Saúde/VS, os discentes planejam ações para discussões das temáticas, visando à sensibilização do profissional para que esse possa integrá-las à sua assistência. Nesse processo, por vezes o graduando vivencia a resistência profissional, principalmente no período de iniciação das práticas em campo. Essa barreira, que pode surgir entre profissionais e estudantes no serviço, gera inclusive episódios de frustração no estudante, que planeja as ações e, devido ao distanciamento existente, não obtém os resultados esperados.

Como subsídio para a sua inserção no campo de prática, os graduandos dos cursos da área de saúde que são integrantes do PET-Saúde/VS têm a oportunidade de ter acesso e discutir construções teóricas referentes à temática do programa, visando articular os conhecimentos adquiridos com suas atividades desenvolvidas na prática. É fundamental o contato que esses estudantes têm com o serviço durante suas práticas em campo, pois elas possibilitam vivenciar os desafios existentes na mesma, estimulando a instrumentalizar-se através da busca por referenciais teóricos, com o objetivo de superar limitações próprias, inclusive.

A possibilidade de interação entre os estudantes de graduações diversas na área de saúde, possibilita vivenciar discussões

significativas e que corroboram com a proposta de reorientação profissional do Pró-Saúde. Permite visualizar abordagens diferenciadas, discutir pontos de vistas distintos e vivenciar desde a graduação o trabalho em equipe multiprofissional.

De acordo com Araújo e Rocha (2007, p. 456), “a abordagem integral dos indivíduos/famílias é facilitada pela soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares”. Dessa forma, percebe-se a relevância da interação entre discentes de diferentes cursos nos grupos PET-Saúde/VS e da troca de opiniões entre esses, segundo o processo de formação profissional vivenciado por cada integrante em seu curso.

Ainda há a aproximação com a comunidade, que é um importante fator que contribui no processo de reorientação profissional. O programa proporciona o contato com sujeitos que estão no serviço e que apresentam demandas, apontando inclusive a necessidade de mudanças. Esse contato desperta no estudante, a necessidade de ser um profissional que realiza a escuta e recebe abertamente as demandas, com o objetivo de apresentar uma postura resolutiva diante dessas, segundo suas atribuições no serviço.

No PET-Saúde/VS, o discente dispõe da orientação de preceptores e tutores, essenciais na condução das etapas de construção, superação e descobertas. O contato com o novo exige a colaboração de profissionais que possuem maior experiência e que intermediarão o processo sem interferir, no entanto, nas habilidades apresentadas pelos discentes ao longo das práticas no programa.

O objetivo deste estudo é relatar a percepção de duas estudantes referente aos desafios e vivências proporcionados pela experiência de participação no PET-Saúde/VS.

## **Metodologia**

O estudo consiste em uma análise qualitativa, fundamentada no registro em diários de campo realizados uma vez por semana,

durante as atividades desenvolvidas pelos estudantes na Unidade de Saúde da Família Calabar, na cidade de Santo Antonio de Jesus-BA, redigidos segundo as atividades semanais desenvolvidas pelas discentes, no período de março a novembro de 2014.

## **Resultados e discussões**

O graduando ao iniciar as atividades no PET-Saúde/VS tem contato com desafios significativos. Aproximar-se de um serviço com sua organização e dinâmicas já estabelecidas e com ações de saúde características da equipe; iniciar discussões de temáticas cercadas por preconceitos e tabus; explorar conteúdos até então pouco vistos; sensibilizar profissionais para a discussão de temáticas, vencendo por vezes limitações próprias frente às mesmas. Desta forma, podemos dividir os resultados em:

### **Resistência profissional**

Percebeu-se que os profissionais do serviço, apresentavam-se resistentes à presença dos estudantes, postura que pode apresentar origem multicausal. Por vezes, o profissional mostra-se resistente por considerar que o estudante encontra-se distante da prática dos serviços e julga as ações dos profissionais sempre de forma negativa; também entendem que os momentos direcionados para as discussões tomam o tempo de trabalho; e sentem medo dos usuários de álcool e outras drogas, fator que provoca o distanciamento da temática proposta pelo PET-Saúde/VS. Esses fatores puderam ser percebidos pelos estudantes durante as práticas nos serviços, visto que foi proporcionado o espaço para que o profissional se colocasse e apontasse sua visão acerca da presença do estudante em seu espaço de trabalho.

Apesar da resistência profissional se configurar enquanto importante desafio a ser vivenciado pelo estudante, a mesma tem

aspectos positivos consideráveis, pois permite que o graduando tenha contato com situações que serão vividas por ele enquanto profissional, a exemplo da discordância de ideias e conceitos entre os sujeitos e da necessidade de empenhar-se continuamente para resultados que virão a longo prazo. No decorrer das práticas, percebeu-se a maior aproximação e participação dos profissionais nas discussões, os mesmos assumiram posturas mais ativas e inclusive traziam situações que evidenciavam a mudanças de postura dos mesmos na prática assistencial enquanto consequência das ações do PET-Saúde/VS no serviço.

O preconceito relacionado ao usuário de drogas é algo comumente percebido na sociedade, da qual o estudante faz parte. Muitos discentes iniciam a graduação com a visão simplificada e reducionista acerca da assistência ao usuário de drogas.

O estigma, a exclusão, o preconceito, a discriminação e a desabilitação são ao mesmo tempo agravantes e conseqüências do uso indevido de álcool e drogas, colaborando morbidamente para a situação de comprometimento global que acomete tais pessoas (BRASIL, 2003, p. 30).

Tal fator evidencia a necessidade do estudante interagir com a temática, visando vencer limitações e então exercer em sua prática profissional, uma atenção que enfoque a integralidade do sujeito, despidendo-se de preconceitos que interfiram negativamente nas práticas de assistência à saúde.

Ao ingressar no PET-Saúde/VS Promoção da qualidade de vida de pessoas que convivem com a HIV/AIDS e são usuários de crack e outras drogas, o estudante participa de discussões de textos técnicos e científicos e que proporcionam subsídios para a prática em serviço. Dentre os textos discutidos, destaca-se a Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, que incita a importância do planejamento de ações voltadas para a atenção integral às pessoas que consomem álcool

e outras drogas e a abordagem da redução de danos como um caminho promissor para a assistência.

Iniciar o estudo desses materiais, discutir sobre os mesmos durante as reuniões com os outros discentes integrantes do grupo, com o preceptor e tutores, possibilita que o estudante compreenda como promover a atenção integral ao sujeito e comece a lidar com as limitações pessoais relacionadas à temática, contribuindo assim, para uma orientação profissional diferenciada, que fica em evidencia nas discussões existentes com outros discentes e que não são integrantes do PET-Saúde/VS.

### **Trabalho em equipe multiprofissional**

O trabalho em equipe multiprofissional é vivenciado pelo estudante integrante do PET-Saúde/VS, através de duas maneiras: na interação entre os discentes de diferentes cursos em seu grupo de aprendizagem tutorial e na aproximação com a equipe presente no serviço de saúde que consiste em seu campo de prática.

Segundo Sobrinho et al. (2011, p. 40), “a união de profissionais de diversas áreas da saúde no trabalho em equipe é apontada como o elemento base para a consolidação da ESF, aprimorando relacionamentos interpessoais e articulando saberes”. A inserção de equipes multiprofissionais através do PET-Saúde/VS nas Unidades de Saúde da Família, possibilita a troca de experiências entre sujeitos conforme o processo de formação profissional que o mesmo vivencia em seu curso, fator que possibilita uma reflexão coletiva e conseqüentemente uma abordagem integral e resolutiva que interfere de forma positiva nas ações desenvolvidas no serviço.

Integrar uma equipe formada por estudantes de diferentes cursos de graduação, bem como tutores e preceptores cuja formação profissional foi diferenciada, permite que o estudante do PET-Saúde/VS atente-se para o sujeito e as demandas da comunidade de forma ampliada, por aprender com o outro à avaliar os casos sob a ótica de abordagens profissionais distintas das que ele vivencia em

sala de aula. Permite entender, desde a graduação, a importância de ouvir o outro profissional e construir junto com ele ações eficazes, visando sempre, prestar assistência de qualidade aos usuários do serviço e considerando-os em sua integralidade.

Essa valorização da profissão do outro é extremamente relevante, visto que, atualmente vivencia-se uma atenção a saúde fragmentada, em que os profissionais não dialogam entre si para a construção de um plano assistencial ou para a elaboração de uma atividade educativa, por exemplo. A noção de que cada um deve fazer sua parte, sem que haja um diálogo das referidas partes, ainda é vigente e evidenciada inclusive nas universidades, nas quais os cursos são extremamente distantes. O PET-Saúde/VS traz a proposta da atuação de um grupo formado por discentes de cursos diferentes e possibilita ao estudante uma interação que, por vezes, não é vivenciada durante as práticas acadêmicas e estágios curriculares.

### **Aproximação do estudante com a comunidade**

Ao se inserir no serviço, além do contato com os profissionais que o compõe, o estudante tem a possibilidade do contato direto com o usuário e a comunidade. Nesse âmbito, ocorrem as ações de educação em saúde, abordando principalmente a prevenção e a promoção à saúde, de acordo com o eixo temático do projeto. O processo de escuta também é estabelecido, porque nessas ações os usuários do serviço trazem suas demandas, apontam as lacunas e fragilidades do serviço e apresentam suas dúvidas.

Ao vivenciar a dinâmica dos serviços de saúde e ao aproximar-se dos discursos dos sujeitos que utilizam esses serviços, os estudantes compreendem a atuação prática como espaço para construção de novos saberes. Nesta perspectiva, Ferreira, Silva e Aguera (2007, p. 55) argumentam que:

[...] ao se confrontarem com os problemas em tempo real, os estudantes reconhecem uma nova

concepção de aprendizagem, na qual utilizam capacidades prévias e buscam novos conhecimentos (cognitivos, afetivos e psicomotores) para enfrentar as situações que emergem do cotidiano, construindo, assim, maior significado em sua aprendizagem e possibilitando a construção de novos saberes (FERREIRA; SILVA; AGUERA, 2007, p.55).

O referido espaço permite que o estudante reflita suas ações enquanto integrante do PET-Saúde/VS e futuro profissional, visualizando também as ações do preceptor, enquanto profissional da assistência, buscando extrair dessa experiência possibilidades de intervenções a serem desenvolvidas e um aprendizado que será fundamental para uma prática profissional diferenciada, que se fundamente nas necessidades apresentadas para que o serviço aconteça próximo à comunidade que o utiliza, e que essa esteja presente na construção e manutenção do mesmo de forma ativa.

O estudante do PET-Saúde/VS que se encontra em atividades desenvolvidas nos serviços, pode vivenciar o que é discutido no ambiente acadêmico de forma a ressignificar o processo de ensino aprendizagem que o mesmo vivencia, pois a prática pode ilustrar e tornar real o que até então se encontrava restrito às páginas dos livros. Por exemplo: durante uma atividade com a comunidade realizada com o público masculino – por tratar-se de uma feira de saúde do homem – após o questionamento ter sido levantado sobre o que o público conhecia sobre o HIV, um homem levantou-se e trouxe a abordagem da feminização da epidemia da Aids, apontando os fatores que são associados a esse evento. O assunto é discutido no ambiente acadêmico, porém o mesmo assume um sentido mais real, palpável e significativo quando o estudante pode enxergar a temática em suas práticas, ao estar próximo à comunidade e ao ouvir o que ela sabe sobre e o que ainda anseia descobrir.

### **Considerações finais**

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde/VS), possibilita que o estudante vivencie desafios e

descobertas singulares que, por vezes, configuram em experiências que não estão ao acesso de discentes não integrantes do programa. Esse fator é observado claramente na discussão de temáticas como a atenção a usuários de álcool e outras drogas, e até mesmo na avaliação crítica dos serviços de Atenção Básica durante as práticas de componentes curriculares.

A aproximação existente durante as práticas na graduação, por terem caráter pontual e por serem destinadas a setores específicos dentro de uma unidade de saúde, tende a não possibilitar à experiência da visualização ampla acerca das dificuldades encontradas no processo de trabalho dos integrantes da equipe, o conhecimento da rede, suas potencialidades e fragilidades, além do conhecimento das demandas da comunidade apontadas diretamente pelos usuários.

Na temática do uso de álcool, outras drogas e HIV, ainda há um fator a ser destacado que é a possibilidade do estudante lidar com assuntos cercados de estigmas e preconceitos, e discutí-los tanto com profissionais quanto com usuários, sendo que alguns desses, se demonstrarão completamente distantes e desinteressados frente a esses temas, exigindo maior empenho do graduando.

Os desafios encontrados na prática em serviço e discussões teóricas, são relevantes ferramentas de preparação do discente, fazendo com que o mesmo desenvolva práticas diferenciadas, atentando-se para as demandas sociais e visando articulá-las com as políticas de saúde do Brasil, para que seja planejada uma assistência integral de qualidade.

Vivenciar a rotina dos serviços de saúde e poder fazer parte dela, inserir-se nesses espaços estabelecendo vínculos com os profissionais e comunidade, configuram uma prática para além do que atualmente é vivenciado nas graduações em saúde, possibilitando a formação diferenciada de profissionais da área.

Ressalta-se a importância do projeto para a formação profissional qualificada e pela inserção dos estudantes no Sistema Único de Saúde visando, dentre outras ações, prepará-los para as reais

necessidades existentes na sociedade, para visualizar as fragilidades e mostrar as possibilidades de mudanças, visando muito mais que repará-los: enxergar as possibilidades mesmo diante da existência dessas.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró – Saúde)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

HADDAD, A. E. et al. Pró-Saúde e PET-Saúde: a construção da política brasileira de reorientação da formação profissional em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n.1, p. 3-4, 2012.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p. 455-464, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

SOBRINHO T. A. O. et al. Integração acadêmica e multiprofissional no PET-Saúde: experiências e desafios. **Revista da ABENO**, v.11, n. 1, p. 39-42, 2011.

FERREIRA, R. C.; SILVA, R. F. da; AGUERA, C. B. Formação do profissional médico: a aprendizagem na atenção básica de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n.1, p. 52-59, 2007.

# **EDUCAÇÃO PELO TRABALHO NA SAÚDE DA FAMÍLIA: a experiência com gestantes**

*Isadora Reis Rodrigues*

*Laila Lorena Nogueira Batista da Silva*

*Mabelle Melo dos Santos*

*Elaine Andrade Leal Silva*

*“Vale milhões de vezes mais a vida de um  
único ser humano do que todas as pro-  
priedades do homem mais rico da terra”.*  
(Che Guevara)

## **A Educação pelo Trabalho na Saúde da Família**

O Programa Nacional de Reorientação na Formação Profissional em Saúde, articulado com Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET-Saúde), no contexto do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), foi desenvolvido através da parceria entre a referida instituição de ensino e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Santo Antonio de Jesus, com o objetivo de promover grupos de aprendizagem tutorial como instrumento de qualificação em serviço para os trabalhadores de saúde, bem como formar estudantes que compreenda e vivencie os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

Considerando a concepção do SUS como uma escola, os atores envolvidos com este sistema devem trabalhar de modo articulado e integrado. Esta integração abrange a tríade ensino-serviço-comunidade, e possibilita o desenvolvimento de atividades

de educação em saúde pautadas em ações multiprofissionais e interdisciplinares articuladas com as Unidades de Saúde da Família (USF). Neste sentido, o PET Saúde da Família e Redes de Atenção (PETSF-RAS) da UFRB, tem desenvolvido diferentes atividades no contexto das USF, e neste capítulo específico com gestantes.

As atividades com e para as gestantes e que foram desenvolvidas em um dos seis cenários do PETSF-RAS, iniciou com a exploração e reconhecimento território adstrito e mediado pelos Agentes comunitários de Saúde (ACS), seguido da leitura crítica dos dados fornecidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e identificação das necessidades de saúde da população, levantadas pela equipe da saúde da família. Norteados por um plano de trabalho, petianos dos cursos de Enfermagem, Psicologia e Medicina iniciaram um planejamento coletivo. Após esse momento, diagnóstico, foi realizado um projeto de intervenção que pudesse dar respostas para as demandas observadas e envolvessem discentes, preceptores, tutores, trabalhadores do SUS e as gestantes.

Neste contexto, o grupo PETSF-RAS, que é composto por discentes de diferentes cursos da saúde, preceptoras e tutoras enfermeiras, desenvolveu seu projeto de intervenção na Unidade de Saúde da Família (USF) Antônio André de Souza Filho (AASF), zona urbana de Santo Antônio de Jesus-BA. O projeto consistiu na implantação do Grupo de Gestantes (GG), com o propósito de contribuir para um melhor acolhimento, integralidade da atenção e interação com as mulheres no período gravídico-puerperal, acreditando que essa ação também poderia transcender a atenção hospitalocêntrica.

Para formar um grupo com e de gestante, fez-se necessário aos arquitetos do projeto a compreensão do pré-natal (PN), fundamentado pelo Ministério da Saúde. Partiu-se da fundamentação teórica de que, no pré-natal, é necessário assegurar o desenvolvimento da gestação, possibilitando o parto de um recém-nascido saudável, com abordagem nas atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2012).

Na assistência ao pré-natal, há um momento de preparação física e psicológica para o parto e maternidade, sendo assim, aparece como uma oportunidade de intenso aprendizado, oportunizando a equipe de saúde à desenvolver a educação como dimensão do processo de cuidar (NETO, GUIMARÃES, 2008).

Estes mesmos autores também afirmam que, a assistência ao PN deve oferecer cobertura a toda população de gestantes, assegurando o acompanhamento, a continuidade no atendimento e avaliação. Essas ações têm como objetivos prevenir, identificar e/ou corrigir as intercorrências maternas e fetais bem como instruir a gestante no que diz respeito à gravidez, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido, com destaque também a importância de fortalecer os vínculos com companheiro(a) e família, para que estes se envolvam também no processo de gestar, parir e nascer.

Dessa forma a assistência pré-natal, não deve se restringir às ações clínico-obstétricas, mas incluir as ações de educação em saúde na rotina da atenção integral, assim como aspectos antropológicos, sociais, econômicos e culturais, que devem ser conhecidos pelos profissionais que assistem as mulheres grávidas, buscando entendê-las no contexto em que vivem, agem e reagem (DUARTE; ANDRADE, 2008, p. 134).

Segundo Brasil (2012), cabe à USF a coordenação do cuidado materno infantil, o estabelecimento de vínculo entre gestante e Equipe de saúde, acolhimento das demandas das gestantes e de seus familiares, desenvolvimento da escuta ativa das gestantes e de seus acompanhantes, como, por exemplo, a roda de conversa de gestante de modo a considerar os aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais. Ainda afirma que, para uma assistência ao PN efetiva, é necessária também, a realização de práticas educativas de modo individual ou coletiva, por meio de grupo de gestantes, sala de espera, etc. Nesta direção, está posto que cada integrante da ESF

tem suas atribuições de acordo a sua categoria profissional (agente comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, cirurgião dentista) entretanto, a todos competem: desenvolver atividades educativa e de apoio à gestantes e aos seus familiares.

O projeto de implementação do GG necessitava de um coletivo maior, coletivo que agrupasse participantes do PETSFRAS, trabalhadores da ESF e gestantes, usuários do SUS. Assim optou-se pelo trabalho em grupo e com grupos. O trabalho grupal pode ser utilizado como estratégia do processo educativo, pois a construção deste, acontece a partir das interações entre seres humanos de forma dinâmica e reflexiva. A técnica de trabalho com grupos, promove o fortalecimento das potencialidades individuais e grupais, a valorização da saúde, a utilização dos recursos disponíveis e o exercício da cidadania (REBERTE et al., 2005).

A seguir apresentaremos o processo de implantação do Grupo de Gestante na USF cenário PETSFRAS e o aprendizado construído.

### **A experiência com e para o Grupo de gestantes**

A experiência com e para o Grupo de Gestantes, iniciou com a fase diagnóstica e que antecedeu a fase pré-elaboração do projeto, originando-se após reunião entre os trabalhadores da Saúde da família Antonio André de Souza Filho, que perceberam os sinais de alerta oriundos do Sistema de informação da Atenção básica. Constatou-se que 11 % das gestantes não foram acompanhadas pelo ACS, 19% das gestantes da área de abrangência não estão com vacina em dia, 16% das gestantes não fizeram pré-natal no mês, que apenas 15% das gestantes iniciaram seu pré natal no primeiro trimestre e que 21 % das gestantes cadastradas eram menores que 20 anos (SIAB, 2014). Embora a USF AASF funcionasse de segunda a sexta, houvesse turnos (manhã e tarde) para atendimento de pré-

natal seja com enfermeiro, médico e dentista, ainda existia uma dificuldade de acompanhamento mais efetivo na linha do cuidado materno-infantil.

As inquietações após tais constatações fortaleceram a necessidade de abordagem mais educativa e preventiva para a assistência ao pré-natal mais eficaz. As consultas de pré-natal não estavam conseguindo dar conta de sanar todas as dúvidas das gestantes, o tempo de atendimento limitado e somado à dificuldade de troca de experiências entre as gestantes durante as consultas, fortalece a necessidade de implantação do grupo de e com gestantes. O planejamento foi feito sobre os principais temas pelo grau de importância e curiosidade, com o objetivo de informar, trocar saberes e desfazer alguns mitos envolvidos com a gestação.

A divulgação foi realizada pelas estudantes do PET-Saúde, enfermeira e ACS. Houve produção de convites individuais e que foram entregues as gestantes da área abrangente pelos agentes comunitários de saúde, e cartazes que foram colados na unidade de saúde. Mensalmente, a data era atualizada para que as gestantes tivessem controle da data do próximo encontro e se planejasse a fim de poder participar. Ficou sob o encargo dos agentes comunitários e da equipe da unidade, também estar sempre lembrando da importância da participação e das datas marcadas, assim como das estudantes do PET-Saúde, que fizeram salas de espera com o tema.

A escolha dos temas para serem trabalhados no grupo de gestantes, foram norteados pelo manual de PN do Ministério da Saúde, somado às vivências da equipe da saúde da família, e da equipe que compõe o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), das petianas. Então foram propostos seis encontros, que ocorreram mensalmente, na última quinta-feira do mês à tarde, com uma duração de 2 a 3 horas. Cada encontro foi planejado para ser multidisciplinar e abranger mais de um assunto por encontro para contemplar todos.

Os temas abordados foram os seguintes: Importância do pré-natal; Vacinação para as gestantes; Evolução da gestação;

Alimentação durante a gestação; Medicções na gravidez; Atividade física para gestante/postura/prevenção de dores/Shantala; tipos de parto/parto/cuidados no pós-parto; Verdades e mitos sobre a saúde bucal da gestante e da criança; Orientação psicológica na gravidez; Orientações Fonoaudiólogas para mãe e bebê; Amamentação e Cuidados com o recém-nascido.

### **Resultados: um projeto em permanente construção**

O primeiro encontro ocorreu com a presença da equipe da USF com exceção do médico que se encontrava em atendimento, as estudantes do PET-Saúde. O encontro se iniciou com a apresentação de todos, com o objetivo do grupo sendo exposto para conhecimento e aprovação de todas as participantes. Depois, os ACS começaram a falar sobre a importância do pré-natal na gestação, e que todas deveriam fazer nos períodos aconselhados. Posteriormente a técnica de enfermagem falou sobre a importância da vacinação nesse período, e sempre havendo um diálogo entre as participantes, com uma troca de saberes, já que nem todas eram primigestas. Na sequência, a estudante do PET-Saúde, juntamente com a enfermeira e os estudantes do Estágio Supervisionado de Enfermagem, mostraram um vídeo que delimitava cada fase da gestação, o que ocorria a cada período com o bebê e depois abriram para discussão sobre mitos e verdades, com uma dinâmica. Para finalizar houve um lanche coletivo para confraternização do grupo.

No segundo encontro estavam presentes o NASF, representados pela Nutricionista e Farmacêutico. A nutricionista do NASF, juntamente com estagiários de nutrição da UFRB, iniciaram a atividade programada para este dia, com uma dinâmica. Eles mostravam placas com frases/afirmações sobre alimentação na gestação, mitos e verdades sobre o que consumir na gestação e as gestantes levantavam a placa, para afirmar se elas achavam ser verdadeiro ou falso. Em seguida a nutricionista tirou dúvidas de

todas as gestantes sobre alimentação e distribuiu folder educativo com tema. Na sequência, o farmacêutico conversou sobre uso de medicações na gestação e apresentou as medicações que possuíam mais riscos para o bebê e os que apresentam menos riscos. As gestantes puderam tirar suas dúvidas e trocar experiências sobre alimentação adequada e o uso de medicamentos.

No terceiro encontro houve o apoio do NASF e dos ACS, pois um dos agentes tem formação em educação física. O encontro iniciou com a distribuição de um folder que foi construído pelas estudantes do PET-Saúde e que tratava da Shantala, mostrando o que é e quais os seus benefícios, através dos seus 17 passos. No encontro, os dois educadores físicos e o fisioterapeuta, realizaram alongamento com os participantes e orientações sobre atividade física na gravidez. O Educador Físico/ACS ensinou às gestantes massagens realizadas no bebê para alívio de cólicas, gases e massagem de relaxamento (Shantala). Posteriormente, a fisioterapeuta orientou e fez exercícios com as gestantes para alívio de câimbras e dores comuns na gravidez, como dor na coluna. Para finalizar, houve um lanche coletivo para confraternização do grupo.

O quarto encontro foi mediado pela Enfermeira, Dentista e petianas. Foi abordada a importância da higienização bucal do bebê após a mamada, para se evitar as cáries. Também se discutiu sobre a utilização e manejo do bico e da mamadeira, pois estes têm influência na formação da arcada dentária do bebê, uma vez que em longo prazo pode desencadear problemas de má formação entre outros. Se houver mesmo necessidade de utilizar estes, é necessário estar atento a higiene para não se acumular resíduos e oferecer alternativas para que o bebê não faça uso prolongado. Posteriormente, as petianas trouxeram uma metodologia mais participativa, para abordar os tipos de parto. Foram oferecidas às gestantes pequenas placas com as expressões “sim” ou “não”. Essa estratégia foi utilizada para driblar a timidez das mesmas, em se manifestar durante os encontros, pois sempre surgem muitas dúvidas pertinentes quando são incentivadas a falar.

Foram selecionadas algumas afirmativas sobre alguns mitos e verdades, com relação aos partos e as gestantes foram opinando uma a uma, e aos poucos foi-se desconstruindo e reconstruindo a partir do conhecimento e aprendizado mútuo. Neste momento houve uma intensa troca, pois havia um grupo misto com múltiparas e primigestas fazendo mais enriquecedora essa troca de experiências. Com o auxílio de cartazes construídos pelas estudantes do PET-Saúde, foi abordado os tipos de parto levantando sempre as indicações, os riscos e benefícios de cada um e as possibilidades de escolha dentro da estrutura do município. No final houve escuta ativa de muitos relatos de esclarecimento de dúvidas e para finalizar houve um lanche coletivo para confraternização do grupo.

O quinto encontro não aconteceu, pois os profissionais responsáveis por conduzir a roda de conversa com o grupo não puderam comparecer, assim como estavam ocorrendo mudanças na unidade, já que a enfermeira estava se afastando por motivos de saúde e o outro profissional que ocuparia seu lugar, não estava a par da dinâmica do grupo.

O sexto encontro foi o encerramento, houve com a presença de todos os membros da equipe da USF. Os ACS explanaram sobre a importância da amamentação e dos seus benefícios para o binômio mãe-bebê. As petianas trouxeram os cuidados com o recém nascido, utilizando uma boneca e artigos como bacia para banho e outros produtos envolvidos nos cuidados para que, com a participação das gestantes, houvesse uma troca a partir das experiências já vivenciadas. Foi abordada a limpeza do coto umbilical, o uso de talco e lenço umedecido entre outros assuntos. Houve uma rica troca de experiências entre as gestantes e o encontro ficou leve se tornando um espaço onde todos compartilharam das vivências. Por fim o lanche coletivo, um sorteio de brindes adquiridos por doação e uma avaliação final das gestantes do ciclo de encontros, com levantamento de pontos positivos e negativos, além de sugestões para as próximas edições.

## **Alguns Apontamentos sobre o Aprendizado**

É possível afirmar uma mudança comportamental e nas crenças das gestantes participantes, pois além de ouvir os profissionais, esclarecer suas dúvidas, também foi possível trocar experiências com outras gestantes não primigestas e que apresentaram suas vivências anteriores. As pessoas precisam compartilhar experiências, mais do que ouvir na teoria, saber como ocorreu com outras pessoas e o que fizeram para superar as adversidades. Então a experiência de um grupo, onde as participantes podiam dividir sentimentos comuns e ao mesmo tempo experiências diferentes, foi de absoluto crescimento para todos.

A experiência inicial com grupo de gestantes conduz uma reflexão sobre o quão importante são esses grupos, como espaço para troca de experiências, saberes e percepções, comungando uma influência positiva no bem estar da mãe e do bebê. Para os profissionais envolvidos essas vivências são fundamentais para o crescimento profissional, para continuidade da assistência, para fortalecimento dos vínculos com a comunidade.

Na condição de petiana a experiência possibilitou a educação pelo trabalho que na experiência ora relatada deve estar sensível a uma escuta qualificada, a singularidade do sujeito e a vivência de cada mulher no seu ciclo-gravídico- puerperal. Neste sentido, imergir-se em um trabalho multidisciplinar com o grupo de gestante, tornou-se a oportunidade para as graduandas de Enfermagem e Psicologia, preceptora e tutora viver a escola do SUS, onde todos aprendem e interagem entre si.

Enquanto tutora, integrante do SUS escola, parceira e colega de trabalho dos demais profissionais da ESF, cabe o reconhecimento do aprendizado coletivo e singular; a valorização e respeito ao outro enquanto estudante, trabalhador, cidadão brasileiro; o incentivo de práticas educativas libertadoras; a exequibilidade da pesquisa-ação indissociada da extensão e do ensino. Está posto o desafio!

Depois de finalizado os encontros com este grupo de gestantes, inicia-se um processo de sementeira do apoio coletivo. A ideia de grupo, vai para além do momento em que as pessoas estão reunidas no encontro especificamente, é de criar um vínculo entre as participantes, para que elas possam formar uma rede de apoio interno. Um grupo se forma quando há um objetivo comum a todos. Um grupo coeso e unido é aquele que se apoia, para uma situação que contribua aos envolvidos. É possível assegurar que essas gestantes formaram um vínculo pessoal e que irá para além do grupo, com contatos que irão perdurar a gestação atual e apoiar as futuras.

Próximos passos? Na lei da sementeira, tem-se o crescimento de outros grupos de gestantes e que possibilite a participação de pais e cuidadores/cuidadoras, filhos/filhas, onde o trabalho interdisciplinar seja efetivado. Os frutos virão: frutos que valorizem o aprendizado coletivo apoiados no abraço entre o saber acadêmico e cultural.

Que venham os frutos!

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

DELFINO, M. R. R. et al. O processo de cuidar participante com um grupo de gestantes: repercussões na saúde integral individual-coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 9, p. 1057-66, 2004.

DUARTE, S. J. H.; ANDRADE, S. M. O. de. O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 132-139, 2008.

KILSZTAJN, S. et al. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 303-310, 2003.

NETO, X. et al. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 16, n. 5, p. 595-602, 2008.

PAULINO, H. H. et al. Grupo de gestantes: uma estratégia de intervenção do PET-Saúde da Família. **Revista da ABENO**, v. 2, n. 13, p. 76-81, 2013.

REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K. O desenvolvimento de um grupo de gestantes com a utilização da abordagem corporal. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.14, n. 2. p. 186-92, 2005.

FAUSTINO-SILVA, D. et al. Percepções e saberes de um grupo de gestantes sobre aleitamento materno – um estudo qualitativo. **RFO - Revista da Faculdade de Odontologia**, UPF, v.13, n. 2. p. 7-11, 2008.



# SITUAÇÃO VACINAL DE TRABALHADORAS DA SAÚDE: relato de experiência

*Tássia Ranielle Nascimento de Queiroz*

*Thiala Lima Barreto*

*Ariane Andrade Farias*

*Juliana Costa Ribeiro*

*Rosa Cândida Cordeiro*

## **Imunização é prevenção**

A imunização é uma medida eficaz e duradoura na prevenção de doenças, preconizada pelo Ministério da Saúde. É considerada uma forma efetiva de minimizar a ocorrência de endemias e epidemias, sendo entendida como um agente modificador no curso das afecções. Logo, esta se configura como o procedimento de melhor custo e efetividade com vistas à promoção e proteção da saúde dos indivíduos, resultando no acentuado decréscimo da morbimortalidade da população (SOUSA et al., 2003).

No Brasil, desde 1973, encontra-se em vigor o Programa Nacional de Imunizações (PNI) que tem o objetivo de controlar doenças imunopreveníveis mediante amplas coberturas vacinais, para que a população possa ser provida de adequada proteção imunitária. Os êxitos alcançados pelo PNI renderam reconhecimento e respeitabilidade por parte da sociedade brasileira e fizeram deste um programa de Saúde Pública, de referência para vários países (JUNIOR, 2013).

O PNI tem garantido a oferta de vacinas seguras e eficazes para todos os grupos populacionais que são alvos de

ações de imunização, como crianças, adolescentes, adultos, idosos e indígenas, disponibilizando, atualmente, 43 produtos, entre vacinas, soros e imunoglobulinas (JUNIOR, 2013). Desde 2004, foi instituído o calendário de vacinação do adulto, o qual propõe uma sequência cronológica das vacinas a serem administradas.

No que se refere aos profissionais de saúde, estes se encontram susceptíveis em seu contexto laboral, a riscos de cunhos biológicos, químicos e ergonômicos. Dessa forma, a adesão à vacinação por parte dos mesmos torna-se imprescindível, a fim de prevenir e proteger contra o seu adoecimento, além de apresentar benefícios que se estendem à redução da ocorrência de absenteísmo, manutenção da produtividade no trabalho e proteção da coletividade (PINTO et al., 2011).

Partindo desse pressuposto, todo profissional da área da saúde, pela situação de contato direto com as doenças infectocontagiosas, deve ser imunizado conforme estabelece a Norma Regulamentadora número 32 (NR-32), que dispõe sobre a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores em serviços de saúde. E mais, ela institui que é dever do empregador disponibilizar gratuitamente todas as vacinas registradas no país que possam, segundo critérios de exposição a riscos, estar indicadas para o trabalhador.

Contudo, dentro do PNI ainda não há uma política desenvolvida especificamente para estes profissionais, sendo comum a inserção dos mesmos no mercado de trabalho, muitas vezes, de forma desorganizada, sem treinamento de biossegurança, tão pouco a verificação da situação vacinal, o que aumenta o risco de transmissão e disseminação de doenças infecciosas.

Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivo caracterizar a situação vacinal dos trabalhadores da saúde das Unidades de Saúde da Família Andaiá I e II, e refletir acerca da importância da atualização do cartão vacinal como forma de evitar e/ou minimizar a apresentação de agravos desta ordem.

## **Situação vacinal de trabalhadoras da saúde**

Esta pesquisa foi desenvolvida por estudantes bolsistas da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, preceptora e tutora pertencentes ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – Estratégia de Saúde da Família e Redes de Atenção à Saúde, realizada no período de junho a agosto de 2014, com o objetivo de caracterizar e analisar a situação vacinal dos trabalhadores de saúde das Unidades de Saúde da Família Andaiá I e II, do município de Santo Antônio de Jesus-BA.

O estudo constou da leitura e análise inicial das informações relacionadas à temática, apreendendo acerca dos tipos de vacinas preconizadas pelo Ministério da Saúde, através do PNI, das concepções sobre os imunobiológicos e das questões legais envolvidas, sobretudo no que concerne aos trabalhadores da área da saúde.

Em seguida, realizou-se o recolhimento dos cartões vacinais dos trabalhadores das Unidades para averiguação referente à sua atualização. Os dados obtidos foram processados e formatados em planilha do programa Excel 2007, analisados mediante fundamentação teórica e os resultados obtidos, apresentados em frequência e porcentagem.

Do total de 37 trabalhadores das Unidades de Saúde da Família Andaiá I e II, do município de Santo Antônio de Jesus, somente 16 (43,2%) disponibilizaram os cartões de vacinas para análise, sendo que 21 (56,8%) não o fizeram. Da amostra estudada, os profissionais de saúde pertencentes à unidade Andaiá I se destacaram na adesão à pesquisa, visto que o número de participantes correspondeu a 62,5% (10) dos trabalhadores, enquanto os alocados na unidade Andaiá II representaram somente 37,5%.

Em termos das características demográficas dos profissionais avaliados, 16 (100%) eram do sexo feminino, refletindo uma tendência nacional do setor saúde. Este fato, pode ser explicado, com base em uma visão sócio histórica, devido à permanência da

feminização no trabalho nesta área, principalmente nos setores da enfermagem, higienização e nutrição, que são também caracterizados pela crescente precarização e flexibilização nas relações de trabalho. A divisão sexual do trabalho está diretamente ligada a esse dado, visto que as funções vinculadas ao cuidar são relacionadas a uma ‘ação feminina’, acentuando a permanência de mulheres atuantes no setor da saúde. Portanto, é a noção de cuidado (de saúde à família), enquanto ação concebida como feminina e produto das “qualidades naturais” das mulheres, que fornece atributos e coerência ao seu exercício no espaço formal das relações de trabalho na saúde (LOPES et al., 2005).

A amostra contemplou ainda profissionais de distintas categorias, a saber: enfermeira (6,25%), recepcionista (12,5%), agentes comunitários de saúde (ACS) (50%), auxiliar em saúde bucal (ASB) (12,5%), assistente administrativo (6,25%) e técnicas de enfermagem (6,25%), havendo, portanto, uma maior adesão por parte dos ACS. Em contrapartida, a categoria médica, bem como dos odontólogos, os quais compõem, juntamente com o enfermeiro e os ACS, a Equipe de Saúde da Família, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, não aderiram a tal estudo.

Tendo em vista que os profissionais de saúde estão em contato com pessoas ou materiais infectados, expondo-se a riscos constantes de adquirir infecções imunopreveníveis, o ideal é que ocorra a atualização do esquema vacinal seja concomitante ao ingresso dos mesmos em sua prática, uma vez que a incompletude dos seus cartões de vacinas, aumenta consideravelmente o risco de adquirirem ou transmitirem doenças dessa ordem. Assim, é imperioso ressaltar que as técnicas de proteção individual e a adequada imunização através das vacinas são fundamentais para a manutenção de imunidade à doenças infecciosas e, conseqüentemente, minimizar o risco de aquisição das mesmas. Vale ressaltar ainda que, além destes, outros fatores de risco acabam por viabilizar a transmissão destes agravos, a citar: idade cronológica, tempo de exercício da profissão, tipo de atividade exercida e a não utilização dos equipamentos de proteção.

## Quais são as vacinas pertencentes ao esquema vacinal do adulto?

Quanto às vacinas que compõem o esquema vacinal do adulto e que são recomendadas para os profissionais da área da saúde, tem-se:

**Vacina contra Hepatite B:** trata-se de uma vacina inativada, que confere proteção contra o vírus da Hepatite B, responsável por provocar a doença de mesmo nome, a qual apresenta como sinais e sintomas, mal-estar, febre baixa, dor de cabeça, fadiga, dor abdominal, náuseas, vômitos e aversão a alguns alimentos. O doente fica com a pele amarelada. Pode levar a uma infecção crônica (permanente) do fígado, e conseqüentemente ao câncer de fígado. Para tal imunização, são necessárias três doses de 1 ml, intramuscular, com intervalo de 30 dias da 1ª para 2ª dose e 180 dias da 1ª para a 3ª dose.

Esta vacina vem sendo altamente recomendada aos profissionais da área da saúde por todos os órgãos ligados, direta e indiretamente, às práticas de imunização, por ser considerada a principal medida de prevenção contra a hepatite B ocupacional, devendo ser realizada antes da admissão do profissional (ou estudante, estagiário) nos serviços de saúde. É uma vacina extremamente eficaz (90% a 95% de resposta vacinal em adultos imunocompetentes) e segura (BRASIL, 2004).

**Vacina Tríplice Viral (SCR):** vacina atenuada, que atua na prevenção contra o sarampo, a caxumba e a rubéola. O sarampo é uma doença contagiosa, causada por um vírus que provoca febre alta, tosse, coriza e manchas avermelhadas pelo corpo. É transmitida de pessoa a pessoa por tosse, espirro ou fala, especialmente em ambientes fechados. Facilita o aparecimento de doenças respiratórias como a pneumonia e diarreias. No que concerne a caxumba, conhecida como papeira ou parotidite infecciosa, também trata-se de uma doença altamente contagiosa, causada pelo vírus Paramyxovirus, transmitido por contato direto com gotículas de saliva ou perdigotos de pessoas infectadas, apresentando como

primeiros sintomas febre, calafrios, dores de cabeça, musculares e ao mastigar ou engolir, além de fraqueza. Uma das principais características da doença é o aumento das glândulas salivares próximas aos ouvidos, que fazem o rosto inchar. Nos casos graves, a caxumba pode causar surdez, meningite e, raramente, levar à morte. Após a puberdade, pode causar inflamação e inchaço doloroso dos testículos (orquite) ou dos ovários (ooforite) e levar à esterilidade.

Em se tratando da rubéola, consiste em uma doença infectocontagiosa causada por um vírus do gênero Rubivirus, o Rubella vírus. Esta acomete principalmente crianças entre cinco e nove anos, provocando febre e o aparecimento de exantemas, começando pelo rosto, couro cabeludo, pescoço e se espalhando pelo tronco, braços e pernas. A transmissão acontece de uma pessoa a outra, geralmente pela emissão de gotículas das secreções respiratórias dos doentes. É pouco frequente, a transmissão através do contato com objetos recém-contaminados por secreções de nariz, boca e garganta ou por sangue, urina ou fezes dos doentes. A rubéola congênita acontece quando a mulher grávida adquire rubéola e infecta o feto, porque o vírus atravessa a placenta.

A SCR deverá ser administrada em via subcutânea na face posterior de um dos membros superiores. Só é necessária uma dose para proteção durante toda a vida, uma vez que esta vacina confere proteção superior a 95% e é recomendada para os adultos de 20 a 59 anos, que não tenham comprovação de vacinação anterior. A duração da imunidade induzida pela vacina é maior que 25 anos e, provavelmente, o seja por toda vida (SANTOS et al., 2010). Em especial, devem ser vacinados os profissionais de saúde, os profissionais de turismo e quem for viajar para fora do país, uma vez que o sarampo ainda causa epidemias e é muito comum em outros países do mundo.

**Vacina contra Difteria e Tétano (dupla tipo adulto - dT):** Vacina bacteriana inativada, que previne contra a difteria e o tétano. A difteria é causada por um bacilo, produtor de uma toxina (substância tóxica) que atinge as amídalas, a faringe, o nariz e a pele, onde provoca placas branco-acinzentadas. É transmitida, por

meio de tosse ou espirro, de uma pessoa contaminada para outra. Já o tétano, consiste em uma infecção causada por uma toxina produzida pelo bacilo tetânico, que entra no organismo por meio de ferimentos ou lesões na pele (tétano acidental) ou pelo coto do cordão umbilical (tétano neonatal ou mal dos sete dias) e atinge o sistema nervoso central. Caracteriza-se por contrações e espasmos, dificuldade em engolir e rigidez no pescoço.

A dT deverá ser administrada por via intramuscular na parte superior do braço – músculo deltóide. As pessoas não vacinadas precisam tomar três doses da vacina (com intervalo de dois meses entre as doses – zero, dois, quatro meses). Os adultos que já receberam a vacina DTP na infância, devem tomar uma dose de reforço a cada dez anos. É válido salientar, que a vacina dupla tipo adulto é recomendada aos profissionais da área da saúde e conferem imunidade por cinco anos, contra o tétano acidental grave e 10 anos para os acidentes leves. É a medida mais eficaz e adequada de prevenção e controle para tais doenças.

**Vacina contra Febre Amarela:** Constituída por vírus vivos atenuados, esta vacina protege contra a febre amarela, doença infecciosa transmitida pela picada do *Aedes aegypti* ou de mosquitos do gênero *Haemagogus*. É uma doença grave, que se caracteriza por febre repentina, calafrios, dor de cabeça, náuseas e leva a sangramento no fígado, cérebro e nos rins podendo, em muitos casos, causar a morte. Este imunobiológico deverá ser administrado através de injeção subcutânea, na face posterior de um dos braços, sendo dose única, com reforço a cada dez anos. Devem tomar a vacina os adultos de regiões endêmicas (onde há casos da doença em humanos, como região Norte; estados como Maranhão, Distrito Federal e Minas Gerais) e de regiões onde há circulação do vírus entre animais (macacos). A vacina é recomendada ainda a todas as pessoas que pretendem viajar para locais onde a febre amarela é prevalente.

O esquema de vacinação é dinâmico e adequa-se a necessidade de prevenção, devido aos riscos causados pelos agentes infecciosos, desta forma desenvolver ações, através da imunização

apresenta benefícios satisfatórios. Assim, para além deste contexto, entendendo a existência do vínculo entre os profissionais responsáveis pelos cuidados da saúde do próximo e os usuários do serviço, observa-se a influência direta ou indireta nas atitudes e práticas dos mesmos. Desta forma, faz-se necessário compreender a estima agregada aos trabalhadores de saúde que realizam atividades não apenas com intuito de orientar, promover e cuidar.

### **Discutindo a realidade vacinal das trabalhadoras de saúde**

O cartão de vacina se configura como um instrumento de grande importância para fins de comprovação e melhor acompanhamento das datas e agendamentos das doses subsequentes. Partindo deste pressuposto, foi realizada a análise dos mesmos, na qual se verificou que 75% (12) da população avaliada possui o esquema vacinal atualizado e 25% (04) apresenta o mesmo desatualizado.

Tais dados contradizem a realidade apresentada por Araújo et al. (2008), o qual aponta em seu estudo o inadequado estado vacinal dos profissionais da área de saúde enquanto sério problema de saúde pública. Segundo o Ministério da Saúde, as coberturas vacinais específicas para este grupo, estão muito aquém das mínimas necessárias ao controle das doenças evitáveis por imunizantes. Tal constatação foi atribuída à falta de conhecimento por parte dos profissionais de saúde, da falta de disponibilidade destes imunobiológicos nos serviços de saúde, bem como pela pouca importância que é dada a esta proteção específica.

Consoante ao que aponta Pinto et al. (2011) em seu estudo, torna-se evidente a vulnerabilidade de alguns profissionais que atuam nas unidades básicas de saúde para algumas doenças. Entende-se, portanto, que devido o Programa de Saúde da Família atualmente constituir uma das principais estratégias do setor saúde, existe uma real necessidade de desenvolver uma política que aborde os riscos biológicos para os trabalhadores destas unidades.

Dessa forma, poderia ser assegurada a implementação de ações de promoção à saúde, dentro do contexto da educação continuada, relativas à questão técnica da realização de procedimentos diversos, bem como, a adoção de medidas de proteção específicas, como o uso dos imunobiológicos e de equipamentos de proteção coletiva e individual por todos os trabalhadores (PINTO et al. 2011).

### **Considerações finais**

É possível concluir que a situação vacinal dos participantes da pesquisa pode não ser necessariamente um reflexo da mesma a nível nacional, visto que dos profissionais de saúde que atuam nas Unidades Andaiá I e II, 75% apresentam o esquema vacinal atualizado, enquanto 25% encontram-se com o mesmo desatualizado. Isso reafirma o que preconiza o Ministério da Saúde, configurando realidades que são positivas e distintas da totalidade.

Assim, visto que a imunização configura um meio de proteção e promoção à saúde, o incentivo à mesma, dentro do contexto dos profissionais das unidades, possibilita prevenir doenças, promovendo a compreensão da necessidade de ser imunizado, a diminuição do risco com relação ao meio laboral e a orientação aos usuários do serviço para a importância desta ação.

Logo, fazem-se necessárias medidas que estimulem o aperfeiçoamento dos profissionais que atuam na rede, a fim de que haja uma valorização para além das campanhas pontuais de vacinação. Manter o cartão vacinal atualizado é de suma importância. E mais, é imprescindível sensibilizar este trabalhador acerca do valor e seriedade que estão imbricados, não somente com o 'ser' vacinado, mas também com ato de vacinar.

Para tal, entende-se a obrigação das instituições e serviços de saúde, enquanto empregadores, de disponibilizar gratuitamente os imunobiológicos para os seus trabalhadores, bem como, informar e atentar para a atualização da situação vacinal dos mesmos, visando, sobretudo, a segurança, o bem-estar e a saúde destes.

## Referências

BRASIL. **Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e Hepatite B e C.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria GM Nº485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora Nº 32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Ministério do Trabalho e Emprego, 2005.

JUNIOR, J. B. S. 40 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma conquista da Saúde Pública brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.22, n.1, p.7-8, 2013

LOPES, M. J. M; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**, v. 24, n.1, p. 105-125, 2005.

PINTO, A. C. S; ALMEIDA, M. I; PINHEIRO, P. N. C. Análise da susceptibilidade às doenças imunopreveníveis em profissionais de saúde a partir do status vacinal. **RENE - Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 12, n.1, p. 104-110, 2011.

SANTOS, S. L. V; ALVES, S. B; SOUSA, A. C. S; TIPPLE, A. F. V; MENDONÇA, K. M. A imunização dos profissionais da área da saúde: uma reflexão necessária. **RemE – Revista Mineira de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 595-601, 2010.

SOUSA, S. L. P; MONTEIRO, A. I; ENDERS, B. C.; MENEZES, R. M. P. O enfermeiro na sala de vacinação: uma análise reflexiva da prática. Rev. **RENE - Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 4, n. 2, p. 95-102, 2003.

# PERCEÇÃO DOS PETIANOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, SOBRE A ASSISTÊNCIA OFERECIDA AOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: **relato de experiência**

*Filipe Ramos da Mota  
Rafael Magalhães de Melo  
Sinara Vera  
Eder Pereira Rodrigues  
Nailza dos Santos Barbosa*

## **Introdução**

O fenômeno do uso abusivo de álcool, crack e outras drogas configura-se, na sociedade atual, como um tema bastante complexo, onde as transformações histórico-culturais e tecnológicas não surtiram efeito nos modelos de abordagem dessa problemática, os quais não têm avançado de forma satisfatória (SOUZA; KANTORSKI, 2007).

Na Idade Média, qualquer comportamento considerado dissemelhante ao corpo social da época, era condenado e associado à figura demoníaca e, a partir desse pressuposto, as pessoas em estado de embriaguez ou sob efeito de alucinógenos eram abolidas, pois uma sociedade baseada no teocentrismo e na ética cristã, não acolhia pessoas que faziam uso dessas substâncias. A partir da concepção medieval, o consumo de substâncias psicoativas permaneceu

associado a um comportamento antissocial e não a um problema de saúde pública, causando certo distanciamento do usuário em relação à sua comunidade (FOUCAULT, 1976).

Essa perspectiva começa a se modificar a partir do século XVII, em que o uso abusivo de álcool não era um problema associado à bebida e sim ao indivíduo, a embriaguez era relacionada a um defeito moral e de caráter, ou seja, o consumo abusivo de álcool não era associado a um problema de saúde e sim a um desvio de moralidade. Consequentemente, essa associação culminou em uma série de estigmas e preconceitos aos usuários de substâncias psicoativas (NEVES, 2004).

Apenas no século XX o consumo crônico de álcool ganha uma perspectiva patológica, em que a magnitude dos danos provocados por essa substância, se configurou como um problema de saúde pública mundial (NEVES, 2004).

Nesse contexto histórico, no Brasil, a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), estabelece a criação do Sistema Único de Saúde, que objetiva promover a qualidade de vida à população brasileira a partir do acesso universal, equitativo e integral aos serviços de saúde pública em todos os níveis assistenciais. Outro acontecimento importante está relacionado ao Marco Legal da Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/01), que reforçou a garantia do acesso aos serviços públicos de saúde, de forma universal aos usuários com problemas de saúde mental ou, pelo consumo abusivo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003).

Consequentemente esses grupos estariam oficialmente inseridos na rede assistencial de saúde. Contudo, o estigma, a exclusão e o preconceito são fatores agravantes no relacionamento entre os profissionais de saúde, com os usuários de substâncias psicoativas, dificultando a aproximação entre o usuário e a comunidade (BRASIL, 2003).

O Sistema Único de Saúde (SUS), promulgado pela Lei 8080/90, refere-se a um conjunto de práticas e serviços de saúde, que buscam promover melhor qualidade de vida para a população

brasileira de forma ampla e universal, isto é, para que todos tenham acesso à saúde como direito de cidadania. Além disso, o SUS tem com designo o desenvolvimento de uma assistência integral e justa à saúde, através da construção de redes de cuidados que trabalhem de forma regionalizada, hierarquizada e integrada (BRASIL, 2003).

Para alcançar tais objetivos, o SUS divide o cuidado com a saúde em três níveis de atenção: básica, média e alta complexidade. Essa forma de estruturar o sistema público, tem como intuito a elaboração mais eficiente de programações e planejamentos de ações dos serviços de saúde (BRASIL, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde, a atenção básica é caracterizada por um grupo de ações individuais e coletivas em saúde e que busca desenvolver a prevenção de agravos, a promoção e a proteção da saúde, diagnósticos, tratamentos, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (BRASIL, 2012). A proposta da atenção básica tem como intento, estabelecer uma prática integral (considerar o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural) e equânime, por meio de uma atuação profissional transdisciplinar, voltada para uma população específica (território definido), assumindo uma responsabilidade sanitária, ao mesmo tempo em que considera a dinâmica existente no território, em que esses indivíduos estão inseridos.

Neste cenário, a estratégia prioritária para consolidar, qualificar e expandir a atenção básica, refere-se à política nacional voltada para Saúde da Família. A proposta da Estratégia Saúde da Família (ESF), assim como outras, configura-se como um processo progressivo e singular, uma vez que considera a inclusão das especificidades locorregionais, buscando (re)organizar os serviços de saúde, tendo como referência as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Entretanto, na contramão do que tem sido apontado, historicamente observa-se uma ausência de cuidados, por parte dos serviços de saúde em geral, para aqueles sujeitos socialmente excluídos, dentre eles os usuários de substâncias psicoativas, o que

fere o direito de igualdade no acesso de tais serviços. Tal fenômeno assinala para a necessidade de mudanças nos modelos assistenciais e que não contemplam as necessidades fundamentais da população, o que também inclui, a formulação de novas estratégias e ações voltadas para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003).

Além disso, apesar da Constituição Federal, em seu artigo 196, estabelecer a saúde como direito de todos e dever do Estado, ainda se identifica no SUS um acesso excludente e desigual. Barreiras geográficas e fatores socioeconômicos caracterizam-se como entraves ao acesso, o que, na maioria das vezes, inviabiliza a inserção da população aos serviços públicos de saúde (ASSIS; ABREU-DE-JESUS, 2012).

Ademais, a ESF é considerada uma estratégia para (re)organização e expansão do SUS, vez que objetiva facilitar a acessibilidade e resolubilidade de forma integral e contínua aos usuários que procuram o serviço público de saúde (MENDES et al., 2012). Contudo, segundo Merhy (1997), a “porta de entrada” tem como função responder aos problemas que surgem de forma criativa, explorando o acolhimento nas relações mediante a formação de vínculo entre profissional/serviço/usuário.

No que diz respeito ao consumo de álcool e outras drogas, a Atenção Básica à Saúde tem papel fundamental na construção de uma prática voltada ao acolhimento, intervenção e acompanhamento dos usuários com este perfil. Segundo Barros e Pillon (2006), a atenção voltada aos usuários de substâncias psicoativas está inserida em um conjunto de prioridades da ESF, na tentativa de promover práticas de detecção precoce e redução dos danos causados por essas substâncias.

É importante salientar, que a utilização de substâncias psicoativas condiciona os usuários a uma realidade pautada em vulnerabilidades e que se encontram associadas às muitas situações de exposição às Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST, por exemplo. O usuário pode ser influenciado a partir dos efeitos

provocados pelos psicotrópicos em seu nível de consciência, a não utilizar-se dos insumos de prevenção, o que se configura como um fator de risco para o desenvolvimento de agravos relacionados às Doenças Sexualmente Transmissíveis (LUZ; WOSNIAK; SAVI, 1999).

Todavia, o conceito de vulnerabilidade está associado a um conjunto de fatores de ordem social, político-institucionais e comportamentais. Na ordem social, por exemplo, a dificuldade do acesso à informação, a garantia de prestação dos serviços de saúde e educação, condicionam o usuário de substâncias psicoativas a situações que tornam o processo de reabilitação e reinserção social prejudicado (LUZ; WOSNIAK; SAVI, 1999).

Neste cenário, observa-se que a Organização Mundial da Saúde (OMS), identificou a problemática imposta pelo consumo abusivo dessas substâncias, e, em decorrência disso, foi criada a estratégia de diagnóstico e intervenções breves (EDIB), que pretende prevenir os danos causados a saúde pelo uso de psicotrópicos. As EDIB estão principalmente voltadas para atenção básica, em virtude da maior proximidade desta com a comunidade, que pode facilitar a identificação/abordagem de usuários com este perfil e a formulação de ações preventivas e boa relação de custo/benefício (MINTO et al., 2007; CORRADI-WEBSTE et al., 2005).

Entretanto, as lacunas na formação e a falta de instrumentalização dos profissionais de saúde da Atenção Básica, no que se refere as prioridades da Política de Álcool e outras Drogas, justificam a dificuldade da implantação de estratégias adequadas às especificidades deste grupo (LARANJEIRA; ROMANO, 2004).

Assim, o presente estudo tem como objetivo descrever as percepções dos petianos, sobre o reconhecimento dos profissionais de saúde da importância da AB, no nível assistencial e preventivo de agravos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas, o acesso desses usuários aos serviços de saúde e o papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), no acolhimento de usuários com esse perfil.

## **Metodologia**

Trata-se de um trabalho de caráter qualitativo, que assume o formato de um relato de experiência, que reflete a vivência dos autores entre os meses de outubro de 2013 a novembro de 2014, em uma Unidade de Saúde da Família (USF), localizada em um município do Recôncavo da Bahia, Brasil. A experiência relatada foi proporcionada pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Vigilância em Saúde (PET-Saúde/VS).

## **Resultados e Discussões**

Durante a vivência dos petianos no campo da prática, pode-se perceber que os profissionais de saúde (Agentes Comunitários de Saúde, Enfermeira, Médica e Técnicas de Enfermagem) demonstraram impressões relacionadas à assistência ao usuário de substâncias psicoativas na USF: Percepção sobre os usuários de álcool e outras drogas; Acesso dos usuários de drogas às unidades de saúde; Papel dos Agentes Comunitários de Saúde no acolhimento aos usuários de drogas.

### **Percepção sobre os usuários de álcool e outras drogas**

Com base nos diálogos e na interação com os profissionais de saúde, foi identificado que estes têm um posicionamento sobre o indivíduo (usuário de álcool e outras drogas), baseado no senso-comum, no sentido de que o usuário possa oferecer certo grau de risco à sua integridade física e psicológica, mesmo sem ser estabelecida uma aproximação entre o profissional e o sujeito que faz uso abusivo de álcool e outras drogas.

Dessa forma, a visão muitas vezes preconceituosa e marginalizada que os profissionais de saúde possuem acerca dos

usuários de drogas psicoativas, foi identificada como uma barreira ao acesso e tratamento desses usuários. Nessa perspectiva, tais profissionais reconhecem a necessidade de uma melhor capacitação/sensibilização envolvendo a temática, assim como a importância de se introduzirem estratégias e ações que viabilizem uma intervenção adequada para usuários com esse perfil.

Nesse sentido, a família também foi relatada muitas vezes, como um impedimento a tomadas de medidas preventivas e auxiliares a esses usuários, uma vez que valores e conceitos morais, assim como a vergonha perante a comunidade, fazem com que as famílias negligenciem o “tratamento” desses indivíduos que fazem uso de substâncias psicotrópicas. Destarte, para que o PSF assuma a sua função de assistência na atenção de usuários de álcool e outras drogas, torna-se necessária a construção de medidas educativas que visem à desmistificação de crenças, estigmas e estereótipos envolvendo o consumo de drogas.

### **Acesso dos usuários de drogas às unidades de saúde**

Outro aspecto percebido pelos petianos refere-se a dificuldade de acesso dos usuários de álcool e outras drogas à USF em questão, uma vez que os profissionais da rede se sentem pouco capacitados e instrumentalizados na assistência de sujeitos com este perfil. Além disso, a unidade inserida na comunidade, muitas vezes se configura como uma “vitrine social”, o que torna o processo de interação serviço-usuário dificultado, uma vez que os indivíduos que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, encaram a busca pelo serviço de saúde como uma exposição de sua singularidade.

No que se diz respeito ao trabalho em redes de atenção, foi observado que a USF não está suficiente preparada para acolher os usuários de álcool e outras drogas, muitos são os encaminhamentos realizados aos serviços especializados em saúde, tal como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Esses encaminhamentos, muitas vezes

precipitados, ocorrem em virtude da insegurança dos profissionais da atenção básica, em abordar/conduzir usuários de drogas psicotrópicas. Em virtude dessa insegurança, esses profissionais acabam transferindo toda a responsabilidade para os serviços especializados, reduzindo o acesso e a chance de resolubilidade dos casos.

Outro aspecto identificado como obstáculo ao acesso de usuários de drogas à unidade estudada, diz respeito a não oferta de serviços, isto é, não foi identificado nenhum serviço, plano ou estratégia específica para esses usuários. Dessa forma, a inserção e o desenvolvimento de cuidados ficam subjulgados, uma vez que até conceitos concernentes à redução de danos não é de conhecimento da equipe de saúde e, quando são, possuem dificuldades de compreender a sua aplicabilidade.

Em decorrência desses aspectos, os usuários de substâncias psicoativas que buscam os serviços de saúde da atenção básica, procuram tais serviços por fatores não inerentes ao consumo abusivo de álcool e outras drogas, como, por exemplo, problemas decorrentes do Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), entre outros. Para além disso, quando a equipe tem conhecimento de que algum usuário do serviço faz uso de drogas ilícitas, o acolhimento e o tratamento destes podem ser negligenciados, em virtude dos estigmas e preconceitos presentes no imaginário dos profissionais.

### **Papel dos agentes comunitários de saúde no acolhimento aos usuários de drogas**

É importante salientar que as agentes comunitárias de saúde (ACS), desempenham suas atividades em nível capilar da atenção, ou seja, esses profissionais estão em contato direto com a comunidade, muitas vezes se tornando referência para a população assistida. Essa aproximação (serviço-comunidade) garante a

percepção dos problemas de saúde pertencentes ao contexto local, conseqüentemente os meios de intervenção se tornam mais eficientes.

As agentes comunitárias em saúde da USF que foi analisada, residem em grande parte na comunidade em que trabalham. Esse fator pode corroborar para uma maior aproximação/acolhimento dos indivíduos (usuários de drogas psicoativas), aos serviços de saúde. No que se refere aos usuários de álcool e outras drogas, esse fato também contribuiu para o desenvolvimento de uma confiança entre o usuário, o profissional e o serviço de saúde. O estabelecimento deste vínculo foi caracterizado como fundamental para a caracterização da área pelos agentes comunitários, principalmente no que diz respeito às áreas de riscos e que demandam maior atenção.

Dessa forma, os agentes comunitários de saúde apresentam papel fundamental também, na detecção dos fatores de risco associados ao uso abusivo de substâncias psicoativas, garantindo um nível de cuidado mais adequado a estes usuários.

### **Considerações finais**

A partir da primeira atividade realizada em campo com os Agentes Comunitários de Saúde, sobre a temática do uso abusivo de álcool, crack e outras drogas, foi percebida certa prematuridade sobre o assunto, ou seja, não era um tema que os ACS tinham propriedade em discutir ou problematizar. Foi observado também que existia certo receio por parte desses profissionais, em trabalhar com qualquer aspecto ligado ao uso de álcool, crack e outras drogas. Esse fator prejudicou o início do trabalho na unidade.

É possível associar que o receio é caracterizado pela falta de delimitação entre o termo tráfico e consumo, assim foi relatado por alguns ACS, que o usuário de substâncias psicoativas representa o mesmo grau de periculosidade que o traficante de drogas, caracterizando o distanciamento entre os Agentes Comunitários

de Saúde e os membros da comunidade que fazem uso abusivo de álcool, crack e outras drogas.

No entanto, com as discussões sobre a temática, os Agentes Comunitários de Saúde desenvolveram maior interesse relacionado ao trabalho com pessoas que fazem o uso abusivo de álcool, crack e outras drogas. Nesse sentido, muitos relataram a necessidade de um aprofundamento sobre o tema e também sobre a disponibilização de cursos de capacitação, para que a compreensão sobre o fenômeno do uso abusivo de substâncias psicoativas fosse melhorada.

Além destes, destacamos o engajamento da equipe de saúde em procurar estratégias que viabilizem a inserção desse grupo à unidade de saúde e a mudança de pensamentos estigmatizados e preconceituosos que prejudicam o acesso e a construção do vínculo. Em virtude disso, verifica-se a necessidade do desenvolvimento de um trabalho em educação continuada e que possibilite aos profissionais da USF supracitada, superar concepções antigas e pouco adequadas para o trabalho em saúde e estabelecer uma prática profissional mais condizente com os princípios do SUS.

Nesse sentido, existem muitos pontos a serem melhorados, para que os usuários de álcool e outras drogas se aproximem da Unidade de Saúde da Família, a partir do trabalho do Agente Comunitário de Saúde.

## Referências

ASSIS, M. M. A.; ABREU-DE-JESUS, W. L. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise.

**Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 2865-2875, 2012.

BARROS, M. A.; PILLON, S. C. Programa Saúde da Família: desafios e potencialidades frente ao uso de drogas. **Revista**

**Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 1, p.144-149, 2006.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids, 2003.

BRASIL. SVS/ CN – DST / AIDS. **A Política Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. 2. ed. ver. ampl. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/ CN – DST/Aids, 2004.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, n. 204, p.55, 24 out. 2011. Seção 1, pt1.

COTTA, R. M. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 15, p. 7-18, 2006.

CORRADI-WEBSTER, C. M. et al. Capacitação de profissionais do programa de saúde da família em estratégias de diagnóstico e intervenções breves para o uso problemático de álcool. **SMAD - Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 1, n. 1, p. 01-00, 2005.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

- LARANJEIRA, R.; ROMANO, M. Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, suppl 1, p. 68-77, 2004.
- LUZ, A. A.; WOSNIAK, F. L.; SAVI, C. A. Vulnerabilidade ao abuso de drogas e a outras situações de risco. **Educar em Revista**, Curitiba, n. 15, 1999.
- MENDES, A. C. G. et al. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2903-2912, 2012.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MINTO, E. C. et al. Intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 16, n. 3, p. 207-220, 2007.
- MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 121-133, 2008.
- NEVES, D. P. Alcoolismo: acusação ou diagnóstico? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 7-14, 2004.
- SOUZA, J.; KANTORSKI, L. Embasamento político das concepções e práticas referentes às drogas no Brasil. **SMAD - Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 2, p. 01-16, 2007.

# **SALA DE ESPERA COMO PARCEIRA NA AQUISIÇÃO DE NOVOS CONHECIMENTOS DOS USUÁRIOS SOBRE REDUÇÃO DE DANOS: relato de experiência de discentes do PET-Saúde/VS**

*Gilcimari Larissa Cardoso Lemos*

*Jéssika Macena Amaral*

*Nailza dos Santos Barbosa*

*Eder Pereira Rodrigues*

*Sinara Vera*

## **Introdução**

Trata-se de um relato de ações educativas desenvolvidas por discentes do Programa de Educação pelo Trabalho/Vigilância em Saúde (PET-Saúde/VS), da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, da cidade de Santo Antonio de Jesus-BA, sendo este realizado na Unidade de Saúde da Família Calabar.

O PET-Saúde tem por finalidade estimular a formação e atuação do profissional de saúde, visando o perfil adequado às necessidades e às políticas de saúde do País, através da integração ensino-serviço-comunidade. Este relato foi realizado através do projeto Promoção da qualidade de vida, de pessoas que convivem com o HIV/AIDS e são usuárias de crack e outras drogas, composto por oito estudantes bolsistas de distintos cursos na área da saúde, duas preceptoras (enfermeiras) e dois tutores (acadêmicos).

O uso de substâncias psicoativas está presente em toda a história da humanidade, em diferentes culturas, ainda que apontem para um consumo diferenciado do atual, marcam a relação existente entre os seres humanos e a busca por diversos tipos de substâncias, em diferentes contextos, com objetivos e motivações distintas, como remédio ou veneno, de forma divina ou demonizada, correspondendo a uma prática milenar e universal (BUCHER, 1992).

O uso abusivo de drogas é um dos problemas de saúde pública em todo o mundo. Estima-se que 185 milhões de pessoas acima de quinze anos já consumiram drogas ilícitas, ou seja, 4,75% da população mundial, o Brasil está dentro da perigosa média mundial em relação a esse indicador, cerca de 10% da população dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo, cenário que encontra equivalência no Brasil (SPRICIGO et al., 2010).

O problema do uso de drogas vem como consequência de um contexto socioeconômico, político e cultural que vem interferindo na formação do indivíduo, portanto deve ser analisado como um problema multidimensional e global, não se restringindo à relação entre o indivíduo e o consumo de substâncias psicoativas, considerando as alterações que ocorrerão em função desse uso/abuso de drogas ilícitas e lícitas nos laços familiares, sociedade, trabalho e saúde e devendo-se ter mente a abrangência do tipo de drogas que pode ser utilizada e seus efeitos adversos.

A fim de recuperar o atraso histórico relacionado às políticas públicas de enfrentamento aos problemas de saúde em decorrência ao uso de álcool e drogas, o Ministério da Saúde definiu a Política para Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas (2003), sendo esta, o marco no campo das ações que garantem a oferta de serviços aos usuários com problemas que envolvem o tema. A política em questão trás objetivos tais como: atenção holística a esses usuários, através da promoção, prevenção e proteção; modelos

de atenção psicossocial, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-Ad) e por fim a Estratégia de Redução de Danos, que vem sendo implementada em todas as esferas e ganhando seu espaço nas Unidades de Saúde da Família.

Neste estudo daremos enfoque à Estratégia de Redução de Danos (ERD) que é uma política que surge na saúde pública, visando controlar possíveis consequências negativas associadas ao consumo de substâncias psicoativas, sem, necessariamente, interferir na oferta ou consumo, respeitando a liberdade de escolha, buscando inclusão social e cidadania para os usuários, em seus contextos de vida, com um modo de atuar clínico e efeitos terapêuticos eficazes (BRASIL, 2004). Caracterizando-se como uma abordagem que visa minimizar danos sociais e à saúde; suas práticas buscam a socialização política de usuários de drogas e familiares de maneira crítica, no sentido de tornarem-se protagonistas, de promoverem o auto-cuidado com a saúde e a busca por direitos, pela discussão de políticas governamentais.

No Brasil a primeira experiência de Redução de Danos ocorreu em 1989, na cidade de Santos (SP), com a distribuição de seringas estéreis entre usuários de drogas injetáveis com a finalidade de conter a disseminação do HIV/AIDS, o que teve repercussão positiva segundo os dados epidemiológicos, na Bahia ocorreu a inauguração em 1994 do Programa de Redução de Danos (UFBA), realizando troca de seringas com usuários de injetáveis no bairro do Pelourinho e posteriormente essa prática foi se expandindo para outros bairros da cidade.

[...] uma política de saúde que se propõe a reduzir os prejuízos de natureza biológica, social e econômica do uso de drogas, pautada no respeito ao indivíduo, e no seu direito de consumir drogas (ANDRADE et al., 2001, p 53).

Este estudo tem por objetivo, relatar a experiência vivenciada por duas bolsistas do Programa de Educação pelo Trabalho (PET-

Saúde), diante das atividades de sensibilização e informação através de Sala de Espera com os usuários da USF Calabar, sobre a Estratégia de Redução de Danos, colocando-os, não como meros receptores, mas como fonte de conhecimentos e experiências, envolvendo-os na discussão.

## **Metodologia**

O estudo está embasado na análise qualitativa dos diários de campo, realizado durante as atividades semanais desenvolvidas com a referida comunidade no contexto de Sala de Espera, estas ações educativas eram desenvolvidas por meio de metodologias ativas, tais como: cartazes, dinâmicas, panfletos, murais e rodas de conversas por duas estudantes, abordando diferentes temáticas do assunto em questão. O local escolhido para a realização das atividades foi a Unidade de Saúde da Família Calabar, que contém uma população adscrita de aproximadamente cinco mil pessoas, constituindo 996 famílias, permitindo o registro de dados e posteriormente sua análise, sendo as ações realizadas no período compreendido entre março e novembro de 2014.

## **Resultados e Discussão**

De um modo geral, as ações desenvolvidas pelos grupos tutoriais vinculados ao projeto Promoção da qualidade de vida de pessoas que convivem com o HIV/AIDS, e são usuárias de crack e outras drogas, junto à comunidade, seguem abordagens tais como: recepção e identificação dos discentes, desenvolvimento de ações educativas com metodologias variadas, busca de vínculo junto à comunidade, informações sobre as Redes de Atenção a Saúde, diminuição do preconceito, desmistificação do usuário, importância da reinserção social e do apoio familiar e discussões de situações levantadas pelo público presente.

Relativos ao desenvolvimento das ações educativas, um dos principais temas discutidos foram, os fatos de risco e vulnerabilidade para o início do uso de drogas; nesse sentido os fatores citados foram: problemas de relacionamento entre pais e filhos, situações de conflitos (sociais, econômicos, culturais), dificuldades de comunicação entre os familiares, falta de preocupação e acompanhamento dos filhos por parte dos pais e convívio com amigos usuários. A partir disso, foi possível fazer uma análise junto com eles, despertando que os motivos que levam um indivíduo a fazer uso de substâncias psicoativas são, multifatoriais e conseguindo alertá-los quanto à importância da família na promoção, proteção, tratamento e recuperação dos indivíduos.

Schenker e Minayo (2004) apontam que as condutas dos pais podem estar associadas ao consumo de drogas pelos filhos. Os pais com menor probabilidade de terem filhos adolescentes envolvidos com drogas ou que desenvolvam condutas anti-sociais, são aqueles que estabelecem uma boa relação afetiva e de apego com os filhos, e que não consomem nenhum tipo de drogas. Dessa forma, pode-se afirmar que o bom funcionamento familiar, que tenha coesão e adaptabilidade, relaciona-se positivamente com os fatores protetores e preventivos do consumo de drogas.

Durante o período relato, os discentes se confrontaram com alguns fatores positivos e outros negativos, diante das suas atividades educativas com discentes da área da saúde e bolsista do PET-Saúde.

### **Fatores positivos e negativos**

A comunidade possuía um conhecimento sobre os temas abordados e tinha noção do que preconiza a política atual, que por ser bastante recente, ainda encontra-se em fase de construção e implantação nas redes de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas, recebendo estas informações pelos meios de comunicação de massa (TV, jornais, revistas e internet), no entanto,

é perceptível a dificuldade que sentem em colocar os conhecimentos em prática devido a questões culturais, sociais e econômicas.

Nas primeiras semanas, foi de suma importância fazer reconhecimento de que o consumo de drogas faz parte da complexidade da vida e, por isso, tornou-se um problema de saúde pública, pois ainda estava intrínseco na comunidade a visão de que as drogas deveriam ser tratadas com um problema de segurança e repressão judicial, e não como problema de saúde, não se dando conta das repercussões fisiológicas que este indivíduo pode apresentar e quando se falava em tratamento logo era citada a internação, foi ressaltado por sua vez que existente três tipos de internação: a voluntária (se dá pelo consentimento do usuário), a involuntária (gerada sem o consentimento do usuário, mas com a solicitação de um terceiro) e a compulsória (determinada pela justiça) e que esse não é o único meio existente para o tratamento, pois se trata de um assunto complexo onde o cuidado deve ser individualizado.

A importância do respeito e acolhimento às diferenças, respeitando à singularidade do indivíduo, seu tempo, sua história, seu contexto e seus desejos, foram tópicos discutidos durante todo o tempo de atuação buscando intervenções e mudanças de atitudes diante da comunidade, que pudessem ajudar aos usuários no desenvolvimento da autonomia e o desenvolvimento de ações em saúde, a fim de oportunizar novos métodos possíveis de relação com as drogas.

Buscou-se a aproximação do indivíduo com a rede de cuidados, através de informações, e respaldando-os com a garantia do acesso aos bens materiais e imateriais, produzidos pela sociedade e pela cultura, visando o acesso e o vínculo do usuário e familiares aos serviços de saúde, para que promovam a diminuição da vulnerabilidade pela reinserção social, ética, abordagem sigilosa e não estigmatizante (QUEIROZ, 2001).

As Salas de Esperas representaram item de relevante importância da promoção, prevenção e vínculo do PET-Saúde/VS com a USF, salientando além das informações de saúde pública a importância da referência e contra-referência, pois mesmo que esse usuário esteja participando de outro plano de cuidado na

Rede de Atenção, é necessário que esteja orientado pelo princípio da responsabilidade compartilhada, segundo o qual o governo, iniciativa privada, terceiro setor e cidadãos devem atuar de forma cooperada e articulada entre si (BRASIL, 2008);

Durante todo o período a ERD foi o assunto mais abordado e que despertou maiores tópicos de discussões, onde na maioria das vezes as opiniões eram divididas, com posicionamentos a favor e contra a essa Estratégia, todavia notava-se que em grande parte os usuários presentes tinham noção básica do que se tratava, e então o foco durante as atividades, era a explicação sobre a estratégia de redução de danos, salientando que esta, pauta-se no indivíduo e não na substância, devendo o usuário e toda sua família participar ativamente do seu auto-cuidado, com a promoção do diálogo, tendo como eixo inicial um conjunto de práticas voltadas para a prevenção de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e hepatites virais em grupos em estado de vulnerabilidade, sendo esta, usada na USF também com maior intensidade no desenvolvimento das ações preventivas e na promoção de saúde junto aos usuários (NIEL; SILVEIRA, 2008).

A Estratégia de Redução de Danos utilizada pelas discentes na USF Calabar, foi voltada para qualquer usuário, desde aquele que nunca experimentou, até aquele que já é considerado dependente químico, atuando na perspectiva multiprofissional de saúde, cultura, educação, assistência social, trabalho, renda, visando à garantia do cuidado e dos direitos humanos, buscando através das Salas de Espera, formar usuários multiplicadores da ERD, e capazes de reconhecer sua importância diante da sociedade e cuidado individualizado de cada indivíduo.

## **Considerações Finais**

A experiência com a promoção e proteção a atenção a usuários de álcool e outras drogas coloca o discente face a face

com inúmeros desafios. Em primeiro lugar, trabalhar numa perspectiva diferente daquela aprendida na formação acadêmica, altamente prescritiva e centralizada na doença. Em segundo lugar, enfrentar a ansiedade, a insegurança, o preconceito e até a incapacidade para lidar com o assunto. Em terceiro lugar, programar atividades com base em políticas ministeriais, que ainda não estão consolidadas na região e muitas vezes não valorizadas por alguns.

No entanto, diante da análise dos resultados obtidos, conclui-se que as atividades desenvolvidas têm alcançado, na maioria das vezes, o efeito esperado, uma vez que os usuários demonstram aquisição de novos conhecimentos/práticas e participam ativamente relatando suas experiências diárias. Inicialmente as estudantes tiveram receio de não conseguirem alcançar os objetivos propostos. No entanto, de forma organizada e com aplicação de metodologias ativas, as quais já estão familiarizadas, contribuíram de forma significativa para o resultado. Outro fator respeitável, foi à parceria que se construiu entre estudantes, preceptora e tutores, criando um processo colaborativo de saberes e habilidades, que fizeram a diferença, baseando-se em problemas relevantes da USF, tornando-as ativas e prontas para inserir-se nos cenários dos serviços e comunidades.

## Referências

BRASIL. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVC/CN/DST/AIDS, 2004.

CARTANA, M. H. F.; SANTOS, S. M. A.; FENILI, R. M.; SPRÍCIGO, J. S. Prevenção do uso de substâncias psicoativas. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 286-289, 2004.

LANDRE, M. **Drogas e Álcool**: prevenção e tratamento. 3. ed. Campinas, SP: Komedi, 2001.

MOSSIMAN, A. O tratamento do uso indevido de drogas. In: SUDBRACK, M. F. O. (Org.). **Prevenção ao uso indevido de drogas**: diga sim à vida. v. 2. Brasília: CEAD/Unb; SENAD; 2000. p. 42-48.

SPRICIGO, J. S. et al. Atenção ao usuário de drogas: um espaço para o enfermeiro. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 296-302, 2004.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não dever ser um “super-herói”. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, n. 10, p. 37-50, 2002.



PARTE II  
**Saúde Mental, Álcool e  
outras Drogas**



# **OFICINA TERAPÊUTICA EXPRESSIVA COMO POSSIBILIDADE DE RESSIGNIFICAÇÃO IDENTITÁRIA DE USUÁRIOS DO CAPS: um relato de experiência**

*Elis Maiara Santos Ferreira  
Juliana Souza Santiago  
Henrique Sousa Reis  
Vânia Sampaio Alves*

Viktor Frankl, psiquiatra e criador da Logoterapia, afirmou que cada homem constitui-se como um ser absoluto e diferente: “o caráter de algo único de cada homem não significa senão que ele é precisamente diferente de todos os outros homens” (FRANKL, 1989, p.117). Segundo o autor, cada sujeito é concebido como um ser único em sua subjetividade, individualidade, personalidade e identidade. Entretanto, ao se tratar de pessoas com transtornos mentais, esta forma de ser diferente no mundo acaba por repercutir relações de opressões, desencadeando por vezes uma descaracterização do sujeito, subvertendo a sua doença.

Um estudo realizado por Silva e Brandalise (2008), com a participação de pacientes, familiares e profissionais da saúde mental, acerca do efeito do diagnóstico psiquiátrico sobre a identidade do paciente, inferiu que, a partir do diagnóstico psiquiátrico, as identidades dessas pessoas são enquadradas em cinco categorias principais: periculosidade, redução à doença, diferença/preconceito, desqualificação e, por último, a aceitação de sua identidade como louco. De acordo com as autoras,

O diagnóstico produz estigma, a partir da atribuição do diagnóstico os portadores de transtorno mental passam a ser identificados como diferentes, perigosos, desqualificados além de outras características atribuídas aos que possuem um diagnóstico psiquiátrico. Foi também possível perceber que além de ser estigmatizado, o portador de transtorno mental apropria-se do seu diagnóstico identificando-se com o mesmo e com as características que a estes são atribuídas (SILVA; BRANDALISE, 2008, p. 128).

A esse respeito, Grigolo (2000) percebeu que as representações desses sujeitos sobre o manicômio, sobre a família e sobre si mesmo, perpassam pelas interações e incorporações da ideologia psiquiátrica. Segundo a autora, os pacientes psiquiátricos: “estão amarrados a um sistema teórico e social de rotulação e desqualificação frente à sociedade” (GRIGOLO, 2000, p. 97-98). Nessa direção, Hirano (1992) ressalta, ainda, como o “doente mental” precisa ser privado não só de sua responsabilidade, mas também ter a sua volição extremamente limitada, “perdendo quase totalmente o poder de fruição: tudo nele e o que é dele é vigiado” (HIRANO, 1992, p. 289).

No que concerne ao processo de constituição de identidade de um indivíduo, o psicólogo social Antônio Ciampa (2005) concebe a identidade como um processo de identificação, um fenômeno, sobretudo, social. Segundo esse autor, “é lícito dizer que as identidades, no seu conjunto, refletem a estrutura social ao mesmo tempo em que reagem sobre ela conservando-o ou a transformando-a” (CIAMPA, 2005, p. 67). Para Ciampa (2005), o homem está sempre em constituição, e esta acontece principalmente pelas relações sociais do indivíduo, interiorizando assim valores que a ele foram atribuídos.

Atualmente, o Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil busca desconstruir essa lógica de exclusão/contenção do paciente psiquiátrico, propondo mudanças em relação à institucionalização

da assistência, assim como mudanças ideológicas, estruturais e políticas nas ações voltadas para a saúde mental.

Nessa perspectiva, almeja-se a organização de uma rede de atenção psicossocial pautada em uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e no respeito às diferenças e reconhecimento das particularidades e subjetividade das pessoas com transtornos mentais. De acordo com Ribeiro et al. (2008), o objetivo principal desse modelo de atenção é a reinserção social dessas pessoas, possibilitando uma reabilitação psicossocial, com um exercício pleno de sua cidadania. Dessa forma, os serviços voltados para o atendimento dessa população deixariam de ser local de repressão, disciplina e reclusão para se tornar local de acolhimento, cuidado e de trocas sociais (RIBEIRO et al., 2008).

A partir desse novo paradigma de cuidado em saúde mental, foi criado no Brasil, em 1986, na cidade de São Paulo, o primeiro serviço substitutivo ao modelo de internação psiquiátrica: o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira. A criação desse serviço esteve vinculada a intensos movimentos sociais associados à Reforma Psiquiátrica, que denunciavam a situação de precariedade dos hospitais psiquiátricos, buscando melhorias da assistência à saúde mental no Brasil.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) caracterizam-se como um serviço de saúde aberto à comunidade e vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004). Constituem a principal referência no tratamento para pessoas, com as mais variadas formas de transtornos mentais e aqueles decorrentes do uso de substâncias psicoativas, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência no serviço.

Os CAPS são reconhecidos como um serviço de atenção à saúde mental e que vieram substituir, gradativamente, as internações em hospitais psiquiátricos e que visa, entre outros objetivos, “promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas” (BRASIL,

2004, p. 13). Para Santos (2009), esse novo modelo de atenção pode contribuir para o deslocamento na noção de “existência-sofrimento do sujeito” e a resignificação da sua relação com o seu corpo social, possibilitando ao sujeito novos espaços de criação de sociabilidade, de trocas e produção de subjetividades, já que o foco principal do serviço deixa de ser a doença e passa a ser o sujeito.

As oficinas terapêuticas expressivas se caracterizam como espaços que propiciam ao sujeito atividades relacionada à expressão artística: corporal, plástica, verbal ou musical. A esse respeito, Azevedo (2011, p. 341) considera que:

*A arte é capaz de produzir subjetividades, catalisar afetos, engendrar territórios desconhecidos e/ou inexplorados [...] O seu valor na reabilitação está na possibilidade do usuário trabalhar e descobrir suas potencialidades para conquistar espaços sociais.*

Alguns estudos sobre as oficinas terapêuticas expressivas têm evidenciado a sua relevância para a reinserção social (VIGGIANO, 2009; VIDAL, 1998; AZEVEDO; MIRANDA, 2011). Dentre as experiências relatadas, os “Cancioneiros do IPUB” podem ser reconhecidos como um exemplo de oficina terapêutica expressiva voltada para a musicoterapia, como forma de reabilitação psicossocial de usuários dos serviços de saúde mental (VIGGIANO, 2009). Este trabalho, concebido pelo musicoterapeuta Vandrê Vidal e realizado com os usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, permitia aos integrantes do grupo uma reflexão sobre suas vivências sociais, construindo espaços para novas formas de redes sociais e formações identitárias. Dentre os resultados desta atividade, observou-se que alguns pacientes começaram a trazer suas próprias composições, as quais versam geralmente sobre seu cotidiano como “paciente psiquiátrico” (VIDAL, 1998).

Outro estudo sobre o alcance das oficinas terapêuticas, no que concerne à promoção da reinserção social de usuários de

serviços de saúde mental, enfocando dessa vez a ótica dos familiares, foi realizado por Azevedo e Miranda (2011). Os autores concluíram que os familiares dos usuários do CAPS, participantes da oficina, notavam uma evolução e diminuição das crises do seu parente. Os familiares admitiram ainda, que as oficinas foram uma importante ferramenta de ressocialização e reabilitação psicossocial dos usuários do serviço.

Inspiradas nessas experiências, elaborou-se a proposta do “MusiCAPS”, que consistiu na experiência de uma oficina terapêutica expressiva para usuários do CAPS II Nova Vida, do município de Santo Antônio de Jesus, Bahia, com o objetivo de confeccionar instrumentos musicais com materiais reciclados.

A oficina foi promovida por integrantes do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), Rede de Atenção Psicossocial, Cuidados aos Usuários de Álcool, Crack e outras Drogas da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, visando à diversificação de espaços no serviço propícios para a expressão de subjetividades dos participantes, assim como para a diminuição da ansiedade e do estresse, estimulação da coordenação motora, melhora da concentração e do raciocínio. Buscou-se ainda, integrar o “MusiCAPS” a outras oficinas terapêuticas expressivas pré-existentes no CAPS II Nova Vida, como as oficinas do Coral e de Teatro.

Antes de seu desenvolvimento, a proposta do “MusiCAPS” foi apresentada e discutida com usuários do serviço. Estes se mostraram bastantes receptivos com a proposta da oficina, apresentando sugestões de instrumentos e de músicas a serem cantadas. As primeiras reuniões com o grupo da oficina iniciou com uma dinâmica grupal, a qual foi sucedida pela coleta de materiais para a confecção dos instrumentos musicais. Os participantes foram motivados a cantar uma música relacionada ao tema “Saúde Mental, Crack, Álcool e outras Drogas”.

Infelizmente, nesse primeiro momento, esta metodologia da oficina não conseguiu alcançar todos os seus objetivos.

Todavia, observou-se que quanto maior a autonomia conferida aos participantes acerca da oficina e seus direcionamentos, maior era o aproveitamento deste espaço terapêutico. Essa busca de adequação da estratégia metodológica da oficina “MusiCAPS”, levou em consideração a identificação de ausências dos usuários da atividade do Coral, que existia anteriormente no serviço, e também como forma de vencer certa timidez, que alguns integrantes manifestaram nos primeiros encontros.

A oficina “MusiCAPS” envolveu a participação de pelo menos dez usuários do CAPS, os quais aderiram à atividade espontaneamente. A oficina, realizada semanalmente durante o período de um semestre, proporcionou a confecção de instrumentos musicais com materiais reciclados, a exemplo de latas de tintas, tubos PVC, tapinhas de garrafa, garrafa PET, madeiras e etc. Aos participantes foi permitido enfeitar seus instrumentos musicais à sua maneira. Em seguida, esses mesmos instrumentos musicais foram utilizados para tocar e cantar músicas escolhidas pelos próprios usuários.

A oficina “MusiCAPS” conseguiu proporcionar espaços de discussão para que os participantes expressassem sua forma de se ver como paciente psiquiátrico e como usuário do CAPS, favorecendo, assim, a expressão de sua subjetividade, individualidade, personalidade e identidade. Como resultado dessa experiência, destaca-se ainda a sua contribuição para a mudança na capacidade dos usuários se expressarem corporal e verbalmente, possibilitando compartilhar conhecimentos e experiências, revelando novas habilidades. Nessa direção, Pádua e Morais (2010) referiram como as oficinas terapêuticas expressivas permitem novas experimentações artísticas e cidadãs, possibilitando novas sensações e sentimentos, produzindo novas subjetividades, sendo uma via de ruptura com situações de rotulação e de exclusão vividas pelas pessoas com transtornos mentais.

Para demonstração do alcance dos objetivos da oficina “MusiCAPS”, apresentamos o caso de Carlos. No início das oficinas, Carlos mostrava-se tímido e com pouca participação no grupo, relacionando a sua falta de interesse a sua pouca coordenação

motora ocasionada pela doença. Ele também sempre se esquivava na hora do canto por, segundo o mesmo, não saber cantar. No decorrer das oficinas, Carlos revelou-se mais desinibido, começou a cantar mais, tocar os instrumentos, arriscando-se até a dançar. Mostrou-se também mais comunicativo e espontâneo, quando comparado aos seus primeiros momentos na oficina.

Podemos relacionar essa participação de Carlos na oficina e a mudança de postura e de comportamento, observada com a teoria apresentada na obra de Ciampa (2005), que discorre como a construção identitária ocorre a partir da dinâmica entre o nível pessoal (processos biológicos e corporeidade), intraindividual (consciência e atividade do indivíduo) e nível interindividual (que envolve as relações do indivíduo e seus grupos sociais). Segundo esse enfoque, a identidade corresponde a uma construção permanente, resultado de uma dialética entre fatores biológicos, psíquicos e sociais. Desta forma, a construção identitária seria um processo contínuo e que pode sofrer mutações à medida que o sujeito se encontrar em novas situações, pessoas, lugares ou novos contatos, ou seja, um mesmo sujeito pode ter diferentes identidades ao longo de sua vida (CIAMPA, 2005).

Uma das características da oficina “MusiCAPS” é que os usuários sempre foram incentivados a conduzir a oficina, mostrando qual a dinâmica que seria mais trabalhada no dia. Pode-se inferir que esta autonomia conferida aos participantes, contribuiu para a capacidade dos mesmos se expressarem com maior espontaneidade. Observou-se que este comportamento de autonomia e a participação ativa possibilitaram, ainda, que diversos usuários participantes experimentassem o sentimento de utilidade, assumindo ou reafirmando outros papéis sociais naquele espaço.

Um exemplo de reafirmação de papel social pode ser ilustrado a partir do caso de Marcos. Marcos tem um forte viés artístico, é um ótimo pintor, assim como toca, segundo nos relata, qualquer instrumento de percussão. Durante as oficinas “MusiCAPS”, Marcos estabeleceu um papel de músico e de professor, ensinando aos outros

participantes a tocar instrumentos, assim como dando novas ideias sobre confecções de novos instrumentos. Carlos Brandão (1986) define a identidade, resumidamente, como a imagem de si mesmo como sujeito, uma imagem que nos torna únicos, um reconhecimento de si. Silva Lane (2006) discorre como essas características peculiares, que nos auto definem, nascem através do relacionamento com os outros e nas relações grupais. Neste contexto, Ciampa (2005) pondera como no contexto das relações sociais nos constituímos como sujeito, assim como constituímos os outros (diferente de mim), ao mesmo tempo em que constituímos e somos constituídos por universos de significados socialmente construídos.

A respeito do repertório musical elaborado pelos participantes da oficina “MusiCAPS”, verificou-se que mesmo quando as músicas não estavam relacionadas à temática inicialmente proposta – Saúde Mental, Crack, Álcool e outras drogas –, as escolhas propiciaram a convivência com as diversidades, aptidões de criação, habilidades de troca de experiências e de saberes. A estratégia metodológica, voltada para a liberdade de escolha dos participantes pelas músicas a serem trabalhadas, mesmo que estas não apresentassem relação com a temática proposta, justificou-se pelo reconhecimento de que as canções por eles selecionadas, já faziam muitas vezes parte de seu meio social, ou seja, tinham uma maior capacidade de promoção da integração e da socialização entre os participantes do grupo.

Esta forma de conduzir a oficina, também buscou valorizar as particularidades do grupo e dos usuários, já que, o ritmo mais dançante deixava-os relaxados e permitia a alguns dançarem ou somente movimentar-se (mesmo que este movimento seja sentado numa cadeira). Observou-se que músicas mais animadas promoviam nos participantes, o estabelecimento e o fortalecimento das relações entre os usuários e os mediadores da oficina.

É importante destacar que em nenhum momento o sincronismo e a afinação no grupo, foram impostos aos usuários. Percebeu-se que a existência dessa condição, poderia ocasionar em alguns participantes, o sentimento de frustração ao não conseguir

alcançar um padrão instituído. Essa situação poderia, então, resultar em dois possíveis comportamentos: o abandono da oficina ou a apatia. Considera-se que a decisão de não impor o sincronismo e afinação, como características da oficina, foi suficientemente sensível e apropriada aos objetivos da oficina “MusiCAPS”, ao favorecer uma maior aderência dos usuários do serviço à atividade. Ademais, foi possível contornar situações de inatividade, insociabilidade e apatia, propiciando ao grupo maior possibilidade de expressão, autoconhecimento de suas habilidades e capacidades, assim como o estabelecimento de novas relações sociais.

A oficina “MusiCAPS” no contexto do CAPS II Nova Vida alcançou o objetivo de proporcionar um espaço para a ressignificação identitária de usuários em tratamento no serviço, possibilitando aos mesmos a oportunidade da expressão e reflexão acerca de suas vivências sociais, bem como o desenvolvimento de novas identidades e novas formas de relações sociais. A oficina revelou-se enquanto espaço aberto para expressão de várias emoções entre usuários do CAPS, assim como para o exercício e o desenvolvimento de habilidades corporais, verbais e cidadania.

Enfim, a segregação social dos pacientes psiquiátricos acarreta uma invisibilidade para estes sujeitos. Taxados como loucos e/ou perigoso, eles têm sua forma de ser, pensar e estar no mundo permeado por discursos e ações opressivas e repressivas. É necessário o reconhecimento dos sujeitos com transtornos psiquiátricos como atores e protagonistas da sua história e do mundo que o cerca. Trabalhando com suas potencialidades e necessidades, a fim de integrá-lo plenamente à nossa sociedade.

## Referências

AZEVEDO, D.; MIRANDA, F. Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares. **Revista Anna Nery**, v.15, n. 2, p. 339-345, 2011.

BRANDÃO, C. **Identidade e etnia**. São Paulo: Brasiliense, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CIAMPA, A. C. **A estória do Severino e a história da Severina: um ensaio de psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 2005.

FRANKL, V. **Psicoterapia e Sentido da Vida**. São Paulo: Quadrante, 1989.

GRIGOLO, T. M. Dizem que sou louco: um estudo sobre a identidade e instituição psiquiátrica. **Revista de Ciências Humanas**, v.1, n.1, p. 95-119, 2000.

HIRANO, S. Sociologia e doença mental. In: D'INCAO, M. A. (Org.). **Doença mental e sociedade: uma discussão interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Graal, 1992.

LANE, S. **O que é psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 2006.

PÁDUA, F. H. P.; MORAIS, M. L. S. Oficinas expressivas: uma inclusão de singularidades. **Psicologia USP**, v. 21, n. 2, p. 457-478, 2010.

RIBEIRO, L. A.; SALA, A. L. B.; OLIVEIRA, A. G. B. As oficinas terapêuticas nos centros de atenção psicossocial. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 516-522, 2008.

SILVA, R.; BRANDALISE, F. O efeito do diagnóstico psiquiátrico sobre a identidade do paciente. **Mudanças - Psicologia da Saúde**, v. 16, n. 2, p. 123-129, 2008.

VIDAL, V. M.; AZEVEDO, M.; LUGÃO, S. (Orgs.).

**Cancioneiros do IPUB.** Rio de Janeiro: Fundação Universitária José Bonifácio – FUJB/Instituto de Psiquiatria – IPUB/UFRJ, 1998.

VIGGIANO, M. S. D. **Trabalho e subjetividade:** a musicoterapia como instrumento de inclusão social. Disponível em: <[http://serenatadenatal.files.wordpress.com/2009/10/mono\\_maria\\_socorro.pdf](http://serenatadenatal.files.wordpress.com/2009/10/mono_maria_socorro.pdf)>. Acesso: 10 mar. 2015.



# **A PRÁTICA DO ACOMPANHANTE TERAPÊUTICO COMO PROPOSTA DE MATRICIAMENTO APOIADA PELA CONSTRUÇÃO DE CARTOGRAFIA: um relato de experiência**

*Adriana Santos Nascimento*

*Antonia Vieira Santos*

*Carolina de Souza Sampaio*

*Suely Aires Pontes*

O presente trabalho é resultante da experiência do projeto de pesquisa e extensão, intitulado “PET-Saúde Rede de Atenção Psicossocial, Cuidados aos Usuários de Álcool, Crack e outras Drogas (PET-Saúde/AD)”, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, no município de Santo Antônio de Jesus. A prática de Acompanhamento Terapêutico (AT) aqui, está sendo discutida em relação aos conceitos de apoio matricial e cartografia, de modo a facilitar ações pautadas nos princípios do Sistema Único de Saúde e que versam sobre as Políticas de Saúde Mental.

A Política Nacional de Saúde Mental, a partir da reforma psiquiátrica, apoiada na Lei Nº 10.216/01, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, garantindo a livre circulação das pessoas com sofrimento psíquico, pela rede de saúde e rede de atenção psicossocial. Os serviços ofertados por essas redes visam, sobretudo, o cuidado aos usuários de forma humanizada, pautado no respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, viabilizando sua inserção na família, no trabalho e na comunidade.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), a Reforma Psiquiátrica é considerada como um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com sofrimentos psíquicos e de seus familiares, nos movimentos sociais, no imaginário social e na opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

Desse modo, “o movimento pela reforma psiquiátrica tem implicado o deslocamento do espaço de atuação dos profissionais. (...) Abandona-se o confinamento entre muros, a clausura dos gabinetes e se ocupa o bairro, a rua, a praça, a igreja, o bar da esquina” (PALOMBINI, 2004, p. 24). Portanto, entende-se que a reforma psiquiátrica contribuiu para a descentralização da assistência, voltada para melhoria da qualidade de vida de sujeitos em sofrimento psíquico e favorece a inserção social desses sujeitos ao propiciar trocas sociais, ao passo que favorece também a cidadania e a contratualidade.

O grupo que participa dessa experiência de AT é constituído por duas discentes da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, sendo uma estudante do curso de nutrição e outra, de psicologia, juntamente com uma preceptora e psicóloga do CAPS II - Nova Vida, uma docente do Centro de Ciências da Saúde e tutora do PET-Saúde/AD, quatro usuários do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II Nova Vida, e três Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), que cobrem o território de abrangência no qual os usuários estão inseridos. As atividades foram iniciadas em agosto de 2014.

As vivências aconteceram a partir da proposta de atuação como AT, em uma prática de matriciamento que se evidenciou por

meio da cartografia. Palombini (2004, p. 76) define o AT “como uma clínica em ato, onde o *setting* é a cidade: a rua, a praça, a casa, o bar. Uma clínica em que a palavra e também o corpo, os gestos, as atitudes contam”. A cartografia, por sua vez, é entendida como um traçado de mapas referentes a territórios existenciais (DELEUZE, GUATTARI, 1995), sendo um método interessante para descrever processos subjetivos. Acreditando nesse modo de atuação como AT, o grupo usou dessa ideia para sua prática no território.

Para o desenvolvimento das atividades, inicialmente foi realizada uma seleção dos usuários do CAPS II pela preceptora e psicóloga do serviço, na perspectiva de identificar os que precisavam de acompanhamento terapêutico, sendo indicados quatro usuários. A fim de entrelaçar a teoria com a prática, o grupo buscou, através do acompanhamento a estes usuários, conhecer os espaços de inserção cotidiana e os modos de circulação destes usuários por outros serviços de saúde da rede municipal. Ou seja, buscou-se conhecer o modo como a rede de apoio matricial se apresenta no cotidiano dos usuários do CAPS II. Nesse contexto, o território da cidade se constituiu como o cenário de prática do grupo, sendo o Centro de Atenção Psicossocial - II Nova Vida (CAPS II- Nova Vida) e as Unidades de Saúde da Família (USF) os locais que serviram como espaços de apoio importantes para o desenvolvimento do trabalho.

O CAPS II, primeiro serviço que serviu de apoio para a realização da prática de AT, consiste em um serviço comunitário e aberto do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem como atribuição a oferta de atendimento, tratamento e a reinserção social de pessoas que apresentam problemas de saúde psíquica, bem como o acompanhamento dos familiares destes usuários. A estratégia adotada pelo serviço baseia-se na construção de projeto terapêutico em uma perspectiva singular (PTS), respeitando as particularidades de cada indivíduo.

O segundo serviço apoiador, foram duas Unidades de Saúde da Família frequentadas pelos usuários do CAPS e que compuseram o grupo de trabalho. Segundo Santana (2001), a USF consiste numa

unidade de funcionamento multiprofissional, com autonomia de gestão que presta cuidados de saúde primários personalizados. Configura-se como um modelo organizacional que está integrado em rede com outros serviços de Saúde.

Os primeiros encontros do grupo ocorreram no CAPS II, a fim de conhecer os usuários, suas histórias e ter um contato inicial para construção de vínculos. Posteriormente, tivemos alguns momentos de encontros com a equipe das unidades de saúde que os usuários frequentam, com o objetivo de ter mais informações sobre os usuários e saber sobre a relação dos mesmos com este serviço. Depois desses contatos iniciais com os usuários e a equipe de saúde, foram realizadas visitas domiciliárias acompanhadas das agentes comunitárias vinculadas ao território de atuação do grupo e a esses usuários. As vivências com os usuários do grupo, aconteceram semanalmente com a supervisão da preceptora ou acompanhamento pelas ACS. Os encontros tiveram duração de aproximadamente duas horas, variando de acordo com a atividade.

Como abordagem metodológica, buscou-se delinear uma estratégia que entrelaçasse o conhecimento científico já produzido sobre a atuação do AT na rede e o campo empírico de desenvolvimento do trabalho em território. Assim, o trabalho envolveu atividades como levantamento bibliográfico, revisão sistemática da literatura e participação direta das estudantes nas etapas de planejamento e execução do trabalho de campo.

O planejamento do trabalho de campo consistiu na realização de visitas aos serviços de saúde; apresentação e discussão do projeto de pesquisa, tanto aos usuários participantes da atividade, como aos profissionais de saúde das USF; visita às residências dos usuários e escuta dos familiares; discussões da proposta junto com os usuários no próprio CAPS II - Nova Vida; escuta dos ACS em relação às atividades desenvolvidas. Todos os encontros foram registrados em diário de campo. Para a finalização do trabalho, foi proposta a construção de um livro que permita a visualização dos caminhos percorridos pelos usuários, ou seja, sua cartografia.

O presente trabalho, ao desenvolver as ações de AT, dá ênfase à efetivação da prática do apoio matricial na rede de atenção do município, pois procura construir e ativar espaços para a comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Isso ocorre num processo de trabalho no qual os profissionais especializados atuantes em diversos setores oferecem apoio a outros profissionais e serviços, contribuindo para uma atenção integrada, de modo a reduzir a fragmentação dos serviços de saúde (DIMENSTEIN et al., 2009).

O apoio matricial nasce da necessidade de redução da fragmentação das ações dos serviços de saúde e da necessária articulação, para que a atenção básica tenha seu papel nos cuidados em saúde mental, de modo a oferecer uma assistência integrada aos usuários. Nesta perspectiva, Dimenstein et al. (2009) indicam que há uma racionalidade que induz os serviços de saúde a se responsabilizar pelos usuários, somente enquanto eles se localizam em seu espaço físico, nem antes de entrarem, nem depois de saírem, o que limita os cuidados ao espaço físico do serviço de saúde.

Nesse sentido, o papel do AT, ao ter em vista práticas como a territorialização, a centralização do processo no usuário e a integralidade da assistência, acontece em concordância com os princípios teóricos que regem o funcionamento da rede de apoio matricial. Ao considerar a necessidade das pessoas que sofrem de transtornos mentais de ter acompanhamento continuado e cuidado para além do “dentro” das instituições, as práticas de AT podem se apresentar como uma relevante possibilidade de articulação no território.

Nesta perspectiva, Velozo e Serpa Júnior (2006) apresentam o AT como uma prática suplementar a um tratamento em curso que oferece a possibilidade de assistência em diferentes espaços e no deslocamento físico entre pessoas e lugares. Os autores relatam que esta pode servir como eficiente ferramenta clínica na construção

ou reconstrução dos laços sociais, territoriais e familiares e afirmam ainda que:

(...) O desafio da saúde pública no Brasil consiste em deslocar a atenção para o território e oferecer uma cobertura adequada e resolutiva na própria comunidade, entendendo que “o território não é o bairro e o domicílio do sujeito, mas o conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura do seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo (VELOZO; SERPA JÚNIOR, 2006, p. 328).

A partir do acompanhamento e conhecimento do território em lugares de inserção dos usuários, a cartografia se apresenta como forma dinâmica de expor e contar um pouco das histórias dos usuários e suas relações com o território. Esta ferramenta pode servir como forma de demarcação dos ambientes que frequentam e dos sentidos que dão a estes.

(...) A cartografia é entendida para além do mapeamento de um território geográfico estático. É um desenho que acompanha as mudanças e os sentidos produzidos por determinada situação de vida nos territórios, que são também psicossociais. Assim, a cartografia busca captar os universos traçados pelos modos de vida, pelo desejo, pelos ‘desmanchamentos’ de certos mundos que vão se tornando obsoletos, ou que fogem das suas possibilidades concretas pela situação vivida, pela desterritorialização, e que correspondem a diferentes formas de inserção social e cultural (DALMOLIN, 2006, p. 98).

A importância das ações em território é um dos pontos relevantes da Portaria Nº 3.088 de 2011, que institui diretrizes para a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimentos ou transtorno mental e com necessidades decorrentes de álcool e

outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Em seu Artigo 2, a Portaria Nº 3.088/11 assegura aos usuários:

- I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III - combate a estigmas e preconceitos;
- IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI - diversificação das estratégias de cuidado;
- VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- XI - promoção de estratégias de educação permanente; e
- XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Nesse sentido, a prática do AT se apresenta em consonância com as diretrizes do SUS e como potencializante dos princípios norteadores de uma proposta de territorialização, visto que possibilita um apoio integral, para além dos muros de uma instituição. A presença do profissional acompanhante terapêutico

fortalece a consolidação de um projeto terapêutico próprio, que evita o isolamento e contribui para autonomia e sociabilidade do indivíduo, além de promover a independência e inclusão social, questões estas que são instituídas enquanto direitos dos usuários.

Para situar o trabalho desenvolvido, faz-se necessário um breve relato do histórico dos usuários participantes do desenvolvimento do grupo no serviço, que serão aqui citados como: J, A, M e R.

J., sexo masculino, residente no município de Santo Antônio de Jesus. Passou por diversas internações em hospitais psiquiátricos. Aos 45 anos de idade, é solteiro, mora com a cunhada e irmão, tem um filho que não reside com ele. A queixa inicial ao dar entrada no serviço era o uso abusivo de substâncias psicoativas e, em decorrência desse uso abusivo, o surgimento de comorbidades. J. segue projeto terapêutico singular no CAPS II, é assíduo, interage pouco e duas vezes por semana desenvolve atividades com o irmão na comunidade, frequenta academia e igreja. Recentemente apresentou diabetes, está sendo assistido pela USF situada em seu bairro, que também oferece algumas atividades ligadas ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

Outra usuária foi A., sexo feminino, 58 anos, cuida do neto, seu filho trabalha em outra cidade e a visita esporadicamente. Assistida pelo CAPS II desde 2008, faz tratamento psicológico e psiquiátrico. Paciente apresenta baixa adesão a atividades na comunidade, frequenta a USF para atendimentos.

M., sexo feminino, 36 anos, faz acompanhamento no CAPS II desde 2009, apresenta transtorno mental desde a adolescência. A mesma é hipertensa, portadora de diabetes e fazia uso de álcool; faz uso de alta dosagem de insulina diariamente, mantém um relacionamento com R., que faz uso de álcool, maconha e cocaína e que também é acompanhado no CAPS.

R., sexo masculino, 29 anos de idades, iniciou acompanhamento no CAPS II nesse ano, mora parte do tempo com os pais e parte do tempo reside com a namorada. Seu pai é

aposentado e gasta o dinheiro que recebe com bebida alcoólica. R. trabalhava com o tio, mas devido a problemas com álcool e outras drogas perdeu o emprego.

Nas atividades desenvolvidas com os usuários, no CAPS II e no território, esses participantes apresentaram relato de pouca circulação pelas redes da cidade e pelas redes de atenção. É importante destacar aqui que os usuários do CAPS II resistem em procurar atendimentos nas USF, preferem fazer o atendimento no CAPS II, pois apresentam baixa vinculação aos profissionais dessas unidades e relatam sofrer discriminação. Durante a atividade, J. queixa-se com frequência que, ao visitar outros serviços, percebe as pessoas olhando torto, fato que o deixa assustado, e que, ao falar, as pessoas ficam rindo, o que o deixa constrangido e potencializa seu isolamento social.

A atuação do AT possibilitou que os usuários se descolassem mais do CAPS II, percorrendo a cidade. Em muitas situações, os serviços acabam por institucionalizar os usuários, quando não possibilitam formas desse sujeito investir em autonomia e contratualidade, limitando sua circulação apenas no intramuros do CAPS. Para que esse sujeito seja desinstitucionalizado, é necessário que o CAPS venha a oferecer suporte e ser facilitador de vivências do sujeito em sofrimento psíquico, com a Rede de Atenção do território.

Em seus depoimentos, os usuários reconheceram como benéfico a valorização que viveram por ser escutados, receber atenção e ter pessoas disponíveis para conversar. Em suas palavras, isso fez uma grande diferença, pois, por apresentarem sofrimento psíquico, eles são geralmente estereotipados, desvalorizados e excluídos socialmente. O fato de serem ouvidos e considerados colaborou de forma positiva para a autoestima dos mesmos.

O projeto deu ainda a esses sujeitos, a oportunidade de participar ativamente do processo de construção de um livro, tornando-os protagonistas de uma proposta, que se pauta em reduzir estigmas e desconstruir preconceitos acerca da posição do

sujeito portador de problemas mentais, no imaginário social. Este livro possibilitará ao leitor, a visão do sujeito em vários momentos da sua vida, nos diferentes papéis sociais, mostrando assim que sua identidade, não se restringe ao contexto do CAPS II, além de reforçar a autonomia dos usuários tanto na utilização dos serviços de saúde, quanto na circulação dos mesmos em diversos locais na cidade.

Na prática cotidiana, o modelo de Rede de Atenção à Saúde favorece a circulação dos sujeitos por vários espaços, ampliando sua autonomia. Nesse sentido, consideramos que este trabalho foi um facilitador para que os usuários exerçam essa mobilidade na cidade e, ao mesmo tempo, para que o grupo possa visualizar os modos de circulação dos sujeitos pelas redes de atenção, sua frequência nos serviços e os serviços que fazem uso. Desse modo, torna-se possível discutir junto aos serviços, como favorecer maiores garantias de direitos, maior visualização e circulação dos usuários por esses espaços, na perspectiva da inserção social.

A partir da experiência vivenciada, foi possível observar que a atuação do AT possibilitou melhoras na postura e relação interpessoal entre os usuários, familiares e sociedade. Como fruto dessa experiência, este trabalho permitiu aos envolvidos reconhecer a importância do Acompanhamento Terapêutico nos CAPS e investir no fortalecimento de vínculo entre profissionais e usuários. Dessa forma, conclui-se que o trabalho desenvolvido foi de fundamental importância para o projeto “Rede de atenção e cuidado aos usuários de álcool e outras drogas” no município de Santo Antônio de Jesus, Bahia.

Cabe destacar que, considerando-se a fragilidade psíquica em que pode se encontrar as pessoas com transtornos mentais, a vergonha, a baixa autoestima e sua identidade muitas vezes comprometida, os serviços de saúde precisam oferecer ações focadas no fortalecimento de sua autoestima e potencialização de sua capacidade de autonomia, em desenvolver atividades cotidianas. Nesse contexto, a atuação do AT se constitui como uma interessante ferramenta para favorecer as práticas da rede pública de saúde e contribuir assim, para a potencialização das estratégias de cuidado,

tendo em vista a inserção social dos sujeitos que estão ou passaram por sofrimentos psíquicos.

A partir do reconhecimento da relevância desta prática e através da atuação no território e nos serviços de saúde, visualizou-se que a função do AT vai ao encontro dos princípios preconizados nas políticas públicas de saúde mental, permitindo aos sujeitos, uma diversidade de possibilidades e contribuindo com a reinserção social dos indivíduos.

## Referências

BRASIL, 2001. Lei no. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 4. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p. 17-20.

BRASIL. Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

**Diário Oficial da República do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, 2005.

CAMPOS, G.W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho

interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

DALMOLIN, M.B. **Esperança equilibrista**: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs 1**. São Paulo: Ed. 34, 1995.

PALOMBINI, A. L. **Acompanhamento terapêutico na rede pública**: a clínica em movimento. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

SANTANA, M. L.; CARMAGNANI, M. I. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 33-53, 2001.

VELOZO, R. S.; SERPA JÚNIOR, O. D. O Acompanhante Terapêutico “em ação” no campo público da assistência em saúde mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. IX, n. 2, p. 318-338, 2006.

# **GRUPO DE APOIO A FAMILIARES DE USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: relato de experiência**

*Lilian da Silva Costa  
Nariana Oliveira Souza  
Rover Fawcett Llerena  
Suely Aires Pontes*

## **Considerações iniciais**

O uso abusivo ou prejudicial de substâncias psicoativas (SPA), lícitas e ilícitas, constitui-se como um problema social e de saúde pública. Assim, na atualidade, os quadros de abuso e dependência ao álcool e a outras drogas tornaram-se um fenômeno amplamente divulgado e discutido (PRATA; SANTOS, 2009).

Considera-se que há abuso de drogas quando o uso da substância mostra-se lesivo ou excessivo, ocasional ou persistente, em desacordo com os padrões culturais e com a prática médica vigente. A dependência a SPA é um estado mental e, muitas vezes, físico, que inclui uma compulsão de usar a droga para experimentar seu efeito ou evitar o desconforto provocado pela sua ausência (DALGALARRONDO, 2000).

Grosso modo, o uso abusivo ou prejudicial apresenta-se quando o indivíduo continua utilizando uma substância, apesar dos graves problemas relacionados a ela. Na dependência, o usuário prioriza o consumo da droga ao invés de qualquer outra atividade ou obrigação (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 2007 *apud* MEDEIROS et al., 2013).

Migott (2008), enfatiza que no geral não há uma conclusão definitiva quanto à etiologia da dependência química, e que nenhuma instância acadêmica sozinha possui uma teoria ou resposta consistente, sobre as razões do uso indiscriminado de drogas. Ao considerar a dependência química um fenômeno multifatorial e complexo, se exige que o tratamento parta de múltiplas abordagens terapêuticas, e por isto, deva ser discutido dentro de um modelo biopsicossocial (SILVA, 2001; SOBRAL; PEREIRA, 2012). Neste sentido, o cuidado ao usuário de SPAs deve abranger além do indivíduo, as diversas áreas de sua vida, inclusive sua família e as pessoas próximas a ele (LEITE et al., 1999).

“Toda a sociedade sofre com as questões que envolvem o uso abusivo das drogas, especialmente os dependentes e seus familiares, pois sofrem perdas e prejuízos em sua saúde física, mental e social” (MACIEL, 2008 *apud* MEDEIROS et al., 2013). Os familiares, principalmente, sofrem por ter um laço afetivo muito forte com os usuários de SPA, e são diretamente afetados com a dependência de drogas do familiar, seja pela sensação de responsabilidade para com este, seja por vê-lo adoecer progressivamente sem nada poder fazer, pela vergonha perante a sociedade, por prejuízos econômicos, desarmonia gerada no lar, estresse crônico, preconceito com as drogas, dentre outros fatores.

Estudos desenvolvidos por Tobo e Zago (2005) constataram que, diante das repercussões do uso abusivo de álcool, agravam-se os conflitos e as dificuldades existentes no cotidiano dos familiares que convivem com estes consumidores. Esse agravamento de conflitos ocasiona desgastes físicos e psicológicos, gerando uma sobrecarga alta para os familiares. Portanto, é imprescindível conhecer os mais diversos aspectos que interferem na vida dos familiares e das pessoas que estão próximas do usuário de SPA para que se possa prestar uma assistência psicossocial a estes indivíduos (WENZEL; PAULA, 2010).

Além disso, é importante levar em conta que a família em muitos casos é uma grande colaboradora no tratamento dos usuários de álcool e outras drogas. Neste sentido, acompanhar a

família do dependente químico, é também ajudá-lo no seu processo de reabilitação, sendo que, para que se alcance um cuidado pleno neste âmbito, a assistência ao usuário de drogas não deve estar desassociada do cuidado à sua família.

Nesse contexto, uma das estratégias relevantes para acompanhamento do familiar de usuários de SPA, são os grupos de apoio. Os grupos de apoio constituem-se como uma metodologia que vem sendo usada por profissionais de saúde em diversos serviços, pois auxilia os participantes a aliviar sentimentos de solidão e isolamento social, possibilitando troca de experiências e reflexão com pessoas que apresentam problemas semelhantes, e com profissionais de saúde (ÁLVAREZ, et al., 2012).

Almeida et al. (2005) enfatizam que, através das atividades dos grupos de apoio pode-se humanizar a assistência, estimulando o usuário de SPA e seu familiar a realizarem o enfrentamento das dificuldades e a manutenção do funcionamento psicossocial, de acordo com as necessidades de cada pessoa, a fim de possibilitar a construção de um novo projeto de vida e o manter-se saudável.

Deste modo, acreditando que o sofrimento dos familiares dos usuários de SPA deve ser identificado, reconhecido e trabalhado no contexto de cada sujeito, uma tutora, um preceptor e duas bolsistas do PET-Saúde - Rede de Atenção Psicossocial, Cuidados aos Usuários de Álcool, Crack e Outras Drogas (PET-Saúde/AD), desenvolveram um grupo de apoio a familiares, no período de março a novembro de 2013, totalizando 25 encontros, em um Ambulatório de Saúde Mental no município de Santo Antônio de Jesus, Bahia.

Este grupo teve como eixo norteador a promoção da saúde através de acolhimento e suporte psicológico aos familiares, em uma abordagem participativa. Foi regido com ênfase numa escuta qualificada, com preservação das informações relatadas de cada participante, e tendo cuidado ao realizar as atividades educativas e dinâmicas para que estas se adequassem à compreensão de cada usuário(a) do grupo.

## **A experiência no grupo de apoio de familiares de usuários de álcool e crack e outras drogas**

As práticas promovidas pelo PET-Saúde, são de grande valia para compor o bojo de experiências no âmbito da formação profissional e pessoal dos indivíduos, que possuem a oportunidade de participar deste programa.

Neste sentido, na formação e execução do grupo de familiares foi possível extrair relevantes e singulares experiências e, em cada encontro, pôde-se relacionar a teoria com a prática, desenvolver percepções, observações e formação de evidências em torno do familiar de usuários de SPA.

A construção do grupo de apoio se deu inicialmente, pela triagem dos prontuários dos usuários do Ambulatório de Saúde Mental. Neste primeiro levantamento, pôde-se perceber que há um número significativo de usuários que, além de fazerem uso prejudicial de SPA, possuem transtornos mentais persistentes. Isto impulsionou ainda mais aos idealizadores do grupo a se engajarem na construção e planejamento das atividades de apoio, pois ficou ainda mais nítida a importância do profissional de saúde prestar uma atenção especial aos familiares dos usuários de drogas.

O grupo de familiares foi composto a partir de convite feito pelo profissional do serviço e considerando as informações contidas nos prontuários. Os participantes eram predominantemente do sexo feminino, todas negras e de baixa condição socioeconômica. A rotatividade dos membros era constante, havendo a saída e a integração de participantes em diversos momentos. Em algumas situações as ações que eram planejadas não eram executadas a contento, pois, era necessário retomar o que havia sido dito ou feito nos encontros anteriores; desta forma, este foi um dos desafios enfrentados pelo grupo. Segundo declarações dos participantes, os motivos da constante rotatividade estavam relacionados ao

trabalho, à distância da residência do serviço de saúde, pois muitos moravam em outros municípios, e a enfermidades, que impediam a participação regular no grupo. Apesar da rotatividade, nas atividades realizadas era possível perceber significativo interesse e reconhecimento da importância da participação nesta ação, uma vez que eram trabalhados diversos assuntos, todos eles integrados à grande temática saúde.

A cada encontro foi possível constatar o forte sofrimento dos familiares associados ao convívio com os usuários de drogas. Notou-se que esta situação era desencadeada mais intensamente em mães e cônjuges de usuários de álcool e drogas, levando-nos a inferir que este sofrimento pode ser resultado de uma maior aproximação e ligação afetiva com os usuários de drogas.

Outra questão importante discutida durante as reuniões do grupo foi o relato dos familiares que, em sua maioria, dizem não saber lidar com os usuários de álcool e outras drogas, principalmente quando se referem às drogas ilícitas, como maconha, crack e cocaína. Foi evidente que muitos familiares usam da agressividade constante para com os usuários de SPA, mesmo quando estes não apresentam comportamentos violentos. Nesse sentido, constatou-se que a família não sabe lidar com os usuários pelo preconceito e desconhecimento de vários aspectos relacionado ao uso de SPA, a exemplo do conceito das drogas e modos de uso, diferenças das drogas lícitas e ilícitas, compreensão da complexidade que está envolta na causa do consumo de drogas, entendimento da importância dos familiares na reabilitação do usuário de drogas.

Observou-se ainda que familiares de usuários de drogas lícitas, como o álcool, muitas vezes toleram o consumo destas drogas mesmo que este consumo seja abusivo, desde que as consequências do uso não interfiram na harmonia familiar. Ao mesmo tempo, há um grande desconforto do familiar só em pensar na possibilidade de uso de drogas ilícitas por parte de seus familiares. Isto acontece possivelmente pelo preconceito, moralismo e estigma que há na sociedade a respeito das drogas ilícitas. Consequentemente,

a família, muitas vezes, além de carregar este preconceito, se sente envergonhada, pensando no modo como serão vistos pelas pessoas que os cercam, o que se mostrou ser um dos principais desencadeantes de sofrimento psíquico na família. Alvarez et al. (2012) destacam que o uso de drogas ainda é percebido na sociedade como algo marginal e o usuário de drogas é visto como alguém que possui uma importante falha de caráter. Por isso, tanto este, como sua família, são estigmatizados e sofrem preconceito.

Outro fator pertinente discutido no decorrer dos encontros com os familiares é que a maioria deles sente-se incomodada por ser recriminada por pessoas que lhe são próximas, inclusive pelos próprios familiares usuários de SPA, por apresentarem transtornos psíquicos e fazerem acompanhamento terapêutico no Ambulatório de Saúde Mental, que faz parte da mesma estrutura física do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II). Assim sendo, o preconceito sofrido é provavelmente, um impeditivo para que outros familiares que sofrem no convívio com usuários de drogas, compareçam ao Ambulatório em busca de acompanhamento.

A vivência no grupo de familiares oportunizou às estudantes do PET-Saúde/AD, uma melhor compreensão acerca da relevância dos grupos de apoio, enquanto estratégia para a promoção de saúde. No grupo, os participantes se sentiram à vontade para falar dos seus problemas, foram compreendidos, acolhidos, trocaram experiências, sem medo de julgamentos e discriminação, pois se encontram em um ambiente confiável junto a outras pessoas que passam por situações semelhantes.

Segundo Santos et al. (2012), por meio da oferta de informações e suporte emocional é possível ajudar as famílias a enfrentar a crise vivida, atenuar seu sofrimento e reduzir a ansiedade. Através das abordagens e esclarecimentos feitos no grupo houve avanços significativos dos participantes no modo em que passaram a lidar com os conflitos vivenciados. Nas reuniões os participantes demonstravam o que haviam aprendido a partir de fatos do seu cotidiano, contavam acontecimentos, explicitavam o entendimento

da necessidade de se valorizar, de se cuidar, da importância deles para os seus familiares, e percebiam que estavam errados quando os agrediam fisicamente.

Cabe ainda destacar outra experiência marcante e valorosa: a interação multiprofissional entre as bolsistas, o preceptor e a tutora no planejamento e desenvolvimento do grupo de apoio, quando foi possível fazer acontecer a interdisciplinaridade tão discutida na academia, cumprindo com êxito o objetivo proposto pelo PET-Saúde. Nesse sentido, foi possível compreender melhor que a ação multiprofissional pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos, como destacam Araújo e Rocha (2007).

### **Considerações finais**

Considerando que a família pode ser portadora de adoecimento devido às vivências cotidianas com consumidores de SPA e que esta, na maioria das vezes, constitui-se como uma fonte de ajuda no tratamento do usuário de álcool e outras drogas, não há como pensar no cuidado a estes sujeitos sem considerar o contexto social e familiar em que estão inseridos.

No âmbito de nosso trabalho, entendemos que há uma necessidade de expansão e maior ênfase nos estudos e ações voltados para o sofrimento vivenciado pelos familiares de usuários de SPA, para que os profissionais que estejam inseridos nesse contexto, percebam que o cuidado ao usuário de drogas deve ser estendido também à sua família. Em função dessa concepção, propomos a criação de um grupo terapêutico de apoio a familiares de usuários de drogas, visando auxiliá-los a lidar com as dificuldades vivenciadas no cotidiano e construir modos de melhor conviver com seus familiares, gerando qualidade de vida. Vários relatos

corroboraram o aprendizado e a construção de novas estratégias de cuidado de si mesmo e do outro nessa complexa relação com as SPA.

Como consequência das vivências no grupo terapêutico de familiares de usuários de drogas, os organizadores do grupo de apoio adquiriram experiências e que os permitem visualizar a família de usuários de SPA com um olhar mais amplo. Nesse sentido, a oportunidade de conhecer mais o perfil deste público, proporcionou à tutora, ao preceptor e às estudantes do PET-Saúde/AD uma maior apropriação da temática abordada, tornando-os mais aptos no enfrentamento das questões relacionadas ao uso e abuso de álcool e outras drogas.

## Referências

ALMEIDA, V. C. F.; LOPES, M. V. O.; DAMASCENO, M. M. C. Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnum. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n. 2, p. 202-210, 2005.

ALVAREZ, S. et al. Grupo de apoio/ suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 33, n. 2, p. 102-108, 2012.

ARAÚJO, M. B. de S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

KAPLAN, H.; SADOCK, B.; GREBB, J. **Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 9. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.

LEITE, M. C. et al. **Cocaína e crack: dos fundamentos ao tratamento**. Porto Alegre: Artes Medicas Sul, 1999.

MACIEL, S. C. A importância da família na prevenção às drogas. In: BARROS, D. R. et al. (Orgs.). **Toxicomanias: Prevenção e Intervenção**. João Pessoa: Editora Universitária – UFPB, 2008, p. 31-43.

MEDEIROS, K. T. et al. Representações sociais do uso e abuso de drogas entre familiares de usuários. **Psicologia em Estudo**, v. 18, n. 2, p. 269-279, 2013.

MIGOTT, A. M. B. Dependência química: problema biológico, psicológico ou social? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n.3, p. 710-711, 2008.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 25, n. 2, p. 203-211, 2009.

SANTOS et al. Grupo de suporte como estratégia para assistência de enfermagem à família de recém-nascidos hospitalizados. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 42-49, 2012.

SOBRAL, C. A.; PEREIRA, P. C. Co-dependência dos familiares do dependente químico: revisão da literatura. **Revista Fafibe Online**, ano V, n. 5, p. 00-00, 2012.

TOBO, N. I. V.; ZAGO, M. M. F. El sufrimiento de la esposa en la convivencia con el consumidor de bebidas alcohólicas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, número especial, p. 806-812, 2005.

WENZEL, J. S., PAULA, P. C. M. **Características de co-dependência entre familiares de dependentes químicos**. Disponível em: <<http://www.portaldaeducação/enfermagem/artigo>>. Acesso em: 30 mai. 2013.



# **INCLUSÃO E PROTAGONISMO EM SAÚDE MENTAL: das apostas e seus efeitos**

*Victor Aurélio Santana Nascimento*

*Suely Aires Pontes*

*Maria de Lourdes Vilas Boas Sampaio*

Com a eclosão do “movimento sanitarista”, na década de 1970, um novo modelo de gestão e atenção nas práticas de saúde foi proposto, em contraste a um aparato de instrumentos teóricos, técnicos e arquitetônicos, que por décadas garantiram à psiquiatria um poder sobre a vida do louco, materializado nas formas mais perversas de exclusão tanto física quanto simbólica. A nova proposta considerava a defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços e, protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado. Começava um novo momento para a Saúde Mental no Brasil. E todo esforço de mudança esteve congregado no que foi chamado de Reforma Psiquiátrica.

Compreendida pelo Ministério da Saúde como um processo político e social complexo, tendo em vista ser uma combinação de atores, instituições e forças de diferentes origens, a Reforma Psiquiátrica teve início na década de 1970, época em que a medicalização era o modelo básico de intervenção. Nesse período, foi, sobretudo, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), através de variados campos de luta, que passou a protagonizar as mudanças e a denunciar a violência dos manicômios, a mercantilização da loucura, a hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico, e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas

com transtornos mentais. Em paralelo a esses processos, percebia-se a falta de recursos, especialmente no aparato dos serviços sanitários e o pouco interesse do poder legislativo em valorizar as políticas sociais. Assim, o processo de Reforma surge junto às necessidades de mudanças no panorama social (BRASIL, 2005).

No texto *Sobre duas proposições relacionadas à clínica e à reforma psiquiátrica*, Paulo Amarante (2001) problematiza o lugar do movimento antimanicomial, como sendo um dos instrumentos de mudança no processo de redemocratização política. O autor aponta para a sua natureza revolucionária, e não apenas reformista, na medida em que forja novas relações, sujeitos, lugares sociais, uma nova arquitetura e ergonomia institucionais. O seu percurso pode ser visualizado em dois momentos: o primeiro, de 1978 a 1991, compreende uma crítica ao modelo hospitalocêntrico, enquanto o segundo, de 1992 aos dias atuais destaca-se pela implantação de uma rede de serviços extra-hospitalares. Segundo o autor, o resultado do tensionamento nessas duas fases foi a proposta de uma nova ação e posicionamento frente às demandas de cuidados, materializadas na criação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), atuando num movimento dialético a partir dos diferentes contextos de prática.

Entre os diferentes dispositivos de atenção e cuidados à saúde mental, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diversas modalidades, assumiram um papel estratégico na implementação da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A emergência destes serviços, passou a demonstrar que realmente existia a possibilidade de uma nova organização, ser substitutiva ao Hospital Psiquiátrico nas mais diferentes regiões do Brasil. Entre as suas atribuições, o CAPS tem como função, prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as antigas práticas de internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS, organizar a

rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território (BRASIL, 2005).

De acordo com o Ministério da Saúde, os CAPS devem ser substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico. Cabe a esse serviço o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. Tais objetivos só podem ser alcançados a partir da constituição de novas práticas, que priorizem a inserção social dos usuários, a criação de espaços de convivência, a reinvenção do cotidiano nas instituições, pois, além da atenção psicossocial, o sujeito que demanda cuidados necessita ter reconstituída sua cidadania, seu direito de criar, opinar, escolher, relacionar-se. Assim, o CAPS funciona tendo como um dos principais modos de cuidado psicossocial as Oficinas Terapêuticas, que caminham no sentido de permitir ao sujeito estabelecer laços de cuidado consigo mesmo, de trabalho e de afetividade com os outros, determinando a finalidade político-social associada à clínica (MENDONÇA, 2005).

## **A inserção no campo da Saúde Mental**

Criado como estratégia do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), para o desenvolvimento de ações intersetoriais em saúde a partir da formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - Rede de Atenção Psicossocial, Cuidado aos Usuários de Crack, Álcool e Outras Drogas (PET-Saúde/AD), vinculado à Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), inseriu em 2013 distintas equipes de trabalho, compostas por estudantes, profissionais de saúde e docentes do ensino de nível superior, na Rede de Atenção à Saúde (RAS), do município de Santo Antônio de Jesus. Entre as equipes

formadas, nós compomos aquela responsável por se inserir no CAPSad e lá, a partir das especificidades e dos processos de trabalho já realizados, propormos intervenções condizentes com a proposta do PET-Saúde.

Na ocasião, o serviço, que contava com uma programação semanal bem organizada, vinha sofrendo de um esvaziamento nas sextas-feiras. Como alternativa para lidar com a pouca participação dos usuários nesse dia, foi proposta, em uma ação conjunta da tutora, da preceptora e do bolsista do PET-Saúde/AD, a realização de atividades no turno matutino da sexta-feira, de modo a ofertar aos usuários um espaço no qual pudessem interagir e fazer emergir questões a serem trabalhadas. Os momentos seriam mediados pelo aluno bolsista do PET-Saúde e por um estagiário de psicologia, que ali vinha desenvolvendo atividades há aproximadamente quatro meses. A aproximação entre as atividades do PET-Saúde/AD e do estágio regular do curso de psicologia pareceu interessante à coordenação do serviço, por possibilitar a ampliação das ações realizadas no CAPSad.

A princípio diferentes possibilidades nos ocorreram, como: oficina de música, pintura, trabalhos com argila, rodas de conversa sobre vivências do fim de semana; atividades fora do serviço, como: realização de jogos integrativos entre o CAPS II e o CAPSad, ida ao cinema e exposição do artesanato produzido pelos usuários no Varal das Artes, movimento encabeçado por artistas da cidade e que se dedica à cultura popular no município. No entanto, consideramos que aquilo que sob o nosso juízo parecia interessante, não necessariamente seria aos olhos dos participantes. Assim, concordamos que o desenvolvimento de qualquer oficina deveria ser precedido por conversas com os usuários para que eles tanto sugerissem, quanto participassem ativamente na construção do espaço das sextas-feiras, de modo a possibilitar o protagonismo dos usuários e a circulação por diferentes espaços sociais (JORGE et al., 2006).

Em reunião com os usuários, compartilhamos o desejo que tínhamos de ocupar as sextas-feiras do serviço com atividades e de

que eles participassem da construção desses momentos apontando possibilidades a partir de suas demandas. Entre as sugestões apresentadas pelos usuários, a que mais agregou foi a de criação de um espaço de convivência dentro do serviço, no qual seriam exibidos filmes e, posteriormente, haveria comentários e discussões sobre o filme exibido. A atividade desenvolvida no CAPSad não teve por escopo, a princípio, a tentativa de discutir o uso e abuso de Substâncias Psicoativas (SPA). O objetivo primeiro, foi o de criar um espaço de convivência que não se limitasse ao tema álcool e outras drogas. Os usuários diziam carecer de um espaço no qual se distraíssem e não fossem postos diante do tema “droga” a todo momento. Criamos, a partir dessa demanda, a Oficina de Cinema.

Na medida em que as diferentes propostas iam sendo apresentadas, dificuldades de realização e alternativas para superação também eram indicadas pelos usuários do serviço. No entanto, essas alternativas não possuíam um veículo formal para que chegassem até a coordenação. Partiu daí uma outra proposta: a realização de assembleias (BRASIL, 2004), vistas como possibilidade para o estabelecimento de uma via de diálogo mais consistente entre os usuários e a coordenação do CAPSad. A assembleia foi uma aposta de que esse seria também um dispositivo capaz de promover saúde pela via do protagonismo, reforçando a perspectiva de mudança do modelo assistencial no Brasil, a partir da proposta de participação do usuário nos processos de atenção e cuidado, possibilitado por sua inclusão na co-gestão dos serviços (BRITO, 2006).

O Ministério da Saúde ao tratar da importância da assembleia para o funcionamento adequado do CAPS, a caracteriza como um instrumento efetivo também para a promoção de saúde, na medida em que configura um lugar de convivência ocupado, na maioria das vezes semanalmente, por técnicos, usuários e convidados, motivados pela produção de encaminhamentos que contribuam para a melhoria do serviço (BRASIL, 2004). Afinada com o que preconiza o Ministério da Saúde, Brito (2006, p. 4) refere a assembleia como sendo o “espaço em que são problematizadas

e levantadas sugestões sobre as atividades, os espaços de convívio e a organização do serviço, o que tem ajudado na melhoria da assistência em saúde mental”.

A proposta foi aceita e saímos daquele encontro com dois compromissos: o de criação da oficina de cinema, que seria iniciada na semana seguinte; e, o de construção da primeira assembleia do CAPSad Vale Viver, prevista para acontecer em quinze dias, a contar daquela data. A seguir, abordaremos as duas atividades separadamente prezando por suas especificidades e resultados.

## **A Oficina de Cinema**

A Oficina teve início no mês de julho de 2013 e término em outubro do mesmo ano. Os encontros ocorriam semanalmente e contavam com um número variado de pessoas, tendo em média 07 (sete) participantes. Familiares e estagiários de instituições diferentes costumavam participar da oficina quando estavam no serviço. Sua duração variava entre duas e três horas, intervalo composto pela exibição do filme e por um momento reservado às impressões, curiosidades, cenas que chamaram a atenção. Ao final, os usuários faziam sugestões para o próximo encontro, tornando o espaço dinâmico e de gestão compartilhada.

Na medida em que os encontros foram ocorrendo, algumas preocupações surgiram no que tange ao cumprimento do objetivo da oficina que, como dito, era o de criar um espaço de convivência, em que as discussões não se limitassem ao tema de uso e abuso de álcool e outras drogas, e que possibilitasse reflexões e troca de experiências sobre diferentes assuntos.

Embora houvesse preocupação com as cenas que os filmes escolhidos poderiam estar trazendo, como de pessoas fazendo uso de bebidas alcoólicas, maconha, cocaína, ou outra droga conhecida pelos usuários, cenas de outra natureza acabavam trazendo à tona questões relacionadas ao tema ‘drogas’. Filmes que apresentavam

conflitos familiares, conjugais, relações de desconfiança, conteúdos morais, entre outros, fossem filmes de comédia, suspense ou de ação, traziam elementos de identificação para os usuários, que acabavam por relatar, no momento reservado para os comentários, vivências de sofrimento vinculadas ao uso abusivo de SPA.

Consideramos, no entanto, que aqueles momentos estavam sendo produtivos do ponto de vista da fala, pois, a mobilização causada pelas cenas estava proporcionando a exposição de conflitos que por vezes não apareciam em outros espaços do serviço (FORTUNA et al., 2005). Nesse sentido, optamos por manter a oficina tal qual estava organizada. Além disso, nos momentos de discussão sobre o filme apresentado, os usuários do serviço passaram a refletir sobre si mesmos, produzindo questões sobre suas escolhas na vida, acerca do uso e abuso das drogas e até mesmo sobre a implicação deles no próprio tratamento. Assim, prosseguimos com a oficina, não alterando a sua dinâmica de funcionamento.

Por vezes, durante a exibição de filmes, alguns participantes se retiravam emocionados do espaço, e os mediadores do grupo buscavam ofertar acolhimento àquele que se retirou e, ao mesmo tempo, manter a atividade em funcionamento. Alguns dos que se retiravam do grupo preferiam continuar sozinhos e a decisão era respeitada. Outros aceitavam o lugar de escuta que oferecíamos e, quando se sentiam mais estabilizados, voltavam para a oficina.

A direção tomada pela oficina nos conduziu a caminhos que, segundo a coordenação da unidade, facilitaram em muito alguns procedimentos da equipe do serviço, uma vez que, os conteúdos expressos no espaço da oficina eram compartilhados com a equipe pela coordenadora do serviço – na condição de preceptora do PET-Saúde – que tinha acesso ao ocorrido através dos diários de campo por produzidos.

O trabalho realizado na oficina não passou sem dificuldades. Embora tenhamos começado com participação crescente dos usuários a cada encontro, tanto como expectadores quanto como comentadores dos filmes, à medida que o tempo foi passando,

a participação deles diminuiu, anunciando a necessidade de discutirmos e reavaliarmos a oficina junto aos usuários. Na discussão conjunta, não surgiram novos caminhos que se mostrassem atrativos para os participantes.

A consideração pelo desejo como sendo aquilo que põe o sujeito em movimento, nos pôs em condições de entender o fim da oficina de cinema não como insucesso, mas como um cenário composto por sujeitos que, tanto quanto aqueles que não demandam os serviços do CAPSad, estão se atualizando na vida, reorientando seus desejos para outros espaços e ações. E que o CAPS deve ser sim um espaço que funciona considerando o desejo de seus usuários. A Oficina de Cinema foi encerrada em outubro de 2013.

## **A Assembleia**

A Assembleia se configura como uma peça fundamental para o efetivo funcionamento dos CAPS, como um lugar de convivência pautado nos paradigmas da Reforma Psiquiátrica. Sua existência garante um contínuo processo de horizontalização das relações em saúde mental (COSTA; PAULON, 2012), proposta que diverge do modelo biomédico. De acordo com o Ministério da Saúde, essa é uma atividade que deve ter preferencialmente um intervalo semanal, de modo a garantir a participação de usuários, técnicos, familiares e outros convidados, em discussões que avaliem e gerem propostas para que haja melhoras no atendimento oferecido (BRASIL, 2004).

Quando foi perguntado aos usuários se sabiam o que era uma assembleia, os mesmos disseram que não sabiam do que se tratava. Pautados no que preconiza a Reforma Psiquiátrica sobre essa prática dentro dos serviços e diante da grande dificuldade que os usuários tinham de fazer seus desejos chegarem formalmente à coordenação do serviço, sugerimos à coordenação que a prática de assembleias passasse a fazer parte da rotina do serviço, caracterizando-se prioritariamente enquanto um espaço de exercício

e resgate da cidadania. A proposta foi aceita e levada para aqueles que faziam uso do serviço.

Havia algum tempo, os usuários vinham se queixando da relação que estava se estabelecendo entre eles e alguns dos profissionais do serviço. Parte desse desconforto era expresso nas “conversas de corredores”, nos encontros para bate-papo e mesmo no almoço, quando queixas relacionadas ao cardápio apareciam. Diante do cenário, propusemos à coordenadora do serviço, que naquele primeiro momento, apenas os usuários participassem da assembleia na tentativa de não inibir suas queixas e sugestões frente à equipe de profissionais. De acordo com a proposta, a coordenação negociou com a equipe e assim demos início à assembleia.

Havia 24 usuários participando da assembleia. Antes de iniciarmos as discussões que diziam respeito ao andamento do serviço, considerando o desconhecimento de boa parte dos usuários sobre o que era uma assembleia, iniciamos o encontro falando um pouco do que se tratava, de onde partiu a ideia de construção daquele espaço no CAPSad, qual a importância da participação dos usuários e sobre algumas aspectos importantes para o andamento das assembleias e sua continuidade no serviço. Entre esses acordos estiveram: (1) a frequência com que ocorreriam as assembleias ordinárias, prevendo a ocorrência de assembleias extraordinárias; (2) funções no curso das assembleias e possibilidade de exercício das mesmas por diferentes usuários – mediador, escritor de falas e responsável por elaboração das atas; (3) condição para deliberação e encaminhamento das propostas; e, (4) necessidade de respeito entre os participantes, ainda que discordem entre si em relação a suas proposições.

Aberto o espaço para os usuários se colocarem, algumas queixas começaram a emergir junto a sugestões para melhorias. A primeira fala trouxe uma proposta e em seguida uma queixa. A proposta foi a de inserção de mais um banco no fumódromo, local reservado para que os usuários fumassem e conversassem no serviço, garantindo assim o acolhimento e conforto de mais pessoas

no espaço. Quanto à queixa, essa ganhou adeptos e estimulou a discussão: apontava para a necessidade de melhorias na alimentação do serviço. Alguns usuários se opuseram dizendo que nada havia de errado, mas que qualquer insatisfação era bem-vinda. Uma das usuárias pediu a fala e fez considerações sobre a rigidez do alimento servido e sobre o pouco tempero contido na comida. A impossibilidade dos usuários fazerem uso de garfos e facas no serviço, aliado ao fato de alguns deles não possuírem dentição completa, trazia problemas na hora da alimentação. Consideraram que os funcionários da cozinha poderiam criar estratégias que facilitassem a alimentação, fosse servindo, por exemplo, a carne já cortada, mudando o preparo ou permitindo o uso de facas para cortar o alimento. Houve quem pontuasse em assembleia que o caminho mais adequado para a resolução desse problema seria sentar e conversar com os profissionais da cozinha sobre isso.

Outra proposta associada à alimentação foi colocada. Dizia respeito à variedade do cardápio. Segundo um dos usuários, a elaboração de um cardápio construído junto com os usuários, tornando-os co-participantes nas decisões sobre sua alimentação, lhes traria mais satisfação. Todos os outros participantes concordaram com a proposta, que foi encaminhada para a coordenação do serviço.

Outra questão muito discutida esteve relacionada à entrada e saída dos usuários do serviço. Alguns usuários reclamavam de terem saído e no retorno sua entrada não ser permitida. Frente a essa questão surgiram três propostas: (1) que fosse mantido o previsto: quem optasse por sair, teria sua entrada impedida; (2) que fosse permitida a saída e retorno de usuários mediante aviso prévio à coordenação. Ao chegar ao CAPSad, o usuário comunicaria a necessidade de sair em algum momento do dia e, de posse dessa informação, o serviço permitiria que ele entrasse quando retornasse; (3) que os usuários pudessem sair e retornar ao serviço sem impedimentos, conforme sua necessidade, mas que a saída fosse comunicada aos profissionais apenas para que eles estivessem cientes. Segundo o autor dessa terceira

proposta, a segunda sugestão não daria conta de imprevisibilidades, portanto, com o tempo poderia se tornar inviável. O autor da segunda proposta concordou e manifestou-se satisfeito. Postas em votação, a terceira proposta foi a vencedora com a maioria dos votos. Assim, ficou acordado que a proposta vencedora seria encaminhada para a coordenação do CAPSad.

Outras sugestões ainda foram levantadas, como: conserto dos banheiros masculino e feminino; pedido de limpeza da área dos fundos – retirada de entulhos que ficam atrás e do lado dos banheiros; dedetização do espaço e retirada do mato que vinha crescendo no local; e colocar em discussão sobre o uso de cigarros no serviço. Todas elas foram registradas em ata e encaminhadas para a coordenação, cumprindo assim com um dos objetivos da assembleia naquele contexto: o de servir como canal de diálogo entre usuários e coordenação.

A experiência não foi de todo bem sucedida. A realização da atividade sem a participação da equipe de profissionais gerou incômodo. A impossibilidade de resposta frente às queixas apresentadas deixaram os profissionais tanto curiosos com a discussão, quanto insatisfeitos com a não participação. Se por um lado ganhos foram obtidos no que tange ao protagonismo dos usuários, por outro, um cenário desconfortável foi criado entre usuários e profissionais, caracterizando assim um ambiente polarizado. Apenas com o manejo da coordenação do serviço foi possível a redução do mal-estar. Cabe destacar que não aconteceram outras assembleias durante o período de permanência deste sub-grupo PET-Saúde no serviço.

### **Considerações finais**

Em ambas as atividades acima relatadas – Oficina de Cinema e Assembleia – a participação ativa dos usuários em seu processo de cuidado foi aquilo que orientou o trabalho. Reconhecer a importância de incluir os usuários “na gestão do cotidiano

institucional, oferecendo espaço para que possam co-responsabilizar-se pela administração do espaço que utilizam e pelo tratamento que recebem” (CAMARGO, 2004, p.111) é fundamental para a construção da prática de um novo modelo de cuidado.

A existência de serviços que ainda não privilegiam a realização de assembleias no seu funcionamento, nos indica que os intentos de construção de um novo modelo de gestão e atenção nas práticas de saúde, a partir de uma participação diferenciada dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, ainda não foram alcançados em plenitude, nos convocando, desse modo, a diariamente estarmos contribuindo em nossa prática, para a solidificação daquilo que entendemos por Reforma Psiquiátrica. Seus paradigmas devem ser tanto lembrados, quanto destacados como condição para que o cuidado em saúde mental ocorra.

Considerando os resultados das atividades no CAPSad, é importante registrar que nossas apostas em um trabalho co-responsabilizado e de consideração ao desejo do usuário, nos fizeram acreditar na efetividade das transformações propostas pela Reforma, e que o aprendizado obtido como efeito dessas experiências, contribuiu e contribuirá imensamente para um exercício profissional mais qualificado e afinado com a proposta do SUS. Nesse sentido, o PET-Saúde Rede de Atenção Psicossocial, cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, foi uma ferramenta de fundamental importância nesse processo, por constituir-se como espaço privilegiado de efetivação desse aprendizado, inserindo alunos de diferentes graduações em saúde no campo de prática e criando oportunidades para que as práticas desenvolvidas, fossem repensadas a partir de uma relação dialógica com os usuários.

## Referências

AMARANTE, P. Sobre duas proposições relacionadas à clínica e à reforma psiquiátrica. In: QUINET, A. (Org.). **Psicanálise e**

**Psiquiatria:** controvérsias e convergências. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

AUGÉ, M. **Não-lugares:** introdução a uma antropologia da supermodernidade. Campinas: Papirus, 1994.

BRASIL. **Saúde Mental no SUS:** Os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRITO, I. C. de. **Refletindo sobre o dispositivo assembleia de usuários e profissionais nos equipamentos substitutivos de Saúde Mental.** Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2006.

CAMARGO, A. C. S. P. **A vivência do caos:** uma experiência de mudança em uma instituição de saúde mental. Dissertação de Mestrado. Campinas: PUC-Campinas, 2004, 211p.

CEDRAZ, A.; DIMENSTEIN, M. Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não? **Revista Mal-estar e Subjetividade**, v. V, n. 2, p. 300-327, 2005.

COSTA, C. M.; FIGUEIREDO, A. C. **Oficinas terapêuticas em saúde mental:** sujeito, produção e cidadania. Coleções IPUB. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004.

COSTA, D. F. C; PAULON, S. M. Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. **Saúde debate**, v. 36, n. 95, p. 572-582, 2012.

FORTUNA, C. M. et al. O trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 262-268, 2005.

JORGE, M. S. B. et al. Reabilitação psicossocial: visão da equipe de saúde mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 6, p. 734-739, 2006.

MEHRY, E. E. Reforma psiquiátrica no cotidiano: multiplicidades no cuidado e por uma ética cidadã. Manejo das ações relacionais. In: MEHRY, E. E.; AMARAL, H. (Orgs.). **A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano**. São Paulo: Aderaldo e Rothschild; Campinas: Serviço de Saúde Mental Dr. Cândido Ferreira, 2007.

MENDONÇA, T. C. P. As oficinas na saúde mental: relato de uma experiência na internação. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 25, n. 4, p. 626-635, 2005.

# **GRUPO PARA TABAGISTAS NO CAPS II NOVA VIDA NO MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS, BAHIA: relato de experiência de um grupo do PET-Saúde/Álcool e Drogas**

*Iana Margarida Nascimento Lima  
Imanoele Lopes de Oliveira Nery  
Cláudia Viviane de Oliveira Araújo  
Suely Aires Pontes*

## **Introdução**

O tabaco é uma droga lícita e seu uso – assim como as consequências desse uso – tornou-se um problema de saúde pública em meados do século XX (SPINK et al., 2008). Desde esse período, o tabagismo passou a ser considerado uma doença crônica com períodos de remissão e exacerbação, caracterizada pela dependência psicológica do consumo de tabaco e pela dependência física das substâncias químicas presentes no tabaco, principalmente da nicotina – a mais predominante.

De acordo com Eckerdt et al. (2010), o tabagismo é um agravo complexo e o seu controle requer a integração de diversos tipos de tratamento. O conhecimento do perfil sociodemográfico e clínico do fumante é fundamental, para a adoção de estratégias de tratamento mais eficazes e a realização de programas e campanhas de prevenção ao fumo (AZEVEDO et al., 2009).

Pesquisas revelam que um indivíduo fumante, possui uma expectativa de vida 25% menor, que um não fumante. Com relação

às pessoas que permanecem fumando e as que param de fumar até os 50 anos de idade, estas reduzem 50% o risco de morte por doenças relacionadas ao tabagismo. Entretanto, apesar de 70% dos fumantes afirmarem que gostariam de deixar de fumar, menos de 10% alcançam esse objetivo por conta própria. Diante disso, observa-se um aumento gradativo na demanda por ações que auxiliem na redução do consumo do tabaco, evidenciando, desse modo, o importante papel das instituições de saúde e dos profissionais que ali atuam (AZEVEDO et al., 2009, p.593).

Nesse sentido, considera-se que as ações de controle do tabagismo devem estar voltadas para as variáveis econômicas, sociais e políticas, bem como fatores que auxiliem na melhoria da qualidade de vida e na cessação do uso do tabaco, ou seja, o enfoque vai além do indivíduo e perpassa todo o contexto que envolve o tabagista e principalmente a sua dependência (CAVALCANTE, 2005). Portanto, o tabagismo não é mais um problema voltado para apenas uma especialidade, mas um problema de saúde pública que envolve a atenção e assistência de todos os profissionais de saúde (PILLON et al., 2011).

Visando o planejamento e execução de ações voltadas para o uso problemático do tabaco – e, concomitantemente, a melhoria da qualidade de vida da comunidade –, foi desenvolvido um grupo para tabagistas. O grupo surgiu a partir de uma ação proposta por duas estudantes bolsistas do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde - Rede de Atenção Psicossocial, Cuidados aos Usuários de Álcool e Outras Drogas (PET-AD) da UFRB – uma do curso de psicologia e outra do curso de enfermagem – e uma psicóloga do serviço e preceptora do programa, em discussão com a tutora.

O trabalho com o grupo para tabagistas teve como objetivos, conscientizar os usuários do serviço sobre os danos que o tabaco pode causar em sua vida física, mental, financeira e social; observar os significados relacionados ao consumo do tabaco – tanto prazer como também prejuízo; possibilitar que o

usuário se torne mais ativo nesse processo; promover encontros semanais permitindo que o usuário identifique-se como principal colaborador para buscar medidas criativas para controlar o uso do tabaco; e, implementar um projeto de educação continuada sobre o tabagismo. As ações foram pautadas na política de humanização em saúde, considerando o sujeito em todos os seus aspectos e contextos e fazendo uso de uma escuta qualificada. Buscou-se ainda a redução de danos relacionados ao uso do tabaco, preconizando, assim, uma melhor assistência à saúde e qualidade de vida para os usuários, familiares e comunidade. Consideramos que realizar essas ações em uma unidade de serviço de saúde viria a facilitar o acesso e a adesão do usuário, visto que o mesmo se encontra em um ambiente familiar com pessoas e profissionais que já possui um vínculo (AZEVEDO et al., 2008).

### **Cenário de vivência**

As ações com um grupo para tabagistas foram desenvolvidas em dois cenários distintos no município de Santo Antônio de Jesus, Bahia: no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II Nova Vida e no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS AD Vale Viver. Os CAPS são serviços de saúde abertos e comunitários do Sistema Único de Saúde, com atendimento clínico, de reabilitação psicossocial e reinserção social, destinado à população de sua área de abrangência que sofre com transtornos mentais severos e persistentes, os quais podem ser decorrentes também do uso problemático de álcool e/ou outras drogas (BRASIL, 2004).

No espaço físico do CAPS II funciona um Ambulatório de Saúde Mental (ASM), onde são realizadas consultas psiquiátricas e atendimentos psicoterápicos individuais e em grupo – tanto para o público infantil como para o adulto –, triagens e dispensação de medicamentos. Atualmente, o CAPS

II e o ASM deste município tem como profissionais de saúde três psicólogos, dois enfermeiros, três médicos psiquiatras, uma assistente social, uma terapeuta ocupacional, duas técnicas de enfermagem, uma farmacêutica, além de profissionais como motorista, segurança, cozinheira, recepcionistas, professores do EJA (Educação para Jovens e Adultos) e do Brasil Alfabetizado, oficinairos, artesã, coordenador de coral e auxiliares da administração do serviço.

Neste cenário, as ações foram planejadas a partir da análise dos problemas enfrentados pelos diferentes usuários do serviço com relação ao uso do tabaco. Cabe destacar que estas atividades foram colocadas como sugestões, as quais poderiam ser aceitas ou não pelos usuários do serviço. O grupo teve início no dia 25 de março de 2013, no CAPS II, com reuniões semanais com duração aproximada de 2 horas/encontro e presença em média de 10 usuários do serviço.

No que concerne ao CAPS AD, a estrutura física é composta por três salas para atendimento – uma sala de enfermagem, uma para consulta psiquiátrica e outra para atendimento psicológico –, uma sala para o armazenamento e dispensa de medicação, recepção, cozinha, e uma área externa ampla. Como equipe multiprofissional, tem-se uma psicóloga, uma médica psiquiatra, um farmacêutico, uma enfermeira, uma assistente social, uma técnica de enfermagem, um jardineiro, uma professora do EJA, uma recepcionista, uma cozinheira, uma artesã, uma auxiliar de serviços gerais, uma guarda municipal e um segurança.

O grupo do CAPS AD teve seu início no dia 27 de setembro de 2013, com reuniões às sextas-feiras na área externa do serviço. Teve frequência semanal e com duração aproximada de duas horas/encontro. Neste serviço a quantidade de usuários que participavam era bastante variada – de 06 a 15 usuários aproximadamente – tendo também a presença de pessoas que não eram membros do CAPS AD.

## **Atividades desenvolvidas durante a prática**

A dinâmica das reuniões envolvia escuta; estudos de caso clínico; exibição de filme com discussões; palestras sobre o tabagismo e consequências de seu uso; atividades com música, atividades de recorte e colagem; atividades lúdicas; aplicação do teste “Entender por que eu fumo e como isso afeta a minha saúde” (INCA/MS); exibição de filmes, seguida de discussão; e rodas de conversas para troca de experiências e saberes sobre cigarro, outras drogas, assim como saúde e bem-estar do indivíduo. Todas as ações foram registradas em diários de campo, os quais foram submetidos à análise e categorização dos resultados alcançados.

Através das ações realizadas e experiências vivenciadas, obteve-se como resultados das práticas e estímulo do projeto PET-AD, a redução do consumo do tabaco, conscientização dos pacientes sobre os malefícios do tabaco, percepção acerca dos seus próprios desejos de fumar e da importância do grupo como forma de incentivo em reduzir e/ou parar de fumar; expressão dos sentimentos positivos (prazer) e negativos (prejuízo), com relação ao consumo do cigarro, bem como, construção de vínculo entre as estudantes, a psicóloga e os usuários do serviço. Segundo Balbani e Montovani (2005), o aconselhamento ajuda a identificar as situações em que o tabagista busca o cigarro por um comportamento (após as refeições, ao tomar um café, em reuniões com amigos) ou circunstâncias emocionais (ansiedade, aborrecimentos). Dessa maneira o fumante aprende estratégias para quebrar o vínculo entre esses fatores e o ato automático de fumar.

Alguns dos resultados obtidos não foram inicialmente previstos entre os objetivos do grupo, colocando-se para além do

esperado, visto que a experiência com o grupo para tabagistas não somente ocasionou mudança na vida dos usuários, como também nos conhecimentos e práticas das estudantes e da própria profissional do serviço. Para as bolsistas do programa, as atividades desenvolvidas constituíram um rico processo ensino-aprendizagem através do trabalho, visto que as mesmas estiveram presentes no campo de prática vivenciando a realidade da população e conhecendo os desafios e limitações enfrentados dentro de um serviço público de saúde. Destacamos que a construção do vínculo foi um dos aspectos essenciais para se obter um bom desempenho dos grupos realizados no serviço.

O fato de os usuários conseguirem perceber seus próprios desejos com relação ao tabaco contribuiu para a elaboração de estratégias para a redução do consumo, assim como o reconhecimento do que é ou não prazeroso no uso do cigarro, visto que, este aspecto é um dos elementos que influenciam ou, até mesmo, impulsionam o uso da substância. Nesse sentido, atrelar essas percepções e sentimentos aos conhecimentos dos riscos e malefícios do tabaco possibilita o planejamento e a efetividade de ações voltadas para o controle do uso abusivo do cigarro, uma vez que, seu uso prejudicial não é apenas algo físico ou ligado a comportamentos, mas às questões psíquicas também.

Este não é um trabalho simples; é algo gradual em que os resultados se tornam presentes de forma lenta e muitas vezes em pequenas quantidades. Entretanto, o que importa é que os resultados aparecem e são significantes, ainda mais ao se considerar as limitações para se trabalhar de forma interdisciplinar e também para se formar redes concretas de atenção à saúde.

Entre as dificuldades encontradas para a realização do trabalho, destacamos as questões políticas relacionadas à organização

da rede municipal de saúde e a estrutura dos serviços. No período de realização das atividades, ocorreu troca de profissionais de serviço por causa das eleições municipais, provocando fragmentação e lentificação dos trabalhos realizados, até que houvesse uma adaptação à nova realidade por parte dos usuários e dos próprios bolsistas. Dessa maneira, surgiram alguns entraves no processo terapêutico de todos os usuários do serviço, fossem eles do grupo para tabagistas ou não. Além disso, foi preciso lidar com cada usuário e sua singularidade, seu contexto próprio, formas de uso diferenciadas como também sofrimento psíquico específico – a maior parte do grupo possui esquizofrenia ou transtorno bipolar. Esses aspectos – pelo menos para alguns deles – tornava a aproximação de cada um com todos os membros do grupo, com as bolsistas e com a psicóloga, algo difícil de ser concretizado.

Foi possível observar que o progresso do grupo se deu, especialmente, pelo fato de ter sido uma construção conjunta; algo realizado por todos, sem qualquer imposição, uma vez que em todo momento houve uma troca de conhecimentos mútuos entre bolsistas/usuários, bolsistas/preceptora e usuários/preceptora. As atividades foram planejadas e discutidas com cuidado, considerando que cada usuário é diferente e todos são seres biopsicossociais. Nesse sentido, o fato desse grupo ter sido organizado por estudantes e profissionais de diferentes áreas e visões contribuiu de forma significativa para alcançar os resultados aqui apresentados.

Os resultados encontrados após a realização da prática foram muito gratificantes, uma vez que cada fala dos usuários e a orientação dada durante as atividades no grupo produziu discussões muito ricas. Consideramos que o trabalho realizado no CAPS II trouxe para os usuários uma grande conquista e confiança em si mesmo, já que muitos perceberam que são

capazes de lidar com o uso prejudicial do cigarro. A nosso ver, ao entender as alterações fisiológicas provocadas pelo uso do cigarro, aumenta a possibilidade de recusa e/ou diminuição do uso do cigarro por parte dos usuários, por conhecer os malefícios que a droga traz para o organismo. Quanto ao grupo realizado no CAPS AD, o trabalho trouxe resultados positivos também, no entanto, pelo curto período em que o grupo aconteceu, não foi possível ter muita clareza com relação às conquistas advindas do grupo.

Cabe considerar que os dois serviços possuem estrutura distinta, bem como a quantidade e perfil de usuários, o que torna a forma de se trabalhar e os resultados encontrados diferentes em alguns aspectos, principalmente no que diz respeito ao modo como os usuários se percebem no grupo e consideram o uso do tabaco. No desfecho do grupo no CAPS II, foi possível perceber, através dos agradecimentos feitos pelos usuários, o quanto as atividades do grupo foram importantes, uma vez que muitos disseram que as bolsistas e a preceptora foram essenciais para a vida deles, que adquiriram saberes sobre a saúde e que alguns dos usuários do grupo do CAPS II, têm compartilhado experiências com os usuários do grupo do CAPS AD, possibilitando a troca de vivências e informações.

Em relação ao grupo realizado no CAPS AD, não há maior clareza em relação aos resultados concretos, visto que esta atividade é mais recente. No entanto, mesmo tendo havido um menor número de encontros, buscou-se instigar reflexões importantes para o entendimento de cada um sobre o tema, permitindo que estes sujeitos fossem protagonistas da própria história, motivados por mudanças. Não é possível afirmar que serão produzidos os mesmos resultados das atividades no CAPS II, principalmente devido às diferenças nas características dos

grupos, mas as ações propostas possuem os mesmos objetivos, sendo realizadas de acordo com os usuários do CAPS AD e suas particularidades.

### **Considerações finais**

O trabalho em equipe, com estudantes de diferentes áreas de formação e profissional já inserido em um dos serviços de saúde do município, permitiu que fossem desenvolvidas ações de qualidade e que fossem compartilhados conhecimentos. Em cada encontro do grupo de tabagistas, foi possível perceber um aprendizado e uma dedicação por parte de todos que compunham o grupo, bem como empenho e implicação dos usuários nas atividades. Foi imprescindível o relacionamento das bolsistas com os usuários e a preceptoria, visto que, dessa forma, permitiu um trabalho de reciprocidade e resultados gratificantes e benéficos para a vida de cada parte envolvida nessa relação.

O trabalho realizado a partir do PET-Saúde propõe uma olhar, uma prática e uma formação diferente do que é tradicionalmente desenvolvido nas universidades. Os atuais e futuros profissionais passam a ter contato com leituras, conhecimentos e vivências distintas, e talvez complementares, ao que já foi adquirido em toda sua trajetória de ensino e trabalho. Como consequência, essa proposta de educação pelo trabalho produz novas formas de cuidado aos usuários dos serviços e a toda a comunidade, permitindo dessa maneira uma prática humanizada por parte dos profissionais e futuros profissionais no relacionamento com os usuários desse serviço, favorecendo uma integração marcante e essencial para alcançar os objetivos almejados.

## Referências

AZEVEDO, R. C. S. de et al. Grupo terapêutico para tabagistas: resultados após seguimento de dois anos. Campinas: **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 55, n. 5, p. 593-596, 2009.

AZEVEDO, R. C. S. de et al. Atenção aos tabagistas pela capacitação de profissionais da rede pública. Campinas: **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 353-355, 2008.

BALBANI, Aracy Pereira Silveira; MONTOVANI, Jair Cortez. Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. **Rev Bras Otorrinolaringol.**, v.71, n.6, 820-7, nov./dez. 2005.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008.** Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília-DF, 26 de agosto de 2008.

BRASIL. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004.

CASTRO, M. G. et al. Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco. Porto Alegre: **Rev. Psiq. Clín.**, v. 34, n. 2, p. 61-67, 2007.

CAVALCANTE, T. M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 5, n. 32, 2005.

ECKERDT, N. S.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Sentidos sobre o hábito de fumar para mulheres participantes de grupo de tabagistas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. espec., 2010.

PILLON, S. C. et al. Tabagismo em usuários de um centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas: um estudo piloto. São Paulo: **Acta Paul Enferm.**, v. 24, n. 3, p. 313-319, 2011.

SPINK, M. J. P.; LISBOA, M. S.; RIBEIRO, F. R. G. A construção do tabagismo como problema de Saúde Pública: uma confluência entre interesses políticos e processos de legitimação científica. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, 2008.



## **“RacioCINE”: cinema e debates em saúde**

*Jaqueline da Silva Santos*

*Josélia Silva Carneiro*

*Lilian da Silva Costa*

*Ana Claudia Lobo Borges*

*Sinara Vera*

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, produz conhecimento e realiza pesquisa a partir da inserção de estudantes de graduação nos cenários de práticas na rede de saúde local. Trata-se de um “instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, dirigidos aos estudantes dos cursos de graduação e de pós-graduação na área de saúde, de acordo com as necessidades do SUS” (BRASIL, 2010).

Essa inserção dos estudantes em unidades de saúde da família, centros de atenção psicossocial, núcleos de apoio à saúde da família (NASF), com associações comunitárias de agentes de saúde e outras ações desenvolvidas pelos grupos tutoriais de aprendizagem do PET-Saúde, bem como ações conjuntas realizadas entre diferentes grupos do PET-Saúde, como feiras de saúde, traduzem-se em trocas de saberes e práticas de cuidados e em movimento que se imprime na rede pelo acionamento dos diferentes dispositivos de cuidados que a compõe.

Com o desenvolvimento das atividades do PET-Saúde Rede de Atenção Psicossocial, cuidados aos usuários de álcool, crack e outras drogas (PET-AD), surgiu a ideia de criar um espaço para

debate em relação ao fenômeno das drogas através de exibição de filmes e documentários afim de multiplicar a troca de experiências a partir das vivências nos cenários de práticas, tendo como base a história das políticas de saúde, os modelos de atenção em saúde, as políticas de álcool, crack e outras drogas, temas transversais à saúde e o papel da mídia, surgiu a proposta do “RacioCINE”.

A criação de um arquivo de filmes e músicas relacionados com a temática álcool e drogas, serviu como ponto de partida para a posterior exibição no formato de sessões de cinema, seguido de debate. Esse acervo é utilizado pelo grupo para fomentar a discussão sobre o tema, abarcando a discussão acerca de mitos, verdades, estigmas, entre outros temas transversais.

O “RacioCINE” é uma atividade de extensão de exibição de filmes e documentários, seguida de uma sessão de debates, mediada por um estudante bolsista do PET-Saúde, um preceptor ou outro profissional da rede de atenção à saúde e um tutor. A atividade tem como público-alvo a comunidade acadêmica da UFRB, profissionais de saúde e a comunidade local, com o objetivo de criar um espaço para reflexão acerca do fenômeno das drogas.

A imagem estimula a reflexão. Nesse sentido, reconhece-se que esse recurso possui uma pedagogia intrínseca: “Uma imagem ensina na medida em que ela, tanto do ponto de vista formal quanto de conteúdo, veicula um pensamento, encorajando assim o pensamento no espectador” (LEANDRO, 2001, p. 7).

Na literatura sobre droga e cinema, é possível observar diferentes maneiras de tratar o tema. Elas variam de acordo com os interesses dos próprios realizadores das películas, da indústria cinematográfica e da opinião pública, assim como variam de acordo com a evolução dos costumes nas diferentes culturas (SILVA, 2008). De acordo com Pinheiro e Kruehl (2013), “A arte e a saúde mental têm longo histórico de parcerias, sendo esta sempre um bom roteiro para as histórias, portanto utilizar-se dela traz uma riqueza muito especial à temática das políticas públicas em saúde”.

O cronograma para exibição de filmes e documentários tópicos, como o padrão de consumo de substâncias psicoativas, estratégias para o cuidado aos usuários dessas substâncias e redução de danos. A divulgação foi realizada através das redes sociais e cartazes tanto no contexto do Centro de Ciências da Saúde quanto nos serviços de saúde. Após a exibição, realizaram-se discussões abertas sobre a temática sob a mediação de um tutor, um preceptor ou outro profissional da rede de saúde e um estudante do Pró-PET-Saúde.

A proposta do “RacioCINE” contemplou um aspecto que não pode deixar de ser considerado quando tratamos do fenômeno das drogas, o papel da mídia. Uma vez que, esse tema

envolve várias questões que vão além da saúde, como, por exemplo, tráfico, violência, delinquência, aspectos morais, entre outros. Dessa forma, a população recebe, pelos meios de comunicação, informações contraditórias em alguns aspectos. Um evidente descompasso diz respeito ao conjunto de informações sobre “drogas ilícitas” (maconha, cocaína, entre outras) em comparação às “lícitas” (álcool e tabaco) (NOTO et al., 2003, p. 70).

Diante da necessidade de fortalecimento de estratégias de articulação entre os grupos PET-Saúde no CCS-UFRB, o “RacioCINE” tornou-se uma atividade integrativa, articulando os atores dos diferentes grupos de aprendizagem tutorial, ampliando as discussões para além do tema do fenômeno das drogas, possibilitando a reflexão sobre os modelos de atenção à saúde, bem como o debate sobre questões de gênero e saúde.

A partir dessa iniciativa, os grupos PET-Saúde do CCS-UFRB passaram a juntos, a protagonizar a realização do “RacioCINE”. Com frequência mensal, desde 2013, as sessões do “RacioCINE” ocorreram no espaço da biblioteca ou em sala de aula do Centro de Ciências da Saúde. Em alguns momentos, o “RacioCINE” foi realizado por grupos tutoriais de aprendizagem

nos cenários de práticas, como num Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas e numa escola municipal de ensino fundamental.

Na escola, a edição ocorreu integrada a uma ação denominada “Projeto Gentileza”, em que se abordou o tema educação, saúde e drogas com crianças e adolescentes. No contexto escolar, a atividade significou a oportunidade de questionar os conhecimentos relacionados à problemática das drogas, bem como para os professores, que o consideram um tabu.

A primeira sessão do “RacioCINE” exibiu o filme “Réquiem para um sonho” (2000), discutindo o uso de diferentes substâncias, seus efeitos no organismo e seu impacto social. Os participantes puderam relatar suas impressões acerca do filme, considerando suas vivências e práticas em diferentes espaços. Através do enredo do filme, os participantes destacaram a ênfase na abordagem criminal em detrimento às políticas de cuidado, particularmente as políticas de saúde. Outra problematização decorrente do enredo do filme e bastante discutida entre os participantes, referiu-se à ideia da dimensão biológica da dependência, sem contemplar fatores sociais e psicológicos.

Com o intuito de dar continuidade ao debate sobre o uso e o abuso de álcool e outras drogas, os resultados gerados por este hábito e as políticas públicas de saúde, foi exibido, na segunda edição do “RacioCINE”, o filme “O Voo” (2012). A obra conta a história de um piloto de avião que, após ingerir bebida alcoólica enquanto trabalhava, acabou adormecendo e causando um acidente aéreo. A projeção desse filme provocou um debate interessante sobre os danos relacionados ao consumo das drogas lícitas, como o álcool, para indivíduos e para a sociedade.

Na terceira edição do “RacioCINE” foi exibido o filme brasileiro “Paraisos Artificiais” (2012), o qual aborda o contexto dos festivais de música eletrônica, conhecidos como *raves*. Esses festivais são frequentados, sobretudo, por jovens, os quais podem fazer o consumo de diversos tipos de substâncias psicoativas, entre elas, as drogas sintéticas.

Na quarta edição, o “RacioCINE” projetou o “28 dias” (2000), o qual relata a história de uma jornalista que, depois de viver os transtornos causados pelo consumo excessivo de bebida alcoólica, é submetida a um tratamento por 28 dias em uma comunidade terapêutica. Esse filme suscitou um debate sobre a polêmica do financiamento com dinheiro público das comunidades terapêuticas, em detrimento dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Debateu-se ainda, sobre a lógica da abstinência na assistência ofertada pelas comunidades terapêuticas, em contraposição à lógica da redução de danos.

Em sua quarta edição, o “RacioCINE” na sua configuração de atividade integrativa dos grupos PET-Saúde no CCS-UFRB, exibiu o filme “Preciosa” (2009). A projeção desse filme teve grande repercussão por tratar da história de uma adolescente negra, obesa e que vivenciou situação de violência no contexto da família. Como consequência da violência sexual sofrida pela protagonista, foram geradas duas crianças, uma delas com Síndrome de Down e que vivia sob os cuidados da avó materna. Além de todas essas questões problemáticas, a protagonista descobre ser portadora do HIV.

Na sessão seguinte, o filme selecionado foi o “Filadélfia” (1993), que versa sobre a história do advogado Andrew Beckett. Trata-se de um profissional renomado que trabalhava em um importante escritório de advocacia na Filadélfia. Os grandes conflitos sofridos pelo personagem, iniciaram quando os sintomas da AIDS se tornaram cada vez mais perceptíveis e o mesmo é demitido com a justificativa de incompetência. Vítima do preconceito devido à doença e por ser homossexual, ele encontra dificuldades até mesmo para contratar um advogado para defendê-lo, perante os tribunais frente à situação de preconceito e da demissão injusta.

O fenômeno das drogas é abordado nos filmes projetados pelo “RacioCINE” de distintas maneiras, predominando uma referência à tipificação de substâncias psicoativas. No entanto, o que fica aparente, é que o tema é tratado como algo naturalmente social e não como problemática de saúde pública. Observa-se um grande

número de filmes que envolve a questão do abuso de álcool e outras drogas, mostrando a importância dessa representação social e como deve ser discutida e pensada em conjunto com a sociedade.

Considerando os aspectos sociais, históricos, políticos, econômicos, ideológicos, diferentes filmes abordam “diversas formas de manifestação do uso das drogas na sociedade e família, seja sob a ótica da dependência, do narcotráfico, dos tratamentos de recuperação, da violência ou dos conflitos e crises familiares” (ASEVÊDO; SANTOS, 2009).

É possível perceber que em todas as edições do “RacioCINE”, houve uma tentativa de abordar diferentes temáticas prioritárias, para a qualificação da assistência no contexto do SUS. Inicialmente, o enfoque foi sobre o fenômeno das drogas. A integração dos grupos PET-Saúde possibilitou a diversificação das temáticas discutidas, ampliando o alcance da reflexão sobre as necessidades sociais e de saúde da população e da importância de uma formação profissional em saúde sensível a essas temáticas. A integração dos grupos repercutiu ainda na consolidação do PET-Saúde no CCS-UFRB, bem como na visibilidade de suas experiências perante a comunidade acadêmica. As discussões foram enriquecidas e a participação da comunidade acadêmica foi ampliada.

Ao longo das edições do “RacioCINE”, surgiram facilidades e dificuldades para a sua realização. As principais facilidades referem-se ao baixo custo, disponibilidade de salas e espaço da biblioteca, alguns equipamentos e equipe para logística, divulgação e envolvimento dos integrantes do PET-Saúde. As dificuldades podem ser atribuídas à limitação do espaço físico, que não permitia grande público ou aquelas decorrentes da inadequação do espaço, quando a atividade ocorreu de forma itinerante, a exemplo da praça.

A realização do “RacioCINE” mobilizou o trabalho em equipe, a qual se dedicou ao planejamento de cada sessão e avaliação das sessões para aprimoramento da atividade. O “RacioCINE” contribuiu significativamente para a construção de conhecimentos, aprofundamento de discussão de temas por vezes pouco explorados

nos currículos dos cursos de graduação e o compartilhamento de saberes e práticas relacionados às vivências nos serviços de saúde. Essa iniciativa permitiu a sensibilização de profissionais, estudantes e comunidade sobre questões tão significativas quanto à saúde mental, consumo de álcool e outras drogas, DST/HIV/AIDS, violência e saúde da mulher.

A atividade atendeu à necessidade de articular os grupos PET-Saúde, por meio da co-responsabilidade assumida no planejamento da atividade e sua execução. A atividade também conferiu oportunidade para os estudantes participarem como mediadores do debate, bem como a valorização de profissionais da rede municipal de saúde na construção de conhecimento.

A partir dos relatos do público, depreende-se que as sessões do “RacioCINE” representaram uma estratégia para minimizar algumas lacunas curriculares com relação aos temas abordados. Recomenda-se a continuidade do “RacioCINE” pelos futuros grupos PET-Saúde no CCS-UFRB, em virtude da potencialidade de sua contribuição para a reorientação da formação profissional em saúde. O público aderiu à proposta com assiduidade às sessões, tanto pela riqueza das discussões quanto pelo fato de configurar-se como uma atividade de extensão do CCS-UFRB.

### **Considerações Finais**

O “RacioCINE” corresponde a uma atividade de extensão, que possibilita fomentar uma discussão transversal de temas trabalhados pelos grupos do PET-Saúde do CCS-UFRB, divulgar as experiências proporcionadas pela inserção dos estudantes nos cenários de práticas e socializar as aprendizagens resultantes destas experiências, entre estudantes não participantes do Pró-PET-Saúde. Trata-se de uma ação que tem potencialidade de continuar sendo desenvolvida no Centro de Ciências da Saúde, por constituir-se enquanto uma estratégia para a produção de conhecimento que

associa a teoria e a prática, a crítica cinematográfica, para o debate de temas prioritários para a formação profissional em saúde.

## Referências

ASEVÊDO, F. A. T.; SANTOS, A. S. Conflito de gerações na mídia: uma análise de réquiem para um sonho. **Anais do IV Colóquio Internacional Cidadania Cultural: diálogos de gerações** 22, 23 e 24 de setembro de 2009. Editora EDUEPB, Campinas Grande, 2009.

BRASIL. Portaria Interministerial Nº 422, de 03 de março de 2010. Estabelece orientações e diretrizes técnico-administrativas para a execução do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET Saúde, instituído no âmbito do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. **Diário Oficial da União**. Brasília, 03 de março de 2010.

LEANDRO, A. Da imagem pedagógica à pedagogia da imagem. **Comunicação & Educação**, v. 7, n. 21, p. 29-36, 2001.

NOTO, A. R. et al. Drogas e saúde na imprensa brasileira: uma análise de artigos publicados em jornais e revistas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 69-79, 2003.

SILVA, E. A. et al. As drogas no âmbito familiar, sob a perspectiva do cinema. **Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 214-222, 2008.

PINHEIRO, M. F. G.; KRUEL, A. J. **Refletindo sobre saúde mental e cinema sob a ótica das representações sociais**. Porto Alegre: s.n, 2013. 17 p. Tese em Português | Coleção SUS (Brasil).

# **SALA DE ESPERA: uma vivência significativa para a formação em saúde - relato de experiência**

*Carla Geline Campos*

*Maria de Lourdes Vilas Boas Sampaio*

*Paula Sousa Caldas*

*Suely Aires Pontes*

## **A formação em saúde**

De modo geral, a formação acadêmica dos profissionais da saúde é percebida como insuficiente e influenciada pelo modelo biomédico, eixo que ainda organiza a assistência, voltando-se para o biologicismo e o individualismo. Ceccim e Feuerwerker (2004), defendem que para as práticas em saúde são exigidos novos recursos e arranjos, visando a superação de uma formação meramente técnico-científica, que historicamente tem permanecido alheia à organização da gestão setorial e ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado.

Sensível a essa necessidade de mudança na formação acadêmica na área de saúde, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) – instituído pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802/08 – surge como uma das estratégias do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). É vinculado aos Ministérios da Saúde e da Educação, e foi criado com o intuito de viabilizar o aperfeiçoamento e a especialização em serviço, por meio da integração entre serviço e universidade. O PET-Saúde promove a iniciação ao trabalho, estágios e vivências de acordo com as necessidades do SUS, sendo voltado para estudantes da área da saúde (BRASIL, 2008).

O programa tem como objetivos, além da integração entre ensino, serviço e comunidade, a qualificação e o fortalecimento da atenção básica em saúde, por meio do estímulo à formação de novos profissionais, com perfil condizente com o cotidiano desse nível de complexidade do SUS; o estímulo ao desenvolvimento de profissionais que já estão dentro do serviço e o desenvolvimento de planos de pesquisa em consonância com áreas estratégicas de atuação da Política Nacional de Atenção Básica em Saúde (HADDAD, 2008).

Nesse sentido, a filosofia do PET-Saúde propõe, concomitantemente, mudança no paradigma da formação acadêmica e nas práticas dos profissionais já inseridos na rede de cuidados, num movimento francamente dialético, por meio da articulação entre ensino-serviço-comunidade. Ou seja, busca simultaneamente proporcionar oportunidades à aprendizagem significativa por meio do sistema tutorial e fomentar algumas características de natureza coletiva, norteadas pela interdisciplinaridade, o que contribui para o enriquecimento da formação acadêmica.

Não se pode deixar de considerar a dimensão política nos processos educacionais, como sinaliza Feuerwerker (2005), pois é no contexto da produção de novos sujeitos e coletivos que se garante um sistema público de saúde. A implementação do SUS precisa avançar, para tanto, processos educativos coerentes com a mudança no fazer profissional são necessários. Para que os trabalhadores da saúde sejam, na assistência, no ensino ou na gestão, agentes instituintes de mudança nas práticas do mundo do trabalho, outras estratégias e referenciais devem ser considerados na sua formação.

Na busca por essa reorientação na formação, o Pró-Saúde objetiva incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população, para abordagem integral do processo de saúde-doença (BRASIL, 2005). No período de 2012 a 2014, a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) abrigou quatro grupos PET-Saúde vinculados ao Pró-Saúde, sendo um deles – o qual abordaremos neste capítulo - o PET-Saúde - Rede de Atenção Psicossocial, Cuidados aos Usuários

de Álcool e Outras Drogas (PET-Saúde/AD). Neste grupo a linha de ação voltava-se à problemática do uso de álcool e outras drogas, tendo como objetivo fortalecer a rede de saúde e de saúde mental do município de Santo Antônio de Jesus-BA para o acolhimento integral aos usuários do SUS com agravos em saúde decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

O PET-Saúde/AD surgiu da necessidade de construção de novas perspectivas para a formação de profissionais em saúde, partindo da constatação de que, se já é significativo o desafio da formação em saúde num sentido amplo, é ainda mais desafiadora a formação para algumas áreas específicas, tais como a atenção/cuidado aos usuários de substâncias psicoativas no SUS. O grupo PET-Saúde/AD centra-se na integração ensino-serviço-comunidade, a partir de uma aposta em duas metas, quais sejam: ofertar contribuição para a qualificação dos serviços e práticas em saúde com base na produção científica decorrente do cotidiano das práticas, bem como desenvolver um perfil profissional nos discentes, que esteja sintonizado com os desafios do trabalho em saúde no SUS em geral e especificamente no campo do cuidado integral aos usuários de substâncias psicoativas.

Desse modo, foi discutida e planejada uma atividade de sala de espera no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), do município Santo Antônio de Jesus, na Bahia, como um recurso para repensar os modos de ofertar atenção, cuidado e acolhimento aos usuários desse serviço de saúde. O presente capítulo objetiva relatar a vivência de estudantes de psicologia nas atividades de sala de espera no CAPS AD, bem como discutir a importância da atividade para o serviço.

## **A atividade de sala de espera**

A sala de espera é definida por Rodrigues, Troijo e Tavano; Veríssimo e Valle (2003; 2005 *apud* CIRIBELLI et al., 2013) como

reuniões de pacientes à espera da consulta médica, muitas vezes acompanhados por seus familiares, reunidos por profissionais qualificados e com finalidades específicas, constituindo práticas observadas nos centros e unidades básicas de saúde. Ciribelli et al. (2013) ressaltam ainda, que a sala de espera pode ter vários objetivos, fazendo parte do processo de humanização das instituições de saúde e sendo de grande importância o envolvimento de familiares nessa atividade.

Apesar de ser um lugar da instituição de saúde, para Teixeira e Daher (1999), a sala de espera é

um espaço popular, onde os profissionais de saúde não permanecem de modo constante. Nesse território, entre o público e o privado, aparecem subjetivações como expressões, vivências, espontaneidade e senso comum. Neste sentido, apesar dos funcionários da instituição de saúde tentarem manter a ordem nesse espaço, o controle é parcial, devido seu caráter de transitoriedade, fluxo variado e contínuo de pessoas. Entretanto, através da atividade de grupo em sala de espera, os técnicos da saúde passam a se inserir nesse espaço, desterritorializando-o, podendo interagir de modo dialógico com os clientes (TEIXEIRA; DAHER, 1999, p. 315).

Considerando as necessidades dos usuários, a sala de espera tem por finalidade garantir um cuidado humanizado, promovendo a aproximação cada vez maior entre a população e os serviços de saúde. A sala de espera é um território dinâmico, onde os usuários aguardam o atendimento dos profissionais de saúde e, no qual, ocorre mobilização de diferentes pessoas à espera de um atendimento de saúde (TEIXEIRA; VELOSO, 2006).

### **Sala de espera em um CAPS AD**

A atividade da sala de espera foi proposta por um subgrupo do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - Rede de Atenção Psicossocial, Cuidados aos Usuários de Álcool e Outras

Drogas (PET-Saúde/AD), composto por duas bolsistas estudantes de psicologia, a enfermeira do serviço no qual a atividade foi desenvolvida (preceptora) e uma tutora. Para o desenvolvimento da atividade de sala de espera no CAPS AD, inicialmente, realizou-se uma pesquisa bibliográfica sobre o tema e suas estratégias metodológicas, o que deu suporte para organizar as atividades. Buscou-se a definição de estratégias para elencar os objetivos de cada ação e garantir a periodicidade das atividades, planejadas em reuniões com o grupo de tutores, preceptores e com sugestões dos usuários do serviço. Assim, as atividades de sala de espera realizadas pelas discentes bolsistas do PET-Saúde/AD, buscaram ser construídas a partir de uma proposta de “dialogar junto”, na busca de um contexto que produzisse sentido, tendo em vista a heterogênea formação do grupo dos participantes.

A atividade de sala de espera foi desenvolvida no período entre maio e outubro de 2013, no Centro de Atenção Psicossocial Vale Viver (CAPS AD), localizado na Rua da Conceição, nº 88, São Benedito, em Santo Antônio de Jesus-BA. Foram realizados 12 encontros, que aconteceram semanalmente, ocorrendo sempre nos dias de quinta-feira, no turno da manhã, quando aconteciam os atendimentos médicos no serviço. Os encontros duravam aproximadamente 50 minutos, sendo conduzidos pelas estudantes bolsistas do PET-Saúde/AD, em uma ação dialogada com os usuários participantes. Em alguns momentos, os encontros contaram com a participação de familiares e/ou acompanhantes dos usuários.

Logo após a realização da atividade de sala de espera, as estudantes bolsistas faziam o registro em diário de campo, no qual descreviam as atividades desenvolvidas, bem como assinalavam percepções e questionamentos. Os diários eram confeccionados com regularidade e de modo individual, sendo que cada bolsista registrava seus sentimentos, interações, impressões e reações, tendo esses registros tido servido de base para a avaliação das atividades desenvolvidas. Cabe destacar que não será abordada, nesse capítulo,

a análise detalhada dos diários de campo, uma vez que esta, pela sua especificidade, mereceria um texto dedicado apenas a este assunto.

Ao longo das reuniões, diversos temas foram trabalhados, tais como: DST's, Luta Antimanicomial, Preconceito, Comunicação, Redução de Danos, Câncer de Próstata, sendo os mesmos escolhidos a partir de sugestões dos participantes. Os encontros se iniciavam com dinâmicas, atividades em grupo, dramatizações, vídeos, músicas e era seguido de uma discussão, quando todos tinham oportunidade de fala.

### **Frutos da atividade da sala de espera**

Inicialmente, a atividade cumpria sua função de sala de espera; ou seja, estava vinculada aos horários dos atendimentos médicos. Quando chegava o momento de um usuário, que estava participando da sala de espera, de ser atendido, a recepcionista chamava-o, de forma discreta, sem atrapalhar a dinâmica do grupo. Após a consulta, caso fosse de seu interesse, o usuário poderia retornar à atividade do grupo. Após alguns encontros, além da presença daqueles que aguardavam a consulta médica, percebeu-se certa regularidade na participação de usuários, que mesmo sem ter consulta médica agendada, vinham ao serviço para participar da atividade. Este foi um fator muito positivo na continuidade da atividade, pois favoreceu uma maior vinculação entre as bolsistas e os usuários, além de tornar possível abordar temas complementares em dias diferentes.

Na avaliação realizada, a sala de espera promoveu um ambiente mais tranquilo e confortável, para aguardar o atendimento médico, fatores observados através da análise processual dos diários de campo e da sinalização dos usuários e profissionais do serviço através de feedbacks positivos. Mostrou-se ainda, ser um espaço que oportunizou aos usuários conversar sobre várias temáticas, além do uso de substâncias psicoativas, solucionar dúvidas, diminuir anseios, medos e compartilhar conhecimentos e vivências.

Considerou-se que a sala de espera ofereceu aos usuários apoio emocional, uma vez que era um espaço no qual experiências eram partilhadas e acolhidas pelos participantes do grupo e pelas estagiárias. Além disso, a atividade serviu para esclarecer algumas questões médicas, como questões sobre a medicação utilizadas por eles e foram discutidas algumas doenças, sua prevenção e tratamento. A atividade melhorou a adesão ao tratamento, possibilitou que os usuários pensassem em estratégias para o manejo do uso abusivo da substância psicoativa, além de promover ações socioeducativas, trabalhar aspectos emocionais e possibilidades do usuário lidar com os estigmas e estereótipos associados ao uso abusivo do álcool, crack e outras drogas.

Foi possível identificar que o desenvolvimento da atividade de sala de espera, possibilitou às estudantes bolsistas, maior interação com os usuários do serviço, permitindo compreendê-los dentro de seu contexto, respeitando sua cultura e a dimensão social presente, fato que despertou curiosidade e interesse dos mesmos. Constatou-se ainda que, a realização da atividade, estreitou os laços entre os usuários e a equipe de saúde, o que aumentou a adesão dos usuários ao CAPS AD. Dessa forma, foi possível formar um grupo com sujeitos dedicados e disponíveis ao intercâmbio de informações, sendo participativos nas dinâmicas, palestras e oficinas realizadas.

Além do citado, a atividade de sala de espera permitiu um verdadeiro encontro entre as estudantes e os usuários do serviço, os quais foram reconhecidos como seres singulares e autônomos. Cada dia de atividade possibilitou conhecer essas pessoas, considerando o seu meio social e suas histórias de vida, que, embora tenham pontos em comum, são diversas e únicas. A experiência da sala de espera se coaduna com o que Teixeira e Veloso (2006, p. 321) apontam ao afirmar que:

o lidar com o cotidiano das práticas de saúde favorece contatos com a realidade de nossa clientela, que é diversificada, envolvida por dimensões econômicas,

sociais e pluriculturais. Esse convívio com as pessoas atendidas nos serviços de saúde envolve saberes, práticas, mitos, tabus e representações, que fazem parte da subjetividade coletiva e que nem sempre compartilham com os princípios da racionalidade científica moderna.

Desenvolver a atividade da sala de espera no CAPS AD, foi uma experiência ímpar para as estudantes bolsistas, tendo em vista que exigiu das discentes fazer uma articulação entre a teoria e a prática, e contribuiu para problematizar e pensar qual é a postura mais adequada do psicólogo em um serviço do Sistema Único de Saúde, mais especificamente, um serviço de saúde mental e que atende pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas.

Preparar e conduzir as ações da sala de espera no CAPS AD também trouxe desafios às discentes, uma vez que demandou preparação das atividades e dos temas a serem discutidos, que deviam abranger os temas sugeridos pelos usuários e ser abordados de forma lúdica, com uma linguagem acessível a todos os presentes. Foi necessário também desenvolver habilidades para facilitar a interação entre os participantes, o que exigiu um investimento em um manejo sensível na condução do grupo, e para lidar com imprevistos e situações que surgiam durante o desenvolvimento da atividade. Outro desafio foi escrever sobre a atividade de sala de espera no CAPS AD, sua importância e desenvolvimento, partindo da ideia de que a produção bibliográfica viabiliza tanto a troca de experiências, quanto possibilita pensar no que foi desenvolvido e significar a experiência.

Durante o desenvolvimento da atividade, ficou evidenciado que os profissionais de saúde podem utilizar a sala de espera como estratégia para ofertar um atendimento mais humanizado e qualificado nos serviços de saúde, contando com um espaço no qual seja possível um contato próximo com o usuário, onde há troca de saberes e a construção de soluções para uma melhor qualidade de vida.

## Considerações Finais

A inserção de estudantes do curso de psicologia na realidade dos serviços dos CAPS, é uma fonte de conhecimento e vivências que auxilia no aperfeiçoamento e no incremento da formação acadêmica, no sentido da qualificação da atenção em saúde mental, segundo os preceitos do SUS e voltada para a atenção integral à saúde.

A vivência no serviço proporcionou uma visão mais ampla acerca do cuidado em saúde mental, mais especificamente aos usuários de álcool e outras drogas, no que diz respeito à humanização do processo. Tendo em vista que a proposta do CAPS implica a compreensão da dinâmica do sujeito em todos os âmbitos de sua vida – individual, familiar e social –, a experiência permitiu uma aproximação cada vez maior entre as bolsistas e os sujeitos usuários do serviço enquanto semelhantes, entendendo que, para um bom andamento do processo, é necessário se debruçar sobre a fala e o sofrimento do outro a partir de uma escuta direcionada e acolhedora.

A aprendizagem tutorial, possibilitada por meio dos tutores (docentes da UFRB) e preceptores (técnicos do serviço), através do monitoramento e incentivo no reconhecimento de demandas, planejamento e avaliação das atividades, também teve um papel relevante nessa experiência. A atuação de forma articulada com o cotidiano do serviço de saúde mental contribuiu para a convergência das atividades e uma compreensão ampliada, além de uma análise crítica da realidade assistencial no município no qual a atividade é realizada.

Através do PET-Saúde/AD, foi possível compreender como a Psicologia se insere no âmbito da saúde, possibilitando a discussão sobre o papel de cada profissional da saúde e o trabalho multiprofissional, levando a perceber o quanto é importante a união dos profissionais para a formação de uma equipe forte. Esta experiência ajudou a dirimir as dúvidas que existiam sobre qual era

o real papel do psicólogo na área da saúde, fato que não ocorre com tanta nitidez apenas com as aulas teóricas.

Considera-se que a formação das bolsistas foi diferenciada, pois o contato com os profissionais de saúde e com os usuários do serviço possibilitou o aprendizado de aspectos não ensinados no ambiente da sala de aula, além da oportunidade de colocar em prática o que já havia sido estudado na graduação. Desse modo, observa-se concretamente como e quanto a formação profissional auxilia e complementa o cuidado dos usuários no serviço.

Para além do explicitado, a inserção no serviço, principalmente a partir da realização da sala de espera, proporcionou às bolsistas ter uma experiência real, esta que Jorge Larrosa Bondía se remete e que define como “aquilo que nos passa, ou que nos toca, ou que nos acontece, e ao nos passar nos forma e nos transforma” (BONDÍA, 2002, p.26).

## Referências

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa Capa Índice 9578 de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília-DF, 26 de agosto de 2008.

BRASIL. **Pró-Saúde**: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde. 80p. 2005.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, n.19, p. 20-28, 2002.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle

social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CIRIBELLI, E. B. et al. Intervenção em sala de espera de ambulatório de dependência química: caracterização e avaliação de efeitos. **Temas em Psicologia**, v.16, n.1, p. 107-118, 2008.

FEUERWERKER, L. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 18, p. 489-506, 2005.

HADDAD, A. E. et al. Política Nacional de Educação na Saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 32, supl. 1, p. 98-114, 2008.

TEIXEIRA, E. R.; VELOSO R. C. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 320-325, 2006.

TEIXEIRA, E. R.; DAHER, D. V. Trabalhando com as representações dos sujeitos na educação em saúde. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 8, n. 1, p. 312-325, 1999.



PARTE III  
**Sexualidade,  
DST/HIV/AIDS**



# OFICINAS COM ADOLESCENTES: uma estratégia para trabalhar a sexualidade

*Elias Fernandes Mascarenhas Pereira*  
*Rosiane Rodrigues da Silva*  
*Lilian Conceição Guimarães de Almeida*  
*Oade Oliveira Cunha de Souza*  
*Willian Tito Maia Santos*

## **Introdução**

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), instituído pela Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010, apresenta entre seus objetivos, o fortalecimento da Atenção Básica e da Vigilância em Saúde, contribuindo para a formação de profissionais de saúde e que se adequem ao enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da população brasileira, amparados nos princípios e necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010).

Neste sentido, o PET-Saúde está norteado pela integração ensino-serviço-comunidade, inserindo docentes e estudantes de graduação na rede pública de saúde, de forma que estes percebam as necessidades dos serviços, produzam conhecimento sobre o mesmo, e desenvolvam ações que possibilitem impactar de maneira positiva a atenção prestada à saúde pelo serviço que atuam.

Destarte, o subgrupo PET-Saúde/Vigilância da Saúde (PET-Saúde/VS), do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, tem como objetivo desenvolver estratégias para vigilância, controle e redução da transmissão do HIV/AIDS na cidade de Santo Antônio de Jesus, Bahia. Busca-

se em suas estratégias utilizar metodologias que possibilitem o estreitamento dos laços entre a comunidade regional, o serviço de saúde e universidade, permitindo assim a responsabilização dos sujeitos na promoção de saúde e a modificação nos contextos de vulnerabilidades referentes a infecção pelo HIV/AIDS.

Assim, para trabalhar algumas das temáticas-foco do PET-Saúde/VS como sexualidade e prevenção/combate as DST/HIV/AIDS foram realizadas oficinas. Segundo Afonso (2007), as oficinas podem ser entendidas como um trabalho estruturado com grupos, norteado por uma questão central que o grupo se propõe a elaborar, em um contexto social. Salientando que a elaboração que se pretende alcançar na oficina, não se restringe a uma reflexão racional, mas envolve o sujeito de maneira integral, favorecendo diferentes formas de pensar, sentir e agir.

As oficinas foram um dispositivo muito utilizado pelo PET-Saúde/VS, pois, corroborando as ideias de Alberti (2014), elas se tornam estratégias pedagógicas que dinamizam o processo-ensino aprendizagem e promovem o desenvolvimento criativo de seus integrantes, revelando-se facilitadora às práxis que envolvem o trabalho de educação em saúde.

Em decorrência da conjuntura apresentada, o presente estudo norteia-se pelo seguinte objetivo: Relatar a experiência de discentes petianos durante a realização de oficinas sobre sexualidade com adolescentes em uma escola pública de Santo Antônio de Jesus, Bahia.

### **Historiando as oficinas promovidas pelo PET-Saúde/VS**

O PET-Saúde/VS teve início em maio/2013. A partir de então, os petianos realizaram uma imersão em textos e artigos que abordassem a temática DST/HIV/AIDS e que tivessem o foco em ações de enfrentamento a infecção das destas. Assim, após um período de aproximadamente seis meses de fundamentação teórica,

foi o momento de se deslocar para o cenário, a Unidade de Saúde da Família e o seu entorno. Mais algum tempo explorando a dinâmica da unidade, observando os atendimentos, realizando juntamente com a equipe de saúde visitas aos domicílios, aos espaços comerciais e as escolas, identificamos neste último local sujeitos jovens, vulneráveis, sedentos por informações e carentes de orientações.

Assim, após algumas reuniões entre tutores, preceptores, petianos e equipe de saúde, pensamos que a escola poderia ser um locus potencial para o desenvolvimento das atividades do PET-Saúde/VS, seria interessante viabilizarmos discussões e abordagens com aqueles jovens que se mostravam abertos, disponíveis para o diálogo. Diante disso, do que apreendemos com Afonso (2007) e Alberti (2014), pensamos que a oficina seria uma boa estratégia para abordagem.

Inicialmente, formalizamos o nosso interesse na realização das atividades através do envio de ofício à instituição de ensino, apresentamos um mini projeto da oficina, no qual constava o tema da oficina, público alvo, objetivos, tempo de duração, metodologia a ser aplicada, os recursos a serem utilizados e as referências bibliográficas que orientaram a nossa construção. Após, a autorização pela diretoria, agendamos com os alunos os dias e horários das oficinas.

Logo, o modelo pedagógico adotado para a realização das oficinas envolveu, dimensões participativas e dialógicas, baseadas em espaços nos quais pudessem ser feitas as discussões de conteúdos, referentes a temática: Prevenção das DST/HIV/AIDS durante a vivência da sexualidade.

As oficinas foram realizadas por petianos e contou com a participação de meninos e meninas, com idades que variavam de 15 e 18 anos, alunos de uma escola pública de Santo Antônio de Jesus, Bahia.

Os debates e as conversas implementadas foram permeadas por grande clima de descontração. O cenário, a escola, a sala de aula, favoreceram com a acústica, na qual os atores puderam se expressar, promovendo um momento de escuta de si e dos outros.

Outros recursos utilizados nas oficinas foram as dinâmicas de grupo. Segundo Afonso (2007), as dinâmicas auxiliam a construção da comunicação e a cooperação para descobrir a realidade, levantar e priorizar os problemas e assim formular ações conjuntas. As dinâmicas ajudaram na interação e integração do grupo.

Foram realizadas duas oficinas com, respectivamente, 20 e 25 alunos, com duração de três horas cada uma e realizadas em horário oposto aos que os participantes frequentavam a escola, ou seja, eles tiveram aula em um turno e participaram da oficina no outro.

Nas oficinas ocorriam discussões e dinâmicas de grupo que foram observadas e registradas em um diário de campo. Segundo Lewgoy e Arruda (2004), o diário de campo é um instrumento capaz de possibilitar a problematização da ação profissional cotidiana, revendo seus limites e desafios.

Neste sentido, os diários de campo foram utilizados para registrar as impressões dos petianos durante as atividades, registrar informações que foram colhidas, observações importantes que eram feitas a partir das falas dos alunos, enfim, foi um importante instrumento para armazenar dados produzidos aleatoriamente nas oficinas. Foi utilizando os diários de campos que pode-se recordar fatos, falas, comportamentos produzidos na oficina. Os diários eram cuidadosamente analisados também, durante as oficinas, pois eles nos ajudavam a retomar pontos e discussões importantes. O diário de campo ajudou a produzir conhecimentos sobre os participantes e seu contexto, direcionando as estratégias de intervenção adequadas à população a que se destinava.

Ainda que tivéssemos estabelecido um tema central para nortear a nossa oficina as discussões extrapolaram as nossas expectativas, iam surgindo outros e outros assuntos que circundavam esse tema central. Para que soubéssemos sobre o que estávamos falando, logo quando propusemos a atividade deixamos claro sobre o que iríamos falar, expusemos o que estávamos chamando de prevenção, a que sexualidade estávamos nos referindo.

Queríamos falar de uma sexualidade ampla, que extrapola as práticas sexuais, que era a sexualidade que fala do corpo, do prazer, da intimidade, da reprodução, das orientações sexuais, da identidade de gênero, das vulnerabilidades, dos fatores legais, espirituais, religiosos, a vivência da sexualidade como algo natural da vida e essencial. Os aportes teóricos que fundamentaram essas discussões foram Chauí (2000), Freud (2006), Federação Internacional de Planejamento Familiar (IPPF) (2008).

Diante disso, os conteúdos abordados nas oficinas foram: sexualidade, relações de gênero, estigmas, planejamento familiar, gravidez na adolescência, prevenção e DST/AIDS. Estes temas foram trabalhados a partir de dinâmicas como *Árvore do Prazer*, *Construção da Linha do tempo do HIV/AIDS* e o *Jogo de Verdades e Mitos*. Todas as atividades foram orientadas segundo o *Manual do Multiplicador: Adolescente*, do Ministério da Saúde, da Coordenação Nacional de DST e Aids (BRASIL, 2000).

### **Descrição das atividades desenvolvidas**

No primeiro contato os facilitadores, apresentaram a proposta das oficinas e em seguida realizaram o acolhimento do grupo de adolescentes estabelecendo o vínculo com o grupo. Visto que, as interações iniciais são de suma importância para um desenvolvimento produtivo e agradável das atividades a serem realizadas durante as oficinas.

Como dinâmica inicial, para introduzir a temática em foco, os facilitadores distribuíram entre os adolescentes que estavam posicionados em forma de círculo, algumas cartelas rosas em formato de maçã, duas para cada participante, e foi solicitado que eles escrevessem todas as formas de prazer que conheciam. Dentre os prazeres citados estavam dormir, comer, viajar, estar com os amigos, namorar, beijar e fazer sexo. Diante das respostas que apresentaram, mostramos o desenho de uma árvore bem grande e pedimos que

colassem as maçãs, sendo que as que tivessem escrito palavras como beijar, namorar, fazer sexo, ou seja temas que discutiríamos na oficina, fossem colocadas no centro. A partir daí discutimos sobre a importância de termos o prazer nas nossas vidas, de como viver e ter prazer nos faz feliz, e questionamos sobre a possibilidade de risco que cada prazer poderia acarretar.

A destarte, foram distribuídas cartelas de cor verde em formato de folha, para que eles pudessem escrever quais riscos eles identificavam nos prazeres que apresentaram. Alguns exemplos de resposta dos riscos que associaram a fazer sexo: gravidez, contrair DST, entre outras. Todas as respostas foram anexadas na árvore.

As discussões nortearam-se pela importância de aprender a lidar com os riscos que surgem a partir do prazer, pois eles precisavam aprender a garantir o prazer e preservar a saúde.

Desse modo, a terceira cartela de cor branca em formato de retângulo foi distribuída e nelas eles escreveram quais eram as formas de prevenção que existia, para cada prazer escrito, assim o prazer escrito poderia ser mantido na árvore. Então, todas as cartelas com as prevenções foram coladas próximas aos riscos. Entre as estratégias de prevenção que eles encontraram para não ter riscos com o sexo foram: usar preservativo e fazer uso de anticoncepcional.

Nesse momento, os oficinairos discutiram com o grupo todas as respostas, mostrando que diante da relação sexual, com o uso do preservativo, eles poderiam usufruir do prazer proporcionado pelo sexo e prevenir gravidez e doenças. Falamos sobre a possibilidade de escolha dos preservativos masculinos e femininos, sobre o uso de contraceptivos para prevenir a gravidez e sobre a disponibilidade destes serviços, distribuição de preservativos e anticoncepcionais, gratuitamente na unidade de saúde do bairro.

Alguns preconceitos foram expostos nas falas, comportamentos sexuais de homens e mulheres foram discutidos, as sanções sociais baseadas no sexo também vieram à tona. Assim falavam o que era permitido para mulher e o que não era, tentamos desconstruir estereótipos, desmistificar estigmas sociais e de gênero

e falsas crenças como por exemplo, a estratégia de rezar para não “pegar puta”, como uma medida eficaz para a prevenção das DST.

Discutimos a concepção do que é ser puta, sobre o aumento da eficácia nas estratégias de prevenção utilizadas pelas prostitutas, sobre a diminuição da infecção pelas DST/HIV/AIDS entre as profissionais do sexo e aumento destas doenças entre as mulheres casadas e/ou monogâmicas. Abordamos a vulnerabilidade que meninas e meninos que não usam preservativos estão expostos, independente da orientação sexual ou quantidade de parceiros. Apresentamos ao grupo algumas possibilidades para prevenção e propusemos reflexões sobre as falas expostas.

Finalizou-se a dinâmica realizando uma síntese dos assuntos discutidos abordando a vulnerabilidade à infecção pelo HIV, as formas de prevenção e direcionando para uma discussão de gênero a ser apresentada na dinâmica seguinte.

A árvore do prazer foi uma dinâmica realizada com o intuito de possibilitar que os adolescentes externassem suas dúvidas, experiências, conhecimentos e tabus, acerca do tema de forma dialógica e espontânea. Dessa forma, a partir dessa oficina buscamos discutir e elucidar quanto as formas de transmissão e prevenção de DST e AIDS.

Diante das contribuições advindas das falas refletimos juntos de que os prazeres têm riscos, eles demonstraram algum conhecimento sobre as formas de diminuir ou evitar e foi enfatizado que seria importante adotar às práticas de prevenção, já que sabem como evitar os riscos. Assim: Adquiriram/Sedimentaram/Reconstruíram conhecimentos para ter habilidade para tomar uma Atitude!

Dando seguimento nas atividades, dividimos os participantes em três grupos: dois formados apenas por mulheres e um por homens. Foi solicitado aos grupos formados por mulheres, que elencassem em uma folha quais as vantagens e desvantagens de ser homem, já para o grupo de homens pedimos o inverso, que enumerassem as vantagens e desvantagens de ser mulher. Após a

montagem das listas cada grupo apresentou seus resultados. Foi um momento de muita descontração, onde osicineiros conduziram as discussões para uma reflexão dos papéis esperados socialmente para os homens e para as mulheres, e o quanto essas diferenças criam vulnerabilidades e falsos estereótipos.

Nesta dinâmica os alunos foram provocados a pensar sobre a diferença dos papéis sexuais e de gênero, como eles se incomodavam com aquelas atribuições femininas e masculinas que lhes foram determinadas, mas como perpetuavam as histórias. Os convidamos a refletir do porquê disso tudo, por que homem pode e mulher não, por que homem tem que ser assim e mulher tem que de outra maneira? Sinalizamos para as normatizações que os incomodavam e que eles não precisam reproduzi-las e sim mudá-las!

A partir destes temas, finalizamos o primeiro dia falando sobre cultura, religião, sociedade, ética e de que maneira tudo isso influenciava o nosso jeito de viver, de sentir prazer, de exercer a nossa sexualidade. Foram reflexões coletivas muito positivas e que permitiram retomar a discussão da Prevenção das DST/HIV/AIDS durante a vivência da sexualidade.

No segundo encontro, foi apresentada a eles a linha do tempo do HIV/AIDS e nela foram listados os marcos históricos: descoberta da infecção, os primeiros casos notificados no Brasil e no mundo, os estigmas, os grupos que foram considerados de risco, as vias de contágio, e a evolução destes contextos até os dias atuais.

Este momento foi feito em paralelo ao jogo das verdades e mitos, isso ofereceu dinamicidade à atividade, assim os participantes foram divididos em três grupos e respondiam as perguntas daquela história sobre HIV/AIDS, que estava sendo contada. O cenário dialógico e participativo proporcionou que os participantes dos grupos expusessem suas dúvidas, angustias, medos, e crenças acerca da temática. Foi muito positiva a interação propiciada, as construções teóricas que estavam sendo formuladas e a percepção de que foi proporcionado um cenário para a reflexão e sedimentação dos temas dialogados.

Para uma finalização descontraída da oficina, foram expostos sobre uma mesa no centro da sala, uma prótese peniana, preservativos masculinos e femininos e gel lubrificante. Eles agora agrupados em duplas, se aproximaram da mesa e foi solicitado a um dos participantes, que colocasse o preservativo e outro verificasse se o preservativo estava sendo colocado adequadamente. Assim, os facilitadores problematizaram a questão da pressa ao colocar o preservativo masculino, a possibilidade de usar o preservativo feminino e quais eram suas vantagens, e a forma correta tanto o preservativo masculino, quanto o feminino.

### **Análise dos resultados**

Os resultados apresentados detalham-se a partir das crenças, ideias, pensamentos e opiniões emitidas pelos participantes durante a realização da oficina sobre o exercício da sexualidade, observando aspectos como atitudes e práticas dos adolescentes frente as DST/HIV/AIDS.

No primeiro momento, os participantes mostraram-se desconfortáveis ao abordar temas referentes ao exercício da sexualidade, o que foi superado com o uso das dinâmicas e do espaço dialógico construído pelo grupo. Inicialmente as meninas questionavam mais os facilitadores, com dúvidas sobre as temáticas abordadas.

No que tange ao conhecimento sobre o HIV/AIDS os participantes, conceitualmente, não conseguiram definir a doença, demonstrando muitas dúvidas e construções falsas acerca da doença. Entretanto, a maioria dos participantes conhecia as principais formas de transmissão do HIV/AIDS pela via sexual (anal, oral e vaginal), sem o uso do preservativo, pela via de transfusão sanguínea e pelo compartilhamento de drogas injetáveis.

Assim, quanto mais conhecimento o sujeito tiver sobre HIV/AIDS, isso se torna um fator importante para prevenção dessa

doença (CAMARGO; BOTELHO, 2007), portanto discutimos no grupo todas às dúvidas expressas pelos participantes, para promover novos conhecimentos sobre o tema e mudanças de práticas, como forma de enfrentamento às vulnerabilidades apresentadas por esses jovens.

Destarte, no que concerne a prevenção do HIV/AIDS e a quebra da cadeia de transmissão, os participantes conheciam o preservativo masculino e a importância do seu uso, entretanto, relativizavam o uso do mesmo com os parceiros. Prática esta, que foi discutida e apresentada como um desafio para a quebra na cadeia de transmissão do HIV/AIDS e um fator de risco para quem se submete a tal prática. Á vista disso, um fator que contribui para o grande conhecimento sobre o uso do preservativo masculino, foi a maciça divulgação do mesmo nas campanhas (CAMARGO; FERRARI, 2009).

Deste modo, os participantes demonstraram desconhecer o preservativo feminino e outras estratégias para diminuir a cadeia de transmissão, como os testes rápidos para HIV/AIDS e a informação, configurando-se como uma barreira ao enfrentamento da epidemia, já que segundo Camargo e Botelho (2007), a prática do sexo seguro depende do contexto informacional do adolescente, do uso ou não uso do preservativo e o medo que o mesmo sente diante da epidemia.

Quando abordamos outras DST, os participantes demonstraram ter conhecimento básico sobre Gonorreia, sífilis e herpes genital, entretanto, desconheciam doenças como a candidíase e a tricomoníase, indo ao encontro dos achados do estudo realizados por Bretas et al. (2009). Os participantes usavam também, termos populares para se referir as doenças, como por exemplo, “pingadeira” se referindo a gonorreia e “cancro duro” se referindo a sífilis, o que propõe uma reflexão sobre a adequação da informação direcionada para cada público, afim de que a informação seja compreendida por todos os participantes do grupo.

No que se refere às relações de gênero e papéis sexuais, os participantes evidenciaram as demarcações de papéis, o que

são “próprios das mulheres” e “próprio dos homens”, onde os homens devem ser impulsivos sexualmente para provarem sua masculinidade, e as mulheres heterossexuais monogâmicas não se percebem vulneráveis. A vista disso, esse processo histórico que abarca relações de gênero e a produção de vulnerabilidades, entende-se que a desigualdade entre os sexos tem produzido historicamente uma submissão e interiorização da mulher, impactando cada vez mais na epidemia entre elas (SILVA; VARGENS, 2009).

### **Considerações**

As vivências dessa experiência não se exauriram, entretanto reforçam o uso de estratégias dialógicas em formato de oficina como uma estratégia de enfrentamento da cadeia de transmissão do HIV/AIDS, pois ao proporcionar ao grupo um espaço participativo onde sentimentos, crenças, opiniões puderam ser abordados com interação adequada a realidade deles, e acreditamos ter oferecido condições para emergir reflexões sobre o exercício consciente da sexualidade, impactando no cenário das vulnerabilidades existentes e proporcionando revisão de práticas por parte dos participantes.

É fundamental promover espaços onde os adolescentes possam elucidar suas dúvidas, tendo em vista que muitos deles têm vergonha de perguntar aos pais e professores por causa dos tabus ligados a essas temáticas.

Constatou-se que os participantes das oficinas preocupam-se em aprender mais sobre os temas ligados a sexualidade, entretanto, os mesmos apresentam muitas dúvidas e falsas crenças sobre os assuntos discutidos e que foram elucidadas e debatidas na oficina.

Indubitavelmente, esta experiência contribuiu para a formação acadêmica e profissional dos facilitadores, estimulando a formulação de estratégias de enfrentamento ao HIV/AIDS e ações de educação em saúde, bem como o uso de metodologias dialógicas e participativas voltadas para adolescentes.

## Referências

AFONSO, Maria Lucia Miranda. **Oficinas em Dinâmica de Grupo: um método de intervenção psicossocial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

ALBERTI, Gabriela Fávero et al. Educação popular trabalhada em oficinas de saúde: a sexualidade durante o adolescer. **Revista de Educação Popular**, v. 13, n. 1, p. 75-81, 2014.

BRASIL. Coordenação Nacional de DST/Aids. **Manual do multiplicador: adolescentes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde- SGTES. Portaria N. 4, de 29 de Março de 2010. Estabelece orientações e diretrizes para a concessão de bolsas de iniciação ao trabalho, tutoria acadêmica e preceptoria para a execução do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde, instituído no âmbito do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. **Diário Oficial da União**; 20 de Abril de 2010; Seção 1.

BRÊTAS, José Roberto da Silva et al. Conhecimento sobre DST/AIDS por estudantes adolescentes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 3, p. 551-557, 2009.

CAMARGO, Brigido V.; BOTELHO, Lúcio J. AIDS, sexuality and attitude of adolescents about protection against HIV. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 61-68, 2007.

CAMARGO, E. A. I.; FERRARI, Rosângela Aparecida Pimenta. Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 937-46, 2009.

CHAUI, M. **Convite à Filosofia**. São Paulo: Ática, 2000.

FREUD, Sigmund. **Um caso de histeria, Três ensaios sobre sexualidade e outros Trabalhos: 1901-1905**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud Volume VII. Rio de Janeiro: Imago Editora, 2006.

INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD  
FEDERATION. **Sexual Rights: An IPPF Declaration**. Londres, 2008

LEWGOY, A. M. B.; ARRUDA, M. P. Novas tecnologias na prática profissional do professor universitário: a experiência do diário digital. **Revista Textos e Contextos: coletâneas em Serviço Social**. Porto Alegre: EDIPUCRS, n. 2, p. 115-130, 2004.

SILVA, Carla Marins; VARGENS, Octávio Muniz da Costa. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 2, p. 401-406, 2009.



# CONHECENDO A DINÂMICA DO SERVIÇO OFERECIDO NO CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO DO MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS, BAHIA

*Kézia França de Jesus*

*Letícia Falcão de Carvalho*

*Lilian Conceição Guimarães de Almeida*

*Manuela Matos Brito*

*Willian Tito Maia Santos*

## **Introdução**

Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), foram implantados pela primeira vez no Brasil em 1988. Desde a sua implantação até os dias atuais, ocorreram muitas modificações em sua organização, principalmente a partir da estruturação paulatina do sistema único de saúde (SUS). Em relação a isto, se pode destacar a implantação da estratégia saúde da família, descentralizações na área assistencial e que levaram ao surgimento da atenção básica, criação de redes de atenção que favoreceram a melhoria da assistência e a logística de prestação de serviços, e a comunicação entre os serviços, o que resultou em grande diferença nas práticas de atuação do CTA.

Outro fator influenciador das ações de enfrentamento ao HIV/AIDS, foi a mudança do perfil epidemiológico, levando a novas demandas como a reorganização do serviço, avanços tecnológicos para tratamento e diagnóstico da sorologia. Além disso, o serviço do CTA sofreu uma descentralização, no que se refere aos locais de implantação do serviço, passando a ter participação de Estados e municípios, e levando à implantação de 150 novos serviços, o que

acarretou no Brasil entre os anos de 2001 e 2004, a detecção de um período com maior intensidade em toda a série histórica analisada (BRASIL, 2010).

O ministério da Saúde (BRASIL, 2010) relaciona o aumento do número de CTA implantados, com o surgimento de estratégias para atender a recomendação nacional sobre ampliação do diagnóstico do HIV. Destacando-se então a campanha *Fique Sabendo* em 2003, e o lançamento do Projeto *Nascer Maternidades*, em 2002 com a intensificação das políticas de prevenção da transmissão vertical, além do repasse financeiro para a realização de ações de DST e AIDS, pelos estados e municípios. Sendo o período supracitado, o que apresenta o maior número de CTA implantados, desde o início da rede, em 1988.

Esses diversos CTA implantados após esse período, apresentam perfis distintos de atendimento, alguns fazem a abordagem ao cuidado integral, que segundo Franco (2004, p.1), “este cuidado incorpora a ideia da integralidade na assistência á saúde, o que significa unificar ações preventivas, curativas e de reabilitação; proporcionar o acesso a todos os recursos tecnológicos que o usuário necessita”, sendo o ideal para melhor qualidade dos serviços prestados. Porém, tal definição não é aplicada em outros CTA, em que muitas vezes o foco é direcionado a resolução pontual de problemas apresentados, possuindo assim, capacidades próprias e diferentes entre si, e que serão reflexo da demanda assistencialista e da realidade em que se encontra a sua população abrangente.

De acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), o CTA promove a equidade de acesso a alguns atendimentos como aconselhamento, diagnóstico do HIV, hepatites B e C, sífilis e à prevenção dessas e das demais DST.

Dessa forma, o CTA deve oferecer serviços que favoreçam o diagnóstico precoce do HIV, sífilis e hepatites B e C de forma que realizem o aconselhamento preventivo e a assistência necessária, além de apoiar a rede de Atenção Básica a fim de favorecer reflexos acerca da vulnerabilidade a essas doenças por parte dos usuários e estimular medidas preventivas.

Para oferecer seus serviços, é instituído pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), que os CTA apresentem horário de funcionamento durante às manhãs e tardes, podendo ser estendido nos finais de semana e período noturno, o que constitui uma boa estratégia para aumentar a captação de pessoas que não dispõem de tempo, durante horário de funcionamento regular.

Quanto à estrutura, alguns CTA funcionam dentro de unidades básicas de saúde, o que implica no compartilhamento de algumas áreas comuns, como recepção e sala de espera, porém o ideal seria a disponibilidade de estrutura própria e que possua suas próprias áreas inerentes ao serviço.

No que se refere às principais atividades prestadas, destaca-se o diagnóstico sorológico de HIV, sífilis e hepatites B e C, que para isso, os profissionais devem estar capacitados para aconselhar e assistir os usuários acerca dessas sorologias. Assim, devem compreender a história de cada doença, modos de transmissão, tratamento, marcadores sorológicos, testes de diagnóstico, sinais e sintomas e formas de prevenção, para assim melhor atender e aconselhar os usuários que procuram o serviço e, conseqüentemente, fornecer informações importantes que podem ser capazes de interferir na quebra da cadeia de transmissão e na adoção de medidas preventivas por parte desses usuários.

A aproximação com esse serviço se deu através do projeto *Desenvolvimento de estratégias de vigilância, controle e redução da transmissão do HIV/AIDS em mulheres de Santo Antônio de Jesus-Bahia*, executado pelo Programa de Educação pelo Trabalho a Saúde (PET-Saúde), no qual se desenvolvem ações que objetivam traçar estratégias de vigilância, controle e redução da transmissão do HIV/AIDS no município supracitado. Para tanto, inicialmente os discentes participantes precisaram conhecer os contextos de vulnerabilidade à infecção pelo vírus do HIV/AIDS em mulheres, estabelecer o fluxograma de atendimento, conhecer as estratégias de sensibilização para realização de testes sorológicos para diagnóstico de HIV/AIDS em mulheres. Com esta finalidade deve-se observar

os atendimentos e a dinâmica da unidade para posteriormente, realizar encontros e entrevistas com as mulheres que procuram o serviço e enfim traçar estratégias de enfrentamento e planos de ação. Assim, tal projeto possibilitou a inserção dos alunos nas redes de atenção que assistem esses usuários, neste caso o CTA/SAJ. Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo relatar a experiência dos petianos no cenário do CTA/SAJ.

## **Metodologia**

O presente estudo trata-se de um relato de experiência, e neste, a técnica de coleta de dados utilizada foi a observação, registrada por meio de diário de campo.

O diário de campo é considerado um “dispositivo de grande relevância para acessar os imaginários envolvidos na investigação, pelo seu caráter subjetivo, intimista” (MACEDO, 2006, p. 134), o que possibilita não só a anotação dos fatos através deste instrumento de coleta, mas o próprio direcionamento da observação.

Este estudo está vinculado ao projeto supracitado, uma vez que o diário de campo, utilizado para elaboração do presente capítulo, se deu mediante as observações realizadas nas visitas ao referido CTA, entre o mês de abril e o mês de junho de 2014, para identificação da dinâmica, funcionamento e conhecimento da área a ser futuramente trabalhada.

De acordo com Queiroz (2007), a técnica de observação é importante para a pesquisa, com destaque para os estudos qualitativos, visto que está presente em toda a construção desde a formulação do problema até a interpretação dos dados.

Uma vez que essa observação foi realizada para elaboração do diário de campo, esta constituiu uma etapa obrigatória para aproximação com o serviço, sujeitos e usuários, a fim de estabelecer vínculo e confiança antes da implementação da segunda etapa elaborada pelo projeto, a aplicação de entrevistas semiestruturadas

para posteriormente traçar estratégias direcionadas a realidade do serviço.

Dessa forma, durante o período de observação foram feitas visitas ao serviço, levando ao acompanhamento dos atendimentos dos profissionais, conhecimento da dinâmica de funcionamento e do fluxograma de atendimento, o que gerou vantagens no que se refere as possibilidades de avanço durante as coleta de dados através das entrevistas, uma vez que a observação possibilitou a adequação do olhar do discente, com relação ao serviço estudado, além do vínculo já estabelecido com os usuários, o que possivelmente facilitará a aceitação dos mesmos para participação na segunda etapa.

## **Resultados e Discussões**

O CTA se encontra numa extensão da Policlínica Municipal Dr. Antônio Albuquerque, que segundo o DATASUS, é uma unidade de serviço de saúde que presta atendimento ambulatorial em várias especialidades, tais como ginecologia, dermatologia, neurologia, oftalmologia, entre outras, podendo ou não incluir especialidades básicas ou atendimentos não médicos, como nutrologia, fonoaudiologia e fisioterapia. Tal serviço possui atendimento especializado, com a finalidade de evitar que usuários com atendimentos de menor complexidade, busquem o hospital, superlotando o mesmo sem necessidade.

Apesar dos dois serviços compartilharem o mesmo ambiente, possuem funcionamento separado, havendo uma porta de vidro para separar os dois ambientes. Esta permanece constantemente aberta, favorecendo o fluxo da população, porém, por ser transparente permite a visualização de todos que estão na sala de espera, podendo criar um receio em quem poderia utilizar o serviço, pois ainda há um estigma e preconceito com as doenças e usuário que buscam atendimento.

O funcionamento desse serviço inicia às 8 da manhã e indo até 12 horas e retornam no período das 14 às 17 horas, durante os

cinco dias úteis da semana. Porém, como muitas pessoas trabalham no horário em que o serviço está em atendimento, foram criadas diversas estratégias para que possam atingir uma maior parcela da população, oferecendo o serviço àqueles que não possuem um horário disponível para ir até a unidade, tais estratégias são promovidas a partir de campanhas em locais estratégicos, como por exemplo em praças, para que possa atingir não apenas os que não podem ir à unidade, mas também para aqueles que estão de passagem e até mesmo aqueles que não conhecem o serviço.

Outra ação desenvolvida pelo CTA e que se configura como alternativa para os trabalhadores de serviços, com longo período de carga horária e não possuem horário para buscar o serviço durante o funcionamento, é a realização da testagem rápida nos locais de trabalho para que as pessoas possam conhecer o seu status sorológico e o serviço.

Os indivíduos que desejarem atendimento no serviço, mas ainda não são pacientes deste, necessitam apenas ligar ou pessoalmente realizar marcação. O primeiro atendimento não é realizado pelo médico, quem realiza os aconselhamentos e solicita a testagem sorológica são as duas enfermeiras, a psicóloga e a assistente social.

Esses profissionais realizam o preenchimento da ficha do sistema de informação do CTA (SI-CTA) necessária anteriormente a testagem, possibilitando o conhecimento de comportamentos e condutas do indivíduo que está sendo atendido, frente às situações consideradas como de exposição ao risco para o contágio das doenças transmissíveis e o conhecimento dos aspectos socioeconômicos daquele indivíduo.

Durante esta etapa também ocorre o aconselhamento pré-teste, em que os profissionais de saúde explicam os diversos assuntos relacionados com a temática de doenças transmissíveis, esclarecendo as formas de transmissão, sinais e sintomas que poderão surgir e formas de proteção, dando enfoque às doenças sexualmente transmissíveis, em que o mesmo se submeterá a realizar a testagem

sorológica, explicando de que forma a mesma funciona. Então após as orientações e explicações sobre as DST e sua prevenção, o mesmo é encaminhado ao laboratório situado no próprio CTA, neste momento o profissional o acompanha para que o mesmo saiba onde se localiza.

Posterior à triagem, ocorrerá a testagem rápida, salientando que apenas pacientes que estão procurando o serviço pela primeira vez ou àqueles que já buscaram, mas que obtiveram resultado não reagente e estão procurando novamente, é que se submeterão à estas duas etapas. É informado ao usuário que após a coleta sanguínea, em aproximadamente trinta minutos, o resultado já é obtido e entregue pelo profissional que o atendeu, exceto os casos de testagem para HTLV que deverá ser encaminhado para outro laboratório, o Laboratório Central de Saúde Pública, o LACEN, em Salvador, nestes casos o resultado é obtido com aproximadamente 30 dias, informando ao usuário quando o mesmo deverá retornar, para receber o resultado deste último teste. As coletas para CD4 e carga viral, que são exames realizados para o acompanhamento dos usuários que já possuem o vírus do HIV, também são encaminhadas com respectiva especificação por escrito, para o laboratório descrito acima.

Segundo Brasil (2009), o pouco tempo de apenas meia hora permite que o paciente espere a disponibilização do resultado da testagem rápida e receba os aconselhamentos adequados ao teste. Sendo esse processo gratuito, ágil, prático e que é utilizado na maior parte das ações do Fique Sabendo, do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, do Ministério da Saúde.

Desta forma, tal ação promove a capacidade de tornar mais fácil o conhecimento do status sorológico da população, fazendo com que, uma maior parte desta, possa realizar por se tratar de uma ação gratuita, rápida e sigilosa.

A maioria dos atores aguarda o resultado dos exames de testagem rápida, desta forma o mesmo é encaminhado à sala de espera, e após a conclusão da testagem, o resultado é impresso e

assinado por uma das enfermeiras, entregue ao profissional que atendeu e este o chama para informar sobre o resultado. Neste momento que ocorre o aconselhamento pós-teste, e que vai variar conforme o resultado, porém, em todos os aconselhamentos ocorre o incentivo ao uso do preservativo como a melhor proteção contra as DST, ratificam as formas de contágio e explicam complicações que podem ocorrer e doenças que podem ser contraídas além do HIV.

Todos os pacientes que buscam o serviço e realizam a testagem, são registrados em um livro no qual consta a ordem da coleta, nome, idade, data de nascimento, endereço, motivo da testagem, qual a sorologia e o resultado. Dispõe-se de um livro para HIV e outro para Sífilis, as Hepatites B e C.

Nas situações em que o resultado foi não reagente, o profissional orienta o usuário dando enfoque sobre a importância da prevenção e o uso do preservativo. Em situações em que o resultado é reagente, o profissional deve explicar o que é a doença, seus acometimentos, formas de controle, maneiras para evitar a transmissão e informar que o serviço realiza acompanhamento e dispensação de medicações, mas também deverá informar que o mesmo precisa continuar utilizando o preservativo para evitar que contraia outra DST ou que transmita para outras pessoas. Então, este é encaminhado à recepção para que o mesmo possa marcar uma consulta com um dos médicos especialistas e iniciar com o tratamento e acompanhamento.

Este sujeito é incluído no livro de ocorrências de pessoas com HIV/AIDS, para que possam realizar o devido acompanhamento e identificação dos usuários atendidos no serviço. É aberta uma pasta para que todos os seus exames e anotações das consultas sejam agrupados, para facilitar o acompanhamento e identificação do seu tratamento, além de realizar solicitação da presença de parceiro ou comunicantes para realização de testagem quando necessário.

Desta forma, com resultado reagente se configura como um usuário do serviço recebendo um cartão referente ao CTA, no

qual constam alguns dados pessoais, médico que o acompanha, aprazamento das consultas e dos exames marcados. No qual também se realiza o controle de dispensação de insumos e a sua situação vacinal.

Os atores sociais que fazem uso do tratamento medicamentoso devem buscar as medicações uma vez por mês, sendo muito importante a assiduidade dessa busca, tanto para eficácia do tratamento e para evitar a resistência do vírus, quanto para alimentação do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM). Como estratégia realizada no serviço, tenta-se direcionar as datas das consultas médicas, no mesmo dia das datas de busca do tratamento medicamentoso, evitando que o paciente deixe de comparecer a algum dos agendamentos.

A alimentação deste sistema é realizada pela farmacêutica do serviço, tais informações são relevantes para que a mesma contabilize, quais pacientes buscaram as medicações naquele mês e quais medicações foram dispensadas, enviando este mapa todo primeiro dia do mês. A partir deste sistema ela contabiliza e solicita o pedido das medicações no dia 05 de cada mês, contando um kit de medicamento mensal para cada paciente.

Para prestar os serviços oferecidos, o CTA/Serviço de Atendimento Especializado (SAE) dispõe de uma equipe multiprofissional fixa, composta por duas enfermeiras, um médico gastroenterologista especialista em hepatites virais, dois médicos infectologistas, sendo um destes também especializado em ginecologia, e que acompanha as grávidas soropositivas do serviço, uma médica pediatra, uma assistente social, uma farmacêutica, uma psicóloga, além três técnicos de laboratório que realizam as coletas de sangue e testagens rápidas para sorologias do HIV I e II, Hepatite B, Hepatite C e Sífilis.

Após a observação da dinâmica do serviço, foi possível perceber que os usuários possuem um bom relacionamento com os profissionais, apresentando liberdade e intimidade para esclarecer possíveis dúvidas e relatar eventos ocorridos, pois os mesmos

são atendidos de forma humanizada e acolhedora. Tal fator se configura como um ponto positivo em relação ao atendimento, pois é necessário conhecer o paciente, seus hábitos, costumes e suas possíveis vulnerabilidades, e para obter estas informações, é necessário estabelecer um vínculo para que o usuário compreenda a importância de dar continuidade ao tratamento e que possa ter confiança no trabalho da equipe.

O funcionamento deste serviço acontece de forma regular, com todos os profissionais cumprindo as suas cargas horárias estabelecidas e o seu papel enquanto profissional da saúde de forma satisfatória, possuindo amplo conhecimento a cerca da temática, tal ponto é de extrema relevância, principalmente porque, para poder realizar aconselhamento é preciso que o mesmo possua domínio sobre o assunto.

A interação da equipe se configura como outro ponto positivo, todos os profissionais que atuam no serviço possuem um bom relacionamento entre si, o que torna o trabalho mais fácil de ser realizado já é possível contar com a parceria de todos. Este mesmo relacionamento pode ser observado com os estudantes que realizam alguma atividade no CTA, pois os profissionais os recebem de forma acolhedora, esclarecendo sobre o funcionamento do serviço, ajudando no que for necessário, explicando possíveis dúvidas, possibilitando o estudante se sentir a vontade para realizar a atividade que cabe a ele e que este possa se apropriar das características do serviço.

Há a criação de uma parceria entre equipe e estudante, uma vez que os profissionais percebem a importância da inserção da universidade no serviço e que esta poderá desenvolver ações e estratégias que visem melhorar a unidade. Tal relacionamento se faz necessário, pois haverá continuidade das pesquisas no serviço, portanto, fica claro que estas serão realizadas de forma satisfatória.

A inserção dos estudantes nesse serviço especializado, proporciona diferentes experiências e aprendizados que não serão vivenciados por todos que passam pela graduação de enfermagem.

A possibilidade de conviver em um serviço de testagem e aconselhamento às sorologias, em especial ao HIV/AIDS, e conhecer a sua rotina e dinâmica de funcionamento, a partir de um projeto, como já citado, proporciona aos discentes uma formação diferenciada, pois esta temática ainda não é amplamente discutidas nas disciplinas das grades curriculares dos cursos da área de saúde, favorecendo a estes discentes, a possibilidade de conviver com diversas situações e aprender de que forma lida-las, dentre elas como ocorre os aconselhamentos, testagens, campanhas e acompanhamento dos usuários do serviço.

Ao adentrar no serviço, cria-se uma expectativa sobre as situações e sobre o perfil da população ali atendida, isto é resultado de um grande desconhecimento e distanciamento dos discentes com esta doença e com o serviço. Conhecê-lo proporciona, para quem tem esta possibilidade, uma quebra de preconceitos, paradigmas e mitos que circundam esta epidemia. Poder participar da rotina de atendimento, incluindo as consultas de enfermagem, proporcionou uma visão diferenciada sobre os usuários do serviço e como esta epidemia esta inserida no país. Despertou interesse dos discentes em pesquisar cada vez mais sobre a temática, a fim de aprofundar seu conhecimento e poder de alguma forma contribuir para os usuários e para o serviço.

Conhecer a dinâmica de funcionamento e o fluxo de atendimento, possibilitou aos discentes participantes, um maior embasamento prático em relação ao serviço, já que os mesmos já haviam realizado pesquisas a partir de revisões de literatura para que se tornassem aptos a compreender e observar o funcionamento da unidade, porém a possibilidade de conviver com usuários e profissionais, ultrapassou o aprofundamento do conhecimento teórico, perpassando por um domínio de como uma unidade de CTA funciona ou como deveria estar funcionando. Tal possibilidade criou aos estudantes a oportunidade de possuir amplo atributo teórico e prático torna-os cada vez mais aptos a discutir sobre a temática, o que resultará em um auxílio para as próximas etapas do

projeto, já que as discentes possuem conhecimento sobre a unidade como um todo, incluindo seu funcionamento, fluxo, usuários, rotinas de atendimento e profissionais atuantes.

### **Considerações Finais**

Este período de observação se caracterizou como um momento de importância indescritível, pois a partir do conhecimento adquirido pelos discentes, os mesmos apresentam propriedades e informações para descrever de que forma o serviço funciona e como poderão intervir para continuar com os trabalhos que serão desenvolvidos futuramente.

Assim, a possibilidade de vivenciar de que forma acontece esta dinâmica, aproximou os estudantes com a temática, os tornando aptos a realizar pesquisas mais aprofundadas e ter amplo conhecimento e domínio para desenvolver as próximas atividades do projeto, e obter uma melhor atuação enquanto futuro profissional de saúde.

Dessa forma, o PET-Saúde está contribuindo para os discentes que participam desse projeto, de uma maior qualidade na sua formação enquanto futuro profissional de saúde, qualificando-o e ampliando o seu conhecimento sobre a temática.

### **Referências**

**BRASIL. Contribuição dos centros de testagem e aconselhamento para universalizar o diagnóstico e garantir a equidade no acesso aos serviços.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids, 2008.

BRASIL. . **Diretrizes para Organização e Funcionamento dos CTA do Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Recomendações para o funcionamento dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) do estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 2, p. 383-386, 2009.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde**. Niterói, RJ: 2004.

MACEDO, R.S. **Etnopesquisa crítica etnopesquisa-formação**. Brasília: Liber Livro, 2006.

QUEIROZ, D. T; VALL, J, SOUZA A. M. A; VIEIRA, M. F. C. Observação participante na Pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 15, n. 2, p. 276-83, 2007.



# **USO DO PRESERVATIVO POR MULHERES: desafios a serem enfrentados pelo Programa de Educação pelo Trabalho**

*Nadson Duarte Silva Junior*

*Fernanda de Souza Agapito*

*Lilian Conceição Guimarães de Almeida*

*Oade Oliveira Cunha de Souza*

*Manuela Matos Brito*

## **Introdução**

A ideia de realizar esse estudo surgiu a partir da experiência vivida por graduandos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), em um bairro popular do município de Santo Antônio de Jesus, Bahia (BA), viabilizada por meio da inserção destes no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Vigilância em Saúde (PET-Saúde/VS), desenvolvido em parceria com o programa de doenças sexualmente transmissíveis (DST) do município. Este programa vem realizando atividades com o envolvimento de estudantes de graduação dos diversos cursos da UFRB.

Acrescenta-se que, estas atividades também estão vinculadas ao projeto: Desenvolvimento de estratégias de vigilância, controle e redução da transmissão do HIV/AIDS em mulheres de Santo Antônio de Jesus, BA, que ao longo dos últimos anos, por meio da parceria entre a UFRB e o governo municipal, desenvolve estratégias neste sentido, justificadas pelo cenário de epidemia de DST, aumento das infecções pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e, pelos casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), em mulheres no município.

O HIV, vírus transmitido por contato sexual (heterossexual ou homossexual); pelo sangue ou hemoderivados; e por mães infectadas aos filhos durante a gravidez, o parto ou através do aleitamento, foi reconhecido pela primeira vez em 1981, nos Estados Unidos da América (EUA), pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC). Este vírus é responsável pela deficiência quantitativa, qualitativa e progressiva de um subgrupo de linfócitos T, conhecidos como linfócitos T CD4+. Esta deficiência pode desencadear a AIDS, que é uma doença infecciosa caracterizada pelo comprometimento das defesas do sistema imunológico, aumentando o risco de coinfeções oportunistas culminarem no óbito do indivíduo acometido pela AIDS (FAUCI et al., 2008).

Vale ressaltar que se trata, todavia, de uma enfermidade de relevante importância e impacto cultural, ainda tratada com extremo distanciamento e preconceito, por estar diretamente associada ao sexo e aos grupos socialmente marginalizados que foram, durante o início da epidemia, os mais afetados: homossexuais, usuários de drogas e mulheres profissionais do sexo.

Atualmente, os dados epidemiológicos apontam uma transição gradual na qual essa doença vem sendo cada vez mais incidente em mulheres, por meio de práticas heterossexuais, na maioria das vezes, com parceiros sexuais/afetivos estáveis. Nesse sentido alguns estudos, para explicar o fenômeno, utilizam o termo: “feminização da AIDS” (GALVÃO; CERQUEIRA; MARCONDES-MACHADO, 2004; OLIVEIRA et al., 2008).

Segundo dados do Ministério da saúde, do total de 8.622 casos de AIDS no sexo feminino notificados no ano de 2012, 91,2% possuíam informação da categoria de exposição. Destas 96,6% decorreram de relações heterossexuais com pessoas infectadas. Estas informações ilustram o fato de que nas últimas décadas alterações significativas vêm ocorrendo no perfil da AIDS, inclusive ressaltam, principalmente, a necessária percepção de que as ações em saúde não devem ser direcionadas apenas para prevenção de práticas de risco, e sim, pensadas de modo a abranger os grupos que estão,

historicamente, em condições de vulnerabilidade (PAIVA; PUPO; BARBOSA, 2006).

É comum, em diversas sociedades, devido as construções de gêneros e “papéis” culturais, que se percebe mulheres subservientes quanto às condições nas quais mantem ou não uma relação sexual. Ainda nesse sentido, esta ideia de papéis fomenta uma divisão na qual a mulher é responsável pela concepção ou anticoncepção e o homem por se proteger ou não das DST, inclusive isto pode ser percebido nos conteúdos programáticos das políticas públicas dirigidas à saúde da mulher (SAMPAIO, 2006).

As ações em saúde sexual direcionadas ao público feminino e masculino adotaram a estratégia da normatização de condutas: reforça-se a responsabilização da mulher pela gestação e contracepção e, direciona-se ao comportamento sexual dos homens, a atenção quanto aos riscos com a contaminação. Logo, o anticoncepcional está para mulher, assim como o preservativo está para o homem.

Isso pode ser demonstrado, pelo grande desconhecimento quanto à existência e formas de uso do preservativo feminino, que apesar de ser o modo como a mulher pode se proteger de DST dentro de seus relacionamentos, é pouco utilizado, tanto por falta de orientação quanto de disponibilidade nos serviços de saúde (GALVÃO; CERQUEIRA; MARCONDES-MACHADO, 2004).

Apesar de pontuais e geralmente associados ao carnaval e outras festividades, há investimentos no intuito de estimular o uso do preservativo. Visto que, para saúde sexual e reprodutiva, os preservativos masculino e feminino são os únicos recursos disponíveis que atendem à dupla função de evitar a gravidez e proteger contra as DST/AIDS. Verifica-se, todavia, resistência explícita e velada ao uso do preservativo, tanto por parte de homens como por parte de mulheres (SAMPAIO, 2006).

Nesse sentido, logo surgem as questões que fogem dos aspectos higiênicos e fisiológicos do enfrentamento da doença e suscitam a questão do desejo, do medo, do prazer e do gozo

presentes em uma relação sexual (GALVÃO; CERQUEIRA; MARCONDES-MACHADO, 2004). Esses elementos estão intimamente relacionados com a não adesão a utilização do preservativo e o aumento progressivo nos casos de AIDS e, devem ser levados em consideração ao se elaborar programas educacionais de prevenção da doença e promoção da saúde sexual.

Partindo do exposto, o presente estudo tem como principal objetivo relatar a experiência de graduandos diante da percepção de mulheres atendidas em uma UBS, quanto ao uso do preservativo. Logo, trata-se de um trabalho de fundamental importância, na medida em que pode ampliar a discussão sobre a saúde sexual no município e, a partir do relato das vivências da realidade, contribuir com a percepção dos problemas e soluções, promovendo práticas mais resolutivas no enfrentamento da epidemia.

### **Aproximação com o campo de estudo**

O trabalho foi desenvolvido na UBS São Paulo, durante a inserção, a observação de sua rotina e no decorrer da atividade de pesquisa com mulheres que se consultavam no serviço. Nos primeiros encontros, fizeram-se as devidas apresentações à equipe, explanou-se sobre os objetivos e papéis estudantis no contexto de vivência, e reflexão no eixo ensino-serviço-comunidade e os objetivos do PET-VS. Também realizou-se uma atividade de sala de espera em razão do dia mundial de combate a AIDS.

A pesquisa, cuja linha temática é o desenvolvimento de estratégias de vigilância, controle e redução da transmissão do HIV/AIDS em mulheres, faz parte de um projeto maior titulado de: Estratégias de enfrentamento a feminização do HIV/AIDS em Santo Antônio de Jesus, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), com o número de parecer 605.927.

O estudo e as observações, registradas em diário de campo, ocorreram no período de setembro a dezembro de 2014. Neste

intervalo de tempo, aconteceu a aproximação com o espaço de vivência, com os profissionais e usuários. Foi possível compreender a organização do serviço, a relação entre os trabalhadores e as pessoas que frequentavam a unidade de saúde, bem como algumas peculiaridades das consultas. A experiência possibilitou o encontro com diferentes visões sobre a dinâmica da UBS e pôde-se perceber o quanto a criação de vínculos e o comprometimento com a saúde sexual das mulheres que buscavam atendimento era deficiente.

Após o processo de familiarização com o campo de pesquisa e, já com conhecimento acerca do fluxo de mulheres usuárias do serviço, foram escolhidos dias estratégicos nos quais haviam mulheres aguardando atendimento. A partir daí, iniciou-se o processo de coleta de dados por meio do questionário semiestruturado, contendo perguntas referentes a percepção da saúde sexual, antecedentes ginecológicos e obstétricos, vulnerabilidade e prevenção.

As mulheres que aguardavam consulta eram abordadas e, após apresentação das intenções e dos pesquisadores, eram convidadas a participar do estudo. Algumas recusavam alegando não ter disponibilidade, outras, por reconhecer aquela como uma oportunidade para expor suas percepções sobre o atendimento, espontaneamente se apresentavam para participar. Diante disto, participaram do estudo 11 mulheres, com idade de 15 a 54 anos, residentes na área de abrangência da UBS.

Vale ressaltar que as participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), previamente aprovado pelo CEP. A estas foram assegurados o acesso às informações relativas à pesquisa sempre que solicitado, o direito de retirar o seu consentimento em qualquer fase do estudo sem qualquer prejuízo, o anonimato<sup>1</sup>, e o sigilo quanto às informações individualmente prestadas.

A realização das entrevistas foi algo que despertou certo receio. Algumas perguntas sobre práticas sexuais aparentavam ser

---

1 Atribuiu-se aleatoriamente nomes fictícios as participantes da pesquisa.

constrangedoras em relação às entrevistadas e os entrevistadores, isso levando em conta as representações de ambos e até mesmo o pouco que se discute sobre sexo na sociedade.

De fato, em algumas oportunidades ambos aparentavam certo embaraço ao fazer e responder determinadas perguntas, principalmente nas primeiras entrevistas. Entretanto, foi significativo que, no decorrer da permanência no campo de pesquisa, com a apropriação do questionário e da temática, a superação de certos “tabus” foi inevitável, e as entrevistas passaram a despertar uma sensação de confiança e interesse em se aprofundar nas discussões sobre situações e vulnerabilidades relacionadas ao sexo. Esta condição propiciou que o diálogo com algumas mulheres se estendesse para além da entrevista.

Foi interessante o nível de autorreflexão que essa experiência inicial com as entrevistas proporcionou. Nesse aspecto, nos deparamos com um problema que vai além da questão puramente higienista em relação ao sexo seguro, pois faz-se necessário discutir práticas e sexualidade de modo mais abrangente, seja no cotidiano, com a comunidade, na universidade ou nos serviços de saúde.

### **Fatores que interferem no uso do preservativo**

Das 11 participantes da pesquisa, 5 eram casadas, 5 eram solteiras com parceiro fixo e apenas 1 estava solteira com parceiros eventuais. Quando questionadas diretamente se faziam uso do preservativo masculino ou feminino, 5 mulheres disseram nunca utilizar e 3 alegaram que utilizavam apenas quando julgavam necessário. Das que nunca utilizavam 3 eram casadas e 2 tinha parceiro fixo.

As 3 que utilizavam apenas quando julgavam necessário eram solteiras, com parceiro fixo e, as situações que as faziam utilizar eram infrequentes, caracterizadas por períodos de tratamento para

alguma intercorrência, como corrimento vaginal ou quando não dispunham de recursos anticoncepcionais.

Observando a organização do serviço em relação à questão dos preservativos, percebíamos que haviam duas abordagens distintas: enquanto o preservativo feminino ficava guardado com segurança e sigilo, o masculino estava disponível e exposto, inclusive, essa situação tornou-se desconfortável durante uma atividade de sala de espera, na qual não conseguimos exemplares da camisinha feminina na unidade, pois a enfermeira estava de férias.

Retomando o relato dos dados, apenas 3 entrevistadas, com idade entre 21 e 29, afirmavam utilizar o preservativo, 2 tinham parceiros fixos e 1 solteira com parceiros eventuais. Uma delas utilizava apenas porque não fazia uso do anticoncepcional e, quando engravidou suspendeu o uso do preservativo: “Eu ‘tava’ usando camisinha, só que ela estourou, e aí eu engravidei. Tinha um ano já eu usando camisinha, porque eu não posso tomar remédio”. Joaquina.

A identificação do discurso supracitado, juntamente com a vivência na UBS, provocou-nos certa descrença quanto à efetividade e comprometimento dos profissionais de saúde em ações, sobre a dupla função do preservativo. Esta condição caracterizou-se como estímulo para análise de práticas educativas utilizadas ao longo do tempo, pois a necessidade de controle do HIV/AIDS é incompatível com a preservação de certas estruturas de pensamentos, também descritas adiante, enraizadas na sociedade e que são passíveis de ressignificação via educação.

Retornando a exposição dos dados da entrevista, 5 mulheres que não utilizavam preservativo possuíam parceiro fixo e a idade variava entre 26 e 50 anos. Como percebido no presente trabalho, similarmente ao de Carreno e Costa (2006), mulheres com mais idade e em união estável apresentaram maior probabilidade de não usarem preservativos. Percebíamos, em perguntas sobre a importância do insumo, a contradição entre o discurso e a prática. Apesar da não utilização, todas ressaltavam a sua importância, fato ilustrado com o relato de Carla: “Eu acho bom, importante, eu não gosto particularmente, mas eu acho importante, muito importante

prevenir várias doenças, né? Importante usar. Previne, além da gravidez, a doença que é mais importante”.

Entre as mulheres casadas que possuíam um parceiro sexual fixo, notávamos que essa condição era percebida pelas entrevistadas como um fator de proteção, como se o casamento e a relação de monogamia afastassem os riscos de contaminação e a necessidade do preservativo, ideia ilustrada pelo discurso de Marta, quando questionada sobre quando a mulher não precisa mais utilizar o preservativo: “Como eu mesmo, quando tem uma pessoa certa, que não é de andar pela rua pegando uma e outra ai eu acho que não precisa”.

Essas informações são semelhantes às encontradas em algumas pesquisas (BERQUO; BARBOSA; LIMA, 2008; SILVA; VARGENS, 2009). Os resultados descrevem a menor utilização de preservativos por mulheres com parceiros estáveis. Silva e Vargens (2009) supõe que, devido aos construtos socioculturais, há uma dificuldade para mulher em negociar o uso do preservativo com o cônjuge, por temer a reação do parceiro e/ou acabar criando uma situação de desconfiança entre o casal.

Nesse sentido, despertou muita atenção o relato a seguir: “Camisinha nem entra lá em casa, São João mesmo ele pegou umas camisinhas e eu dei para o meu irmão” Natalia. Baseada em relatos dessa magnitude, inferimos que há uma relação conflitante entre o preservativo e o casamento, pois percebeu-se um sentido de “liberdade sexual” simbolicamente conferido pelo casamento e, também, simbolicamente retirado pelo preservativo. Neste momento, a reflexão emergiu como um desafio em compreender e comprometer-se com a construção de novas formas de se trabalhar educativamente essa problemática.

Ao surgir nos discursos a questão casamento e parceiro fixo como suposto fator de proteção, remetemo-nos aos entrelaces culturais inspirados nos ideários clássicos de amor e matrimônio, que por sua vez, estão intimamente relacionados aos papéis de gênero construídos pela sociedade. Nos seguintes relatos quanto ao uso ou não do preservativo: “Nunca usei porque tinha meu

parceiro certo, nunca fui mulher de ter outro fora do casamento” Marta; “Eu acho assim, quando a pessoa troca de parceiro rápido, aí é importante usar” Carla; respalda-se a ideia percebida de que, neste cenário estruturado nos discursos de algumas mulheres prevalece a ideia de que existem grupos de risco, e que destoar dos ideais do casamento monogâmico é o que define necessidade do preservativo.

Percebeu-se, também, exemplificado pelo relato de Maria, que a obrigação de uso do preservativo é atribuída ao ‘outro’; “Eu acho importante a partir do momento que a mulher... que a pessoa tem uma vida sexual ativa, eu acho. Eu não gosto, mas eu acho né... (risos)”. A condição de não se perceber vulnerável e atribuir a alteridade a responsabilidade de utilizar medidas de prevenção também foi observada em outros estudos (LIMA, 2006; PRAÇA; SOUZA; RODRIGUES, 2010; SILVA; VARGENS, 2009).

Destarte, entendeu-se que as entrevistadas não reconheciam a própria vulnerabilidade. Certos discursos denotavam a percepção de que a infecção por HIV, estaria relacionada a um comportamento de risco incompatível a uma vida conjugal com apenas um parceiro sexual. Conseqüentemente, mulheres com tais práticas não se sentiam vulneráveis e se excluíam do risco em um ato de confiança no parceiro que dispensa a camisinha: “É a gente não usa, é muito raro mulher casada usar, ainda comentei com ele, mas ele disse que não tenho que me preocupar” (Natalia).

Corroborando tais observações, a confiança na própria condição de se relacionar com parceiro fixo também foi uma percepção encontrada na pesquisa de Souza, Espírito Santo e Motta (2008) que justificava o não uso da camisinha. Porém, no mesmo estudo, essa confiança também aparecia como motivo para que o uso da camisinha fosse relativizado, pois leva-se em consideração a conduta poligâmica justificada pela natureza sexual do homem, aceita como natural, e pelo assédio de outras mulheres.

Estes dados são compatíveis com os conceitos apreendidos nos discursos das entrevistadas, e exemplificado com o relato de Cristina, quando questionada sobre quando a mulher não precisa

mais utilizar o preservativo: Só tendo a certeza que ele é fiel e fazendo exame pra saber se ele não tem nenhuma doença, mais isso nunca vai existir né? Que homem não pode ser fiel.

Foi visível, durante os questionamentos, que a fidelidade do companheiro era tratada como uma importante garantia de proteção contra doenças, ao passo que era confrontada com os estereótipos do comportamento sexual do gênero masculino. Estas questões podem ser pontos também identificados por Rodrigues e Praça (2010).

Em relação à negativa quanto à utilização da camisinha, percebíamos nos semblantes que este método de prevenção não era um elemento muito bem-vindo à relação. O hábito de utilizá-la poderia infringir a imaculada ordem matrimonial de fidelidade que, diante do apreendido, ainda é considerada como fator de proteção para DST relativizado, pela idealização do homem como poligâmico por natureza.

Um ponto limitante e desafiador para uma discussão mais profunda, foi a dificuldade em encontrar estudos brasileiros que abordassem a temática da percepção, quanto ao uso do preservativo de maneira mais abrangente e não fragmentada em determinados grupos populacionais e situações específicas de vulnerabilidade. Entretanto é razoável supor que existem diferenças nas práticas de autocuidado de acordo com o indivíduo, e que as determinações e percepções variam processual e historicamente para cada condição social, o grau de preconceito e esclarecimento, pressupostos esses que demandam investigações específicas.

Por fim, conclui-se que a privilegiada possibilidade de relatar e discorrer sobre a percepção das mulheres sobre o uso do preservativo, juntamente com as reflexões imbuídas nas vivências possibilitadas pelo PET-Saúde/VS, atribuem maior integralidade as discussões. Afinal, muitas vezes os discursos estão de tal forma atreladas aos sentimentos, semblantes e conjecturas das entrevistadas, que podem destoar em significação, se não forem discutidas à luz das experiências e sensações de quem vivenciou o momento. Atrelado a isso, tem-se o ganho de conhecimento que subsidiará futuras ações no âmbito do programa e na futura atuação profissional.

## Conclusão

Foi possível perceber, diante dos relatos, que a autopercepção da vulnerabilidade e sua relação com o matrimônio, é um fator importante e que estava fortemente associado a saberes e sentidos, atribuídos às características socioculturais do preservativo e do próprio HIV/AIDS. Percebeu-se, ainda, que mesmo que houvesse indícios de informações sobre a importância do uso do preservativo, para prevenção de doenças, estas se restringiam aos discursos, já que a práxis era diametralmente oposta. Logo, os autores acreditam que há caracterizações sociais do próprio preservativo, dos comportamentos sexuais e culturais nas relações, bem como do estigma associado a AIDS, que merecem ser analisadas e compreendidas em estudos posteriores.

Percebeu-se que, um dos grandes desafios para os profissionais da rede de atenção à saúde, reside na necessidade de conceber criativamente novas abordagens que tenham maior efetividade em promover reflexões, práticas e empoderamento para mulher quanto ao uso do preservativo. A percepção desse desafio e a experiência adquirida neste processo, estimularam reflexões quanto ao compromisso do grupo PET-Saúde/VS em romper com as ações educativas tradicionais e que não se mostram efetivas em solucionar o problema do avanço da feminização da AIDS no município, e em promover diálogos com os sujeitos envolvidos, tendo em vista a simbologia do preservativo no contexto da mulher e do seu parceiro.

## Referências

BERQUO, E.; BARBOSA, R. M.; LIMA, L. P. Uso do preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 34-44, 2008.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico - AIDS E DST**. Ano II - nº 1 - até semana epidemiológica 26<sup>a</sup> - dezembro de 2013. Brasília,

DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2013.

CARRENO, I.; COSTA, J. S. D. Uso de preservativos nas relações sexuais: estudo de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 720-726, 2006.

LIMA, M. L. C.; MOREIRA, A. C. G. AIDS e feminização: os contornos da sexualidade. **Revista Mal Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 8, n. 1, p. 720-726, 2008.

FAUCI, A. S.; LANE, H. Clifford. Doenças Infeciosas. In: FAUCI, A. S. et al. **Harrison: Medicina interna**. 17. ed. Porto Alegre: McGraw-Hill, 2008, p. 1137-1146.

GALVAO, M. T. G.; CERQUEIRA, A. T. A. R.; MARCONDES-MACHADO, J. Medidas contraceptivas e de proteção da transmissão do HIV por mulheres com HIV/Aids. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 194-200, 2004.

LIMA, D. A. **A mulher com idade igual ou superior a 50 anos e a epidemia de aids**: percepção e ações de moradoras de uma comunidade de baixa renda [Dissertação de mestrado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, 2006.

OLIVEIRA, N. S. et al. Conhecimento e promoção do uso do preservativo feminino por profissionais de unidades de referência para DST/HIV de Fortaleza-CE: o preservativo feminino precisa sair da vitrine. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 107-116, 2008.

PAIVA, V.; PUPO, L. R.; BARBOZA, R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, supl. X, p. 109-119, 2006.

PRACA, N. S.; SOUZA, J. O.; RODRIGUES, D. A. L. Mulher no período pós-reprodutivo e HIV/AIDS: percepção e ações segundo o modelo de crenças em saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 518-525, 2010.

RODRIGUES, D. A. L.; PRACA, N. S. Mulheres com idade igual ou superior a 50 anos: ações preventivas da infecção pelo HIV. **Revista Gaúcha Enfermagem (Online)**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 321-327, 2010.

SAMPAIO, J. **A construção de novas políticas públicas como caminho para a prevenção da AIDS**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2006, 222f.

SILVA, C. M.; VARGENS, O. M. C. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 401-406, 2009.

SOUSA, M. C. P.; ESPIRITO SANTO, A. C. G.; MOTTA, S. K. A. Gênero, vulnerabilidade das mulheres ao HIV/Aids e ações de prevenção em bairro da periferia de Teresina, Piauí, Brasil. **Saude e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 56-68, 2008.



# PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS-BA

*Daniela Oliveira Souza  
Oade Oliveira Cunha de Souza  
Lilian Conceição Guimarães de Almeida*

## **Introdução**

A transmissão vertical da sífilis permanece como um grande problema de saúde pública no Brasil, pois acomete grande número de crianças, acarretando agravos à saúde e morte de grande parte delas. Das várias doenças que podem ser transmitida durante o ciclo grávido-puerperal, a sífilis é a que tem as maiores taxas de transmissão (BRASIL, 2006).

Com relação à taxa de incidência de sífilis congênita no Brasil, em 2011, observou-se uma taxa de 3,3 casos por 1.000 nascidos vivos, sendo que as Regiões Nordeste e Sudeste apresentaram as maiores taxas nesse ano, com 3,8 e 3,6 respectivamente (BRASIL, 2012). Se não tratada, a doença pode evoluir a estágios que comprometem a pele, órgãos internos, como o coração e fígado, o sistema nervoso central e levando até a morte.

A sífilis congênita é decorrente da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* na gestante não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária. A transmissão pode ocorrer em qualquer fase da gestação e em qualquer estágio da doença. A transmissibilidade é maior na sífilis primária e secundária, variando de 50% a 100%,

com 40% na sífilis latente precoce e 10% na sífilis latente tardia (MARTINS et al., 2006).

No ano de 2011, foram notificados 9.374 novos casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade, dos quais 4.083 (43,6%) na Região Sudeste, 3.188 (34,0%) na Região Nordeste, 908 (9,7%) na Região Sul, 801 (8,5%) na Região Norte, e 394 (4,2%) na Região Centro-Oeste. Na Bahia, no ano de 2009, foram notificados, em menores de um ano de idade, 272 casos; 316 no ano de 2010, 449 no ano de 2011 e 228 casos no ano de 2012 (BRASIL, 2012). No município de Santo Antônio de Jesus-BA, esses números foram de quatro casos de sífilis congênita em 2009, sete casos em 2010, dois em 2011 e 11 casos no ano de 2012.

Esse panorama epidemiológico apresentado, evidencia a presença da sífilis no cenário nacional ao longo dos anos. Com o passar do tempo, apesar das estratégias de combate à infecção implementada, a sífilis continua presente com altas taxas e a cada dia mais mulheres e crianças são infectadas.

A sífilis congênita é uma doença de fácil prevenção, mediante ao acesso precoce à testagem durante o pré-natal e o tratamento adequado das gestantes positivas, incluindo o tratamento do parceiro, ambos com benzetacil. A política de prevenção da mortalidade materno-infantil do Pacto pela Saúde do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2006), inclui metas de redução da transmissão vertical da sífilis, bem como a de reduzir a mortalidade materna, infantil neonatal, infantil por doença diarreica e por pneumonias (BRASIL, 2012).

Outra estratégia para eliminação da sífilis congênita consta no plano “Saúde para todos no ano 2000”, da OMS e da Organização Pan Americana da Saúde (OPAS), acolhido pelo Fórum de Ministros de Saúde das Américas e, posteriormente, pela Coordenação Nacional de DST/AIDS do MS, no Brasil. A política de saúde brasileira para enfrentamento da Sífilis Congênita inclui o Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, publicado em 2007, definindo ações e metas para melhoria do controle dessa doença (ARAUJO et al., 2012).

Entretanto, apesar dos esforços para o controle da doença, a eliminação ainda não ocorreu no Brasil nem em outros países não industrializados de nosso continente. Apesar de se tratar de um problema passível de ser evitado por medidas simples e de baixo custo, a sífilis congênita ainda apresenta-se como uma grande preocupação em muitos países, incluindo o Brasil. Os dados epidemiológicos evidenciam que as estratégias utilizadas até então, não conseguiram solucionar o problema, ou seja, não são efetivas.

Baseado neste contexto, o estudo propõe traçar o perfil epidemiológico da sífilis congênita no município de Santo Antônio de Jesus, Bahia.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo do tipo quantitativo de corte transversal, no qual é apresentado o perfil epidemiológico da sífilis congênita no município de Santo Antônio de Jesus, Bahia.

A amostra do estudo foi composta por todos os casos de sífilis congênita que ocorreram no município, entre os anos de 2009 a setembro de 2013. Destacamos que os casos foram investigados, incluindo os óbitos neonatais e natimortos registrados em Santo Antônio de Jesus, armazenados no banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no período supracitado, sendo excluídos os casos ocorridos em pessoas que não eram do município.

Para a caracterização dos casos a partir das informações da ficha de investigação/notificação registradas no Sistema de Notificação, foram utilizadas as seguintes variáveis: 1) relativas à mãe: idade, raça/cor, ocupação, escolaridade, localidade e unidade de registro, realização de pré-natal, diagnóstico, esquema de tratamento, quantidade de parceiros e tratamento de parceiros; 2) relativas aos casos: se houve tratamento, esquema utilizado e a evolução do caso.

Na análise dos dados, inicialmente foi realizada a vinculação manual das informações registradas no SINAN, com as fichas disponíveis através das variáveis. Logo após, todos os dados foram tabulados e analisados.

## **Resultados e Discussão**

Foram identificados 38 casos de sífilis congênita do município de Santo Antônio de Jesus, no período de 2009 a setembro 2013. Analisando o perfil das mulheres e de acordo as variáveis: idade, raça/cor, ocupação e escolaridade, traçamos o perfil socioeconômicos das mães sífilíticas.

Em relação à idade, 18,5% das mulheres que adquiriram a sífilis tinham idade na faixa etária de 16 a 20 anos, 50% na faixa etária de 21 a 30 anos, e 31,5% tinham mais de 30 anos, ou seja, trata-se na grande maioria dos casos de mulheres em idade fértil. De acordo com a raça/cor, 10,6% se declararam da cor branca, 31,6% pretas, 50% pardas e 7,8% ignoraram a raça/cor. Sabe-se que Santo Antônio de Jesus é um município do Recôncavo da Bahia, com uma população predominantemente da raça/cor preta, por ter sido povoada por negros e africanos, mas é a raça/cor parda a mais referida pelas gestantes que apresentaram sífilis.

Foi também analisado o perfil de acordo com as variáveis de ocupação e escolaridade das mães que contraíram a sífilis. No que diz respeito à ocupação, a maioria informou ser trabalhadora doméstica em geral, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatístico-IBGE, totalizando assim 65,8%. Neste grupo estão as donas de casa, faxineiras, do lar e domésticas. Destacamos que as atividades por elas executadas, ou seja, trabalhos informais, com remuneração baixa, podem está associadas à escolaridade, pois 39,5% das mulheres informaram ter estudado o Ensino fundamental incompleto, seguido de 23,7% de mães que ignoraram sua escolaridade. Essa relação se dá através de que, quanto menor o grau de escolaridade, menor

a oportunidade de terem trabalhos formais, serem assalariadas e conseguirem extrapolar os serviços domésticos.

A partir dos dados analisados, pode-se também analisar o perfil da sífilis congênita, de acordo com os bairros e suas respectivas unidades de saúde da família (USF), no município de Santo Antônio de Jesus-BA.

De acordo com os anos, houve uma variação das localidades e unidades de registro de sífilis congênita. No ano de 2009, a USF Fernando Queiroz II teve como registro, os maiores casos de sífilis congênita, onde foram notificados 02 casos, e em 2010, teve como destaque a USF São Francisco, com 02 casos notificados. Em 2011, os 02 casos notificados foram da área de abrangência da USF Geraldo Pessoa Sales. Já no ano de 2012, o número de casos aumentou significativamente, foram 11, tendo destaque para a área da USF Andaiá, USF Geraldo Sales e USF Alto Santo Antônio. Para o ano de 2013 foram notificados 14 casos, sendo que 04 deles estão registrados na USF Alto Santo Antônio e 03 na USF São Francisco.

A atenção primária se expande com a implantação das Unidades de Saúde da Família, posteriormente com a organização das unidades e dos serviços a rede de atenção à saúde do município vai sendo estruturada. Com o aumento da cobertura das USF e de ações básicas como o atendimento pré-natal, seria esperado um melhor controle da transmissão vertical da sífilis (ARAÚJO et al., 2012).

De acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, a medida de controle da sífilis congênita mais efetiva, consiste em oferecer a toda gestante uma assistência pré-natal adequada, com a captação precoce da gestante para o início do pré-natal; a realização de, no mínimo, seis consultas com atenção integral qualificada; a realização do VDRL no primeiro trimestre da gestação, idealmente na primeira consulta, e de um segundo teste em torno da 28 semanas, com ações direcionadas para busca ativa a partir dos testes reagentes (recém diagnosticadas ou em seguimento)(BRASIL, 2006).

Partindo desse pressuposto, os dois gráficos que seguem mostram a porcentagem de gestantes que compareceram ao pré-

natal durante a gestação, no município de Santo Antônio de Jesus-BA, durante os anos de 2009 a 2013. Nota-se no Gráfico 1, que a maioria, 31 das 38 gestantes compareceram ao pré-natal, e apenas 06 mulheres não compareceram, sendo 01 caso ignorado. Ressalta-se que não fica explícito quantas consultas foram realizadas por essas gestantes.

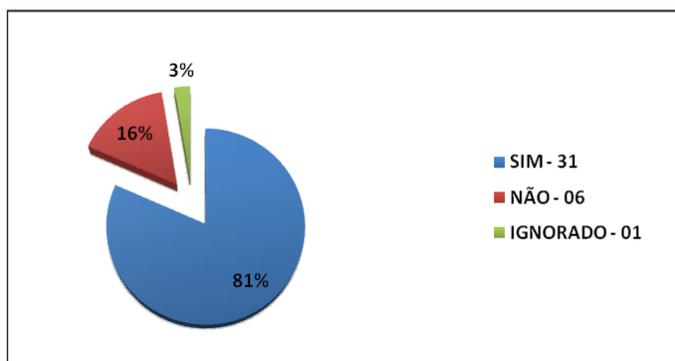


Gráfico 1. Porcentagem de gestantes que compareceram a consulta de pré-natal durante a gestação, no município de Santo Antônio de Jesus-Ba, nos anos de 2009 a setembro de 2013.

Em contrapartida, o Gráfico 2 demonstra que há uma falha na identificação de sífilis em gestantes durante o pré-natal. Um alto número de sífilis congênita foi diagnosticado em Santo Antônio de Jesus-BA entre os anos de 2009 e 2013 fora do atendimento de pré-natal, sendo que 34% foram descobertos no momento do parto e 21% após o parto. Esses dados apontam talvez para falhas na assistência de pré-natal. O pré-natal inadequado impede a realização do diagnóstico da sífilis e sua intervenção precoce. Nota-se no mesmo gráfico, que 42% dos casos de sífilis foram diagnosticados durante o pré-natal e 3% foram ignorados.

Para Araújo et al. (2006), a falta de realização de exames para o diagnóstico da sífilis; dificuldade em reconhecer os sinais da doença na mãe; falhas na interpretação dos resultados de testes sorológicos e falhas ou ausência de tratamento da mãe e/ou do parceiro são fatores relacionados ao pré-natal inadequado.

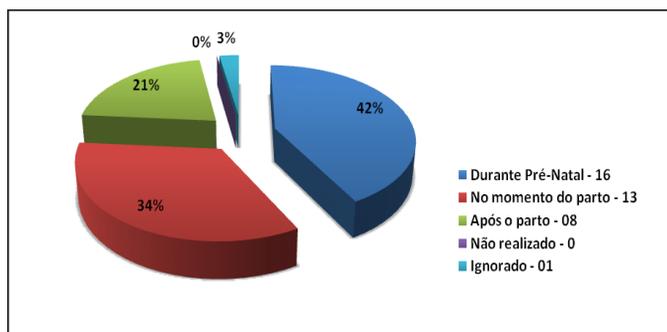


Gráfico 2. Porcentagem do momento onde foi diagnosticado a sífilis congênita no município de Santo Antônio de Jesus-BA, nos anos de 2009 a setembro de 2013.

Ainda assim, segue como medida de controle da sífilis congênita a instituição do tratamento e seguimento adequados da gestante e do(s) seu(s) parceiro(s), abordando os casos de forma clínico-epidemiológica; a documentação dos resultados das sorologias e tratamento da sífilis na carteira da gestante; e a notificação dos casos de sífilis congênita (BRASIL, 2006).

Destaca-se a estratégia de inserção da atenção pré-natal, a qual tem em seus protocolos a triagem da sífilis e conseqüentemente, o tratamento da gestante e de seu parceiro, quando apresentam testes positivos (SARACENI, 2012).

De acordo com o mesmo estudo, o Gráfico 3 vem mostrar a relação de parceiros tratados concomitantemente com a gestante. De

todos os casos, 66% dos parceiros não são tratados e uma pequena porcentagem de 24% foi tratada juntamente com as parceiras e 10% foram ignorados. Isso significa que, apenas as gestantes estão sendo tratadas, implicando diretamente na forma de tratamento que está sendo demonstrada no Gráfico 4.

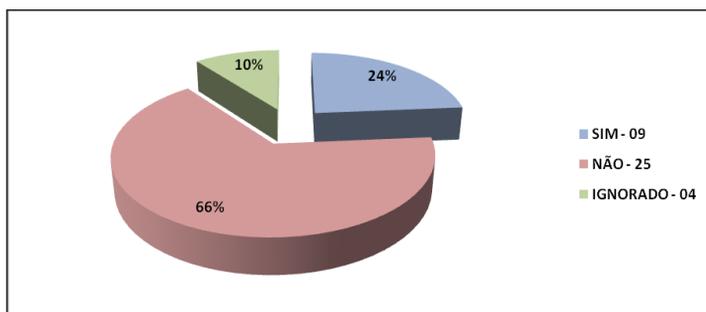


Gráfico 3. Número de parceiros tratados concomitantemente com a gestante no município de Santo Antônio de Jesus-BA, nos anos de 2009 a setembro de 2013.

Para que não haja a transmissão vertical da sífilis é necessário o uso adequado do esquema terapêutico, tanto pela gestante quanto para seu(s) parceiro(s), pois os dados do estudo demonstram a ineficácia do tratamento. No Gráfico 4, dos casos notificados, 17 foram considerados como esquema inadequado de tratamento, contra 15 casos considerados adequado e aceito. Durante a coleta e tabulação de dados, ficou explícito que muitas das gestantes continuavam com os parceiros, mas estes não faziam o tratamento, enquanto que outras mulheres já não estavam mais com o parceiro que poderia ser o pai da criança, ou seja são diversas situações que interferem na eficácia e qualidade do esquema de tratamento.

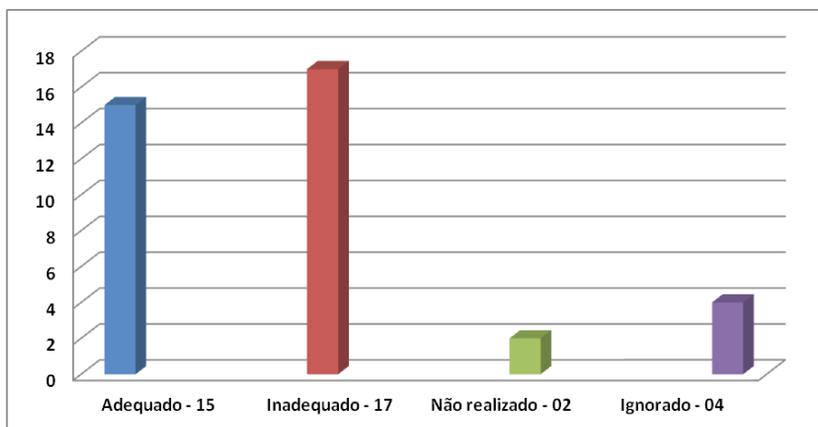


Gráfico 4. Qualidade do esquema terapêutico da gestante e do(s) parceiro(s) realizado na gestação no município de Santo Antônio de Jesus-BA, nos anos de 2009 a setembro de 2013.

Segundo Araújo et al. (2012), um terço das gestações em mulheres infectadas pelo *Treponema pallidum*, e não adequadamente tratadas, pode resultar em perda fetal e outro terço em casos de sífilis congênita. Além dos seus efeitos em termos de mortalidade, prematuridade, baixo peso ao nascer e complicações agudas, essa doença também é responsável por deformidades, lesões neurológicas e outras sequelas. A cada gestante adequadamente tratada, conseqüentemente não haverá um caso de sífilis congênita.

O Gráfico 5 traz em porcentagem, a evolução dos casos de sífilis congênita em Santo Antônio de Jesus. Pode-se notar que 76% dos conceptos viveram, mesmo com a transmissão da doença, o que nos faz pensar na efetividade do tratamento da criança, ainda que logo após o nascimento. Dos demais casos notificados, 02 foram natimortos e apenas 01 foi considerado aborto, e 03 confirmado como óbito pela sífilis congênita.

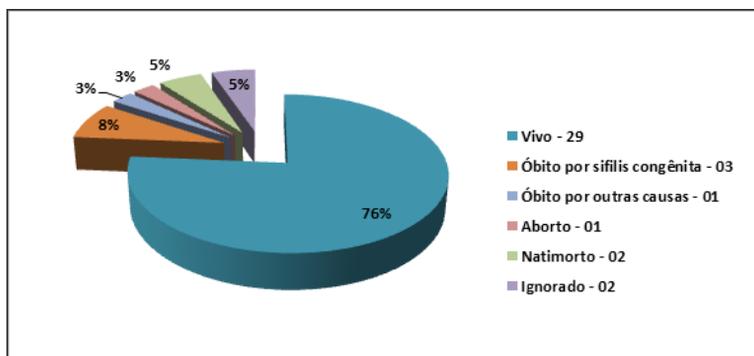


Gráfico 5. Porcentagem da evolução dos casos diagnosticados com sífilis congênita no município de Santo Antônio de Jesus-BA, nos anos de 2009 a setembro de 2013.

### Considerações finais

A análise dos dados de sífilis congênita, mostra que ainda há um longo caminho a percorrer para sua eliminação. Os achados obtidos no presente estudo, reafirmam a importância da utilização das taxas de sífilis congênita, como indicador de qualidade da assistência pré-natal, visto que a mesma pode ser totalmente evitável por meio da assistência pré-natal.

Frente a esses resultados, nota-se a necessidade de maiores esclarecimentos às grávidas sobre a gravidade e o modo de transmissão da sífilis, e de suas consequências para o conceito. Fica clara a necessidade da realização de ações educativas acerca do assunto, bem como exames de rotina na gestação, como algumas das estratégias para conscientização das gestantes a respeito da doença.

Para redução da transmissão vertical da doença, faz-se necessário rever, ou até mesmo reformular, a assistência de pré-natal que está sendo ofertada às mulheres nas unidades de saúde da família, pois o elevado percentual de neonatos infectados indica que a assistência não está sendo realizada de forma adequada.

Diante disso, identifica-se a precisão da implementação de ações mais significativas para o controle desse agravo, de treinamentos sobre definição de caso de sífilis congênita. Para isso é necessário o comprometimento de todos os profissionais de saúde.

Frente a essa situação, algumas medidas foram tomadas pela Vigilância Epidemiológica do município de Santo Antônio de Jesus-BA, dentre elas, a realização do teste rápido para sífilis e HIV fora do período das campanhas, nas unidades de saúde onde há os maiores números de casos confirmados das referidas doenças. Podemos citar também medidas como: salas de espera, palestras e outras atividades a cerca do assunto realizadas por alunos da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, em parceria com a Vigilância Epidemiológica. A medida tomada pela vigilância epidemiológica, traz a importância da busca, da identificação, da notificação e do tratamento da sífilis, com o apoio das unidades básicas de saúde, e que são consideradas porta de entrada dos serviços de saúde e o principal meio de contato com a população.

## Referências

ALMEIDA, M. F.; PEREIRA, S. M. Caracterização epidemiológica da sífilis congênita no município de Salvador, Bahia. **DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 19, n. 3-4, p. 144-156, 2007.

ARAÚJO, C. L. et al. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 3, p. 479-486, 2012.

ARAÚJO, E. C. et al. Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. **Revista Paraense de Medicina**, v. 20, n. 1, p. 47-51, 2006.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico – Sífilis**. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Ano I - nº 1, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Plano Operacional. Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis.** Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. **Diretrizes para controle da sífilis congênita:** manual de bolso. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS, 2006.

LORENZI, D. R. S.; MADI, J. M.. Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-Natal. **RBGO**, v. 23, n. 10, p. 647-652, 2001.

MARTINS, L. M. et al. Fatores associados ao uso de preservativo masculino e ao conhecimento sobre DST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 315-323, 2006.

SARACENI, V.; MIRANDA, A. E. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 490-496, 2012.

# ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO ÀS DST/HIV/AIDS UTILIZADAS NA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE EM SANTO ANTÔNIO DE JESUS-BA

*Kézia França de Jesus*

*Letícia Falcão de Carvalho*

*Elias Fernandes Mascarenhas Pereira*

*Lilian Conceição Guimarães de Almeida*

*Oade Oliveira Cunha de Souza*

## **Introdução**

O PET-Saúde é um programa do Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, que visa integrar ensino-serviço-comunidade, imergindo docentes e estudantes de graduação na rede pública de saúde. Esta imersão possibilita ao estudante de graduação em saúde, contato com a realidade e dinâmica dos serviços (BRASIL, 2010).

Este programa visa não apenas aperfeiçoar o conhecimento dos discentes de graduação sobre a temática, mas permite que estes conheçam o funcionamento e a dinâmica do serviço que atuam, possibilitando criar ações e estratégias que melhorem a qualidade do atendimento e a organização deste. Tal fato, conseqüentemente amplia as informações e atividades ofertadas para a população assistida, com a finalidade de promover uma maior atenção à saúde.

Deste modo, foi identificada a necessidade de favorecer o empoderamento dos usuários sobre seus direitos e deveres para prevenção, através da abordagem sobre diversas temáticas, principalmente acerca das DST/HIV/AIDS.

À vista disso, Verdi et al. (2010), configuram a educação e a saúde como esferas fundamentais na vida do ser humano, entrelaçando-se nas práxis do cotidiano, assim, as ações em saúde exigem uma abordagem dialógica com os sujeitos envolvidos nesse processo. Relacionado assim à educação em saúde, como processo transformador da realidade social.

Assim, o território da sala de espera é um lugar onde os sujeitos aguardam o atendimento de saúde, esperam pelos profissionais de saúde, sendo um espaço público no qual vários atores podem transitar livremente, nas Unidades Básicas de Saúde. Corroborando, Texeira (2006) aborda a sala de espera como um espaço dinâmico, onde os sujeitos falam de suas aflições, de suas doenças, da qualidade do atendimento na instituição e da vida cotidiana. Portanto, esse espaço se torna propício para ações voltadas para educação em saúde e foi cenário escolhido para realização das atividades.

A iniciativa em realizar essas ações nas Unidades de Saúde da Família (USF) e no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), surgiu diante do cenário em que a epidemia das DST/HIV/AIDS tem se apresentado em Santo Antônio de Jesus, Bahia. A progressão dos casos de infecção no município acompanha o aumento visto no mundo.

Assim, o número de casos de indivíduos infectados pelo HIV/AIDS vem crescendo em todo o Brasil, e como estratégia para redução desta epidemia, se faz necessário ampliar o conhecimento de toda a população sobre esta temática, para que cada um se empodere de informações, perceba a dimensão e a importância da prevenção. Destacando que, desde a descoberta da AIDS, ainda hoje há mitos e inverdades que circundam este tema, sendo imprescindível esclarecê-los e desmistificá-los, a fim de que haja um nivelamento nas informações divulgadas, para que todos possuam conhecimento adequado, se conscientizem dos meios para a contaminação, se sensibilizem para prevenção e profilaxia.

É pensando na importância de divulgar essas discussões, que os estudantes do Programa de Educação pelo Trabalho para

a Saúde/Vigilância Saúde (PET-Saúde/VS), se imbuem de uma responsabilidade, papel social e, partem para as unidades de saúde, para falar e se comunicar com os usuários do SUS. Este capítulo teve como objetivo relatar a experiência de petianos que participaram de atividades de sala de espera sobre DST/HIV/AIDS.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo descritivo e qualitativo, caracterizado como relato de experiência e realizado a partir de ações promovidas durante o mês de novembro de 2014. Este estudo foi decorrente da participação no PET-Saúde Vigilância em Saúde, cuja linha temática é titulada como o desenvolvimento de estratégias de vigilância, controle e redução da transmissão do HIV/AIDS em mulheres de Santo Antônio de Jesus, Bahia, em parceria com o Programa de DST/AIDS do município, tendo como público alvo usuários da rede de atenção à saúde que se encontravam na sala de espera em quatro Unidades de Saúde da Família (USF) e no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) do município estudado. O CTA e as USF foram escolhidos no estudo, como locais para realização das ações, por estes fazerem parte do cenário de atuação deste PET-Saúde/VS.

## **Apresentando a proposta**

A proposta metodológica utilizada nas ações, foi a realização de educação em saúde, nas salas de espera das USF e do CTA. As sessões tiveram duração de aproximadamente 20 minutos, em que o tema central foi a prevenção das DST/HIV/AIDS.

Ao longo das falas que eram abordadas de maneira dialógica e coletiva as especificidades do adoecimento, a transmissibilidade, as estratégias de prevenção e o tratamento. As discussões foram pautadas nas trocas dos saberes, interlocução de ideias, e na extinção

de dúvidas acerca do tema, de maneira calma e organizada, utilizando ferramentas lúdicas para compartilhamento do conhecimento e para que este fosse gradativamente sendo sedimentado, e assim favorecer a avaliação do aprendizado que estava sendo produzido, sobre as estratégias de enfrentamento às DST/HIV/AIDS.

O objetivo da ação foi abordar conceitos como o que é o HIV, como age no organismo, a diferença entre HIV e AIDS, formas de transmissão e de prevenção, além de orientar e incentivar a realização do teste rápido disponível nos cenários trabalhados.

No âmbito do cenário do CTA, além destes pontos trabalhados, abordou-se a importância de utilizar o preservativo com o parceiro, independente deste, também ser soropositivo para HIV, a importância do comparecimento no serviço para realizar exames de acompanhamento (contagem de linfócitos CD4 e carga viral) e a adesão à medicação.

Para atingir tais objetivos, estruturou-se a dinâmica da apresentação, sendo iniciadas as atividades com alguns questionamentos acerca do tema, a fim de identificar o conhecimento do público alvo e proporcionar discussões do assunto no grupo, com posteriores explicações sobre a temática.

Assim, perguntas como: O que é o HIV? O que já ouviu falar sobre o mesmo? Como é transmitida? Qual a diferença entre HIV e AIDS? Como se prevenir? Foram utilizadas no decorrer da apresentação, contando com a participação do público nas discussões e proposições das respostas, em que estas serviram para a análise do nível de empoderamento acerca do HIV. Toda resposta apresentada, foi esclarecida e complementada pelo grupo de petianos, a fim de fixar tais conhecimentos. No CTA, adicionaram-se perguntas como: Quem já ouviu falar em Linfócitos CD4 e Carga viral? Por que não devo deixar de tomar a medicação? Por que devo fazer os exames de rotina?

Como forma de avaliação do aprendizado acerca das formas de transmissão, realizou-se um jogo titulado: Assim pega, assim não pega, em que os participantes teriam que identificar as

formas de transmissão da doença, explicar o porquê da transmissão em determinada forma, sendo um momento muito importante para sanar possíveis dúvidas. No que se refere ao CTA, adicionou-se o manuseio de bonecos lúdicos para ilustrar a informação passada, e para detalhar a importância da realização dos exames de acompanhamento para os portadores do vírus, além de demonstrar a ação da medicação no organismo e conseqüentemente, esclarecer à necessidade do uso contínuo dos medicamentos.

Nesse processo houve a ilustração do medicamento, dos vírus, e das células de defesa (Linfócitos CD4), em que foram encenadas duas situações. A primeira, refere-se ao indivíduo que faz uso da medicação de forma correta, demonstrando a ação das medicações e a resposta positiva do organismo, e, a segunda situação, refere-se ao indivíduo que não faz este uso adequado e conseqüentemente, os prejuízos gerados por essa atitude. Da mesma forma, pode-se explicar o funcionamento dos exames de rotina para contagem de carga viral, conceituando tal termo para o público alvo.

Além disso, foram expostos os preservativos feminino e masculino, incentivando e ensinando a forma correta de uso dos mesmos, que posteriormente foram distribuídos exemplares para população presente. Também foram confeccionados diversos cartazes com mensagens, ratificando os conhecimentos apreendidos na educação em saúde, e que foram fixados no serviço. Foram entregues folders para que os participantes pudessem propagar as informações aprendidas.

Em todo processo, nos diversos cenários de atuação, buscou-se a interlocução entre os sujeitos, a partilha de experiências, contribuindo para o aprendizado acerca do que foi abordado em toda apresentação.

Os resultados apresentados são reflexos da percepção do conhecimento do público-alvo, e se diferenciam entre os cenários USF e CTA, devido a diferente população presente, uma vez que no CTA se fez presente também, pessoas soropositivas para HIV, que

obtinham maior conhecimento acerca de termos mais específicos da doença, como carga viral e contagem de CD4. Assim, realizou-se uma análise diferenciada dos dados qualitativos a fim de evitar vieses no estudo.

### **HIV/AIDS: Diferenciação entre ambos os conceitos e a ação do vírus**

Nos cenários, a participação da população durante as apresentações foi de aproximadamente 80% do público, participação esta, que se refere à resposta dos questionamentos, interação durante jogos, formulação de perguntas para sanar dúvidas e comentários.

Assim, no âmbito das USF e CTA, percebeu-se que a população já tinha ouvido falar sobre o HIV, porém, grande parte não sabia diferenciar da AIDS. Esta se mostrou bastante interessada em compreender a diferença entre ambos os termos. No cenário das USF, no que se refere à forma que o vírus age no organismo, poucos relataram a queda da imunidade como um fator da consequência da ação do vírus nas células de defesa, relatando, em sua maioria, o vírus como um fator perigoso, que é muito prejudicial e pode causar até a morte. Porém, não demonstraram conhecer o porquê das mazelas acarretadas pelo vírus.

Como apresenta o estudo realizado por Ferreira (2008), sobre o nível de conhecimento e percepção de risco da população brasileira sobre o HIV/AIDS, que constatou que o grau de informação sobre AIDS não é suficiente para que uma pessoa adote um comportamento protetor, entretanto a escassez de informações torna-se contribuinte no aumento da vulnerabilidade ao HIV/AIDS.

No CTA, foi percebido que a população obtinha um domínio maior quanto à ação do vírus, observou-se que a relação entre o vírus atacando as células de defesa e a diminuição da imunidade do organismo, já era compreendida de forma geral pela maioria, porém, observou-se à dúvida quanto à nomenclatura dos linfócitos CD4 e carga viral, que poucos demonstraram conhecer.

O que permite sugerir a proposição de estratégias por partes dos profissionais desse serviço, para que o desconhecimento do termo não se configure fator relevante, para a compreensão da importância da realização dos exames de controle de avaliação do tratamento.

### **Formas de transmissão e prevenção do HIV**

Através das pessoas que expuseram suas falas durante as ações, observou-se a unanimidade do conhecimento entre as mesmas, acerca da transmissão do HIV através da relação sexual pênis-vagina. Tanto nas USF, quanto no CTA, foi possível perceber também, que outras formas de transmissão, como o sexo oral e anal, não eram tão conhecidas ou não foram relatadas, por insegurança da informação não estar correta. No que tange ao sexo vaginal, estes obtinham certeza da transmissão, porém, quanto às outras vias, os mesmos achavam que poderia também ocorrer o contágio, portanto haviam dúvidas.

Além disso, ainda no contexto das formas de transmissão, através do jogo “Assim pega, assim não pega”, foi possível perceber que, apesar das explanações realizadas pelo grupo, anteriormente ao jogo, a fixação do conteúdo e a retirada de dúvidas só foi possível com a realização do mesmo. Este fato pode estar relacionado com a timidez em tratar do assunto ou em perguntar dúvidas sobre o tema abordado.

No decorrer do jogo, percebeu-se que a população de maneira geral, ainda confunde formas simples e cotidianas que não podem transmitir o HIV, com formas possíveis de transmissão, como por exemplo, a picada de inseto, beijar, sentar em lugar quente, compartilhar toalha e o uso coletivo do banheiro. E desconheciam fatores importantes, como a passagem do vírus através do leite, e o fato que hoje, as chances de contágio do HIV através da transfusão sanguínea são mínimas, por todo controle de qualidade no qual esse material é submetido. Todas as dúvidas levantadas foram esclarecidas

e percebeu-se que a população ao final da atividade, compreendeu as informações abordadas pelo grupo.

Quanto à prevenção do HIV, identificou-se que em todos os cenários assistidos, as pessoas presentes na sala de espera dos serviços conheciam o preservativo masculino, porém, muitas relataram não utilizar por ter parceiro fixo, ou porque o parceiro não gosta, mas identificaram em sua maioria, o preservativo como a única forma de prevenção na relação sexual, dessa forma, estes foram orientados quanto aos perigos da exposição sexual desprotegida, na tentativa de conscientizá-los ao uso e estes se visualizarem como vulneráveis ao vírus.

No momento posterior a discussão, relacionada ao uso de preservativos, o grupo de petianos apresentou o preservativo feminino para a população presente, onde a maioria da mesma já tinha ouvido falar, porém a ocorrência de uso e visualização prévia do insumo foi rara. A reação geral foi de curiosidade para visualizar, e desejar conhecer a forma de uso, levantando questionamentos e bastante atenção nesse momento. A proposta feita pelo grupo, foi do uso da camisinha feminina advir de uma estratégia da mulher para se proteger, principalmente quando o parceiro for resistente ao uso do preservativo masculino, e para estimular o uso, foi proposto um olhar diferenciado para o mesmo, podendo ser encarado como uma novidade na relação íntima dos mesmos.

Em resposta à proposta realizada, grande parte das mulheres e homens presentes, desejaram adquirir a camisinha feminina oferecida, no intuito de utilizar ou oferecer a sua parceira, sendo assim, uma estratégia positiva realizada pelo grupo. Assim, para gerar uma resposta similar nas outras pessoas que frequentam o serviço, mas que não puderam estar presentes na atividade, foi fixado um cartaz com a exposição do preservativo feminino e frases de incentivo, a fim de estimular a curiosidade do uso do mesmo e gerar uma alternativa à resistência do uso do masculino por parte do parceiro.

As USF nas quais os petianos realizaram ações, oferecem teste rápido para HIV, Sífilis, Hepatite B e C, e ao final da atividade tal informação foi ratificada, estimulando a participação dos mesmos na verificação destas sorologias. Dessa forma, foi possível observar, que muitos desconheciam o serviço oferecido e se interessaram de maneira geral em marcar o teste, e chamar seus parceiros para realizar também. Pontos que foram percebidos e se constituem importantes para essa resposta ao convite para testagens, foram as facilidades oferecidas através da rapidez de resultados e marcação, por serem exames pouco invasivos e o local de realização ser a própria unidade de saúde.

Já no CTA, por ser um serviço de testagem e de acompanhamento de especialidades, era de conhecimento da maioria a oferta de testes e foi um ponto que não foi muito debatido nesse cenário, pelo fato do público ser mais voltado ao acompanhamento do HIV, assim, os exames que direcionou-se maior atenção pelo grupo de petianos, foram os de contagem de CD4 e carga viral, indispensáveis para o controle e avaliação do tratamento.

O que permite concordar com as conclusões de Elucir et al. (2004), que ratifica a prevenção da transmissão sexual se constituindo em uma das principais metas dos programas de educação em saúde, promovendo debates acerca da vulnerabilidade ao HIV, com o objetivo de sensibilizar os sujeitos para a adoção de comportamentos sexuais seguros

### **Percepção geral das estratégias de enfrentamento executadas nos cenários**

Ao final das ações em cada cenário assistido, percebeu-se um retorno muito positivo da população, uma vez que o trabalho realizado nos respectivos locais foi elogiado, e os mesmos relataram ter aprendido o que foi passado e sugeriram que tais apresentações de forma lúdica e interativa, como estas que foram realizadas pelo

grupo, deveriam acontecer mais vezes no serviço, a fim de melhorar o aprendizado de temas importantes para a saúde.

Foi relatado em alguns campos de atuação, que os profissionais não realizavam aquele tipo de educação em saúde no cotidiano laboral, perdendo assim, a oportunidade de atingir um público carente de informação e que deseja aprender mais e repassar para os familiares.

O que permite ratificar a importância do papel da educação em saúde no âmbito das DST, na rede de serviços de um município, já que este papel é empoderar a população, para que esta conheça as formas de prevenção, as formas de transmissão dessas doenças, entendendo também a magnitude das mesmas, para que, de certa forma, essa população esteja ciente da sua escolha preventiva ou não.

Não existe garantia que informação gerará uma postura correta frente a situações de exposição ao HIV, porém, espera-se que, quando este indivíduo entende os perigos da exposição não preventiva ao vírus, este, adquira uma atitude protetora contra o mesmo e assim, possa evitar o contágio e favorecer a quebra da cadeia de transmissão.

Dessa forma, concluiu-se que a estratégia metodológica utilizada pelos petianos para transmitir e trocar conhecimentos acerca do HIV/AIDS, obteve êxito e deve ser cultivada entre os profissionais e no âmbito do próprio PET-Saúde, inclusive em outras ações de enfrentamento que venham a ocorrer.

### **Considerações finais**

Diante do que foi exposto, pode-se ratificar a necessidade de ampliar e estabelecer estratégias para o enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS, um exemplo de ação para tal, são as educação em saúde com a população. Percebeu-se através das atividades realizadas, que sempre há o que aprender, o que se falar sobre a

temática DST/HIV/AIDS, as informações e orientações sobre este tema são sempre necessárias.

O PET-Saúde também tem essa função, possibilita a inserção dos estudantes de graduação em campos de prática na rede pública de saúde, com a finalidade de torná-los mais aptos a discutir sobre a temática e próximos deste serviço, reconhecendo as dinâmicas de funcionamento e as ações ali existentes, possibilitando assim a implementação de outras atividades, com a finalidade de trazer benefício tanto para o serviço, quanto para a população assistida.

Participar de um programa como este, permite que o discente aprofunde o seu conhecimento e perceba o seu potencial transformador e disseminador de informações. Com estas atividades, os participantes puderam se aproximar mais da temática e transmitir para a população conhecimentos necessários para a redução do número de casos desta epidemia, e foi possível identificar à necessidade de uma atividade como esta e a importância de expandi-la em outros serviços.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde- SGTES. **Portaria n. 4, de 29 de Março de 2010**. Diário Oficial da União; 20 de Abril de 2010; Seção 1.

ELUCIR, G. et al. A feminização da AIDS: conhecimento de mulheres soropositivas sobre a transmissão e prevenção do HIV. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 16, n. 3, p. 73-76, 2004.

FERREIRA, M. P. Nível de conhecimento e percepção de risco da população brasileira sobre o HIV/Aids, 1998 e 2005. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, supl. 1, p. 65-71, 2008.

TEIXEIRA, E. R.; VELOSO, R. C. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 320-325, 2006.

VERDI, M. I. M.; BÜCHELE, F.; TOGNOLI, H. **Educação em Saúde**. [s.l.:s.n.], 2010.

# A OBSERVAÇÃO NO PROCESSO DE APRENDIZADO NO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE

*Danielle Rios de Souza*

*Iasmin Oliveira Pinheiro*

*Lilian Conceição Guimarães de Almeida*

*Oade Oliveira Cunha de Souza*

*Willian Tito Maia Santos*

## **Introdução**

A Atenção Básica (AB) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde que abrange a promoção e a proteção da saúde, incluindo ainda a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. A mesma, considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas, nos determinantes e condicionantes de saúde. Dessa forma, é considerada a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011).

No processo de reorganização da AB, o desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF), tem sido essencial para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), visto que ampliou o acesso das populações aos serviços de saúde, além disso, possibilita um repensar dos processos e conteúdos utilizados na formação de seus profissionais (DUARTE, 2010).

A ESF é o nível de atenção primária<sup>1</sup>, diferenciando-se dos demais níveis de atenção, secundária e terciária, por diversos aspectos que a caracterizam. A mesma é tida como uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da AB, baseada no trabalho de equipes multiprofissionais em um território adscrito (BRASIL, 2007; BRASIL, 2011).

A ESF permite uma reorientação do processo de trabalho com maior potencialidade de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da AB, de ampliar a resolutividade e produzir maior impacto na situação de saúde das pessoas e a continuidade do cuidado, ao possibilitar o desenvolvimento de ações de saúde a partir do conhecimento da realidade local e das necessidades de saúde da população. Além disso, a ESF pode propiciar uma importante relação custo-efetividade e estabelecimento de vínculos entre os profissionais e os usuários (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde (MS), por intermédio do seu papel constitucional de ordenar a formação de profissionais para a área da saúde e ao considerar a educação como uma ferramenta de gestão e instrumento de transformação de práticas de atenção em saúde, passa a investir na construção de novos perfis profissionais, em favor da integralidade e resolubilidade da atenção prestada à população (HADDADL et al., 2009).

Nesse sentido, os Ministérios da Saúde e da Educação instituíram o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), por intermédio da Portaria Interministerial nº 421 de 3 de Março de 2010, como uma das ações intersetoriais direcionadas para o fortalecimento da AB e da vigilância em saúde, de acordo com os princípios e necessidades do SUS (BRASIL, 2010; LEITE et al., 2012).

O PET-Saúde é uma das estratégias criada a partir do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), que se constitui em um instrumento para

---

1 Neste texto utiliza-se atenção primária como sinônimo de atenção básica.

viabilizar o aperfeiçoamento e especialização dos serviços para profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências para aos estudantes da área, através de programas como o PET-Saúde/Vigilância em Saúde da Mulher (PET-Saúde-VS/Mulher) (BRASIL, 2010; LEITE et al., 2012).

O PET-VS/Mulher foi instituído com o objetivo principal de promover grupos de aprendizagem tutorial no âmbito dos programas e ações de Vigilância em Saúde, através da integração ensino-serviço-comunidade e da educação pelo trabalho por meio da reorientação da formação profissional. Além disso, esse programa possibilita uma abordagem integral do processo saúde-doença, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimento, de ensino-aprendizagem e de prestação de cuidado (RODRIGUES; SOUZA; PEREIRA, 2012).

Levando em consideração que os programas supracitados surgiram com a perspectiva de qualificar as ações e os serviços de saúde oferecidos à população de acordo com as necessidades do SUS, o presente relato tem o objetivo de descrever o uso da técnica de observação, como um instrumento no processo de aprendizado de petianas, em uma Unidade de Saúde da Família (USF).

### **Aspectos metodológicos**

Este trabalho consistiu-se em uma pesquisa de campo de cunho exploratório-descritivo combinado, realizada em uma Unidade de Saúde da Família (USF), de Santo Antônio de Jesus-BA, ou seja, a observação dos fatos e fenômenos é espontânea, com coleta de dados e registros de variáveis, para que possam ser analisados (LAKATOS; MARCONI, 2003).

Essa pesquisa corresponde à primeira etapa do projeto *Desenvolvimento de estratégias de vigilância, controle e redução da transmissão do HIV/AIDS em mulheres de Santo Antônio de Jesus*, que será seguida por uma segunda etapa através do método de entrevistas.

A unidade pesquisada, foi uma USF fundada em 29 de dezembro de 2009, localizada em Zona Urbana no bairro São Benedito, na cidade de Santo Antônio de Jesus, Bahia. Situa-se em uma rua tranquila, rodeada por domicílios e com pavimentação, em uma área que possui poucos pontos de referência comercial. O território de abrangência desta unidade, está dividido em 12 microáreas. A USF apresenta uma equipe multiprofissional, composta por 22 profissionais (médico, odontólogo, enfermeira, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, auxiliar em saúde bucal, auxiliar de serviços gerais e recepcionistas), além de receber a contribuição sempre que necessária da equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

O critério de escolha da unidade deu-se através de estudo exploratório inicial, a partir das notificações das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) das USFs, identificadas junto à Vigilância Epidemiológica do município, referente ao período entre 2012 até o primeiro trimestre de 2014. Foram coletados 3.920 casos, sendo que destes, 45,8% referentes ao ano de 2012, 38,8% ao ano de 2013 e 15,2% ao ano de 2014. Para a pesquisa, foram selecionadas as três unidades que mais obtiveram número de notificações, sendo que neste estudo, serão levados em consideração apenas os resultados de uma das unidades.

A unidade pesquisada apresentou no segundo semestre de 2012, um número de 171 casos de DST, porém, nos anos seguintes houve um decréscimo das notificações, chegando a 2013 com 5 casos e em 2014 com 4. Essa também é uma das justificativas para a escolha do local, com o intuito de compreender o motivo que está levando à subnotificação dos dados.

### **Aproximação com o lócus e construção do diário de campo**

Em reunião do grupo do PET-VS/Mulher, foi realizada uma fundamentação teórica sobre a necessidade do olhar diferenciado

acerca da temática vulnerabilidade feminina ao DST/HIV/AIDS, para embasar a pesquisa e as pesquisadoras. Posteriormente, foi iniciado o período de observações na USF sobre funcionamento do serviço, bem como a estrutura física, programas e serviços oferecidos, demanda e o perfil dos usuários, para assim estabelecermos vínculo com os profissionais e usuários.

O espaço físico da USF em estudo é composto por 13 cômodos, que não se encontra apropriado para atender à demanda, visto que esta atende cerca de 6.000 pessoas, ultrapassando o preconizado pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde, que estabelece que uma USF tenha a área de abrangência específica de, no máximo, 4.500 pessoas (BRASIL 2000).

Após conhecimento da estrutura da unidade, foram realizadas observações sobre o serviço através da técnica de observação direta intensiva. Essa técnica tem como objetivo, analisar eventos ou fenômenos que se almejam estudar e não apenas em ver e ouvir, ajudando os pesquisadores a obter informações acerca do comportamento que muitas vezes os indivíduos não têm consciência. Além disso, a observação traz a possibilidade de estudar uma ampla variedade de fenômenos e contribui para que, na segunda etapa da pesquisa, que será realizada posteriormente, haja um conhecimento sobre as causas e os efeitos que o serviço da unidade traz para as mulheres pesquisadas (LAKATOS; MARCONI, 2003).

O período das observações ocorreu entre os meses de abril a setembro de 2014 e para a coleta de dados foi utilizado diário de campo, construído por duas estudantes do PET/VS Mulher. Os dias de visita à USF foram de segunda a quinta e consistiam em assistir as consultas em turnos alternados entre as estudantes, para que as observações fossem feitas pela perspectiva de ambas, diminuindo assim os vieses de pesquisa.

O diário de campo constituiu em um instrumento importante para o registro diário dos eventos observados, além disso, possibilita uma análise mais eficaz dos eventos. Nele foram

registrados a rotina dos profissionais, as consultas, a postura da equipe, o acolhimento, o serviço e as abordagens feitas pelos profissionais. A partir desses dados foi realizada a análise das observações confrontando com a literatura e com os regulamentos implementados pelo Ministério da Saúde.

## **Resultados e Discussão**

A observação é o ponto de partida da investigação social e consiste em coletar informações para a obtenção de aspectos da realidade (LAKATOS; MARCONI, 2003). Assim, a partir do que foi observado na USF, pode-se traçar o perfil da equipe, se o serviço oferecido está de acordo com o preconizado pelo MS, quais as particularidades dessa unidade com seus pontos positivos e negativos, a sua demanda, resolutividade, acolhimento e abordagens.

As vantagens de utilizar a técnica de observação é que, além de possibilitar o estudo de uma variedade de fenômenos, ela permite que sejam consideradas questões que não foram levantadas previamente, demonstrando uma realidade que vai de encontro com o que é encontrado na literatura. Então ela permite que o pesquisador direcione o seu olhar para aspectos que não tinham sido considerados antes da observação. Porém, assim como outras técnicas de pesquisa, existem limitações na observação, a exemplo da neutralidade do pesquisador, que tem de manter distante suas opiniões pessoais (BARROSO, 2012).

Como se está em um ambiente realista, as ocorrências espontâneas não podem ser previstas, e isso pode prejudicar a coleta destes dados, pois o observador pode não presenciá-lo, além de que a duração dos eventos pode ser curta ou demorada, o que também acarreta em prejuízos neste sentido.

Outra característica limitante é a existência de aspectos que não se tornam acessíveis ao pesquisador como questões subjetivas e

a distorção da realidade pela possível mudança de comportamento das pessoas, gerada pela presença do observador. Isso é decorrente da sensação do observado de estar sendo avaliado. Contudo, esse entrave pode ser reduzido com o tempo de observação, pois assim, o observador torna-se parte da realidade do local e este retoma a sua rotina (LAKATOS; MARCONI, 2003; BARROSO, 2012).

A observação da USF mostrou que a demanda de atendimento é muito grande e que este deveria ir além do método curativista, que aborda apenas a patologia e desconsidera o ator social. No método humanístico e holístico da atenção primária, espera-se que todos os aspectos sociais, culturais, econômicos, psicológicos e históricos estejam em pauta no atendimento do sujeito (STARFIELD, 2002; FERREIRA; FIORINI; CRIVELARO, 2010).

Contudo, nem sempre todos esses aspectos são considerados no atendimento, pois mesmo o profissional tendo uma formação voltada para a abordagem sindrômica, essa realidade muitas vezes não está presente nas consultas (NADAL, 2004). Não há muita preocupação com outras queixas dos pacientes, senão aquela pela qual este foi buscar o atendimento, deixando a desejar o atendimento integral do indivíduo e desconsiderando as vulnerabilidades que estão atreladas à sua condição de vida. A observação na USF mostrou situações que são desconsideradas pelos profissionais, mas que também implicam no resultado para um bom serviço prestado.

Foi observado também que nesta USF, a desorganização, a falta de uma sistematização da assistência e o controle (perda de prontuários, interrupções constantes da equipe às consultas, ausência de atividades educativas, sala de espera, ausência de acolhimento ao público, à exposição dos pacientes quanto à realização de exames e ao recebimento de medicamentos que são realizados na recepção), que interferem no serviço, proporcionando um ambiente que não passa segurança necessária ao usuário, implicando na sua não adesão ou quebra de vínculos destes, para com a equipe.

O público que frequenta a unidade, não tem muita orientação quanto ao funcionamento do serviço, prejudicando assim, a dinamicidade do atendimento e tornando-o ainda mais delongado e burocrático. Os usuários demonstraram buscar na unidade, em sua maioria, encaminhamentos para profissionais especializados em detrimento do serviço da USF, demonstrando assim, o desconhecimento dos usuários, e provavelmente da equipe, do funcionamento de uma USF e dos princípios da AB.

Quanto às consultas da médica e da enfermeira, a linguagem mostrou-se acessível, existe uma razoável flexibilidade no atendimento e foi possível perceber o vínculo entre o profissional e a comunidade, o que torna o atendimento com maior eficácia. Esse vínculo é favorecido quando o outro é considerado como co-participante do processo de saúde/doença e ator principal do cuidado como um todo (COELHO, 2009; SCHIMIDT, 2004).

Segundo Kawata et al. (2009), é preciso determinar o fluxo e a qualidade do atendimento, além de fornecer de forma mais eficaz as informações de funcionamento do serviço, pois as pessoas precisam saber o que se resolve na USF. Com essas informações é possível traçar um plano de assistência eficiente e resolutivo.

## **Considerações**

Este estudo possibilitou uma aproximação da realidade da AB na cidade de Santo Antônio de Jesus. Mesmo que exista uma legislação em torno do que deve ser feito, precisa-se sempre levar em consideração as dificuldades encontradas pelos profissionais no serviço, desde questões sobre acolhimento até a alta demanda que faz parte do território da unidade.

O instrumento utilizado nesse estudo, a observação, foi primordial para conhecer a dinâmica do serviço ofertado pela USF analisada, pois permite a produção de primeiro nível de conhecimento acerca da mesma, além disso, possibilita ver fatos

que podem ser desconsiderados, mas que influenciam no resultado e na análise dos dados obtidos. Também suscita questões para novas observações ou mesmo aplicação de novas técnicas de investigação, que possibilitem aprofundar um pouco mais o conhecimento sobre o tema.

Dentre as dificuldades observadas, algumas são causadas pelo próprio sistema de saúde, que dispõe uma carga excessiva de responsabilidades aos profissionais e outras decorrentes da falta de conhecimento e interesse em oferecer um serviço de qualidade. Logo, é preciso reorganizar e repensar os serviços prestados, oferecendo ao usuário um ambiente acolhedor, que atenda as suas demandas e proporcionar atendimento integral em todos os âmbitos que envolvam a saúde.

A ideia norteadora que incentivou a realização desse relato, parte do princípio de que é imprescindível conhecer o serviço de saúde que se tem hoje, indo além do que é preconizado nos manuais da AB, pois a partir disso, é possível traçar objetivos que busquem a mudança da condição encontrada.

É necessário salientar que houve um contra senso entre os dados de notificação de DST obtidos, pois o motivo da escolha desta USF em questão foi justamente o número de casos que era alto, e nos meses de pesquisa não foram observados nenhuma ocorrência.

Os números de DST notificados nos meses da pesquisa foram negativos, o que pode significar um bom desempenho da unidade em relação à prevenção de DST ou que há uma falha no processo de notificação dessas doenças. Portanto, torna-se necessário uma maior investigação para compreender o que está ocasionando a negatividade desses números que são fundamentais para iniciar qualquer estudo na área sobre o tema. Nesse sentido é imprescindível a orientação dos profissionais quanto à importância da notificação compulsória, para que se possa traçar planos mais realistas para cada caso.

A partir desta vivência e período de observação em uma USF, admite-se que a inserção de estudantes no sistema de saúde durante a

graduação oferecida pelo PET-Saúde, proporciona uma formação mais completa. Pois, a partir dessa iniciativa, o olhar do pesquisador muda e passa a entender e questionar melhor os serviços ofertados antes mesmo de se formar. Isso sem dúvida contribuirá em sua carreira futuramente, como também no SUS como um todo, já que seus profissionais terão uma formação diferenciada e mais enraizada no serviço.

## Referências

BARROSO, A. L. R. Instrumentos de pesquisa científica qualitativa: vantagens, limitações, fidedignidade e confiabilidade. **EFDeportes.com, Revista Digital, Buenos Aires**, n. 172, set. 2012. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd172/instrumentos-de-pesquisa-cientifica-qualitativa.htm>>. Acesso em: 04 nov. 2014.

BRASIL. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec\\_proggestores\\_livro8.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_proggestores_livro8.pdf)>. Acesso em: 07 out. 2014.

BRASIL. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 01 de out. de 2014>.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421\\_03\\_03\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421_03_03_2010.html)>. Acesso em: 01 out. 2014.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 316-319, 2000.

COELHO, O. C.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 1, p.1523-1531, 2009.

DUARTE, G. M. **A laudo-educação como estratégia para estimular a participação dos usuários dos grupos operativos**. Minas Gerais, 2010. 21f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família).

FERREIRA, R. C.; FIORINI, V. M. L.; CRIVELARO, E. Formação profissional no SUS: o papel da Atenção Básica em Saúde na perspectiva docente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 207-215, 2010.

HADDADL, A. E. et al. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. **Cadernos ABEM**, Brasília, v. 5, p. 6-12, 2009.

KAWATA, L.S. et al. O trabalho cotidiano da enfermeira na Saúde da Família: utilização de ferramentas da gestão. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 313-20, 2009.

LAKATOS, E.V.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LEITE, M.T.S.*et at.* O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde na Formação Profissional. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Minas Gerais, v. 36, n. 1, p. 111-118, 2012.

NADAL, S. R.; CARVALHO, J. J. M. Abordagem sindrômica das doenças sexualmente transmitidas. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, São Paulo, v. 24, n.1, p. 70-72, 2004.

RODRIGUES, A. A. A. O.; SOUZA, E. S.; PEREIRA, H. B. B. Rede PET Saúde em Feira de Santana: o desafio da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 36, n. 3, p. 651-667, 2012.

SCHIMIDIT, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, 2004.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/MS, 2002.

# **OFICINA COM TRABALHADORES: uma estratégia de enfrentamento às DST/HIV/AIDS**

*Elias Fernandes Mascarenhas Pereira  
Rosiane Rodrigues da Silva  
Leticia Falcão de Carvalho  
Lilian Conceição Guimarães de Almeida  
Manuela Matos Brito*

## **A integração ensino-serviço**

A reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS), insere uma nova dinâmica de atuação nas Unidades de Saúde da Família (USF), que através dos princípios e diretrizes do SUS, promove a integralidade da assistência em saúde de acordo com a necessidade da população. Composta por uma equipe multiprofissional, a USF promove o acesso fácil e rápido da comunidade com aqueles que ali trabalham.

Desta forma, ratifica-se a necessidade de ampliar cada vez mais o conhecimento da equipe, sobre assuntos de saúde pública a fim de promover qualidade e segurança na assistência prestada a comunidade.

De acordo com o Ministério da Saúde, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde propõe:

Os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam

pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2006, p. 21).

Nesta perspectiva, a Educação Permanente em Saúde insere-se como um importante instrumento para proporcionar reflexão e ampliar conhecimentos necessários à atuação dos profissionais no âmbito da Atenção Básica, colocando-os como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação tendo em vista a revisão das práticas em consonância com as necessidades da comunidade (BRASIL, 2009).

O aumento do número de casos de indivíduos infectados pelo HIV, promoveu uma mudança do perfil epidemiológico no Brasil, que se caracteriza pela interiorização, pauperização, heterossexualização, feminização e juvenilização. Desta forma, foi necessário pensar em estratégias para o enfrentamento desta epidemia. Entre as medidas destacamos a criação dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA).

Os CTAs são serviços de referência para testagem sorológica de algumas DST, entre elas HIV/AIDS, sífilis e hepatites B e C, e alguns deles funcionam também como Serviços Especializados de Atendimento (SAE), onde é feito o acompanhamento destes soropositivos, ações de aconselhamento, prevenção da transmissão, dispensa de medicamento, atendimento psicológico, entre outros.

A testagem sorológica, a princípio instituída apenas no CTA, tem sido vista pelos estudiosos como uma importante ferramenta para prevenção, pois com a descoberta do diagnóstico de maneira precoce é possível implementar medidas de prevenção, controle e combate a algumas DST. Pensando nisso, o departamento de DST/AIDS, do município de Santo Antônio de Jesus, iniciou o processo de implantação da testagem sorológica nas USF. Esta medida surgiu com a finalidade de facilitar e ampliar o acesso da população ao

diagnóstico, expandir cuidados de profilaxia e reduzir o quantitativo de novos indivíduos infectados.

Dessa forma, a partir da implantação das testagens sorológicas para HIV, sífilis, hepatites B e C em algumas unidades de saúde do município, no mês de julho de 2014, percebeu-se a necessidade de debater sobre DST/HIV/AIDS com os trabalhadores de saúde das unidades.

Assim, a partir de uma parceria entre o departamento de DST/AIDS e o Programa de Educação pelo Trabalho/Vigilância à Saúde (PET-Saúde), da Universidade Federal do Recôncavo Bahia (UFRB), teve início a capacitação das equipes de saúde da família do município.

Esta atividade ocorreu como parte do processo que visa a Educação Permanente, como estratégia sistemática e global, envolvendo funcionários e estudantes do PET-Saúde que estavam imersos nas USE. A imersão dos petianos nas unidades, favoreceu a identificação de demandas e lacunas que precisavam ser trabalhadas com as equipes. Era preciso empoderar a equipe a perceber e identificar o seu papel no controle e combate das DST/HIV/AIDS.

Desta maneira, essa ação teve como finalidades desenvolver habilidade, promover mudança nas práticas e na organização do serviço. Para tal, foi propiciada a discussão de conhecimentos sobre as DST, alguns mitos foram trazidos à tona para serem trabalhados, concepções estigmatizantes sobre o que é ser soropositivo foram discutidas e aspectos da vulnerabilidade foram trabalhados.

## **A organização da capacitação**

A capacitação é uma estratégia que possibilita a Educação Permanente. A capacitação em serviço permite a ampliação dos espaços educativos para fora do modelo tradicional de aula incorporando o ensino e o aprendizado no contexto real em que

ocorrem configurada como etapa importante para promover o processo de Educação Permanente.

A capacitação da equipe de saúde foi realizada a partir de uma oficina promovida em parceria com o PET-Saúde, da UFRB e o Programa de DST/AIDS da cidade de Santo Antônio de Jesus, Bahia.

A organização da capacitação ocorreu durante as reuniões do PET-Saúde, com a participação de tutores, preceptores e petianos, na qual eram discutidos os temas a serem abordados, a metodologia a ser utilizada, os recursos de trabalho, a duração da atividade e os participantes. Pensamos que seria importante dividir as capacitações conforme grupos de interesse, ou seja, de acordo com a classe do trabalhador os objetos de interesse seriam direcionados, assim poderíamos possibilitar também o compartilhamento de vivências entre pessoas das diferentes unidades.

Então, primeiramente fizemos capacitações com os funcionários que atuavam na área de serviços gerais (ASG) e agentes administrativos, seguidos posteriormente pelos auxiliares e técnicos de enfermagem.

Aconteceram cerca de quatro oficinas, duas com ASG e agente administrativo e duas com auxiliares e técnicos de enfermagem. A primeira oficina foi realizada em agosto/2014 e a última em 11/2014. As oficinas tinham duração de 4 horas, contava com a participação média de vinte funcionários, trabalhadores de dez Unidades de Saúde da Família (USF).

A oficina trazia como objetivo geral, discutir conceitos em DST/AIDS. A metodologia utilizada foi a dialógica, na qual possibilitou a interlocução entre os protagonistas, onde eram abordadas dúvidas, mitos e curiosidades em DST, e investigado e problematizado como esses funcionários poderiam participar do enfrentamento as DST/HIV/AIDS, como ajudar na resolubilidade, a dinâmica dos serviços e acolhimento de usuários, introduzindo ou a modificando práticas organizativas nos serviços de saúde.

Para o alcance dos objetivos específicos desta intervenção, foram utilizados como instrumentos de coleta de dados: a discussão em grupo, atividades de recorte e colagem, observação participante e confecção de diário de campo. Desta forma, a análise e discussão dos dados realizou-se pelo detalhamento das oficinas, atividades desenvolvidas, os objetivos e resultados atingidos.

### **Ampliando os conhecimentos**

Apesar das oficinas de capacitação terem público diferentes, alguns pontos podemos destacar, como algo que foi comum aos grupos, entre eles a ampliação dos conhecimentos. Ainda que a proposta seja discutir DST/HIV/AIDS, um tema usual das feiras de saúde e das campanhas realizadas no município, observamos que ainda temos muita coisa a dizer sobre o assunto, e os trabalhadores a aprender. Observamos que quando falamos de DST, trazemos à tona estigmas, estereótipos, preconceitos e reproduzimos erros que dificultam as medidas de controle, combate e prevenção das DST. Deste modo, pudemos perceber que nunca é demais o que temos para falar, para aprender e para fazer. Os participantes demonstravam bastante interesse em discutir o assunto e foram convidados por diversas vezes a refletir sobre o que estavam dizendo sobre o tema. A intenção era que, a partir de suas vivências nos serviços, solidificassem conhecimentos, habilidades específicas para direcioná-los em suas práticas cotidianas.

No contato inicial, os facilitadores expuseram qual era a proposta da oficina com seus objetivos, estabelecendo a importância da construção dialógica, possibilitando a participação de todos como sujeitos ativos no processo, tendo suas práticas como fonte de conhecimento e de problemas, analisando e discutindo os aspectos mais complicados do próprio fazer.

Dessa maneira, realizou-se o acolhimento utilizando a dinâmica do “novelo de lã”, que foi escolhida por conter elementos

que no decorrer do seu desenvolvimento, facilita a interação com os atores e a contextualização com o tema a ser discutido.

Essa dinâmica consiste em cada participante jogar o barbante aleatoriamente para outro, não podendo ser repetido, ou seja, cada pessoa só segura o barbante uma vez, durante esse processo ao estar segurando o barbante o participante deverá se apresentar dizendo, qual seu nome, sua expectativa em relação a oficina, em qual serviço da rede de atenção trabalha, o que gostaria de problematizar e qual sua contribuição para a oficina. Então foi pedido aos participantes que formassem um círculo dando início a dinâmica, ao final da atividade encontravam-se em um emaranhado de lã, formando uma teia, similar a uma teia de aranha.

A imagem figurada de uma teia possibilitou fazermos várias discussões relacionadas ao objetivo da capacitação. Destacamos o papel de cada sujeito ali presente na construção da teia, a teia que estávamos falando era a teia da assistência, do atendimento, da rede de saúde. O trabalho de todos ali presentes era importante, cada membro na equipe tem ao longo do processo de trabalho um destaque, para o funcionamento da unidade, para a qualidade do atendimento é imprescindível que todos estejam articulados, com o mesmo foco.

Assim, fomos promovendo reflexões sobre a implicação do trabalho de cada servidor na promoção da saúde, no funcionamento da unidade, e por fim para enfrentamento das DST/HIV/AIDS.

Ao longo da atividade os participantes foram relatando a necessidade de ampliar os conhecimentos acerca das DST/HIV/AIDS, demonstrando grande curiosidade pelo assunto, pontuando a necessidade de cursos e capacitações nessa área para que eles pudessem atuar de forma mais assertiva na dinâmica de seus serviços.

Os trabalhadores expressaram também a importância de serem vistos como profissionais da saúde, visto que, não se sentiam assim entre os demais participantes da equipe de saúde, pois não se sentiam valorizados durante a realização do trabalho na unidade, destacando que a Enfermeira e o Médico centralizavam as ações e prestígios.

Os participantes destacaram algumas relações interpessoais conflituosas no ambiente de trabalho, o que dificultava a vontade de alguns de participar de ações maiores de saúde na unidade. Alguns percebiam-se desvalorizados e não entendiam de que forma poderiam ajudar no combate e enfrentamento as DST/HIV/AIDS.

Neste momento sinalizamos o quão importante é o trabalho de cada um, assim como a construção da teia, todos podem ajudar à medida que estão empenhados em solucionar, dar resolutividade ao problema do usuário, então, as vezes, são orientações que eles também podem dar como, o dia e o horário de atendimento, a disponibilidade do profissional em atender e entre outros aspectos.

Ressaltamos que, para o empoderamento deles na unidade, era importante o conhecimento, propusemos então a discussão sobre as DST/HIV/AIDS. Durante a oficina percebemos que alguns participantes tinham conceitos equivocados sobre as DST/HIV/AIDS, traziam ainda a concepção de grupos de riscos e não percebiam a situação de vulnerabilidade que algumas pessoas viviam. Alguns achavam que ainda poderiam identificar as pessoas soropositivas a partir de comportamentos ou aparência. Esses aspectos foram trabalhados e foi enfatizada a possibilidade de vulnerabilidade de alguns sujeitos à infecção, pois questões sociais, individuais e programáticas podem interferir na susceptibilidade de infecção.

Tão importante quanto motivar esses funcionários e implicá-los como sujeitos que fazem parte desse processo de enfrentamento as DST/HIV/AIDS, por meio da revisão de suas práticas, é entender o contexto e as realidades vivenciadas pelos mesmos dentro do serviço, como se dá a relação deles com as outras categorias e como isso vai impactar na sua rotina de trabalho e no serviço prestado por esse profissional à comunidade.

À vista disso, o momento inicial foi importante para a criação de vínculo e confiança com os participantes, afim de que a oficina pudesse ocorrer de forma espontânea, gerando um espaço onde eles se sentissem a vontade para expor suas crenças, dúvidas

e vivências. Portanto, como fruto da interação proporcionada pela dinâmica inicial, os participantes estavam dispostos ao envolvimento na atividade.

### **Doenças Sexualmente Transmissíveis: conceito, forma de transmissão e manifestações clínicas**

Realizou-se, uma investigação sobre o que os participantes conheciam referente as DST e como se posicionavam em situações cotidianas relacionadas a temática em seu ambiente de trabalho e a partir daí houve a exposição dos conteúdos referentes as DST.

Os temas foram apresentados na seguinte ordem: O que são as DST; Formas de acontecer a transmissão; Como se apresentam e o que sentem os indivíduos ao adquiri-las. Este momento constituiu um espaço significativo para que as dúvidas e mitos fossem elucidados. Os atores participaram trazendo suas questões e construindo novos conceitos no decorrer das informações debatidas pelo grupo. Esse espaço de construção dialógica foi relatado por eles como algo muito importante para a atuação profissional e social, abordaram situações já vivenciadas em seus serviços para exemplificar as manifestações clínicas das DST e como eles ajudaram os usuários a procurarem ajuda especializada, impactando na resolubilidade e dinâmica de atendimento da unidade.

À destarte, os coordenadores tiveram o cuidado de adequar o conteúdo a uma linguagem acessível aos profissionais que compunham a oficina, usando termos mais próximos da realidade popular evitando o uso de termos de difícil compreensão.

Desta forma, o trabalho em sala de “aula”, ou seja, a discussão teórica é apenas uma parte do processo. Uma mudança institucional como visa a perspectiva da Educação Permanente, sempre requer muito mais atores (aqueles que decidem as políticas ou regras), que apenas o pessoal do serviço ou o instrutor de um curso (BRASIL, 2009).

Outro aspecto, que foi destacado na oficina e que esses funcionários podem ajudar de forma colaborativa, é facilitando a interação do usuário com o serviço, acolhendo esse usuário informando-o e aconselhando-o à procurar um profissional adequado para que o diagnóstico e tratamento das DST sejam iniciados na própria unidade de saúde.

Ao final deste momento, os funcionários fizeram associações com o cotidiano do serviço e propuseram algumas mudanças comportamentais e que eles poderiam realizar para auxiliar o usuário do serviço, criando estratégias para o enfrentamento da infecção por DST/HIV/AIDS, como por exemplo, divulgar que sua unidade realiza a testagem rápida para sífilis, hepatite, HIV e sobre a distribuição de preservativo gratuito.

### **Importância de conhecer a unidade e os serviços oferecidos como estratégias de enfrentamento as DST/HIV/AIDS**

Neste tópico, buscou-se identificar se os participantes conheciam quais são os serviços e insumos oferecidos em suas USF, bem como quais os principais métodos de prevenção e diagnóstico das DST/HIV/AIDS.

Inicialmente, quando perguntados sobre métodos de prevenção, todos responderam que o preservativo masculino utilizado em todas as relações sexuais, era a melhor maneira de evitar o contágio por DST/HIV/AIDS. Relataram também, conhecer o preservativo feminino, apesar de não utilizarem. Um fator importante foi a associação à métodos contraceptivos como, por exemplo, o uso de anticoncepcional como forma de evitar doenças sexualmente transmissíveis. O que possibilitou discutir a diferença entre métodos de barreira e métodos contraceptivos, elucidando que o anticoncepcional, espermicida, dispositivo intrauterino ou outros métodos utilizados para evitar a gravidez, não são eficazes na prevenção de DST, sendo o uso do preservativo o método mais seguro para a prevenção.

Foram questionados também sobre o que sabiam a respeito do teste rápido e se suas unidades o realizavam. Grande parte relatou já ter ouvido falar sobre os testes e sabem que em suas unidades estes testes são realizados.

Foi percebido que a falta de informações desses funcionários sobre os serviços e insumos oferecidos pela unidade, como estratégias de enfrentamento as DST/HIV/AIDS, configuravam-se como uma barreira para a efetivação da atenção integral a saúde desses usuários.

Assim, o presente estudo concorda com as considerações feitas por Traverso-Yépez et al. (2007), que na unidade básica de saúde, tanto pela ação quanto pela omissão, ou seja pelo que fazemos ou o que não fazemos, somos, em maior ou menor grau, coparticipantes nessa dinâmica social. Esse processo exige consciência e reflexão autocrítica permanente, sobre o que é possível ser feito, o que vai interferir na qualidade do “cuidar”, não só nas práticas em saúde, mas em todos os níveis do serviço, desde o auxiliar de serviços gerais da unidade, passando por todos os outros trabalhadores, gestores, políticos no Ministério da Saúde e chegando mesmo até o topo da escada social (TRAVERSO-YÉPEZ et al., 2007).

Por fim, refletimos sobre insumos de prevenção e diagnóstico das DST/HIV/AIDS, a dinâmica e os serviços disponíveis oferecidos pela USF para a comunidade, responsabilizando-os como agentes promotores de saúde, e ratificando a importância desses conhecimentos como estratégia de enfrentamento as DST/HIV/AIDS.

### **Vivências: problematizando e contextualizando da teoria à prática**

Ao final da oficina foi pedido para que os participantes se dividissem em dois grupos, onde foi distribuído revistas e tesouras entre os grupos. Por conseguinte, foi pedido que cada um deles escolhessem figuras que representassem suas opiniões e crenças, a

respeito das DST/HIV/AIDS, e que depois colassem essas figuras no mural e relatassem sobre: como foi a experiência da oficina; se o que foi abordado pode ajudar no desempenho de suas funções; e qual sua importância diante da equipe.

No que tange a experiência da oficina, eles relataram se sentir bem à vontade para expor suas dúvidas e crenças, caracterizando o ambiente da oficina como acolhedor. As figuras mais recorrentes giravam em torno de grupos que eles caracterizaram como “equipes de trabalho”, fazendo associações com suas respectivas equipes e revelando a importância da sua função, do reconhecimento profissional como trabalhador da saúde, da imagem de pessoas com estereótipos que representam o ideal de beleza e juventude expressos pela sociedade, problematizando que a infecção por DST/HIV/AIDS pode acometer qualquer indivíduo, sem exclusão de classe, faixa etária, orientação sexual, entre outros. Figuras de preservativo como meio de proteção e figuras de profissionais da saúde também fizeram parte das figuras escolhidas pelos funcionários.

Com isso, percebeu-se que os funcionários reconhecem sua importância diante da atenção integral à saúde, mostrando-se sensíveis para acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva aos usuários do serviço, do mesmo modo que mostraram-se dispostos a analisarem suas práticas e o desenvolvimento de novas ações em seus ambientes laborais.

## **Considerações**

O ambiente laboral como lugar possível de se extrair conhecimento, aproxima a educação do fazer cotidiano, juntamente com atividades sobrepensadas para produzir aprendizado, fazem parte do processo, integrados a Educação Permanente em Saúde.

A vivência na rede de Atenção Básica nos mostra o quanto o local de trabalho pode ser fruto de aprendizagem. Por conseguinte, o quanto também as ações educativas são importantes

para a promoção da saúde, o diagnóstico de doenças, tratamento e interrupção na cadeia de transmissão. Uma assistência humanizada com ações de acolhimento, escuta ativa podem modificar o cenário, favorecendo assim, o vínculo entre profissionais e usuários estreitando os laços para o enfrentamento das DST/HIV/AIDS.

Portanto, a receptividade dos funcionários com as informações divulgadas sinaliza para importância de incluí-los em outras ações. É imprescindível a implementação de mais ações de educação em saúde, que enxerguem na vida cotidiana como um local que produz aprendizado e novos conhecimentos. A experiência estimulou a revisão dos valores que governam a conduta desses funcionários, oferecendo-lhes um espaço para uma reflexão compartilhada e sistemática.

Do mesmo modo, ações que como a exposta e que visem fomentar esses processos conectados a Educação Permanente, devem se atentar para essas premissas e possibilitar a seus atores revisão de suas práticas, com foco no processo de trabalho onde estão presentes os contextos que propagam e nutrem as práticas anteriores.

## Referências

BRASIL. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids, 2005.

BRASIL. **Contribuição dos Centros de Testagem e Aconselhamento para universalizar o diagnóstico e garantir a equidade no acesso aos serviços**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids, 2008.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho

e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde, 2009.

BRITO, A. M. et al. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 34, n. 2, p. 207-217, 2000.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do cuidado integral**: uma proposta de organização da rede de saúde. Universidade Federal Fluminense, 2004.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

RODRIGUES- JÚNIOR, A. L.; CASTILHO, E. A. A epidemia de AIDS no Brasil. 1991-2000: descrição espaço-temporal. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 37, n. 4, p. 312-317, 2004.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.; BERNARDINO, J. M.; GOMES, L.O. “Fazem um PSF lá de cima...”: a case study. **Psicologia em Estudo**, v. 12, n. 3, p. 593-602, 2007.



## **SOBRE OS AUTORES**

**Adriana Santos Nascimento.** Graduanda em Nutrição. Estudante bolsista do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial, cuidados aos usuários de álcool, crack e outras drogas.

**Aline Pires Reis.** Enfermeira. Especialista em Saúde da Família e em Formação Pedagógica em Educação Profissional. Atua com Diretora da Atenção Básica do município de Santo Antônio de Jesus. Preceptora do PET Saúde/Estratégia Saúde da Família e as Redes de Atenção.

**Ana Claudia Lobo Borges.** Assistente Social. Atua no CAPS II Nova Vida. Preceptora do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial, cuidados aos usuários de álcool, crack e outras drogas.

**Antônia Vieira Santos.** Psicóloga. Mestre em Ciências Sociais (UFRB). Atua no CAPS II Nova Vida. Preceptora do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial, cuidados aos usuários de álcool, crack e outras drogas.

**Ariane Andrade Farias.** Graduanda em Medicina. Estudante bolsista do PET-Saúde/Estratégia Saúde Família e as Redes de Atenção.

**Carla Geline Campos.** Graduanda em Psicologia. Estudante bolsista do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial, cuidados aos usuários de álcool, crack e outras drogas.

**Carolina de Souza Sampaio.** Graduanda em Psicologia. Estudante bolsista do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial, cuidados aos usuários de álcool, crack e outras drogas.

**Claudia Viviane de Oliveira Araújo.** Psicóloga. Atua no CAPS II Nova Vida. Preceptora do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial, cuidados aos usuários de álcool, crack e outras drogas.

**Cleise Cristine Ribeiro Borges.** Graduanda em Enfermagem. Estudante bolsista do PET- Saúde/Estratégia Saúde da Família e as Redes de Atenção.

**Daniela Oliveira Souza.** Graduanda em Enfermagem. Estudante não bolsista do PET-Saúde/Vigilância em Saúde Desenvolvimento de Estratégias de Vigilância, Controle e Redução da Transmissão do HIV/AIDS em Mulheres de Santo Antônio de Jesus, Bahia

**Danielle Rios de Souza.** Graduanda em Enfermagem. Estudante bolsista do PET-Saúde/Vigilância em Saúde Desenvolvimento de Estratégias de Vigilância, Controle e Redução da Transmissão do HIV/AIDS em Mulheres de Santo Antônio de Jesus, Bahia

**Eder Pereira Rodrigues.** Enfermeiro. Mestre em Saúde Coletiva (UEFS). Docente do CCS/UFRB. Tutor do PET-Saúde/Vigilância em Saúde Promoção da Qualidade de Vida de Pessoas que convivem com o HIV/AIDS e são usuárias de Crack e outras Drogas.

**Elaine Andrade Leal Silva.** Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva (UEFS). Docente do CCS/UFRB. Tutora do PET-Saúde/Estratégia Saúde da Família e as Redes de Atenção.

**Elis Maiara Santos Ferreira.** Graduanda em Psicologia. Estudante bolsista do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial, cuidados aos usuários de álcool, crack e outras drogas.

**Elias Fernandes Mascarenhas Pereira.** Graduando em Psicologia. Estudante não bolsista do PET-Saúde/Vigilância em Saúde Desenvolvimento de Estratégias de Vigilância, Controle e Redução da Transmissão do HIV/AIDS em Mulheres de Santo Antônio de Jesus, Bahia.

**Evanilde Borges Viana.** Cirurgiã Dentista. Especialização em Saúde Coletiva com concentração em Gestão de Serviços e Sistemas de Saúde (ISC/UFBA). Atua como Coordenadora de Saúde Bucal do município de Santo Antônio de Jesus. Preceptora do PET Saúde/Estratégia Saúde da Família e as Redes de Atenção.

**Fernanda de Souza Agapito.** Graduanda em Medicina. Estudante bolsista do PET-Saúde/Vigilância em Saúde Desenvolvimento de Estratégias de Vigilância, Controle e Redução da Transmissão do HIV/AIDS em Mulheres de Santo Antônio de Jesus, Bahia.

**Filipe Ramos da Mota.** Graduando em Enfermagem. Estudante bolsista do PET-Saúde/Vigilância em Saúde Promoção da Qualidade de Vida de Pessoas que convivem com o HIV/AIDS e são usuárias de Crack e outras Drogas.

**Gilcimari Larissa Cardoso Lemos.** Graduanda em Enfermagem. Estudante bolsista do PET-Saúde/Vigilância em Saúde Promoção da Qualidade de Vida de Pessoas que convivem com o HIV/AIDS e são usuárias de Crack e outras Drogas.

**Henrique Souza Reis.** Graduando em Enfermagem. Bolsista do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial, cuidados aos usuários de álcool, crack e outras drogas.

**Iana Margarida Nascimento Lima.** Graduanda em Psicologia. Estudante bolsista do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial, cuidados aos usuários de álcool, crack e outras drogas.

**Iasmin Oliveira Pinheiro.** Graduanda em Enfermagem. Estudante bolsista do PET-Saúde/Vigilância em Saúde Desenvolvimento de Estratégias de Vigilância, Controle e Redução da Transmissão do HIV/AIDS em Mulheres de Santo Antônio de Jesus, Bahia

**Imanoele Lopes de Oliveira Nery.** Graduanda em Enfermagem. Estudante bolsista do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial, cuidados aos usuários de álcool, crack e outras drogas.

**Isadora Reis Rodrigues.** Graduanda em Enfermagem. Estudante bolsista do PET-Saúde/Estratégia Saúde da Família e as Redes de Atenção.

**Jaqueline da Silva Santos.** Graduanda em Enfermagem. Estudante bolsista do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial, cuidados aos usuários de álcool, crack e outras drogas.

**Jéssica Maiara dos Santos Silva.** Graduanda em Psicologia. Estudante bolsista do PET-Saúde/Vigilância em Saúde Promoção da Qualidade de Vida de Pessoas que convivem com o HIV/AIDS e são usuárias de crack e outras drogas.

**Jéssika Macena Amaral.** Graduanda em Enfermagem. Estudante bolsista do PET-Saúde/Vigilância em Saúde Promoção da Qualidade de Vida de Pessoas que convivem com o HIV/AIDS e são usuárias de crack e outras drogas.

**Josélia Silva Carneiro.** Graduanda em Psicologia. Estudante bolsista do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial, cuidados aos usuários de álcool, crack e outras drogas.

**Juliana Costa Ribeiro.** Enfermeira. Especialista em Docência e Pesquisa do Ensino Superior. Atua na Unidade de Saúde da Família Andaiá. Preceptora do PET-Saúde/Estratégia Saúde da Família e as Redes de Atenção.

**Juliana Souza Santiago.** Terapeuta Ocupacional. Preceptora do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial, cuidados aos usuários de álcool, crack e outras drogas.

**Kézia França de Jesus.** Graduanda em Enfermagem. Estudante não bolsista do PET-Saúde/Vigilância em Saúde Desenvolvimento de Estratégias de Vigilância, Controle e Redução da Transmissão do HIV/AIDS em Mulheres de Santo Antônio de Jesus, Bahia

**Laila Lorena Nogueira Batista da Silva.** Graduanda em Psicologia. Estudante bolsista do PET-Saúde/Estratégia Saúde da Família e as Redes de Atenção.

**Letícia Falcão de Carvalho.** Graduanda em Enfermagem. Estudante não bolsista do PET-Saúde/Vigilância em Saúde Desenvolvimento de Estratégias de Vigilância, Controle e Redução da Transmissão do HIV/AIDS em Mulheres de Santo Antônio de Jesus, Bahia

**Lilian Conceição Guimarães de Almeida.** Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva (ISC/UFBA). Docente do CCS/UFRB. Tutora do PET-Saúde/Vigilância em Saúde Desenvolvimento de Estratégias de Vigilância, Controle e Redução da Transmissão do HIV/AIDS em Mulheres de Santo Antônio de Jesus, Bahia.

**Lilian da Silva Costa.** Graduanda em Enfermagem. Estudante bolsista do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial, cuidados aos usuários de álcool, crack e outras drogas.

**Mabelle Melo dos Santos.** Enfermeira. Atua na Unidade de Saúde da Família Antônio André de Souza Filho. Preceptora do PET-Saúde/Estratégia Saúde da Família e as Redes de Atenção.

**Manuela Matos Brito.** Farmacêutica. Atua no Centro de Testagem e Aconselhamento e Serviço de Assistência Especializada Viva Vida. Preceptora do PET-Saúde/Vigilância em Saúde Desenvolvimento de Estratégias de Vigilância, Controle e Redução da Transmissão do HIV/AIDS em Mulheres de Santo Antônio de Jesus, Bahia.

**Marcus Vinicius dos Santos Oliveira.** Graduando em Enfermagem. Estudante bolsista do PET-Saúde/Estratégia Saúde da Família e as Redes de Atenção.

**Maria de Lourdes Sampaio.** Enfermeira. Atua no CAPS ad Vale Viver. Preceptora do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial, cuidados aos usuários de álcool, crack e outras drogas.

**Mariluce Karla Bomfim de Souza.** Enfermeira. Doutora em Saúde Pública (ISC/UFRB). Docente do ISC/UFBA. Atuou como Tutora do PET-Saúde/Estratégia Saúde da Família e as Redes de Atenção.

**Mirella Borges Viana.** Enfermeira. Atua na Unidade de Saúde da Família Marita Amâncio. Preceptora do PET-Saúde/Vigilância em Saúde Promoção da Qualidade de Vida de Pessoas que convivem com o HIV/AIDS e são usuárias de crack e outras drogas.

**Nadson Duarte Silva Junior.** Graduando em Medicina. Estudante bolsista do PET-Saúde/Vigilância em Saúde Desenvolvimento de Estratégias de Vigilância, Controle e Redução da Transmissão do HIV/AIDS em Mulheres de Santo Antônio de Jesus, Bahia

**Nailza dos Santos Barbosa.** Enfermeira. Atua na Unidade de Saúde da Família Calabar/Urbis I. Preceptora do PET-Saúde/Vigilância em Saúde Promoção da Qualidade de Vida de Pessoas que convivem com o HIV/AIDS e são usuárias de crack e outras drogas.

**Nariana Oliveira Souza.** Graduanda em Enfermagem. Estudante bolsista do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial, cuidados aos usuários de álcool, crack e outras drogas.

**Oade Oliveira Cunha de Souza.** Enfermeira. Coordenadora Municipal de DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais do município de Santo Antônio de Jesus. Preceptora do PET-Saúde/Vigilância em Saúde Desenvolvimento de Estratégias de Vigilância, Controle e Redução da Transmissão do HIV/AIDS em Mulheres de Santo Antônio de Jesus, Bahia.

**Paula Sousa Caldas.** Graduanda em Psicologia. Estudante bolsista do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial, cuidados aos usuários de álcool, crack e outras drogas.

**Rafael Magalhães de Melo.** Graduando em Psicologia. Estudante bolsista do PET-Saúde/Vigilância em Saúde Promoção da Qualidade de Vida de Pessoas que convivem com o HIV/AIDS e são usuárias de crack e outras drogas.

**Rafaela Carla da Silva Hilarião.** Graduanda em Enfermagem. Estudante bolsista do PET-Saúde/Estratégia Saúde da Família e as Redes de Atenção.

**Rosa Cândida Cordeiro.** Enfermeira. Doutora em Enfermagem (EEUFBA). Docente do CCS/UFRB. Tutora do PET-Saúde/Estratégia Saúde da Família e as Redes de Atenção.

**Rosiane Rodrigues da Silva.** Graduanda em Psicologia. Estudante não bolsista do PET-Saúde/Vigilância em Saúde Desenvolvimento de Estratégias de Vigilância, Controle e Redução da Transmissão do HIV/AIDS em Mulheres de Santo Antônio de Jesus, Bahia

**Rover Fawcett Llerena.** Psicólogo. Atua no Ambulatório de Saúde Mental do município de Santo Antônio de Jesus. Preceptor do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial, cuidados aos usuários de álcool, crack e outras drogas.

**Sinara Vera.** Enfermeira. Mestre em Meio Ambiente e Desenvolvimento Regional (UESC). Docente do CCS/UFRB. Tutora do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial, cuidados aos usuários de álcool, crack e outras drogas e do PET-Saúde/Vigilância em Saúde Promoção da Qualidade de Vida de Pessoas que convivem com o HIV/AIDS e são usuárias de crack e outras drogas.

**Suely Aires Pontes.** Psicóloga. Doutora em Filosofia (UNICAMP). Docente do CCS/UFRB. Tutora do PET-Saúde/Saúde Mental/Crack (2011) e do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial, cuidados aos usuários de álcool, crack.

**Tainá Moraes da Silva.** Graduanda em Psicologia. Estudante bolsista do PET-Saúde/Vigilância Promoção da Qualidade de Vida de Pessoas que convivem com o HIV/AIDS e são usuárias de crack e outras drogas.

**Tássia Ranielle Nascimento de Queiroz.** Graduanda em Enfermagem. Estudante bolsista do PET-Saúde/Estratégia Saúde da Família e as Redes de Atenção.

**Thiala Lima Barreto.** Graduanda em Psicologia. Estudante bolsista do PET-Saúde/Estratégia Saúde da Família e as Redes de Atenção.

**Vânia Sampaio Alves.** Psicóloga. Doutora em Saúde Pública (ISC/UFRB). Docente do CCS/UFRB. Tutora do PET-Saúde/Saúde Mental/Crack (2011) e Coordenadora do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde e do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pró-PET-Saúde).

**Victor Aurélio Santana Nascimento.** Graduando em Psicologia. Estudante bolsista do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial, cuidados aos usuários de álcool, crack e outras drogas.

**Viviane de Souza Oliveira.** Graduanda em Enfermagem. Estudante bolsista do PET-Saúde/Estratégia Saúde da Família e as Redes de Atenção.

**Willian Tito Maia Santos.** Psicólogo. Doutorando no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade de São Paulo/ USP. Docente do CCS/UFRB. Tutor do PET-Saúde/Estratégia Saúde da Família e as Redes de Atenção e Coordenador do PET-Saúde/Vigilância Desenvolvimento de Estratégias de Vigilância, Controle e Redução da Transmissão do HIV/AIDS em Mulheres de Santo Antônio de Jesus – Bahia

Este livro foi impresso pela Gráfica Imprel, em 2016, no formato 15x21cm e com mancha gráfica de 11x18cm, utilizando a fonte Adobe Garamond, papel polém soft 80 g/m<sup>2</sup>.