



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

saudesoc@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Zambenedetti, Gustavo

Sala de Espera como Estratégia de Educação em Saúde no Campo da Atenção às
Doenças Sexualmente Transmissíveis

Saúde e Sociedade, vol. 21, núm. 4, outubro-diciembre, 2012, pp. 1075-1086

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263671024>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Sala de Espera como Estratégia de Educação em Saúde no Campo da Atenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis

The Waiting Room as a Health Education Strategy in the Field of Sexually Transmitted Diseases Prevention and Care

Gustavo Zambenedetti

Psicólogo. Mestre em Psicologia Social e Institucional. Doutorando em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Professor do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual do Centro-Oeste / Campus Irati/PR.

Endereço: Rua Frei Orlando, n. 52, ap. 41, Centro, CEP 84500-000, Irati, PR, Brasil.

E-mail: gugazam@yahoo.com.br

Resumo

Este artigo apresenta e discute uma experiência de sala de espera no âmbito da atenção às doenças sexualmente transmissíveis – DST, desenvolvida em um serviço especializado na atenção às DST, localizado em Porto Alegre-RS. O objetivo da sala de espera foi oferecer uma possibilidade de prevenção e educação em saúde, tendo por base uma abordagem participativa e problematizadora, buscando diferenciar-se da lógica prescritiva, centrada na transmissão de informação, hegemonicamente presente nos serviços de saúde. A atividade ocorreu diariamente, antecedendo a consulta médica de homens que procuravam o serviço para atendimento relacionado às DST. Entendida como uma atividade relativa ao campo de competências profissionais (Campos, 2002), foi coordenada por duplas de residentes multiprofissionais (Psicólogos, Nutricionistas, Enfermeiros e Assistentes Sociais). A abordagem da sala de espera utilizou-se das contribuições da prática do aconselhamento em HIV/Aids, buscando trabalhar com aspectos afetivos/emocionais, informativos e avaliação de riscos. Através de uma perspectiva problematizadora, buscou-se interrogar e colocar em análise as relações que as pessoas estabelecem com a sexualidade, as DST e o uso do preservativo. Esta intervenção propiciou maior acesso a informações (sobre as DST, insumos de prevenção, tratamento e testagem anti-HIV) e discussão sobre aspectos relacionados às repercussões das DST na vida afetiva e sexual, reconfigurando o momento de espera em um momento de prevenção e educação em saúde.

Palavras-chave: Educação em saúde; Prevenção; Doenças sexualmente transmissíveis; Sala de espera.

Abstract

This article presents a waiting room experience developed in the scope of sexually transmitted diseases (STD) prevention and care, developed at an STD specialized service, located in the city of Porto Alegre (Southern Brazil). The objective of the waiting room was to offer a possibility of prevention and health education, based on a participatory and problematizing approach, in an attempt to differentiate it from the prescriptive logic, which is centered on the transmission of information and is present in the health services in a hegemonic way. The activity happened on a daily basis, preceding the medical consultation of men that sought the service to receive STD assistance. Understood as an activity related to the field of professional competences (Campos, 2002), it was coordinated by couples of multiprofessional residents (Psychologists, Nutritionists, Nurses and Social Workers). The waiting room approach used the contributions of the HIV/AIDS counseling practice, and tried to work with emotional/affective and informative aspects, as well as risk assessment. Through a problematizing perspective, the relationships that people establish with sexuality, STD and the use of the condom were analyzed. This intervention enabled greater access to information (on STD, prevention inputs, treatment and HIV testing) and discussion of aspects related to the repercussions of STD on the person's affective and sexual life, transforming the waiting time into a moment of prevention and health education.

Keywords: Health Education; Prevention; Sexually Transmitted Diseases; Waiting Room.

Introdução

O objetivo deste artigo é apresentar e discutir uma experiência de sala de espera desenvolvida em uma perspectiva interdisciplinar no âmbito da atenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), no Ambulatório de Dermatologia Sanitária do Rio Grande do Sul.

Contexto da intervenção

O Ambulatório de Dermatologia Sanitária - ADS é um serviço de referência e gerência estadual, situado no município de Porto Alegre-RS, prestando atendimento em quatro eixos: DST, HIV-Aids, dermatologia e hanseníase. Esse serviço constitui-se como campo de ensino em serviço da Residência Integrada em Saúde (RIS) da Escola de Saúde Pública (ESP/RS), referente à ênfase de Dermatologia Sanitária¹. Durante o período de dois anos, residentes das áreas de Psicologia, Serviço Social, Enfermagem e Nutrição são inseridos nas atividades desenvolvidas no serviço. Orientados pela perspectiva da saúde coletiva, o trabalho interdisciplinar é desenvolvido tendo por base os conceitos de campo e núcleo de saberes e práticas (Campos, 2002). O núcleo diz respeito ao conjunto de saberes e atribuições específicas de cada profissão, demarcando a especificidade de cada profissional. Já o campo corresponde a um conjunto de saberes e atribuições comuns aos profissionais da equipe (Campos, 2002). As ações de prevenção e educação em saúde em relação às DST são compreendidas como atribuições que remetem à noção de campo de competências, transversalizando a ação dos profissionais da equipe.

Ao serem inseridos no serviço, os residentes não apenas dão prosseguimento ao que já ocorre como também contribuem na proposição e planejamento de novas ações. Muitas vezes o olhar “estranheiro” dos residentes permite um estranhamento ao que no cotidiano institucional aparece de modo cristalizado e automatizado. É a partir desse olhar que se constitui a experiência relatada neste artigo.

¹ Esse serviço também se constitui como campo de ensino da Residência Médica em dermatologia, igualmente vinculada à Escola de Saúde Pública/RS. A Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do RS possui quatro ênfases, às quais corresponde o privilégio de determinados serviços como referência para a formação: Atenção Básica em Saúde Coletiva (Unidades Básicas de Saúde e Estratégia Saúde da Família); Saúde Mental Coletiva (Hospital Psiquiátrico São Pedro e rede substitutiva); Dermatologia Sanitária (Ambulatório de Dermatologia Sanitária); Pneumologia Sanitária (Hospital Sanatório Partenon).

A gênese da proposição de uma sala de espera

A percepção da necessidade de ações envolvendo a educação em saúde e prevenção em relação às DST-Aids surgiu ainda nas primeiras semanas de inserção dos residentes no serviço, período em que ocorre a observação do funcionamento dos diferentes setores (fichário, recepção, farmácia, laboratório, acompanhamento de consultas, grupos), propiciando o diálogo com os profissionais correspondentes a eles. A atenção no âmbito das DST é constituída pelo atendimento médico a mulheres e atendimento médico aos homens. O público atendido provém principalmente de Porto Alegre e região metropolitana. O acesso ao serviço ocorre por demanda espontânea, não havendo necessidade de o usuário ter sido atendido anteriormente e referenciado pela atenção básica. A partir da observação das consultas médicas aos homens foi possível mapear algumas características do modelo de atenção presente:

- sistema médico-centrado. Há vários médicos, que atendem em alguns horários específicos ao longo da semana. Por exemplo, pode haver um médico que atende das 9h às 10h30; outro, das 10h às 12h, e assim por diante. Ao acessar o serviço, o usuário é direcionado a um ou outro médico, conforme o horário de chegada. Há psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, enfermeiros (e residentes nessas áreas) dentro do serviço. Geralmente a relação entre os médicos da clínica de DST/masculina e os multiprofissionais, quando ocorre, dá-se pela via do encaminhamento. Não existem reuniões de equipe, a não ser eventualmente, a partir de demandas bastante específicas². Segundo Merhy (2002), o desafio do sistema de saúde é torná-lo usuário-centrado, o que implica tomar a dinâmica de necessidades e demandas do usuário como organizadoras do sistema, em lugar de sobrepor as ofertas profissionais de forma fragmentada (cada profissão oferece um fragmento) e fragmentária (o usuário torna-se uma soma de fragmentos atendidos por diferentes profissionais). Isso não significa desconsiderar as necessidades de realização profissional e financeira dos profissionais, mas considerar que esta deve dialogar com os

projetos institucionais, a satisfação dos usuários e a sustentabilidade do sistema (Campos, 2002).

- modelo clínico-curativo e individual: a ênfase da clínica de DST/masculina é no tratamento das doenças e sintomas das pessoas que chegam para as consultas. Há pouco trabalho de prevenção e pouca interação com outros serviços e comunidade, ou mesmo com os outros setores existentes dentro do próprio Ambulatório de Dermatologia Sanitária - como o CTA, responsável pela testagem e aconselhamento em HIV-Aids e sífilis. Não há diálogo do setor com a atenção básica, resumindo-se a relação ao encaminhamento de usuários.

- ênfase no saber técnico/biomédico - ou seja, nas ações de diagnóstico e tratamento da doença; consultas geralmente rápidas, baseadas na lógica: exame, diagnóstico, prescrição, constituindo uma abordagem prescritiva/informativa.

Essas características fizeram-nos perguntar pelos seus efeitos. Saíamos da observação das consultas com algumas dúvidas: por que o usuário não usou preservativo? Como é o acesso das pessoas atendidas à informação e insumos de prevenção? Será que elas entendem o que elas têm, por que têm e o que são as DST? Como elas lidam com as DST em suas relações? Quem são essas pessoas, quais os seus contextos de vida? Ao realizar essas perguntas, colocávamos em questão o modelo de clínica apresentado, tradicionalmente centrado na doença, no diagnóstico e tratamento. O conceito de clínica ampliada, no entanto, põe em pauta a possibilidade deste modelo clínico tradicional produzir saúde. Como apontado em Brasil (2007), o diagnóstico de uma doença sempre parte de um princípio universalizante, generalizável e que produz uma homogeneização e igualdade. Porém, “para que se realize uma clínica adequada é preciso saber, além do que o sujeito apresenta de igual, o que ele apresenta de diferente, de singular” (Brasil, 2007, p. 10). A noção de clínica ampliada ressalta a necessidade de contextualizar as intervenções, buscando olhar o sujeito para além da doença ou sintoma que ele apresenta. É necessário esclarecer que não se trata de negar a

2 É importante enfatizar que este é o modo de funcionamento da Clínica de DST/masculina. Outros setores dentro do serviço têm diferentes modos de funcionamento.

existência da doença ou de seus sintomas; mas, sim, afirmar que estes se expressam de modos diferentes na vida de cada pessoa, com diversas implicações e graus de importância.

Na perspectiva da atenção, observamos também uma aparente dicotomia entre prevenção e tratamento, em que as ações relacionadas à primeira eram pouco presentes no setor analisado, resumindo-se à orientação de encaminhamento do(a) parceiro(a) a um serviço de saúde e, às vezes, ao uso do preservativo³. Apesar da importância do tratamento na interrupção da transmissão de algumas DST, não há garantias de que o sujeito passará a usar preservativo nas próximas relações, ou, pelo menos, irá pensar e avaliar sobre essa possibilidade.

Outro importante fator que justifica ações de prevenção com esse público consiste no fato de que a presença de uma DST é porta de entrada para outras DST, aumentando o risco de transmissão do HIV ou de recontaminação, caso a pessoa já seja soropositiva para o HIV⁴.

Tendo em vista a perspectiva ampliada de saúde (Brasil, 1986), o princípio da integralidade (Brasil, 1990) e a necessidade do reconhecimento da dimensão da subjetividade e da singularidade presente nas intervenções em saúde (Brasil, 2007, 2011), percebemos a necessidade de incentivar outras estratégias de cuidado em relação às pessoas atendidas na Clínica de DST/masculina do Ambulatório de Dermatologia Sanitária.

Observamos que os homens esperavam pela consulta sentados na frente da sala de atendimento médico. Pensamos em potencializar o momento de espera através da constituição de um grupo de sala de espera, tendo por objetivo a educação em saúde e prevenção.

Algumas concepções de grupos (Osório, 2006; Zimmerman e Osório, 1997) postulam que o grupo é caracterizado por um conjunto de pessoas, reunidas em determinado tempo/espaço, que compartilham algum objetivo e se colocam em interação para

alcançá-lo. Nesta perspectiva, o conjunto de pessoas que esperavam pela consulta não constituíam um grupo, mas sim um agrupamento de pessoas. Ou seja, apesar de partilharem um espaço e possuírem um objetivo comum – todos estavam ali para realizar um tratamento – não se colocavam em interação para alcançar tal objetivo. Como ressaltado por Osório e Zimmerman (1997), todo agrupamento tem uma potencialidade de tornar-se um grupo propriamente dito. É nesta potencialidade que apoiamos a nossa intervenção.

Barros (1996) aponta que, para além das definições mais clássicas de grupo – que enfatizam a existência de uma tarefa e de uma constante de tempo/espaço – podemos pensar o grupo a partir de uma certa funcionalidade que ele passa a exercer. Para além de um lugar/espaço, o grupo é pensado como um dispositivo, comprometido com o acionamento da descristalização de lugares e papéis.

“O que configura, em especial, seu sentido na história, é seu caráter não natural, instrumentalizando ações que estejam voltadas para um processo de permanente problematização daquilo que ‘aparece’ como dado” (Barros, 1996, p. 9).

Nesta perspectiva a problematização torna-se uma estratégia de trabalho. Ao invés de prescrever formas supostamente corretas de ser e agir, com sentido universalizante, partirmos de interrogações que possibilitam a exploração de diferentes experiências que as pessoas têm com a sexualidade, uso do preservativo, presença de uma DST e seus impactos. A coletivização da experiência possibilita desnaturalizar formas cristalizadas de ser e agir no campo da sexualidade, abrindo possibilidade de novas experiências.

Dentro do âmbito grupal, outra importante estratégia de trabalho constitui-se na escuta (Brasil, 2007), através da qual torna-se possível acessar as dimensões singulares presentes nos processos de saúde e adoecimento, relacionando as doenças com a vida.

3 Acreditamos que essa visão pode ser decorrente da interpretação fragmentada do sistema de saúde, em que a prevenção acaba sendo delegada ao nível primário de saúde enquanto o tratamento é delegado à atenção secundária. No entanto, a perspectiva da integralidade aponta o desafio de mesclar e integrar essas ações.

4 <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS1DA1127BITEMID8454D48B85C34ED1BFE1E9AD9C7EAD25PTBRIE.htm>

Procedimentos

A partir de conversas informais e reuniões entre residentes e preceptores, deu-se início ao planejamento dos grupos de sala de espera. Esse planejamento envolveu aulas sobre DST⁵, reuniões para discussão da abordagem dos grupos, organização dos fluxos, simulações das salas de espera, apresentação e discussão da proposta para os trabalhadores e setores envolvidos, entre outros aspectos.

A ação passou a ocorrer diariamente, das 8h às 8h45 da manhã, antecedendo a consulta de um dos médicos da clínica de DST masculino com quem estabelecemos uma aproximação. Ao acessarem o serviço e passarem pela recepção, os usuários eram encaminhados para uma sala, onde eram apresentados à proposta e convidados a participar. Como apontam Teixeira e Veloso (2006), a sala de espera pode ter diferentes configurações: pode ser um corredor, um saguão, uma sala, povoados por diversos sons e movimentos dinâmicos (como a criança que chora, o guarda que observa, a voz de profissionais chamando pacientes para atendimento, pessoas circulando pelos espaços). A espera para a consulta dos homens que procuravam atendimento na clínica de DST ocorria no corredor, onde havia algumas cadeiras encostadas na parede em frente à sala de atendimento médico. Era um local de espera e de passagem para outras salas e setores do ambulatório. Tendo em vista esta característica de passagem permanente, ruídos e filas, o grupo de sala de espera passou a ocorrer dentro de uma sala disponibilizada no serviço, mais propícia para a atividade de um grupo. Também ponderamos o fato de que a sala de espera envolvia uma temática relacionada à intimidade, havendo maior possibilidade de discussão e participação em um espaço mais protegido e reservado.

A atividade era coordenada por dois residentes multiprofissionais de áreas distintas, com supervisão de dois profissionais locais (um preceptor de Psicologia e um tutor médico da clínica de DST/masculino). A atividade teve início em agosto de 2008 e desenvolveu-se até março de 2009. Desenvolvemos

também um banco de dados a partir das informações contidas nas fichas de atendimento (iniciais do nome, idade, bairro, diagnóstico, tratamento e encaminhamentos), a fim de subsidiar estudos posteriores e mapear algumas características dos participantes da sala de espera.

O número de participantes oscilava bastante, havendo registro de grupos com duas pessoas até grupos com quatorze pessoas. O mais frequente era a presença de 5 a 7 usuários por grupo.

Relato da Experiência

A abordagem proposta na sala de espera tinha como uma das principais estratégias a problematização. Ou seja, ao invés de prescrevermos o uso do preservativo ou de comportamentos considerados “corretos”, nosso objetivo era levar os sujeitos a refletir sobre situações de risco, assim como avaliar os motivos que levam as pessoas a usar (ou não) o preservativo, buscando novas alternativas e possibilidades.

Após situar a finalidade do grupo e a voluntariedade da participação, o coordenador lançava alguma pergunta, visando disparar a discussão. Poderia ser uma questão como “você sabe o que são as DST?”. A partir das respostas e formulações do grupo, o debate poderia ser direcionado para diferentes temas e questões, como: quais são as DST e como se manifestam, questões relacionadas ao preservativo, relacionadas ao tratamento, implicações da DST na vida afetiva, preconceito e discriminação, mitos e tabus em torno da sexualidade, relações de gênero e poder etc. Os coordenadores do grupo não tinham como objetivo imediato responder prontamente a cada questão, tendo em vista que não se tratava de uma consulta individual em grupo. Mas, sim, estimular o grupo a refletir sobre as questões emergentes, explorar os modos como os sujeitos consideravam cada questão e pensar sobre os efeitos produzidos por determinadas concepções e modos de agir.

A problematização parte de interrogações ao invés de prescrições. Segundo a Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas relacionada às DST e Aids da População Brasileira de 15 a 64 anos de

5 As aulas foram ministradas por uma enfermeira (preceptora), um médico da Clínica de DST masculino e uma médica da Clínica de DST feminino do ADS.

idade - PCAP-2008 (Brasil, 2009), que entrevistou oito mil pessoas de diferentes regiões do País, 96,6% dos entrevistados sabem que usar preservativo é a melhor maneira de evitar a infecção pelo HIV. A mesma pesquisa mostra as variações no uso do preservativo, por exemplo: 60,9% das pessoas (15-24 anos) o usam na primeira relação sexual; 35,1 % usaram preservativo na última relação sexual dos últimos 12 meses. Tendo por base esses dados, aliado a nossa percepção da prática profissional, torna-se possível presumir que não é a falta de conhecimento ou informação que leva as pessoas a não usar preservativo, havendo uma série de fatores que incidem nessa decisão. A partir das interrogações direcionadas ao grupo, torna-se possível estabelecer uma relação de diálogo com os saberes de cada sujeito - ao invés de considerar que eles são despossuídos de um saber, o qual deveria ser “repassado” por um especialista. Como apontam Meyer e colaboradores (2006), as pessoas não pautam suas escolhas tendo como critério apenas as informações científicas. As pessoas se relacionam com as informações, interpretando-as a partir de seus quadros de referências culturais, religiosas e morais, adequando-as, duvidando delas etc. Meyer (2000) considera que, no cotidiano, diferentes instâncias colocam-se como fontes de aprendizagem, de maneira quase equivalente entre si: a mídia, a escola, os amigos, a igreja. Dessa forma, o conhecimento sobre o que é uma DST, seus significados, suas formas de tratamento e prevenção são tecidos por diferentes discursos, que podem configurá-la, por exemplo, como resultante de um pecado ou como resultante do não uso do preservativo. A perspectiva problematizadora permite interrogar sentidos muitas vezes cristalizados culturalmente e individualmente, abrindo a possibilidade de construção de novos sentidos.

Outro objetivo do grupo de sala de espera era sensibilizar os sujeitos para acessarem o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), que fica dentro do próprio Ambulatório de Dermatologia Sanitária, a fim de realizarem o aconselhamento e a testagem anti-HIV.

Tendo por base as contribuições da prática do aconselhamento (Brasil, 1999; 2005), a intervenção perpassava os componentes afetivo/emocional, informativo e de avaliação de risco (dimensão reflexiva). Estas são três dimensões de um mesmo

fenômeno, interrelacionando-se mutuamente. Por exemplo, quando um homem demonstrou uma preocupação por acreditar que a presença de verrugas causadas pelo Papilomavírus Humano (HPV) em seu órgão genital significava a possibilidade de traição por parte de sua esposa (como se a DST por si só fosse uma “denúncia” da traição), era importante a informação de que o HPV pode levar alguns anos para se manifestar após a contaminação, dependendo da situação do sistema imunológico. Neste caso, esta informação (dimensão informativa) trouxe um impacto na dimensão afetiva, fazendo com que o usuário pudesse reavaliar os sentimentos de culpa, ansiedade, *stress* e desconfiança. Tendo em vista que seu relacionamento atual era recente e que já fora casado anteriormente, passou a considerar a possibilidade que o HPV tivesse sido adquirido em relações anteriores suas ou de sua parceira.

Já a reflexão era suscitada principalmente em relação ao uso do preservativo e à avaliação de situações de risco. Nesse sentido, o grupo tinha um papel muito importante, principalmente quando os participantes sentiam-se num clima de acolhimento e confiança para relatar experiências com o uso do preservativo. Em um grupo, por exemplo, um homem na faixa dos 50 - 55 anos, relatou que nem sempre conseguia usar preservativo, porque “broxava” quando ia colocar. Porém, quando algumas mulheres “profissionais” colocavam o preservativo, ele não costumava ter esse problema, pois “elas colocavam de um jeito que ele nem percebia”. Outro homem, garoto de programa, relata que “broxou” poucas vezes, e nessas poucas vezes não foi com o uso do preservativo, mas sim por outros motivos.

Essas situações permitiam evidenciar que o problema não estava necessariamente “no preservativo” em si, mas no modo de relação que as pessoas estabelecem com ele. Nas situações relacionadas ao “broxar”, por exemplo, alguns homens identificavam o problema no preservativo (alegando perda de sensibilidade, ou “esfriamento da relação” com a “paradinha” para colocá-lo), enquanto outros avaliavam outros fatores (uso de bebidas, não estar excitado, nervosismo por querer agradar, situações de *stress* e preocupação, pouca intimidade com a/o parceiro/a, perda de lubrificação). Nesse sentido, a discussão sobre o preservativo disparava uma reavaliação

sobre outros fatores que interferem no seu uso, propiciando um deslocamento da ideia de “preservativo como problema” para a ideia de “relação estabelecida com o preservativo como problema”. Através dessa abordagem, buscávamos implicar subjetivamente os sujeitos nas decisões que tomavam sobre o uso/não uso do preservativo.

A partir dos relatos dos participantes dos grupos, observamos diferentes formas de relação estabelecidas com o preservativo:

a) burocratizada - em que o preservativo é visto como um empecilho à relação, porque “faz broxar”, “porque esfria a relação”, “porque o tesão é tanto que não dá tempo”; pode também estar associada a uma relação “fóbica”, expressa em frases como “só de pensar já broxo”.

b) erotizada - em que o uso de preservativos é inserido no jogo erótico e de troca de intimidades. Há o uso e a curiosidade em relação aos preservativos coloridos, com sabor, cheiros, texturas, estimulantes, tamanhos diferenciados, substâncias que auxiliam a retardar a ejaculação etc.

c) auto e heterocuidado - em que o preservativo tem o significado de uma demonstração de afeto e cuidado a si e/ou ao parceiro/a, na perspectiva da prevenção;

d) preconceituosa - em que se associa o preservativo com uma série de ideias culturalmente compartilhadas e que passam a justificar o não uso do preservativo: “usar camisinha é como chupar bala com papel”. Essa forma de relação ocasiona uma espécie de “fechamento” para a experimentação de outras formas de relação com o preservativo ou eximem os sujeitos das suas decisões, pois o problema é localizado em um fator aparentemente externo ao sujeito: “no preservativo”.

e) higiênica - observamos relatos, principalmente de mulheres, que achavam mais prático o uso do preservativo por uma questão higiênica, pois o sêmen fica dentro do preservativo;

f) automática - pessoas que “se acostumaram” ao uso do preservativo desde suas primeiras relações

e o incorporaram ao seu cotidiano, de maneira que o seu uso “é como escovar os dentes”, como expressou um homem em um dos grupos;

e) uso “desinformado” - situações nas quais as pessoas alegam problemas supostamente atribuídos ao preservativo (por exemplo: é pequeno, apertado, estoura fácil, sai durante a relação e fica dentro do órgão sexual da parceira, tem pouca lubrificação). Porém, durante a sala de espera, observamos relatos e demonstrações da colocação do preservativo na prótese peniana que evidenciavam a má utilização do preservativo, muitas vezes pela falta de informações sobre seu uso adequado. Obtivemos relatos do uso de objetos (desde tesoura até o uso dos dentes) para abrir a embalagem do preservativo; mau acondicionamento dele (na carteira, durante bastante tempo, o que pode ocasionar o vazamento do líquido lubrificante para fora da embalagem, em decorrência da pressão exercida sobre ela); e, ainda, a colocação do preservativo de forma inadequada (por exemplo, ele não era desenrolado até a base; ou, era esticado e pressionado excessivamente da ponta à base do pênis, sem deixar espaço sem ar na ponta para o sêmen). É necessário deixar claro que não estamos negando a possibilidade de que o preservativo possa realmente ser “apertado” ou “folgado” para alguns homens - e aí sim o problema poderia ser localizado “no preservativo”⁶. Porém, em algumas situações, a sensação de desconforto (como a sensação de “estar apertado”) não se deve ao tamanho pequeno do preservativo em relação ao pênis, mas sim ao fato de ele ser colocado de forma inadequada, como pudemos observar pelos relatos e demonstrações da colocação do preservativo na prótese peniana. Pensamos, ainda, que a afirmação de que “o preservativo aperta” também pode estar atravessada culturalmente por um sentido de afirmação da masculinidade. Isso porque tal afirmação designa, de modo subentendido, a ideia de que a pessoa tem um pênis grande - o que, em nossa cultura, é um símbolo de masculinidade e virilidade.

Essas variações no modo de relação com o preservativo permitem desnaturalizar a ideia de que

6 Por esse motivo, alguns movimentos sociais reivindicaram que o Ministério da Saúde disponibilizasse preservativos com tamanhos diferenciados, o que já vem ocorrendo. No comércio também é possível encontrá-los com uma largura menor (os chamados preservativos *teen*), assim como preservativos com comprimento e largura maiores que a tradicional.

o seu uso em si é um problema, abrindo a possibilidade de reflexão sobre o modo como o inserimos em nossas relações e que implicações isso produz. As formas de relação com o preservativo também são influenciadas por valores religiosos, questões de gênero e fatores que constituem vulnerabilidades. O exercício de problematização implica em confrontar aquilo que para o sujeito é a única forma de relação com o preservativo com outras formas e experiências relatadas no próprio grupo, implicando os sujeitos nas suas decisões e tomada de atitudes – no lugar de “transferir” a responsabilidade para um problema supostamente intrínseco ao preservativo. Essa perspectiva busca diferenciar-se de duas perspectivas muito presentes no campo da saúde. A primeira, aqui denominada de “prescritiva universalizante”, parte do pressuposto de que todos devem usar o preservativo sempre, da mesma maneira, supostamente de forma independente em relação ao modo como explicam e atribuem sentido a ele. A segunda perspectiva é caracterizada pela crença na impossibilidade do uso do preservativo, muitas vezes encontrada em profissionais de saúde, em que o uso destina-se a quem ele atende, mas não às suas relações pessoais. É expressa por falas como “a gente fala, fala... mas ninguém usa preservativo”, com o sentido de que não há o que discutir a respeito. Tendo em vista o pressuposto de nossa intervenção, de que as pessoas se relacionam de maneiras diferentes com o preservativo, abre-se a possibilidade de singularização das ações, buscando-se diferentes estratégias para diferentes situações.

Em alguns grupos ocorreria o relato de cenas (envolvendo situações como duas pessoas que se conhecem na noite, casais heterossexuais ou homossexuais em relações estáveis), a partir das quais ocorria a reflexão sobre as relações que as pessoas estabeleciam com o preservativo e as dimensões da vulnerabilidade presentes naquele contexto.

O modo erótico de relação com o preservativo é um dos que mais despertou nossa atenção. Próximo ao Natal, os residentes multiprofissionais e a equipe do CTA confeccionou um pinheiro com cerca de um metro e meio de altura, decorado com as mais diversas marcas e tipos de preservativo masculino e feminino (com sabor, cor, texturas etc). Em menos de uma semana, o pinheiro estava praticamente

“sem decoração”, pois os usuários e funcionários do serviço foram destacando os preservativos para si. Apesar de estar exposto no saguão do Ambulatório, as pessoas não sabiam se podiam destacá-los ou não do pinheiro. Buscavam então momentos mais “discretos” para pegá-los. Alguns “disputavam” qual preservativo conseguiriam pegar: “eu quero o de chocolate”; “eu quero aquele que retarda a ejaculação”; “como será aquele com textura?”. Esse tipo de ação desperta a atenção, pois evidencia o fato de que o preservativo também pode despertar a curiosidade e desejo de experimentação de algo diferente na relação sexual.

Em relação ao preservativo feminino, observamos que era desconhecido pela maioria dos homens que participavam dos grupos de sala de espera. Apesar da menor disponibilidade deles em nosso serviço, procurávamos também estimular seu uso, principalmente como uma alternativa às pessoas que têm maior dificuldade para adaptação ao preservativo masculino. De maneira geral, os homens demonstravam um misto de estranhamento (pelo tamanho, formato) e curiosidade em relação ao preservativo feminino, solicitando-os.

Também foi possível problematizar com os grupos as estratégias utilizadas como substitutas ao uso do preservativo, como “escolher bem a parceira”, “conhecer com quem está saindo”, “ser parceira fixa”, “ela é uma pessoa que se cuida”, “conheço desde sempre, é de família” – aspectos que se relacionam com o preconceito e o estigma presentes em relação à Aids e outras DSTs. Essas estratégias muitas vezes estão calcadas em crenças que distanciam o HIV da nossa vida cotidiana e das relações afetivas, tornando-o uma “doença do outro”, distante do cotidiano de cada um de nós. Além disso, discutimos a diferença entre confiança e conhecimento do *status* sorológico de uma pessoa, tendo em vista relatos de homens que deixam de usar o preservativo após as primeiras relações sexuais, sob a alegação de que a partir de então “confiam na parceira”, “conhecem a parceira”. Abordamos, ainda, questões relacionadas à automedicação, evidenciando as implicações de “usar uma pomada que o vizinho ou amigo disse que era boa”, “utilizar o mesmo remédio que utilizou em outra situação para algo parecido”, conforme relatos obtidos nos grupos.

Observamos uma crença do senso comum – e que atravessa as práticas profissionais – segundo a qual a presença de uma DST serviria como uma “lição” para o sujeito, algo que faria com que ele aprendesse sobre a importância e necessidade do uso do preservativo daquela situação em diante. Porém, observamos que muitas vezes essa crença não é confirmada, pois o modo como as pessoas explicam a contaminação pode colocá-la como uma exceção. Em lugar de colocar em questão o uso/não uso do preservativo, algumas pessoas explicam que “foi aquela vez” ou que “foi culpa da parceira que não disse nada”, ou que “tem que escolher melhor da próxima vez”. O diálogo proporcionado no grupo de sala de espera buscava, então, interrogar essas crenças, confrontando experiências distintas no grupo. Também observamos que nem sempre as pessoas percebem que, assim como contraíram sífilis, gonorreia ou HPV, poderia ter sido HIV, por exemplo. Nesse sentido, buscávamos enfatizar não necessariamente a diferença (principalmente biomédica) de cada DST, mas sim o aspecto em comum entre elas: o modo de transmissão pela via sexual. Buscamos também explicitar as imagens ambíguas costumeiramente formuladas em relação às pessoas que apresentam ou não uma DST. Atravessadas por dicotomias bom X mau, limpo X sujo, doente X sadio, essas imagens muitas vezes impossibilitam a percepção das DST como algo próximo, inseridas nas relações de prazer e amor.

Em todos os grupos ocorreu distribuição de preservativo, disponibilização de informações sobre os locais de acesso a ele e testagem para o HIV, sífilis e hepatites virais.

É necessário apontar que os temas variavam em cada grupo, conforme as situações emergentes. O desafio era não tornar a sala de espera uma simples “palestra”, na qual as informações tivessem um sentido unidirecional. Mas, sim, transformar aquele espaço de espera em um grupo, no qual pudesse ocorrer trocas de experiências entre os participantes e houvesse lugar para pensar sobre o assunto, tirar dúvidas etc. Os grupos também variavam conforme o perfil dos usuários (maior ou menor número de pessoas, perguntas, exposição de questões e “cenas”, ou o fato de ser a primeira ou a décima participação no grupo). Essa variação buscava responder aos inte-

resses dos participantes e a possibilidade de escuta possível em cada situação. Ao mesmo tempo prezávamos pelo respeito à privacidade, buscando desindividualizar as questões emergentes, remetendo-as para um plano coletivo, daquilo que acontece e é comum a todos. As perguntas realizadas pelos coordenadores não eram direcionadas a cada participante do grupo, mas sim ao grupo, remetendo a questões gerais, mas que refletiam as crenças pessoais. No lugar de interrogar “Por que você usa ou não usa preservativo?”, perguntávamos “Por que, de modo geral, as pessoas usam ou deixam de usar o preservativo?”. Tendo em vista o caráter de intimidade e privacidade que recai sobre temas que envolvem a sexualidade, é importante ressaltar a necessidade de a intervenção respeitar a possibilidade de participação de cada usuário, sem constrangê-los.

Considerações sobre a Experiência Desenvolvida

Essa experiência possibilitou uma mudança na atenção aos homens que procuravam atendimento para DST no Ambulatório de Dermatologia Sanitária, agregando à lógica curativa uma lógica preventiva e de educação em saúde.

As reflexões realizadas por Meyer e colaboradores (2006) são bastante pertinentes neste contexto de análise. Os autores analisam os modelos de educação em saúde difundidos no campo da saúde e apontam que

“Os projetos educativos em saúde seguem sendo majoritariamente inscritos na perspectiva de transmissão de um conhecimento especializado, que ‘a gente detém e ensina’ para uma ‘população leiga’, cujo saber viver é desvalorizado e/ou ignorado nesses processos de transmissão. Assume-se que, para ‘aprender o que nós sabemos’, deve-se desaprender grande parte do aprendido no cotidiano da vida” (Meyer e col., 2006, p. 1336).

Nesta perspectiva apontada e criticada pelos autores, a intervenção é calcada na ideia de transmissão de informação, neutralidade e universalidade do saber científico, sendo responsabilidade individual do sujeito estar exposto a riscos e à tomada de decisões. A expectativa é que, de posse do saber cientí-

fico, o sujeito terá condições de conscientizar-se e mudar seu comportamento.

Essa constatação revela a conexão entre a forma de atendimento encontrada em grande parte dos serviços de saúde e o modelo de educação em saúde tradicionalmente difundido no âmbito da formação no campo das ciências da saúde. Isso explica também porque a situação já está tão naturalizada, cristalizada – justamente porque encontra ressonância em algo que é historicamente e socialmente legitimado, constituindo uma espécie de padrão ou hegemonia.

No entanto, partimos de inquietações para constituir uma outra proposta de intervenção, apostando em outro modelo de educação em saúde. Neste “outro” modelo, buscamos tensionar e deslocar o tipo de relação estabelecida com os usuários. Ao invés de abordá-los como sujeitos que recebem passivamente informações, buscamos estabelecer relações dialógicas, produtoras de sentidos, no encontro entre saberes distintos. Ao invés de pensar a doença como a-histórica, descontextualizada e sem sujeito, buscamos evidenciar e intervir sobre os modos de experienciar os processos de saúde e doença e seus diversos atravessamentos – ser homem/mulher/travesti, ser homo ou heteroafetivo, ser branco ou preto, pobre ou rico, estudante/empregado/desempregado – revelando as dimensões da vulnerabilidade relacionadas em diferentes situações.

A noção de vulnerabilidade tornou-se presente no campo da atenção ao HIV-Aids e outras DST a partir da década de 1990. Surge como alternativa às noções de grupo de risco e comportamento de risco. Meyer e colaboradores (2006) apresentam a vulnerabilidade como uma importante ferramenta para pensar o processo de educação em saúde. Isso porque o conceito de vulnerabilidade envolve diferentes dimensões: individual, social e pragmática/institucional.

“Articulados entre si, os três componentes constitutivos de uma abordagem apoiada no quadro conceitual da vulnerabilidade priorizam análises e intervenções multidimensionais, que conside-

ram que *as pessoas não são*, em si, vulneráveis, mas *podem estar* vulneráveis a alguns agravos e não a outros, sob determinadas condições, em diferentes momentos de suas vidas. Nesse sentido, essa abordagem é indissociável de uma “atitude compreensiva” de conhecer, com a qual se assume que as “partes” com as quais lidamos em nossos cotidianos profissionais fazem sentido dentro de um todo que as torna apreensíveis e, em certa medida decodificáveis, para funcionarem como eixos articuladores de práticas educativo-assistenciais em saúde.” (Meyer e col., 2006, p. 1340).

Enquanto intervenção, o quadro conceitual da vulnerabilidade no campo da educação em saúde implica uma mudança significativa nos modos de conceber a prevenção e os processos de educação em saúde.

“Com esta perspectiva necessariamente integrada e abrangente, a educação em saúde pode ser pensada não como estratégia de aliciamento a um modelo que permanece cognitivo-racional ou como recurso para uma “aprendizagem sanitária” satisfatória, mas como eixo orientador de escolhas político-pedagógicas significativas para um dado grupo e contexto. E o apoio e a resposta social que se busca alcançar envolvem a comunicação entre diferentes, que não objetiva a homogeneização de formas de pensar e levar a vida, mas a construção e o fortalecimento de cumplicidades na busca de proteção.” (Meyer e col., 2006, 1341).

A atividade de sala de espera esteve em consonância com a proposta de educação em saúde na perspectiva da vulnerabilidade, considerando-se a abordagem “ampliada” e o caráter problematizador e reflexivo das intervenções.

Limitações e desdobramentos da ação.

O grupo de sala de espera ocorreu entre agosto de 2008 e março de 2009. A atividade foi interrompida pela diminuição da disponibilidade dos residentes⁷, além de uma mudança de horário do atendimento médico, gerando pouco tempo de espera dos usuários.

7 Dentro da dinâmica de ensino da Residência Integrada em Saúde da ESP-RS, o primeiro ano é caracterizado pela inserção no serviço de referência da ênfase – no caso, o Ambulatório de Dermatologia Sanitária. No segundo ano ocorre uma diversificação dos cenários de ensino, com a saída do residente para outros serviços assistenciais, gestão e controle social durante cerca de quatro turnos semanais. Além disso há o “estágio opcional”, em que o residente é inserido em outro serviço pelo período de dois meses.

Um dos desdobramentos dessa ação foi um trabalho de aproximação desenvolvido pelo Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA⁸ com a clínica de DST, buscando a sensibilização dos profissionais para o encaminhamento dos usuários da clínica de DST para o CTA. Após alguns meses, levantamentos realizados pelos profissionais do CTA demonstraram um incremento considerável no número de pessoas encaminhadas pela clínica de DST, assim como uma qualificação da atenção, tendo em vista que o CTA trabalha com uma perspectiva de prevenção e educação em saúde através da prática do aconselhamento. Consideramos que esta aproximação entre o CTA e a Clínica de DST passou a suprir as ações de educação em saúde e prevenção, integrando diferentes perspectivas.

Considerações Finais

Para finalizar, é importante apontar que uma abordagem não existe em detrimento de outra. Comparamos com a colocação de Meyer e colaboradores (2006), de que a crítica não deve recair sobre a ideia de transmissão de informação em si, mas sim sobre o fato de muitas vezes ela constituir-se como a única alternativa e modo de abordagem da educação em saúde, dentro de uma perspectiva de atribuição de valor normativo às práticas em saúde. Nesse sentido, a experiência desenvolvida visou tensionar a lógica hegemônica no campo da saúde, que tem seu reflexo nas atividades tradicionalmente desenvolvidas na clínica de DST masculina desenvolvida no serviço onde ocorreu a experiência de sala de espera. Pensamos que a intervenção proposta potencializa a prevenção em HIV e outras DST, assim como possibilita um olhar ampliado para as várias dimensões de vida e saúde dos sujeitos.

Além do impacto na atenção oferecida aos usuários, através da diversificação das possibilidades de diálogo e atenção visando à resolução de seus problemas de saúde, a sala de espera teve um importante impacto na formação profissional dos residentes. Essa atividade possibilitou ao mesmo tempo

fazer um diagnóstico de uma situação, a análise de governabilidade (ou seja, o que é possível dentro de certos parâmetros institucionais), assim como a proposição de alternativas, planejadas em uma equipe interdisciplinar. Remeteu ainda à experimentação de uma atividade de campo, focada na necessidade dos usuários, deslocando o predomínio das ações que remetem aos núcleos profissionais e seus recortes específicos. Possibilitou a aprendizagem de uma série de peculiaridades na atenção às DST, incluindo novas formas de pensar os processos de educação em saúde e prevenção nesse âmbito.

Agradecimentos

À assistente social Fabiana de Moura e Sousa e à nutricionista Alessandra Zambeli Alberti, que participaram da criação, planejamento e execução do grupo de sala de espera, sem as quais tal experiência certamente não teria tido êxito. À preceptora Lígia Carangache Kijner (Psicóloga) e ao tutor Luis Carlos Toledo (Médico), que acolheram a proposta e propiciaram condições institucionais para a sua realização. À enfermeira Edi, que também ministrou aulas sobre DST. Aos demais colegas de residência que participaram do planejamento e execução da sala de espera: o Enfermeiro Vinícius Tejada Nunes, a Psicóloga Anelise Kirst da Silva e a Enfermeira Simone. À Psicóloga Nalu Both pela leitura e discussão da primeira versão deste artigo.

Referências

- BARROS, R. D. B. de. Clínica grupal. *Revista do Departamento de Psicologia UFF*, Niterói, v. 7, n. 1, p. 1-10, 1996. Disponível em: <<http://www.saude.ms.gov.br/control/ShowFile.php?id=27850>>. Acesso em: 20 set. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *8ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final*. Brasília, DF, 1986. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8conf_nac_rel.pdf>. Acesso em: 29 set. 2006.

8 O CTA do Ambulatório de Dermatologia Sanitária foi o primeiro CTA do Brasil, criado em 1988. Atualmente trabalha no campo da atenção, através das ações de aconselhamento e testagem anti-HIV e VDRL (Venereal Disease Research Laboratory), além de ações de educação em saúde e prevenção. Atua ainda no campo do ensino, através da supervisão dos residentes e do desenvolvimento de processos de formação em saúde para serviços de atenção básica, presídios, abrigos, entre outros.

- BRASIL. Lei n. 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 União*, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8080.htm>>. Acesso em: 28 out. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Aconselhamento em DST, HIV e AIDS*: diretrizes e procedimentos básicos. Brasília, DF, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Oficina de aconselhamento em DST/HIV/AIDS para Atenção Básica*. Brasília, DF, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2. ed. Brasília, DF, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS*: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, DF, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas na população brasileira de 15 a 64 anos*: 2008. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2009/40352/pcap_2008_f_pdf_13227.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2012.
- CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde*: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 229-266.
- MEYER, D. E. E. Educação em saúde e prescrição de “formas de ser e de habitar”: uma relação a ser ressignificada na contemporaneidade. In: FONSECA, T. M. G.; FRANCISCO, D. J. (Org.). *Formas de ser e habitar a contemporaneidade*. Porto Alegre: UFRGS, 2000. p. 71-86.
- MEYER, D. E. E. et al. “Você aprende: a gente ensina?”: interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, 2006.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- OSÓRIO, L. C. *Psicologia grupal*: uma nova disciplina para o advento de uma era. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- TEIXEIRA, E. R.; VELOSO, R. C. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. *Texto Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 320-325, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So104-07072006000200017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 ago. 2010.
- ZIMERMAN, D. E.; OSÓRIO, L. C. (Org.). *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artmed, 1997.

Recebido em: 03/11/2010
 Reapresentado em: 28/08/2011
 Aprovado em: 22/09/2011