

Serviço de Assistência Especializada (SAE): Uma Experiência Profissional

Specialized assistance service (SAS):
A professional experience

**Carla Glenda
Souza da Silva**

Sociedade Civil Bem-
estar Familiar do Rio
Grande do Norte –
BEMFAM/RN

Experiência



Resumo: O trabalho visa a discutir o processo de implantação e operacionalização de um serviço de assistência especializada (SAE), que objetiva vincular o usuário portador do vírus HIV/Aids à equipe multiprofissional através da descrição de experiência profissional. Alcançou-se a implantação e operacionalização do SAE com a implementação de uma política de assistência voltada para o bem-estar, a humanização e a qualidade de vida do usuário. A implantação do serviço permitiu garantir a resolutividade, a equidade e a integralidade dos serviços no Município de Cabedelo, bem como a ampliação do processo de descentralização da atenção, conforme orienta a política institucional do SUS no Brasil, mesmo enfrentando dificuldades de ordem política, econômica e estrutural local. A cidade possui uma população de 47.076 habitantes. Há oitenta e seis casos de Aids notificados no período de jun./85 a fev./05. É um Município predominantemente urbano, litorâneo, portuário, é rota de caminhoneiros, possui um *ferry boat*, e apresenta elevado índice de prostituição.

Palavras-chave: gestão da saúde, HIV/Aids e outras DSTs, SAE.

Abstract: This paper aims to discuss the implementation and the operation of a specialized assistance service whose goal is to connect the patient who has the HIV/Sida virus to the multiprofessional staff through the description of a professional experience. This was achieved by the SAE establishment, with the set up of an assistance policy that has the welfare, the humanitarian aspect and the quality of life of the infected person as goals. The establishment of SAE allowed the resolution, the equality and the integrality of the services in the town of Cabedelo, as well as the enlargement of the attendance process, according to the SUS institutional policy in Brazil, even if political, economical and structural difficulties had to be overcome. Cabedelo has 47.076 inhabitants, with 86 cases of Sida, which were notified from June/85 to February/05. It's an urban town, with a harbor, and it is a truck driver's route, with a high level of prostitution.

Key-words: management of the health, HIV/Aids and other DST, SAS.

Situado no litoral norte do Estado da Paraíba, Cabedelo é um Município estrategicamente bem localizado em termos de logística, pois é passagem obrigatória das mercadorias que entram e saem do Estado por via marítima e rodoviária. Possui aproximadamente 31 Km², sendo banhado ao norte e a leste pelo Oceano Atlântico, ao sul, pelo Rio Jaguaribe e, a oeste, pelo Rio Paraíba. Possui uma população de 47.076 habitantes (estimativa do IBGE- 2003), predominantemente urbana, sendo que 51,78% da população é do sexo feminino e 48,22%, do sexo masculino.

Suas características: ser portuário, o que possibilita um grande fluxo de turistas nacionais e estrangeiros que, não só nos períodos de festas, mas também no verão e no cotidiano, podem ser suscetíveis de transmissão e/ou contaminação por DST e

HIV/Aids, pois há um alto índice de prostituição infanto-juvenil, masculina e feminina; possuir linha férrea, que é, economicamente, mais viável para as pessoas que vêm de Municípios vizinhos, como João Pessoa, Bayeux e Santa Rita e contar com um *ferry boat*, que possibilita a vinda de pessoas de várias localidades vizinhas, como os Municípios de Lucena, Santa Rita, e de outras praias, como Costinha, Fagundes, Forte Velho, registra alto índice de migração, pois é um Município que recebe grande fluxo de pessoas, principalmente no período do verão e em festas como Carnaval, São João, Carnaval fora de época, entre outras. Tais pessoas deslocam-se tanto de João Pessoa (capital) como de outros Municípios circunvizinhos, além de outros Estados próximos, o que aumenta, assim, o risco de contaminação. Cabedelo é rota de caminhões e possui grande movimentação

rodoviária, já que os caminhões vêm de várias partes do Brasil e retornam às suas origens.

A epidemia da AIDS tomou forma, no Brasil, na década de 80; no Município, foco do estudo, o primeiro registro de caso ocorreu em 1987 (SES-PB, 2004); em 2004, o Município ficou em 5º lugar em número de casos no Estado da Paraíba. O Brasil é o único país do mundo cujo tratamento para Aids é oferecido gratuitamente a todos, independentemente de cor, raça, religião e condição financeira, procurando-se, assim, obedecer os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

O aparecimento dessa doença infecto-contagiosa no País abriu espaço para maiores questionamentos sobre o assunto. Nunca se discutiu tanto sobre sexualidade, sexo, camisinha, gravidez na adolescência, comportamento sexual, hábitos, cultura, educação, adolescência e processo de desenvolvimento, entre outros aspectos, como se faz atualmente. Existem trabalhos os mais diversos; algumas temáticas são muito exploradas, outras ainda nem fazem parte de trabalhos, pelo fato de alguns acontecimentos serem praticamente inéditos.

Os Serviços de Assistência Especializada (SAE) foram implantados a partir de 1994, de forma descentralizada, por meio de recursos repassados através do Plano Operativo Anual (POA), pelo Ministério da Saúde (MS), às coordenações locais de DST e Aids. Nesse processo, os coordenadores identificavam a necessidade de implantação de serviços e adquiriam e disponibilizavam equipamentos/veículos às instituições. A adoção dessa política gerencial, considerada adequada naquele momento, gerou, no decorrer do processo, resultados positivos e negativos. Dentre os positivos, cumpre ressaltar a descentralização da responsabilidade e os ônus operacionais da constituição dessa rede de serviços. Por

outro lado, observamos a marginalização das equipes de saúde e das instituições em relação ao processo, deficiências na instrumentalização de monitoramento físico-financeiro e a ausência da prática de avaliação dos serviços. Dessa forma, optou-se, em 1997, pela implantação centralizada dos serviços através do repasse de recursos, pelo MS, às instituições de saúde, mediante a aprovação de projetos específicos (MS, 2005).

Em resposta à demanda assistencial crescente, o Ministério da Saúde concebeu, de forma inovadora, o Programa de Alternativas Assistenciais. Esse programa baseou-se em projetos de implantação de serviços alternativos à assistência convencional que apresentassem conceitos individualizados de níveis de atenção e resolubilidade diagnóstico-terapêutica e que estabelecessem mecanismos de referência e contra-referência com os serviços da rede pública de saúde. Dessa forma, em nível ambulatorial, desenvolveu-se o conceito de Serviço de Assistência Especializada (SAE); em nível de hospitalização convencional, promoveram-se as alternativas de assistência dos tipos hospital-dia (HD) e assistência domiciliar terapêutica (ADT) (MS, 2005).

O SAE é uma unidade assistencial de caráter ambulatorial, que propicia o vínculo do paciente portador do vírus HIV/Aids e outras DSTs com uma equipe multiprofissional ao longo de sua enfermidade. Presta atendimento médico, com resolutividade diagnóstica, e oferece tratamento com assistência farmacêutica e psicossocial aos pacientes e familiares (MS, 2005).

O presente artigo se propõe, portanto, a discutir o processo de implantação e operacionalização de um SAE, apresentando-o como possibilidade de humanização nos serviços de assistência, uma vez que facilita o acesso do usuário a um serviço de referência no Município em que reside e próximo de seus familiares e amigos.

O Brasil é o único país do mundo cujo tratamento para Aids é oferecido gratuitamente a todos, independentemente de cor, raça, religião e condição financeira, procurando-se, assim, obedecer os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

SAE: implantação e operacionalização

Os Serviços de Assistência Especializada (SAE) estão inseridos em ambulatorios, hospitais ou integrados a estruturas que se caracterizam por prestar atendimento exclusivo a pacientes portadores do HIV/Aids - HD e/ou ADT, conforme o Ministério da Saúde (2005). Ao implantá-los em unidades preexistentes, justifica-se a possibilidade de, além de racionalizar custos, promover uma assistência mais humanizada na medida em que o paciente não precisará se deslocar para outros centros de referência (secundárias) em busca de tratamento em outras especialidades médicas, pois as chamadas policlínicas têm possibilidade de ofertar especialidades essenciais ao tratamento das infecções oportunistas (IO), como, por exemplo, a de pneumologista, reumatologista, neurologista, infectologista e dermatologista, entre outros.

O SAE em questão foi implantado dentro de uma policlínica, atendendo aos critérios acima expostos, e está subordinado à Secretaria Municipal de Saúde. Sendo essa uma unidade de saúde que presta assistência de nível secundário à população, o intuito é racionalizar custos, permitir assistência de qualidade, com maior resolutividade em especialidades médicas e odontológicas, contribuir para dirimir preconceitos e promover a aproximação dos familiares aos portadores, esclarecendo quanto às formas de contágio da doença, entre outras questões que surgem, e servindo de referência para as dezenove Unidades de Saúde da Família (PSF) no tratamento e acompanhamento das DSTs, além de acolher os pacientes soropositivos em seu Município.

O SAE tem função de suporte ambulatorial, assegura a assistência durante o período de melhora clínica dos pacientes, orienta-os e direciona-os, segundo as necessidades, a outros

serviços, e incentiva a adesão ao tratamento e a aceitação dos familiares à nova condição de ter um membro da família portador do vírus HIV ou doente de Aids. É também referência para as USF de Municípios vizinhos, além de outras localidades, e pode atender a demanda espontânea que vem ao serviço em busca de aconselhamento pré e pós-teste para HIV e VDRL (sífilis).

O Serviço possui uma equipe multidisciplinar que deve atender por quarenta horas semanais. Os profissionais integrados são: médico infectologista (03), enfermeira (01), psicólogos (02), assistente social (01), farmacêutica (01) e coordenador (01).

Esses profissionais são capacitados e supervisionados para prestarem assistência de acordo com a especificidade da doença. Os mesmos podem ser contratados pelo Município e/ou serem parte do quadro funcional, porém, invariavelmente, serão capacitados, e é necessário verificar o perfil do profissional, ou seja, se ele se identifica com a realidade conforme se apresenta ou se há algum conflito que o impeça de atuar nessa equipe especificamente. O importante também é que o profissional se sinta parte do processo de planejamento, monitoramento, operacionalização e avaliação sistemática do desempenho da equipe. Todos os profissionais têm a função de realizar o aconselhamento pré e pós-teste e atuar em atividades educativas afins, além de adequar ou facilitar o acesso a outras especialidades médicas, como: oftalmologia, dermatologia, ginecologia/obstetrícia, psiquiatria, proctologia, urologia, cirurgia, neurologia, endoscopia, broncoscopia e Odontologia. O SAE também pode ter um posto de coleta de amostras para exames laboratoriais que poderão ser processados em laboratório local ou enviados ao laboratório de referência, dependendo da complexidade e possibilidade do custo, que pode, conforme o local e os acordos firmados em nível estadual, não ser coberto pelo Município. A tarefa de cada profissional inserido na equipe será:

Enfermeiro: agilizar o atendimento médico, desempenhar suas funções e orientar os pacientes e seus familiares sobre normas de segurança;

Assistente social: responsável pelo suporte de caráter assistencial aos pacientes, deverá agilizar sua integração ao trabalho, facilitar o acesso aos transportes, agilizar ações para auxílio financeiro, conciliar e integrar as atividades do SAE com outros serviços, ONGs e casas de auto-ajuda – como casas de passagem e apoio – que prestem formas variadas de assistência ao paciente;

Psicólogo: oferecer formas simples de apoio psicológico (breve) ao paciente e a seus familiares, proporcionando aos mesmos meios psicológicos para vivenciarem as particularidades ligadas ao preconceito e à expectativa da morte associada à Aids;

Farmacêutica: planejar, controlar e armazenar os medicamentos, propiciando a racionalização de gastos e custos, e assegurar o fornecimento gratuito das drogas, o preenchimento adequado dos formulários, o controle de estoque e o envio das informações em nível hierárquico superior;

Médico: manter o manejo clínico dos usuários, aperfeiçoar conhecimentos acerca das interações medicamentosas, orientar os pacientes quanto ao consumo das medicações, cumprimento dos horários e prescrição dos exames de maior complexidade (carga viral, CD4/CD8, genotipagem, tomografias, etc), orientando também os familiares, quando necessário.

Na organização do serviço, é necessário reordenar os níveis de atenção de maneira hierarquizada – o que não significa apenas organizar a rede física de serviços de saúde, mas implementar mecanismos que garantam o acesso às ações e serviços de toda a complexidade requerida (MS, 2003) - e regionalizada - com a rede de serviços

organizada a partir de critérios epidemiológicos e com adscrição da população a ser atendida - o cidadão deve saber quem é o profissional ou a equipe que é responsável pela sua saúde (MS, 2003).

A análise epidemiológica local e a avaliação dos serviços aliadas a estudos de demanda são instrumentos úteis ao fortalecimento do processo de descentralização, que deve respeitar as diversidades regionais, compreender a capacidade instalada do Município, sua situação do Plano Diretor de Regionalização (PDR), a infra-estrutura em todos os aspectos (físicos, humanos, materiais e financeiros) e todos os recursos imprescindíveis para a operacionalização do processo dentro do Município (MS, 2005).

De acordo com os conhecimentos gerenciais adquiridos nesse processo para implantação e operacionalização do SAE e ainda com o novo enfoque de monitoramento e avaliação na condução da política de controle e prevenção das DST e Aids, é necessário adotar práticas/atividades que garantam a permanência do SAE enquanto serviço de referência. O mesmo, de maneira geral, deverá:

- Instituir práticas e mecanismos para o aumento da adesão à terapia anti-retroviral;
- Priorizar a atenção à co-infecção HIV/TB, exercitando práticas para controle de co-infecção e aumento de adesão do paciente às terapias;
- Constituir-se como unidade dispensadora de medicamentos, utilizando o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) quando este estiver operacionalizado pelo PN-DST/Aids;
- Desenvolver instrumentos de monitoramento e avaliação dos serviços que atuem no controle, prevenção e tratamento da Aids e outras DSTs, em especial a sífilis. Para efetivar o processo e garantir o mínimo

de cuidado na atenção aos usuários do serviço, além da diminuição do preconceito, o plano de trabalho foi construído diante das dificuldades que surgem e que invariavelmente irão interromper a execução das ações desenvolvidas. São relatadas abaixo algumas ações que vêm sendo sistematicamente postas em prática:

- Sensibilizar os profissionais envolvidos na policlínica para a recepção e o acolhimento dos pacientes do público-alvo do SAE, com o devido zelo pela ética e sigilo profissional;

- Abertura de prontuários para todos os usuários da policlínica/SAE, visando a evitar estigmatização e preconceito;

- Pronto atendimento e encaminhamento para tratamento adequado, no caso das DSTs, com realização de busca ativa, quando necessário;

- Notificação do parceiro(a);

- Encaminhamento de gestantes soropositivas ao SAE Materno-infantil, seguindo o processo de referência e contra-referência - entendendo a referência como a derivação do usuário entre um serviço de atenção à saúde de menor complexidade para outro de maior complexidade, e a contra-referência, como a derivação dos usuários para o sentido inverso, ou seja, para o local do primeiro atendimento (MS, 2003) - proposto na Portaria nº 2104 GM/MS, de 19 de novembro de 2002;

- Garantir referência e contra-referência às dezenove Unidades Básicas de Saúde, do Programa *Saúde da Família*;

- Valorização dos profissionais integrantes da equipe multiprofissional, com a realização de reuniões mensais e estudos de casos;

- Capacitação dos profissionais da equipe;

- Aquisição, por meio de Projeto de CFA 214/03, de um veículo 1.0 para realização das atividades inerentes ao serviço, ações em DST/Aids e transporte dos pacientes de HIV/Aids;
- Palestras educativas e disponibilização do preservativo masculino e feminino;

- Captação de pacientes residentes no Município que queiram fazer seu acompanhamento, por meio de requerimento escrito à Coordenação de DST/Aids e SAE em seu Município;

- Participação em congressos e eventos alusivos à temática da Aids e DSTs para aperfeiçoamento e troca de experiências acerca do serviço.

Mesmo diante dos êxitos alcançados, o serviço público é um campo de difícil trabalho, na medida em que os entraves políticos, econômicos e estruturais são concretos. O processo de gerenciamento de serviço e política dentro dos Municípios compreende problemas para os quais são necessárias disposição e perseverança para o enfrentamento diário. Sendo assim, a presença de uma equipe coesa é indispensável para o alcance das metas e da estruturação de um serviço que preste assistência ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) com dignidade, resolutividade, integralidade e equidade, conforme preconizam as diretrizes do SUS.

Conclusão

O SAE foi inaugurado em 07 de junho de 2003, e, em um ano e seis meses de atividades, desenvolveu ações essenciais para o acolhimento e a melhoria das condições de vida do paciente soropositivo no âmbito do Município. Atualmente, tem, sob sua responsabilidade, trinta e três pacientes soropositivos (dezesesseis homens e dezessete

mulheres), e, desses, quatro são HIV+, vinte e cinco são doentes de Aids, um recém-nascido exposto e três foram a óbito. Dessas, seis pessoas mudaram de residência e cinco abandonaram o tratamento, devido ao receio de serem expostas. Através de sua coordenação, participou de uma Comissão de Descentralização dos SAEs do Estado da Paraíba, que conta com a participação de outros Municípios, da direção do hospital de referência do Estado, de organizações da sociedade civil (ONGs) e de pacientes soropositivos – essa comissão foi formada com o intuito de tornar o processo de descentralização de informações entre instituições (SAEs) transparente e de incluir a sociedade civil, que opina quanto aos procedimentos e ações nesse sentido. Essa comissão teve o objetivo de evitar a instalação de pânico quanto à soropositividade dos pacientes residentes em Municípios onde os SAEs foram instalados.

Até outubro de 2004, o SAE realizou três mil, seiscentos e oitenta e nove procedimentos nas áreas de ginecologia/obstetrícia, serviço social, Psicologia, enfermagem e infectologia,

o que demonstra que a demanda do serviço tende a crescer. Dentro dos aspectos levantados, o serviço tem alcançado seu objetivo maior, que é, em tão curto espaço de tempo, proporcionar aos pacientes que são assistidos melhoria na qualidade de vida; porém, como foi notado na apresentação do plano de trabalho, nem todas as ações propostas foram cumpridas.

O processo de construção do SUS no Brasil tem contemplado a implementação de um conjunto de estratégias de mudanças do financiamento, gestão e organização da produção de serviços. Ganha destaque, assim, a municipalização da gestão dos sistemas e as alternativas de redefinição do modelo assistencial do SUS, pois essas experiências apontam possibilidades concretas de construção de um “modelo de atenção à saúde voltado para a qualidade de vida” (MS, 2004, p.119), de forma que a discussão não se esgota; o interessante é poder contribuir com acertos, fornecer informações sobre os erros, compartilhar idéias e construir tecnologia para os serviços.

Carla Glenda Souza da Silva

Psicóloga CRP 13/3096, Ex-coordenadora de DST/Aids e SAE do Município de Cabedelo-PB. O trabalho recebeu o Certificado de Honra ao Mérito na modalidade Pôster no I Congresso Brasileiro de Prevenção da Transmissão Vertical do HIV e outras DSTs / I Fórum Brasileiro das Cidadãs Posithivas, de 416 a 19 de maio de 2004, no Hotel Tambaú, João Pessoa (PB).

R. Dom Bosco, 311 – Cristo Redentor – João Pessoa (PB) – CEP:58.070-470
Fone: (83) 223 4609 / (83)88353588 / (84)9902 6096.
E-mail: carlaglenda@hotmail.com / carlaglenda@oi.com.br

Recebido 06/02/06 Reformulado 17/08/06 Aprovado 22/12/06

Brasil. M.S. PN-DST/AIDS. **Serviço de Assistência Especializada (SAE) aos portadores de HIV/Aids**. Acessado em 16 de janeiro de 2005. <www.aids.gov.br/SAE>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Coord. de Ações Populares de Educação na Saúde. Programa de Apoio ao Fortalecimento do Controle Social no SUS. **Direito Sanitário e Saúde Pública – vol.2: Manual de Atuação Jurídica em Saúde Pública e Coletânea de Leis e Julgados em Saúde**. Série E. Legislação de Saúde. Brasília: MS, 2003.

Paraíba. Secretaria de Saúde do Estado. Coord. de Vigilância Epidemiologia. Núcleo de DST/Aids. SINANW. **Boletim Epidemiológico de junho de 1985 a 16 de junho de 2004**, SES/PB, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. **Curso Introdutório: Projeto de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada – unidades 1, 2 e 3**. Brasília: MS, 2004.

Referências