

3

A Análise das Entrevistas

3.1

A Assistência aos Pacientes Soropositivos Envolvidos em Relacionamentos Sorodiscordantes

As relações sorodiscordantes ainda não são encaradas com normalidade pelos profissionais de saúde. Pelo contrário, a representação que esses profissionais fazem dessas relações remete sempre a fenômenos conflituosos, tensos e atritantes, como se a divergência, que é encontrada no status sorológico, se estendesse ao plano afetivo.

Do total de entrevistados, três técnicos entendem que é possível um relacionamento entre sorodiscordantes, desde que se tomem as precauções necessárias para a manutenção da sorologia soronegativa por um deles.

Em nenhuma das entrevistas houve valorização da sorodiscordância enquanto relação afetivo-sexual. No entanto, vários estudos apontam a presença de parceiros soronegativos quanto ao cuidado com o companheiro/a. Por essa razão, os mesmos deveriam ser considerados fundamentais no tratamento do paciente. Além disso, as relações são conflituosas em sua gênese como bem colocam Knauth (2002) e Maksud (2007). Portanto, embora a sorodiscordância possa ser um elemento que gere tensões e dilemas, há outros aspectos que também são capazes de imprimir “atrito” na relação. Em alguns casos, a relação sorodiscordante pode até amenizar tais tensões. Há que se relativizar, portanto, o entendimento de alguns entrevistados.

Conforme será visto a seguir, as falas expressam juízo de valor, e, em muitos momentos, o técnico expressa um valor que lhe é próprio, que demonstra o seu temor em relação à situação.

O que você acha dos relacionamentos entre pessoas com sorologias diferentes para o HIV/AIDS?

Eu acho isso bastante complicado. Por que eu acho isso bastante complicado? A princípio, é uma relação bastante atritada. Por que bastante atritada? Porque o indivíduo, ao mesmo tempo em que ele tem que se cuidar, ele tem que se proteger para não estar soropositivo; ele passa naquela relação a estar sempre vinculado a um medo constante: e se a camisinha romper? E se... houver alguma coisa? (...). (Técnico 9)

O que você acha dos relacionamentos entre pessoas com sorologias diferentes para o HIV/AIDS?

Há... um karma, talvez, né? É você estar ligado emocionalmente a uma pessoa, seja em que caráter for, familiar: pai, mãe, filha, irmão, sobrinho, é companheiro... de atividade sexual, né... é... muito... deve ser muito... difícil uma adaptação é essa realidade. Eu acredito, eu acho... eu acho que deve ser muito difícil, tem que ter uma entrega muito grande, tem que ter uma mente muito aberta, porque o primeiro passo tem que ser a aceitação. (Técnico 6)

O que você acha dos relacionamentos entre pessoas com sorologias diferentes para o HIV/AIDS?

(...) a única coisa que eu fico pensando é assim: eu transfiro aquilo para mim, sabe, como se eu tivesse no lugar de um deles, como se eu fosse a negativa e o parceiro positivo, e eu fico assim: Há ... eu não teria coragem. Aí fico com medo, é isso que eu penso, eu transfiro, sabe. É a primeira coisa que penso. Não que eu vá falar, porque eu não vou falar isso de jeito nenhum, pelo contrário, porque a gente sabe que tem que aconselhar, que não tem nada a ver, mas, eu transfiro logo; é o primeiro pensamento que eu tenho, de transferir aquilo para mim. (Técnico 10)

A “transferência” a que se refere o entrevistado 10 demonstra o seu medo de contaminação pelo vírus HIV/AIDS, e é isso que deve ser relativizado. Saber dividir entre o que é “seu” e o que é do “outro” no plano dos valores e das emoções é um pressuposto fundamental para uma ação educativa em saúde, pois o profissional não pode se confundir com o seu paciente; caso contrário, ele não pode ajudá-lo.

Da mesma forma, “ter que aconselhar” não deve ser confundido com uma conversa entre amigos, em que estamos livres para expressar nossas opiniões. O aconselhamento, de acordo com as orientações normativas para portadores de HIV/AIDS, é um procedimento técnico (Ministério da Saúde, 2000), que possui regras e normas de conduta que exigem preparação do profissional; ao

contrário, pode-se prejudicar muito mais do que ajudar ao paciente.

Apesar de todos os técnicos deixarem bem claro durante as entrevistas que a sorodiscordância não é um fato muito concreto dentro do ambulatório de especialidades do HEAL, a maioria dos entrevistados contou um caso de sorodiscordância, durante o próprio processo de entrevista ou depois de sua realização. A ocorrência de um possível “apagamento simbólico” (Maksud, 2002) sobre a existência de relacionamentos sorodiscordantes pelos profissionais da saúde justificaria uma demanda que existe concretamente, mas que não é percebida, pois os profissionais são:

“Fruto de uma cultura maior, passaram por sucessivas fases socializadoras (família, universidade, ambiente de trabalho, mídia e outras agências) e diferem segundo variáveis conformadoras de identidades (ethos profissional, gênero, idade)”. (Maksud, 2000, p.22).

Apesar de a maioria da equipe já ter atendido a casais sorodiscordantes, os profissionais da especialidade médica, possivelmente vítimas do “apagamento simbólico”, justificam da seguinte forma o não atendimento dos casais em seus consultórios:

Você atende ou já atendeu a casais sorodiscordantes aqui? Fale-me sobre sua experiência.

Diretamente não. Ele chega mais pra gente quando a discordância vira concordância, né? (...). (Técnico 5)

Você atende ou já atendeu a casais sorodiscordantes aqui? Fale-me sobre sua experiência.

Não. Aqui eu sempre atendi os dois positivos. Ou o marido está fora, ou é aquilo que eu te falo, ela diz que o marido é negativo, mas eu não o conheço, entendeu? (Técnico 1)

Você atende ou já atendeu a casais sorodiscordantes aqui? Fale-me sobre sua experiência.

Quando é sorodiscordante, o que não é positivo, ele não é paciente do serviço. Então, eu não tenho, nem eu nem nenhum profissional não temos como atender o sorodiscordante. Vai atender um dos dois, que no caso, é positivo. Sim, já tive pacientes em que só um dos dois era positivo, mas o outro não chega a ser paciente. (Técnico 6)

Os técnicos justificam o não atendimento do soronegativo pelo fato deste não ser paciente formal do sistema, lógica que parece obedecer a uma

organização do serviço que jamais prestigiou o indivíduo são, nem tem levado em conta que a AIDS é uma doença sexualmente transmissível que, por sua natureza, exige o monitoramento dos parceiros (Ministério da Saúde, 2000).

Outro ponto a ser destacado é que, porém, para a maioria das outras DST a contaminação do parceiro pode ser tratada, mas a contaminação por um vírus que “implica em soroconversão do parceiro”, como foi aludido em uma das entrevistas, implica, na verdade, em aquisição de uma doença incurável que pode levar à morte.

É necessário ressaltar que não se trata aqui de culpabilizar os profissionais de saúde por uma organização da saúde que os transcende, mas de evidenciar essa lógica partida, cindida, que penetra o ambiente dos serviços e impede a visualização da prevenção integrada à assistência.

Apenas dois técnicos foram categóricos em dizer que não abordam o parceiro porque eles não fazem parte da rotina do serviço; os demais informaram que até o abordam, mas que esta abordagem não tem o “caráter” de atendimento, que são conversas na sala de espera quando se esbarram pelos corredores, quando vão atender a uma determinada demanda solicitada pelo parceiro. Esses profissionais reconheceram que quase sempre fazem essa abordagem com uma única questão em mente: saber se o casal está usando preservativo nas relações sexuais.

Essa “conversa informal” deve ser muito valorizada. Sabe-se que muitos problemas dos pacientes são expostos nessa hora, e que muitas vezes são estimulados por outros pacientes que passam ou já passaram por situações parecidas. De forma similar, as conversas de sala de espera são ricas para qualquer profissional atento, preocupado com a reorientação de ações que possam proporcionar a melhoria das intervenções no âmbito do serviço. No entanto, a preocupação em saber se os casais estão usando preservativo ou não deve ser relativizada para não se tornar um mero “policiamento”.

Há, contudo, algumas exceções que valem à pena serem apresentadas:

Você aborda o (a) parceiro (a) do paciente? Como? Você acha que a rotina ambulatorial facilita a abordagem ao parceiro? Por quê?

Abordo, eu converso muito. Para trabalhar como (xxx⁸) eu abordo muito a vida pessoal da pessoa, eu entro muito na vida íntima dos problemas, porque tem tudo haver com a alimentação e com o resultado dos exames. Você sabe que o metabolismo afeta a glicose, o triglicerídeo, o colesterol; então eu abordo muito a parte sexual, a parte íntima, a parte familiar, os problemas. Eu abordo os parceiros sim, e aí que eu percebo as dificuldades do casal sorodiscordantes ter uma vida “normal”. (Técnico 11)

O entendimento de que o metabolismo é afetado por situações emocionais e que ele afeta a saúde como um todo pode ser o que impulsiona o técnico 11 a ter uma visão diferenciada de muitos outros técnicos da equipe. O entendimento de que o todo se conecta com as suas partes facilita uma visão mais abrangente do processo saúde-doença.

Você aborda o (a) parceiro (a) do paciente? Como? Você acha que a rotina ambulatorial facilita a abordagem ao parceiro? Por quê?

Sempre.

Como?

Converso com a pessoa, peço o exame a cada seis meses, pelo menos uma vez por ano, eu peço, entendeu? E sempre pergunto se usa preservativo. (Técnico 8)

Há ainda técnicos – de outras especialidades que não a médica – que já atenderam parceiros de sorodiscordantes em consultas pré-agendadas, embora estas experiências não tenham sido consideradas positivas:

Você atende ou já atendeu a casais sorodiscordantes aqui? Fale-me sobre sua experiência.

Sim, então, o que eu estava falando, eu até preciso porque para fazer um trabalho nutricional, eu envolvo toda a família, então eu peço para vir e, nesse momento, há aquela discordância porque a questão sexual está ruim; aí a gente acaba entrando no lado psicológico da coisa, e eu preciso que faça a dieta. Ela não tem HIV e ela não toma a medicação e tem que tratar a diarreia, tratar da perda de peso, do diabetes, do colesterol, do triglicerídeo, então, é uma experiência complicada porque eu preciso muito da família e no caso, aqui, do parceiro participando do tratamento, e nem sempre ele está disponível para isso porque é um tratamento que requer muitos cuidados. As experiências são poucas, mas não são boas. (Técnico 11)

⁸ Excluímos deliberadamente a especificação da profissão feita pelo técnico com o objetivo de resguardar o seu anonimato.

Você atende ou já atendeu a casais sorodiscordantes aqui? Fale-me sobre sua experiência.

Sim, já atendi casais homossexuais e casais heterossexuais. Atualmente atendo é... uma das pessoas que eu atendo, o parceiro não sabe que ele é portador do vírus HIV, o parceiro não sabe, é um relacionamento longo, eles convivem há mais de 10 anos e ... não consegue, não quer, não consegue falar sobre isso, sobre esse assunto. Acha que o relacionamento pode acabar ou não tem, não se sente seguro, tem medo de ser abandonado, medo... Medo. Ele fica muito amedrontado; por outro lado também, se preocupa muito em como não contaminar o outro, como não contaminar o parceiro. (Técnico 2)

O técnico 2 expõe muito bem a tensão que casais com sorologia distintas enfrentam quanto ao medo de revelar e a vontade de confessar para quem é portador do HIV à que Maksud (2007) se refere, pois o que está em jogo, neste caso, é o medo da rejeição.

O discurso também aponta para outro fator em relação à sorologia discordante que tem, ao menos, dois lados. Para o parceiro negativo também é difícil a administração da situação uma vez que a sua identificação com o parceiro lhe impulsiona para a possibilidade de ser igual, conforme a própria entrevistada complementa:

Você atende ou já atendeu a casais sorodiscordantes aqui? Fale-me sobre sua experiência.

(...) Quando é sabido que o casal é sorodiscordante, quer dizer, a outra parte sabe, muitas vezes, eu acho que é difícil para quem não é soropositivo suportar a diferença, ser diferente. (Técnico 2)

Possivelmente, neste aspecto reside uma das questões que podem propiciar a infecção do parceiro, conforme aludem Remien (2002) e Maksud (2007): a ideia de cumplicidade e de companheirismo, a questão do amor e outros sentimentos, muitas vezes se confundem com a ideia de desejar ser igual ou complementar ao outro.

Por outro lado, conforme coloca Knauth (2007), a pressão que “a sociedade” imprime, por não aceitar muito bem a união entre diferentes, também justifica essa dificuldade do soronegativo em perpetuar sua condição.

Em um dos dias em que as entrevistas foram realizadas, uma jovem

chorava copiosamente durante uma consulta enquanto as técnicas de saúde tentavam acalmá-la. Como o entrevistador não fazia parte da equipe, ele deixou o consultório e foi para a sala da administração a fim de permitir que as técnicas atuassem no caso com tranquilidade. Posteriormente, durante o processo da entrevista, foi confirmado que se tratava de um caso de sorodiscordância, em que nem o parceiro da jovem e nem a família de ambos sabiam da soropositividade da mesma, que havia sido descoberta recentemente, na ocasião do seu parto ao realizar a testagem rápida.

O motivo de sua angústia, segundo as entrevistadoras, foi a falta do antirretroviral que deve ser administrado ao bebê, de acordo com o protocolo específico que normatiza esses casos (Protocolo 076), pois ele havia caído no chão e quebrado. Além disso, a própria descoberta recente de sua soropositividade, naturalmente, contribuiu muito para o seu comportamento emocionado. E, por fim, o remédio foi providenciado imediatamente pelas técnicas que estavam envolvidas neste atendimento.

Essas situações corriqueiras, acontecidas durante as entrevistas, mostram como os relacionamentos sorodiscordantes estão presentes no dia a dia do ambulatório de HIV/AIDS do HEAL. Contudo, longe de se enxergar alguma solução para esse problema, pretende-se contribuir para reflexões mais aprofundadas quanto a essa realidade, uma vez que somente o questionamento sobre esses fatores ajudará a enxergar melhor as dinâmicas que ocorrem entre os casais de forma geral e, mais especialmente, entre casais com sorologias distintas, e como elas podem ser abordadas e tratadas em situações do âmbito da assistência.

Outra dificuldade arrolada pelos profissionais está relacionada ao próprio atendimento do casal, conforme se encontra a seguir:

Que dificuldades você encontra para trabalhar com esse público?

Eu acho que a dificuldade maior é quando eles vêm os dois juntos à consulta. Por quê? Eles chegam à tua sala, em primeiro lugar, com aquele instinto de acusar: eu estou aqui por causa dela, eu estou aqui por causa dele. Então, a cobrança já entrou e já sentou. Então, você fica sempre vinculado à essa briga que eles trazem de casa para dentro da consulta. É por isso que eu não gosto de atender assim junto. Eu posso até atender o casal, não tem problema nenhum, mas eles vão ser atendidos separados. (Técnico 9)

Tradicionalmente o espaço da consulta é um espaço reservado. No entanto, considerando as novas propostas que estão sendo desenhadas para este tipo de público, (MS, 2007), pode-se vislumbrar a possibilidade da construção de espaços específicos para o atendimento dos casais uma vez que eles têm dúvidas e questões específicas, que envolve a própria dinâmica dos relacionamentos.

Fontenelle e Machado (2002) já relatam experiências com casais sorodiscordantes através de interconsultas e de grupos interativos para as discussões que envolvem a vida conjugal. São iniciativas isoladas, mas que poderiam oferecer uma base para a orientação de outros profissionais.

Outra dificuldade apontada foi a tendência para o segredo em várias situações que dizem respeito ao tratamento do soropositivo, algo que Maksud (2007) já apontou em seu estudo:

Que dificuldades você encontra para trabalhar com esse público?

Têm várias... A questão da medicação é uma dificuldade, porque precisa ter adesão ao tratamento. Então, fica, se o outro não sabe que ele é, então, tem que esconder que toma a medicação, esconder que faz tratamento, então, a vida vai ficando uma grande... tudo muito escondido, não é mentira, mas, fica uma vida dupla o tempo todo. Então, é muito difícil pro paciente manter esse segredo, guardar esse segredo... Ele sofre, ele sofre muito, e o parceiro também sofre, quando sabe, né? (Técnico 2)

Para o entendimento da maioria dos especialistas, a rotina ambulatorial em nada facilita, mesmo que seja em pequena escala, a abordagem ao parceiro. Para outros, a rotina facilita essa abordagem. Entretanto, a despeito das opiniões pessoais, não há preparo por parte dos técnicos para melhor empreender essa abordagem:

Você acha que a rotina ambulatorial facilita a abordagem ao parceiro? Por quê?

Facilita; só não acho que talvez estejamos preparados. Primeiro o médico tem uma papelada, ele visa mais o paciente em si e a coisa clínica; a psicóloga nem sempre os pacientes aceitam; é uma coisa muito... Não é uma presença dentro do ambulatório, não acho a psicologia presente neste ambulatório ou em nenhum outro. A psicologia está muito ausente; ela teria que estar mais presente nestes casos. Então, eu acho que os profissionais não estão preparados para isso. Aí a gente acaba vendo o colesterol alto, o clínico vê o CD4 baixo, a carga viral e a gente esquece de ver outras coisas que seriam importantes. (Técnico11)

Você acha que a rotina ambulatorial facilita a abordagem ao parceiro? Por quê?

Olha, eu acho que depende muito da formação do profissional, do perfil do profissional. Eu, por exemplo, eu tenho essa tendência assim de meio “fofoqueira” com relação a isso, de abordar o parceiro, né? Eu acho muito importante.

Por que você coloca que depende do perfil do profissional?

Porque, por exemplo, tem profissional, mais especificamente assim, a consulta médica, por exemplo, na consulta médica, é eu não... assim não é muito claro pra mim que quando eu atendo esse tipo de paciente não é muito clara essa abordagem na consulta médica, entendeu? Eles encaminham pra mim, entendeu? Eu não sei como eles abordam isso na consulta médica. Sinto que há uma dificuldade talvez, não sei se é dificuldade. (Técnico 7)

Você acha que a rotina ambulatorial facilita a abordagem ao parceiro? Por quê?

A rotina daqui, do SAE? O daqui, não. Pode-se dizer assim: A gente dá abertura, eu vejo todos os profissionais, até da parte médica mesmo, não são todos não, não são todos, mas alguns dão essa abertura, porque têm, alguns não deixam nem o paciente entrar, que eu acho um absurdo, mas, isso é uma... Uma observação minha. Mas aqui no ambulatório? Aqui no ambulatório tem médico que não ... que é ... não concorda de aceitar... A maioria até aceita, mas tem uns que não concordam, que acham que tem que ... o companheiro entrar, ou a companheira entrar não ... são poucos, mas... e ... a gente tira a dedo. Até porque esses pacientes não... só quando aquele paciente, que está mais debilitado, né... aquele que tem mais intercorrência, esse sempre vem com a família e às vezes vem sempre com mais. (Técnico 4)

A questão da “preparação” aparece a todo o momento e remete à questão da formação profissional e da necessidade da interdisciplinaridade como via de superação à fragmentação dos papéis profissionais desempenhados. Contudo, se por um lado ao médico se atribui tudo o que se refere a questões clínicas, por outro, quando uma outra forma de olhar fica subentendida, fica também psicologizada ou assume a pecha de “fofoca”. Quer saber do outro, por exemplo, de como vai a sua vida e dos seus processos afetivos pode demonstrar preocupação com o usuário.

Outra questão importante que aparece nessas falas é a resistência do médico em atender à família e ao parceiro do paciente. Uma vez que ele não o entende como coadjuvante no tratamento do paciente, é de se esperar que ele não o queira presente para questionar algo de suas consultas.

Em relação ainda à abordagem do parceiro, há profissionais que acreditam

que o parceiro são é que deve exercer sua influência, conforme está explícito abaixo:

Você acha que a rotina ambulatorial facilita a abordagem ao parceiro? Por quê?

Não. Eu acho que essa abordagem ao parceiro, é... depende mesmo do próprio parceiro, do contato com esse parceiro aí, não depende muito do serviço não, acho que não. (Técnico 9)

Essa forma de pensar a questão está informada por uma lógica que é comum dentro dos espaços de trabalho e que, nem de longe, chega a ser uma exceção. Um dos problemas dessa forma individualizante de enxergar a situação é que ela não contribui para reorganizar os serviços ou criar rotinas, de acordo com as demandas, desejos e anseios da população.

Em relação à rotina, outros problemas foram colocados, estes mais de ordem estrutural e mais relacionados à própria organização interna do serviço.

Você acha que a rotina ambulatorial facilita a abordagem ao parceiro? Por quê?

Já facilitou, mas não acho que hoje em dia facilite, não. Esse ambulatório, já passou por várias coordenações, por vários momentos. Houve um tempo em que a porta de entrada do paciente aqui, a meu ver era mais organizada, mas... não só para o parceiro, mas para a família também...para a gente conseguir dar um suporte para a família. Hoje em dia, fica mais limitado... a gente tem mais médicos, temos equipe, temos diversos profissionais mas esse link, neste momento, não está acontecendo muito não, mudou a forma da porta de entrada...

Agora a porta de entrada é como?

Antigamente, a porta de entrada era assim: sistematicamente, o paciente fazia uma primeira entrevista com cada profissional que trabalhava aqui, então, ele era apresentado. Era uma primeira consulta que a gente fazia e era uma forma de apresentar o programa ao paciente também. Hoje, quando o paciente chega, ele é apresentado ao médico, aos enfermeiro... e se um deles acha que pode, ou deve, aí ele vai fazer um encaminhamento para o psicólogo, o assistente social, a nutrição, entendeu? Então, eu acho que já foi bem mais azeitado. (Técnico 2)

Atualmente, já há uma literatura expressiva ((Oliveira et al.,2009); (Madureira et al., 2009); (O'Dwyer et al.,1989)) sobre porta de entrada, acolhimento e categorização de necessidades no âmbito da saúde. Tornar a porta de entrada mais qualificada, portanto, não é algo assim tão impossível. Com efeito, este é o caminho para o atendimento preocupado com a qualidade dos serviços oferecidos.

3.2 Acesso aos Casais Sorodiscordantes

3.2.1 A Via do Aconselhamento

Outro aspecto importante que apareceu nas entrevistas foi a via de acesso a esses casais. Quando os técnicos aludiam a casos de sorodiscordância, eles se referiam sempre a casais cadastrados assistidos pelo ambulatório de HIV. Entretanto, uma outra via de contato com esses pacientes está sendo subestimada: o aconselhamento – procedimento já descrito anteriormente –, que absorve a demanda de fora e a demanda referenciada, como os pacientes internados e as gestantes do pré-natal. Estes, não necessariamente farão parte do serviço como usuários.

Durante o aconselhamento, quando se constata um caso de soropositividade, e depois das devidas orientações, os encaminhamentos para o tratamento obedecem à lógica de referenciação. Nesse caso, o paciente que faz o aconselhamento e se descobre positivo para o vírus é encaminhado para um serviço próximo de sua residência (Ministério da Saúde, 2000).

No entanto, quando se enxerga essa via de contato com clareza é que se pode perceber a importância da modificação do discurso feito durante o aconselhamento, incluindo a temática da sorodiscordância no pré e no pós-teste, de modo a proporcionar maior subsídio a pacientes que provavelmente nunca mais serão vistos nesse serviço, mas que serão afetados decisivamente pelas primeiras orientações que lhe forem dadas.

A dificuldade de visualizar uma demanda específica em relação à reprodução também foi encontrada em estudo recente, empreendido por Rossi (2009 apud Ministério da Saúde 2010, p.15), em que se verificou que os profissionais de saúde de todo o país têm mesmo dificuldade em identificar as demandas relacionadas ao público soropositivo. Aspectos sobre procedimentos

relativos à reprodução, estratégias sobre redução de riscos e encaminhamentos adequados para a rede de serviços são totalmente desconhecidos pelos profissionais de saúde.

É o que se verifica nas entrevistas que seguem abaixo:

Quais as principais demandas desse público específico?

(...) Não sei... psicológicas? Eu não sei agora você me pegou. De um apoio psicológico? Porque a gente entra aqui e já começa a pegar uma briga familiar, né... a consulta não rende, porque envolve outras coisas. Então, eu acho que a principal, a procura principal talvez seja de um apoio que não existe, um trabalho, talvez um grupo no Pela Vida, na ABIA, que tivesse voltado para isso. Não sei, todo mundo está muito despreparado para este trabalho. (Técnico 11)

Quais as principais demandas desse público específico?

Não, específica? Não. Específica? Não. Tem a demanda de todos os outros pacientes e tem a demanda desses que eu não consigo lembrar assim, é... Não vejo eles com nenhum sentimento assim, de proteção, nem de... Um deles eu sei que já fez acompanhamento com o pessoal da saúde mental, que ficou um tempo, mas, só que eu saiba e também nem sei se foi por essa questão; mas não vejo nenhuma demanda específica não. Fogem muito do assunto, a gente sempre bate na mesma tecla. Pra mim, como eu vejo o paciente muito tempo assim, então eu falo sempre da questão do preservativo, a questão e tal. Como falo para os outros também, né... Pra mim, assim, não é muito clara essa diferença não. (Técnico 7)

Quais as principais demandas desse público específico?

Eu acho até... que seria importante a gente ter um acompanhamento mais assim, específico ... com esta questão da sorodiscordância...

Mas por quê?

De informar... de acompanhar ... a gente fica preocupado ... se de repente a gente tá até que ponto também a gente pode estar indo. Essa demanda que você esta falando, é que eu não estou entendendo assim... O que eles querem... O que eles precisam... O quê? (..). (Técnico 3)

Nenhum técnico fez alusão à questão da gravidez como demanda entre os casais com sorologias diferentes, ou a qualquer outra demanda que fosse para atender a esse tipo de público como a algo que envolvesse o parceiro são. Ficou de fora também qualquer aspecto relacionado à rotina pós-exposição sexual em caso de acidente sorodiscordante. Possivelmente a 'invisibilidade' dessa clientela, ou melhor, o processo de reconhecimento ainda insipiente desse público pelos profissionais justificaria a não detecção do que eles demandam de específico. A ausência de planos de ação e estratégias para lidar com a

demanda dessa clientela também pode ser justificada pela falta de observação do fenômeno. Afinal, só se pode intervir no que se conhece.

A Saúde Pública fica devendo o estabelecimento de rotinas mais claras para esse segmento, que cresce em ordem geométrica dentro dos ambientes dos serviços de saúde bem como para os profissionais envolvidos com a questão.

3.2.2 Sexualidade e Reprodução – Principais Questões

Em relação às dificuldades encontradas para trabalhar com esse público, uma das questões apontadas foi em relação ao uso do preservativo, mais precisamente em relação à resistência do soronegativo em utilizá-lo rotineiramente a fim de garantir a continuidade de sua condição, conforme pode ser percebido na entrevista abaixo:

Que dificuldades você encontra para trabalhar com esse público?

Principalmente no uso da camisinha, não é nem o doente. O que tem a SIDA, né? Tomar medicamento, nada disso. É o parceiro. (Técnico 8)

A dificuldade da manutenção da sorodiscordância já foi discutida por Maksud (2009), que alerta para três pontos básicos em relação à questão da situação de risco entre os casais: a imprevisibilidade do ato sexual, e, neste caso, a impossibilidade de se ter o preservativo à mão no momento do ato em si; a relativização da doença do parceiro em comparação à sua própria situação de vida e, por este motivo, considerar a contaminação algo sem tanta importância; e as questões de gênero que incidiriam diretamente sobre as práticas sexuais dos casais, fugindo, deste modo, do controle de qualquer profissional de saúde.

No que concerne à questão do uso de preservativos entre casais sorodiscordantes, foi possível perceber que apenas uma técnica do ambulatório

“acredita” que os seus pacientes usam preservativos em todas as relações; e mesmo assim, ela considera apenas casos específicos que ela mesma acompanha. Todos os outros técnicos são unânimes em dizer que a utilização dos preservativos em todas as relações, em algum momento, falha, conforme fica explicitado nas entrevistas abaixo:

Você acha que os casais sorodiscordantes usam preservativo em todas as suas relações? Como você vê esta questão?

Olha, desses seis que eu acompanho, dois eu tenho certeza que sim, porque os outros parceiros são neuróticos. Usam mesmo. Agora o resto... não usam em todas não. Vamos dizer assim, em 80% dos casos eles não usam todas. (Técnico 8)

Você acha que os casais sorodiscordantes usam preservativo em todas as suas relações? Como você vê esta questão?

Não, não usam não. Por mais que você oriente, por mais que você fale, por mais que você insista, por mais que você passe o tempo todo correndo atrás dessa segurança, eles acabam aparecendo de volta para você, grávidas. Eu tenho pacientes assim. Hoje em dia o casal é soropositivo, que são esses dois que eu tenho novos, né... A outra, não; a outra já é mais velha, é mais idosa, tem mais de 60 anos, então, essa não foi o caso, foi diferente, é... Mas esses casais que eu tenho que ficaram soropositivos, eles eram sorodiscordantes, eles eram orientados, eles eram treinados e naturalmente transaram sem camisinha, e a postura deles foi essa: há, mas quando eu vi, eu já estava transando. E soroconverteu. (Técnico 9)

Você acha que os casais sorodiscordantes usam preservativo em todas as suas relações? Como você vê esta questão?

Não. Um grande problema. Acho que não, acho que é muito difícil o próprio paciente assumir para o profissional de saúde que ele não usa. Ao mesmo tempo, é muito difícil ficar na relação anos a fio é ... é ... sem usar o preservativo, ainda mais com uma das partes... Se uma das partes não sabe... Se ambas as partes sabem, muitas vezes a outra parte acha, porque já convive há anos e nunca foi contaminado... que o tempo vai dizendo por ele mesmo, como se isso fosse acontecer assim, por ele mesmo. Por exemplo, o parceiro acha: não, o meu parceiro está indetectável... ah, então eu acho que ele não me contamina. Então isso vai entrando em uma contabilidade, em um jogo de perdas que é quase com se tiver que ter, vai ter, vai ser um destino, sabe, porque tudo já foi feito, entendeu? Não aguenta mais. (Técnico 2)

Todas as questões apresentadas nesses relatos vão ao encontro do que Maksud (2007, 2009) e Remien (2002) já vêm apresentando em seus estudos. Transcender essas falsas percepções acerca do risco da contaminação – convivência no amor, carga viral indetectável, medicação que causa defesa etc – é uma questão que deve contar com o apoio da educação (Ministério da Saúde, 2010). Deve-se fazer da prática preventiva a aliada permanente de modo a

desmistificar esses conceitos cristalizados que obstaculizam a prática do sexo seguro. De certa forma, é o que se revela na entrevista a seguir:

Você acha que os casais sorodiscordantes usam preservativo em todas as suas relações? Como você vê esta questão?

Não. Vejo esta questão pelo fato do trabalho com o sorodiscordante nos ambulatorios. Não tem, como eu te falei; cada um está preocupado com sua área, ninguém está preocupado com o parceiro, até mesmo se o parceiro é sorodiscordante ou sorointerrogativo. Os médicos estão preocupados com seus exames, eu estou preocupada com o peso e colesterol; tudo passa despercebido. O uso do preservativo ou não, o que percebo, mesmo nos sorodiscordantes, é que não tá tendo nem relação sexual. Os sorodiscordantes ficam mais por pena por ajudar, mas eu não vejo uma relação; nos nossos pacientes aqui não há relação sexual e quando há não sei se usam ou não preservativo. Agora os sorointerrogativos estão sem preservativos. (Técnico11)

Paciente sorointerrogativo ou indeterminado é aquele que ainda não sabe se está portador do vírus ou não; nesses casos, o profissional da prevenção deve recomendar o uso de preservativo até que se esclareça sua condição de soropositividade através dos exames prescritos (Ministério da Saúde, 2000).

A Demanda Percebida e a Demanda Ignorada

As demandas relacionadas pelos técnicos como demandas do casal sorodiscordante em si não guardam diferenciação alguma com a demanda do público de pessoas portadoras de HIV/AIDS, tais como a necessidade de apoio da família e de apoio emocional. Dentre as várias razões encontradas na literatura estão conflitos relacionados à culpa, ao medo da transmissão, à necessidade de manter o equilíbrio para poder administrar o seu dia a dia, a problemas relacionados ao entendimento da medicação e ao uso correto do preservativo, e até mesmo a dúvidas variadas em relação à sexualidade.

Alguns profissionais, por desconhecerem a rotina preconizada pelo Ministério da Saúde (2010) para casais sorodiscordantes quando desejam engravidar, encaminham os pacientes para os serviços que julgam mais qualificados para um possível acompanhamento.

Quando um casal que é sorodiscordante relata que deseja engravidar, como você vê esta situação? Há diretrizes para a orientação? Se sim, definidas por quem? Como você orienta este casal?

Olha o que eu sei... às vezes é assim: a gente os encaminha para telefonarem para a UERJ. Diz que lá tem um serviço, mas eles não falam se entraram em contato. Diz que lá, e lavam o esperma, que tem um serviço lá, acho que é para lavar o esperma sim, para facilitar essa... Mas ninguém vai, ninguém liga... (Técnico 1)

Este é um assunto que ainda merece muita discussão por parte dos serviços e deve englobar todos os profissionais que lidam com a questão. Nota-se claramente que essa rede de amparo à gestante sorodiscordante ainda não foi construída.

Além disso, não se deve perder de vista que a questão da gestação em pacientes portadores de HIV/AIDS guarda aspectos subjetivos, atrelados a questões mais gerais, típicos da sociedade preconceituosa e estigmatizante em que vivemos, conforme pode ser notado nas entrevistas abaixo:

Quando um casal que é sorodiscordante relata que deseja engravidar, como você vê esta situação? Há diretrizes para a orientação? Se sim, definidas por quem? Como você orienta este casal?

De duas formas: uma pessoal e outra profissional. A pessoal, eu fico radicalmente irado, revoltado, né?., porque se você queria ter um filho, para que você se prostituiu digamos assim, no bom sentido da palavra, para que você transou com várias pessoas até ficar positivo? Por que você não se preservou para ter um bebê saudável, com qualidade e tudo o mais né?(...).

Pelo que eu pude entender esse é o seu lado pessoal, né? E o seu lado profissional?

O meu lado (x⁹xx) diz o seguinte: que todo mundo tem o seu direito e todo mundo tem que ser respeitado, que aí o que eu faço? Eu anulo a minha opinião, oriento adequadamente a paciente, e aí sento e converso para aquela gravidez ter segurança é necessário que ela tenha uma carga viral indetectável, o ideal para ela, é que o cd4 esteja pelo menos com um nível igual a 400, ou qualquer número maior que 40(...). (Técnico 9)

A fala de nosso entrevistado é impregnada de preconceito e não condiz à realidade encontrada nos serviços no que se refere à fonte de infecção. É muito comum que a mulher seja infectada pelo seu próprio marido, que muitas vezes foi o único de sua vida, e que só descubra ser positiva após a morte de seu

⁹ Excluímos deliberadamente a especificação da profissão feita pelo técnico com o objetivo de resguardar o seu anonimato.

parceiro ou por causa dela. É o fenômeno da feminização da doença já descrito anteriormente.

Quando um casal que é sorodiscordante relata que deseja engravidar, como você vê esta situação? Há diretrizes para a orientação? Se sim, definidas por quem? Como você orienta este casal?

Olha, eu entendo que eu sou mulher, sou mãe... é um grande desejo da grande maioria das mulheres de ser mãe, né... Varia muito, porque às vezes é caso de uma mulher que nunca foi mãe; às vezes é o caso de mulheres que já foram mãe 3, 4 vezes e aí muda de parceiro e vem com aquelas conversas bobas de que quer dar um filho ao parceiro. Isso depende muito da questão, né... Depende muito do que a gente sabe da vida daquele paciente, né... Exatamente, depende muito da vida daquela pessoa. (Técnico8)

De acordo com as entrevistas, nota-se que é bastante comum o profissional de saúde querer “prescrever” a vida do paciente, e acabar se confundindo com ele, julgando-o a partir de seus próprios conceitos e pré-conceitos. Uma saída possível para reverter essas práticas recai sobre o planejamento de discussões em grupo e os grupos de estudo. A educação permanente só tem a contribuir para a aquisição de novos saberes e a reorientação de condutas.

Quanto à percepção da gravidez entre os entrevistados, ficou claro que a maioria aceita o fato de um casal com sorologias distintas queira engravidar; embora assinalem que não foi sempre assim. Já há pequenas mudanças no entendimento dos profissionais acerca da reprodução, o que é fruto da própria circulação de informações que há nos serviços; apesar de não haver um conhecimento pleno das rotinas a serem seguidas para a efetivação desse direito.

Outros técnicos ainda têm alguma resistência em relação à possibilidade de reprodução entre casais sorodiscordantes, mas não perdem de vista a sua competência técnica no sentido de acompanhar o caso em questão, orientando os pacientes de forma concreta em relação a todos os procedimentos a serem tomados pelo casal com desejo de ter filhos.

Contudo, foi possível perceber que as informações sobre a gestação em sorodiscordantes ficam mais concentradas nos médicos; os demais profissionais de saúde sabem pouco sobre o assunto, desconhecendo as recomendações que

orientam essa conduta, conforme pode ser percebido na entrevista a seguir:

Quando um casal que é sorodiscordante relata que deseja engravidar, como você vê esta situação? Há diretrizes para a orientação? Se sim, definidas por quem? Como você orienta esse casal? Essas diretrizes são de onde? Internas ao trabalho?

(...) Não, isso tem em algum estudo aí, que agora sinceramente eu não me lembro. Mas isso existe. (Técnico 8)

Obedecer a regras que nem se sabe com certeza de onde são pode ser perigoso. É sabido que existem muitos estudos publicados cuja qualidade é duvidosa e que atendem a grupos ou laboratórios que desejam vender seus próprios produtos. Ter certeza sobre o estudo que embasa as suas ações é um passo bom para o técnico e para o paciente.

A questão do desejo reprodutivo dos casais foi colocada como dificuldade apenas quando perguntamos especificamente sobre o assunto, uma vez que em momentos anteriores essa questão não apareceu problematizada espontaneamente por técnico algum. Os entrevistados demonstram falta de clareza quanto à orientação e à administração da seguinte situação: como proceder, quando um casal deseja engravidar?

Quando um casal que é sorodiscordante relata que deseja engravidar, como você vê esta situação? Quais são as dificuldades?

Quando ela já é HIV+, a gente fica preocupada com a questão do... como está a ... como está o CD4 ? Porque a gente tenta até... para o médico, assim ... Eu observo assim, se depender do médico, mulher HIV+, imagina, nem pensar, não pode engravidar, mas a gente tem que ver a questão do direito da pessoa (...)
(Técnico 3)

O procedimento a ser tomado com um casal que deseja engravidar nunca foi muito claro dentro da rede de serviços. Esse pode ser um dos motivos que deixa os médicos tão reticentes quando tal situação se apresenta.

O desejo de engravidar e o uso de preservativo são questões que envolvem a sexualidade, mas de modo algum a esgotam. Surpreende que nenhum técnico tenha falado sobre práticas sexuais, principalmente, as que não oferecem risco de contaminação. De modo algum, essa situação pode ser

encarada como coincidência. Na verdade, ela é fruto de uma demanda velada e, por não poder ser percebida, também não pode ser problematizada e compreendida.

3.3

Cultura Institucional, Atuação Profissional, Integralidade

O conceito da integralidade, segundo Mattos (2009), pode adquirir pelo menos três sentidos dentro do contexto da Saúde Pública.

O primeiro sentido, como atributo das políticas já consagradas em lei que consolida o SUS, refere-se à integração entre os diversos níveis de complexidade da ação em saúde. O segundo sentido envolve o encontro com o outro, com poder se colocar em seu lugar, poder compreender a sua dor para, finalmente, poder estabelecer um plano terapêutico individualizado e de maior eficácia. O terceiro sentido, aplicado às organizações dos serviços, compreende a reorientação dos serviços a partir da compreensão da centralidade do usuário.

3.3.1

Percepção das Instâncias Gestoras e sua Influência sobre a Prática Profissional

Todos os técnicos reconhecem que estão atrelados ao estado, seja com vínculo público, seja por meio de contrato. Por isso, todos eles estão submetidos às recomendações do Departamento de HIV/AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, sendo o mesmo, portanto, de nível Federal.

Contudo, o Programa de HIV/AIDS do HEAL constitui uma exceção à

regra. Os programas da rede básica geralmente são monitorados pela municipalidade, o que faz com que essa divisão de tarefas gere muitas dúvidas para os técnicos, pois a Secretaria Municipal de Saúde raramente estendeu suas ações a esse programa e a seus técnicos. Por sua vez, a Coordenação Estadual de HIV/AIDS (SESDEC-RJ) também, ao que parece, anda falhando com o seu papel de difusor da proposta de educação permanente para os técnicos que estão sob a sua responsabilidade. Como a educação permanente atravessa esses dois níveis – municipal e estadual –, é possível que essa situação confusa ainda permaneça, já que os técnicos que obtiveram algum tipo de capacitação pelo município possuem vínculo empregatício com o mesmo.

A maioria dos técnicos vê o fato de o ambulatório estar acoplado a um hospital de emergência como uma estratégia benéfica, uma vez que o paciente que comparece ao ambulatório com algum processo agudo pode ser encaminhado com rapidez ao setor de emergência e, neste caso, ter acesso não só a exames de complexidade com rapidez, como também a medicamentos e procedimentos emergenciais. Porém, para a maioria dos técnicos, essa assistência já foi bem mais facilitada e hoje sofre com entraves e burocracias provenientes da própria organização da instituição, conforme pode ser verificado na fala de um entrevistado:

O fato de o ambulatório estar acoplado a um hospital de emergência influencia de alguma forma as atividades que são desenvolvidas em seu setor?

(...) Influencia porque, apesar de hoje a gente não ter mais a facilidade de acesso à estrutura hospitalar para internar um paciente, a gente não tem mais isso – não está sendo possível. O hospital, agora, só atende, "dizem", casos de trauma, cirúrgicos e tal, por causa das UPAS (Unidade de Pronto Atendimento); os casos clínicos vão para as UPAS. Mas eu acho que ainda facilita; a gente tem acesso a exames laboratoriais, tem endoscopia, tomografia, facilita bastante pra gente e para o paciente. (Técnico 7)

Já a entrevista abaixo demonstra a dualidade sobre essa questão, mas também sinaliza de forma lúcida os "prós e contras", evidenciando a falta de uma relação de continuidade entre assistência e prevenção dentro do HEAL.

O fato de o ambulatório estar acoplado a um hospital de emergência influencia de alguma forma as atividades que são desenvolvidas em seu setor?

Influencia dos dois lados: um lado é bom porque a gente tem um suporte quando a gente precisa de um atendimento mais rápido para o paciente, que não seja a nível ambulatorial. A gente conseguiu né, com conhecimentos, com contato com o pessoal, a gente consegue dar um atendimento pro paciente, até quando precisa de intervenção. Por outro lado, não é tão bom porque o hospital tem uma visão curativa, não uma visão preventiva e aí, eu acho que o ambulatório fica um pouco de lado nisso, a gente fica muito... individualizado, né... Se houvesse a parceria com a internação, mas não tem a parceria como prevenção, porque a visão do hospital é curativa, então eles focam o paciente internado, paciente que está na emergência. Vem no ambulatório? A gente pode esperar e, para a gente aqui no programa, nem sempre o paciente pode esperar. Um dia... que precise de uma internação rápida, o paciente pode complicar, né... Como o nível de prevenção, no município, não só aqui, em vários municípios, a prevenção deixa muito a desejar. A gente que trabalha, que está sabendo da gravidade, né... da doença que não for intervir rápido, em uma semana o paciente complica, bate na emergência e muito pior, né... Então... mas, como temos um bom relacionamento com a equipe do hospital, a gente acaba tendo uma boa relação; a gente consegue até agilizar esse processo do paciente que é nosso. Então, tem um lado que é bom e um lado ruim. É... um lado que às vezes atrapalha né... porque eu acho que a equipe tem que ter muito mais ação preventiva do que a gente tem né... tem muita coisa para fazer, né? (Técnico 4)

De acordo com a entrevista acima, fica claro como alguns técnicos, preocupados com as suas funções, procuram buscar soluções individuais que fogem da organização planejada pelo serviço. Se a instituição tivesse uma compreensão mais ampla sobre a interconectividade da assistência com a prevenção, intercorrências que exigissem uma ação mais integrada prescindiriam da necessidade dos “contatos pessoais”. O relato acima evidencia uma velha tensão ainda existente nos serviços de saúde: a visão curativa X a visão preventiva. Elas não estão no mesmo plano, conforme discute Mattos (2004).

Em relação à prioridade de reformas ou aquisição de materiais, foi possível perceber durante as entrevistas que ela sempre se centra no hospital, deixando sempre de lado as necessidades que o Programa de HIV/AIDS tem quanto aos consertos de equipamentos, à compra de material, à aquisição de recursos humanos ou à reforma do espaço físico. A própria localização geográfica do programa confirma isso, pois ele funciona em uma capela, estendendo-se em um pedaço da câmara mortuária.

Um hospital de emergência, por sua própria característica, necessita de decisões rápidas e, talvez, de maior investimento financeiro para responder às

suas demandas. No entanto, não se pode perder de vista que os ambulatórios, signatários de demandas de outra natureza, também precisam ser realimentados por investimentos que permitam o desenvolvimento de qualidade do seu trabalho.

Há ainda os que encaram essa situação como um sobretrabalho, conforme pode ser constatado a seguir:

O fato de o ambulatório estar acoplado a um hospital de emergência influencia de alguma forma as atividades que são desenvolvidas em seu setor?

Sim. Ela aumenta nossa demanda, a gente dá suporte ao atendimento interno, tanto em acidente com material biológico quanto ao paciente clínico e no que ela deveria ser a grande ajuda nossa talvez não seja uma realidade, que é a presença de um hospital de emergência numa intercorrência aguda de um paciente nosso a emergência dá suporte, ou a internação dá suporte. Aí vão 1000 questões, que a gente... vão ser 200 variáveis que é difícil a gente avaliar o que influencia mais isso, mas em especial o pouco preparo dos profissionais em tratar com questões de tanto de acidente com material biológico quanto com decorrências clínicas agudas de pacientes que em HIV; e parece, dá a impressão que paciente que tem AIDS não é um paciente de clínica, não é uma doença clínica, é uma doença extraterrestre ou uma coisa do gênero que define que só um grupo de pessoas, meia dúzia de gatos pingados podem tratar uma pneumonia porque o paciente tem HIV, podem tratar uma unha encravada porque o paciente tem HIV. Setoriza demais qualquer intercorrência de um paciente um paciente com AIDS tenha, tentando relacionar a AIDS. E a gente sabe que não é verdade, o com AIDS tem coisas relacionadas tem aquilo que todo mundo tem. (Técnico 5)

O relato acima demonstra a dificuldade de um paciente portador do vírus HIV/AIDS para ser atendido no setor de emergência do hospital à que ele se encontra vinculado, o que é algo extremamente incoerente. No relato, além do preconceito que as equipes de saúde ainda têm com os pacientes soropositivos, fica evidenciada também a falta de competência técnica para desempenhar a atenção.

De acordo com as entrevistas realizadas, percebe-se que a lógica preventiva não é de fato valorizada pela equipe dirigente do hospital; que a situação ainda está por ser resolvida, o que acaba por afetar a possibilidade de um trabalho mais consistente dentro do ambulatório no que tange à prevenção.

O que acha do trabalho neste setor? E do hospital?

(...) Eu acho que eles não dão muito incentivo ao ambulatório, não. (Técnico 8)

Em relação ao suporte para a realização da prática profissional, uma curiosidade chama a atenção: nenhum técnico se referiu a suporte de material como falta de equipamentos ou material pedagógico para melhor encaminhar a sua prática. No entanto, pode ser verificada a ausência desses materiais: televisão e vídeo, por exemplo, poderiam auxiliar as palestras dos técnicos acerca da prevenção; bonecos de ambos os sexos poderiam ser úteis para demonstrações.

Alguns entrevistados mostraram que resolvem essa lacuna, que deveria ser provida pela instituição, de outras formas: como com a busca pessoal por informações através de cursos e capacitações, muitas vezes acessados através de uma rede de conhecimentos construída ao longo do tempo.

Não há dúvida alguma quanto à importância da capacitação rotineira dos técnicos nem quanto ao desenvolvimento de uma rede alternativa de conhecimentos com a qual eles possam contar. Contudo, apenas isso não garante uma prática profissional eficaz. Um suporte compreendendo todos os níveis – materiais, recursos humanos, pedagógico, logístico etc. –, promovido/apoiado pela instituição, em muito contribuiria para a efetividade das ações.

Para alguns técnicos entrevistados, a falta de suporte é percebida como ausência de maior organicidade entre o setor do ambulatório e o hospital:

O que você acha do suporte que você possui para efetivar a sua prática profissional? Como você acha que isso poderia melhorar?

Eu acho que atualmente o suporte que a gente tem é o suporte que a gente mesmo se dá dentro da equipe, né? Porque gosta de trabalhar com esse tipo de paciente, né... porque pode até ser pra alguns, porque não tenham alternativa, né? Mas o suporte é o que a gente busca, é pobre e pouco, quase nenhum. (Técnico 7)

O sentimento de estar “ilhado” e não ter com quem contar destrói a potência que anima o profissional para uma ação transformadora. O desgaste que envolve esse tipo de situação deve ser muito bem analisado, já que envolve não só o desgaste físico, mas também o emocional.

O que você acha do suporte que você possui para efetivar a sua prática profissional? Como você acha que isso poderia melhorar?

Quando eu entrei aqui, eu passei por várias capacitações, treinamentos, tudo. Ao longo do tempo, isso foi se reduzindo, assim... Também, eu tive um tempo que eu fiquei afastada daqui por motivos pessoais; mas, assim, houve um período em que já tive mais treinamento e capacitação. Hoje, há menos; acho que os profissionais que entram aqui, não têm a mesma capacitação, a mesma recepção que eu tive, por exemplo. Eu acho que tem que ter, tem que ter, tem que vir de fora, tem que buscar uma coisa do programa, da própria Secretaria Estadual, eu acho uma coisa que tem ficar e fazendo esse tipo de curso. Uma maior participação do nosso hospital, do que rola... em Câmara Técnica, em DST, AIDS. O que rola... Aproximação mesmo entre a estrutura de uma secretaria e a estrutura de um hospital. Acho que tem que ser assim. (Técnico 2)

Os dados coletados sugerem necessidade de maior aproximação entre a direção do hospital e o Programa Estadual de DST/HIV/AIDS. De acordo com os funcionários, o hospital deve entender as ações que são propostas para o ambulatório e a Secretaria deve entender as dificuldades do serviço para cumpri-las. A aliança entre esses dois setores dirigentes só trará benefícios ao Programa efetivado no HEAL, bem como a assistência prestada pelos profissionais de saúde aos seus pacientes.

3.3.2

Avaliação da Equipe sobre as Condições de Trabalho

A maioria da equipe já teve cargo de chefia, e todos declararam que, mesmo indiretamente, essa experiência só acrescentou no desenvolvimento de sua atividade atual, principalmente no que se refere à “administração de pessoas”.

Em relação a outros vínculos empregatícios, apenas dois membros da equipe não exercem atividade fora do hospital. Todos os outros profissionais possuem, em média, dois empregos, sendo que quatro extrapolam esse número:

Possui outros empregos? Quantos/Quais? Você acha que isso pode influenciar na atividade exercida neste setor?

Possuo. Mais cinco. (Técnico 4)

Possui outros empregos? Quantos/Quais? Você acha que isso pode influenciar na atividade exercida neste setor?

Muitos. Além do daqui, ou contando o daqui? Daqui é um, de lá é outro, mais outro... Sete empregos. (Técnico 5)

A maioria dos técnicos atesta que o outro emprego influencia de modo positivo na atividade exercida dentro do ambulatório, por serem atividades da mesma área ou de áreas afins. Segundo os entrevistados “outro tipo de clientela” – pessoas com um perfil socioeconômico diferente: nível escolar mais alto, situações de moradia resolvidas, inserção no mundo produtivo, cultura diferente etc. – pode servir de contraponto aos pacientes atendidos no ambulatório, além de produzir um acúmulo maior de experiência.

Contudo, o cansaço, o desgaste físico, a falta de tempo para desenvolver melhor o seu trabalho e a necessária acumulação de empregos para complementar renda também foram fatores arrolados como aspectos negativos em relação ao excesso de empregos que o técnico tem. Afinal, que tipo de qualidade de vida uma pessoa tem quando se chega ao número de sete empregos? É o que fica explicitado na entrevista a seguir:

Você acha que isso pode influenciar na atividade exercida neste setor?

Claro que sim. Como? A disponibilidade não é integral e acho que qualquer serviço que você não tem disponibilidade integral, por mais que você tente fazer, você sempre vai fazer alguém do que poderia ser feito. Acho que o meu trabalho, eu faço e até não é ruim, mas eu acho que se eu tivesse a oportunidade de ter uma dedicação exclusiva, num lugar que seja, com certeza, eu poderia não estar atendendo tanta gente quanto eu atendo, mas a qualidade de atendimento desses atendidos seria melhor. (Técnico 5)

A maioria dos entrevistados se declara satisfeito por trabalhar no setor do ambulatório de especialidades. No entanto, para alguns, o trabalho desenvolvido no setor já foi bem melhor.

O que acha do trabalho neste setor?

Acho bom... Acho... eu já fiquei mais assim é ... ansiosa , mais assim estressada. Poxa, quanta coisa que a gente poderia estar fazendo aqui. Mas aí, a gente tem que colocar os pés na realidade: o que a gente pode fazer? Que a gente pode fazer, a gente faz o melhor possível. (Técnico 3)

O que acha do trabalho neste setor?

O trabalho neste setor iniciou muito bem, de primeira. Acho que foi um trabalho pioneiro. Niterói com certeza foi o pioneiro e no Rio de Janeiro também, muito bem conceituado onde eu percorri o Brasil inteiro divulgando o Azevedo Lima, e nosso trabalho aqui e acho que o Azevedo Lima foi nesse momento; estava em alta, muito bem conceituado; nosso trabalho sendo reconhecido pelo Brasil inteiro. Hoje acredito que isso não aconteça mais. Nosso trabalho caiu muito, houve muitas mudanças de chefias; na época a gente iniciou, a gente tinha uma chefia maravilhosa que nos apoiou plenamente, que divulgou no Brasil todo. A gente foi para Cuba, a gente divulgou o ambulatório HIV; eu fiz um trabalho para apresentar na África; aparecemos na televisão; fui ao TV Censura apresentar o Azevedo Lima representando o Azevedo Lima como setor de ambulatório de HIV. E isso hoje não existe mais. (Técnico 11)

Há consenso também entre os membros da equipe sobre o que vem fazendo falta: maior integração em todos os níveis de complexidade e maior apoio da equipe dirigente do hospital e da instância estadual.

O que acha do trabalho neste setor?

Ah, eu adoro trabalhar em equipe. Mas, o que eu disse: acho que não é culpa de ninguém, não; mas eu acho que ainda falta mais é parceria de todo mundo. Acho que... como já te falei, como todo mundo trabalha em vários lugares, só que eles se comprometem com o serviço, no momento em que se está aqui, mas, nem todo mundo que se encontra né, nem todo mundo passa pela saúde mental. Agora, praticamente um dia está faltando profissional de nutrição, está faltando serviço social, então, acho que descuida. Tem dia da semana que fica sem médico. Olha, hoje é um dia em que estou sem ninguém, não tenho com quem discutir. Não tem como sentar, fazer estudo de caso, não tem. Então, isso é uma coisa que eu acho que falta aqui no programa: essa integração. Não que a gente não esteja integrada, mas integrado mesmo na parte de serviço, de sentar, de discutir caso, fazer avaliação científica. Eu, meu trabalho científico separado, levo para congresso o meu trabalho; outros profissionais podem levar, mas, ninguém participa junto, aqui tem muito dado para fazer trabalho científico e a gente não faz. (Técnico 4)

O que acha do trabalho neste setor?

Assim, eu acho que lá no setor do ambulatório de HIV é bem estruturado, porque tem enfermagem, tem auxiliar de enfermagem, tem assistente social, tem psicólogo. Então, lá é bom. Agora tem muitas dificuldades que não são problemas do ambulatório, são problemas do estado e do hospital.

Do estado, como?

Medicação que falta, alguns profissionais de saúde que às vezes a gente pede para o paciente procurar e não tem como procurar. Às vezes não tem no hospital e aí tem que encaminhar para um posto de saúde; demora meses para o paciente conseguir se consultar com outro profissional de saúde.

E do hospital?

Eu acho que eles não dão muito incentivo ao ambulatório, não. Não dão muita atenção ao ambulatório, não. (Técnico 8)

A todo momento, os técnicos estão se referindo a questões relacionadas às condições de trabalho: falta de profissionais, falta de apoio da direção do hospital, falta de integração entre a equipe, falta de discussão de procedimentos entre a equipe e falta de grupos de estudo que possam auxiliar no encaminhamento das questões adversas que aparecem no dia a dia. Os dados coletados em campo ilustram claramente a falta de comunicação entre a equipe, pontuadas por Peduzzi & Ayres (2001), o que culmina diretamente no desgaste que o profissional sofre e na qualidade da assistência que ele pode oferecer para o seu usuário. Não há dúvida que grande parte do segredo de um bom funcionamento da assistência está nas condições de trabalho oferecidas ao trabalhador e, nesse sentido, este parece ser um dos fatores de que se ressentem os técnicos que trabalham no ambulatório de HIV/AIDS do HEAL.

Há ainda nos relatos dos entrevistados outras referências, essas mais de ordem estrutural, como a falta de medicação e a ausência ou impossibilidade de referência a especialistas. No entanto, os entrevistados consideram que essas poderiam ser solucionadas, novamente, por uma maior integração entre a Secretaria Estadual de DST/HIV/AIDS e o hospital.

3.3.3 Visão de Equipe

Todos os técnicos consideram o trabalho em equipe um fator facilitador para um bom desempenho profissional, capaz de influenciar diretamente na qualidade da assistência:

O que acha do trabalho em equipe? Quais as suas expectativas em relação a ele?

Ajuda né? Porque é bom você ter um; até gostaria ter mais outros médicos, o que acontece com o HIV... é que tem tanta gente com o HIV, a epidemia tá grande. E aí gente acaba trabalhando sozinho. Eu raramente tenho tido a oportunidade de trabalhar com outro colega até pra discutir. Às vezes você tem dúvida, você tem

que pegar o telefone, conversar com o colega, na dúvida, pelo telefone. Porque você não tem um colega com você... Mas, por exemplo, a X me ajuda quando eu tenho uma violência, um acidente biológico e você tem uma enfermeira com uma experiência boa, que te ajuda. Então, poxa eu estou em outro lugar e não tenho. Eu sou sozinha. Você tem, como tinha antes um psiquiatra, era fantástico. Os pacientes que têm HIV precisam muito de psiquiatra. Tem a XX que ajuda na parte de psicologia. O paciente de HIV precisa muito; nesse caso, o paciente precisa muito desse setor. Você tem uma auxiliar que te ajuda também. Nutrição, o paciente tem problema de dislipidemia, de obesidade, de emagrecimento acentuado e precisa ganhar peso, é fundamental você ter essa equipe. (Técnico 1)

O que acha do trabalho em equipe? Quais as suas expectativas em relação a ele?

Acho que não dá para pensar de outro jeito. Foi uma das coisas lá atrás, quando a gente tentou mudar alguma coisa, era criar uma equipe interdisciplinar e a gente deve ter conseguido durante dois meses fazer isso, depois ela... Ao longo do tempo... que aí você tem que lidar com pessoas, com egos, com um monte de coisa e acho que embora seja o boom do atendimento(...) de grau de gravidade importante, se o trabalho não for (...), se o trabalho não for interdisciplinar vai estar sempre agindo momentaneamente numa situação, nunca mudando uma história pra frente, vai estar atuando no presente, nunca no futuro. (Técnico 5)

O que acha do trabalho em equipe? Quais as suas expectativas em relação a ele?

No geral, a gente procura até ter, aí, mas o sistema, por ele ser falho e não nos ajudar, prejudica pra caramba.

Como assim?

Falta de recursos materiais, falta recursos humanos. Aí, quando vê está todo mundo estressado, sabe? Fica assim... é cada um por si, não pensa mais no colega, não acaba o que começou. Um trabalhando contra o outro. O outro começa a criticar e criticar... e junto é stress de muita coisa...

Por falta de recurso?

Exatamente, esse sistema colabora, e falha no sistema colabora pra gente... Atrapalha... Acaba atrapalhando. (Técnico 10)

As entrevistas acima demonstram falta de interdisciplinaridade¹⁰ no ambulatório, embora haja vontade e várias tentativas de alguns profissionais de saúde para construí-la. Falta ainda uma ação administrativa mais contundente por parte da direção do hospital, o que fica evidente pela falta de reposição de recursos humanos e materiais necessários ao bom andamento do serviço, que

¹⁰ A questão da interdisciplinaridade já foi preocupação de muitos autores. Destacamos o estudo crítico de Melo e Almeida (1999) sobre o termo por considerarem o projeto ético-político um dos fatores interferentes para a sua possibilidade. Neste sentido, apenas a vontade individual não determinaria a construção desse caminho. As circunstâncias históricas e a materialidade das forças capitalistas presente no cotidiano das relações também são fatores que deveriam ser observados para uma melhor compreensão desta questão.

faz com que o trabalho se mantenha no nível do residual.

Contudo, ao perguntamos se no setor existe a modalidade de trabalho em equipe, obtivemos variadas respostas:

Considera que no setor este tipo de trabalho é desenvolvido? Por quê?

Atualmente não. Acho que poucas vezes foi. A gente tem uma equipe multidisciplinar, tem psicologia que atende o paciente, tem enfermagem que atende o paciente, tem enfermagem que fica voltada pro acidente com o material biológico, que fica voltada para a questão de prevenção, de realização de teste, tem o serviço social que fica ligado a questões de benefícios e sociais, demandas sociais. Mas assim, cada um sabe a sua parte, ela não se integra uma com a outra e aí fica fragmentado mais uma vez, e isso não é uma realidade absoluta, não, tá a gente; tem alguns momentos em que gente tem situações que se envolve, mas não é institucional. Então é um caso específico que suscita uma necessidade de muita gente estar agindo naquilo pra poder dar encaminhamento legal. (...) Mas não existe aquela coisa de sentar o paciente e todo mundo ouvir aquilo, e não existe discussão de caso efetivamente, com data marcada, vamos (...) prontuário, (...) é um caso complicado, então todo mundo tem que ajudar pra ver o que vai fazer em relação a isso (...) Tentei dar uma de psicólogo, fiz besteira, ao invés de ajudar, piorei. Achei que se desse uma bronca, era bom, mas naquele momento precisava de colo... Sempre discutir isso, catarse mesmo. A gente pode chegar a um trabalho em conjunto e a gente conseguiu fazer isso acho que 1,2 meses. Quem trabalhou aqui soube disso. (Técnico 5)

Considera que no setor este tipo de trabalho é desenvolvido? Por quê?

Acho também que pelo esforço próprio de cada um, não por uma questão institucional, não. Pela experiência dos profissionais que estão aqui dentro no momento, pela necessidade dos próprios pacientes, os próprios funcionários, os próprios profissionais sentem, têm isso claro, essa necessidade de trabalho em equipe. (Técnico 7)

Considera que no setor este tipo de trabalho é desenvolvido? Por quê?

Não, não é desenvolvido; porque poderia ser de melhor qualidade, poderia ser mais bem feito. A gente poderia estar fazendo coisas muito mais amplas e não é feito, é... às vezes, né, a gente tenta fazer com que o paciente até usufrua desta qualidade, digamos assim, de poder usufruir dos benefícios que o programa poderia trazer para você e, no entanto, esse paciente não consegue fazer isso, né exatamente por falha do próprio sistema ou por falha do profissionais local; nem tanto do sistema, mas por falha do profissional local é.. isso demanda a uma questão muito importante. Veja só, ter uma boa chefia de serviço leva você a estar envolvido com os altos escalões para trazer os benefícios. Quando você coloca uma chefia de serviço, onde essa chefia de serviço precisa obrigatoriamente fazer atendimento de rotina, ela perde. O serviço perde a qualidade, porque ela fica fazendo a consulta do paciente, quando ela deixou de conseguir para mim, um benefício que seria importante para todos. E ela fica aí perdendo tempo com... Então, é... se essa chefia estivesse vinculada ao fator “chefiar”, ao fator correr atrás dos benefícios, ótimo. Por exemplo, aqui chegou um período em que tudo nós fazíamos, encaminhava o paciente daqui com o laudo direto para a psicologia, com o laudo direto para a perícia de um modo geral, para os médicos direto. Hoje em dia, não pode, não tem mais isso, né... A gente não tem um envolvimento profissional qualificado para isso. Ou seja, veja só, nós temos na parte da

psicóloga, a X, né que a gente passa mais tempo (..) Então, veja só, são coisas assim bastante delicadas, bastante complicadas que, por exemplo, o setor se desgastou em termos de relacionamento interpessoal de tal maneira, em que é difícil você conseguir uma pessoa boa para vir para cá, porque existe um desgaste bastante. É... digamos, assim, de relacionamento aqui dentro do setor mesmo, ou seja, aqui tinha uma cara, antigamente todo mundo era amigo de todo mundo e hoje não é isso.

Você acha que o relacionamento interpessoal interfere para poder ter uma equipe?

Interfere para tudo. Em todo momento. Se eu odeio você, eu não vou conseguir conviver com você em momento nenhum. Nem para festa, que dirá para fazer um bom trabalho; pelo contrário, eu não estou interessado em você para nada, eu apenas venho aqui para marcar meu ponto, ganhar um salário e ponto final. Ou seja, o serviço que se dane. Só que com isso quem se dana não é o serviço, é o paciente. (Técnico 9)

As entrevistas acima demonstram que o trabalho em equipe não é concebido de forma interdisciplinar. A “disjunção de processos” referida por Gomes, Pinheiro e Guizardi (2005) afeta a todos os membros da equipe e, por ação reflexa, aos pacientes, embora haja vontade de que as coisas ocorram de forma diferente.

Internamente – no nível do ambulatório – as razões para se considerar a inexistência desse tipo de trabalho são: desgaste entre os membros da equipe, fragilidade da ação gerencial, falta de entrosamento entre os técnicos, ausência de espaços específicos que possibilitem o compartilhamento de idéias, turnos de trabalho sem integração etc. No nível institucional, mais precisamente no nível da gestão do hospital, essa situação parece reforçada, pois as entrevistas fazem referência a essa instância como ausente e pouco estimuladora de processos de trabalhos mais condizentes com a realidade do ambulatório.

Para a maioria dos membros da equipe, a carga horária intervém de forma negativa no trabalho desenvolvido dentro do ambulatório: ela é insuficiente para o trabalho que se quer implementar. Por outro lado, ela corresponde ao salário irrisório a que os profissionais são submetidos.

Fale sobre sua carga horária de trabalho.

A carga horária de trabalho, oficial, são 24 horas. O fato de eu vir duas vezes por semana me limita a estar nas equipes dos dois dias. Acho fundamental que tivesse psicólogo todos os dias, ou pelo menos, a maior parte da semana, isto eu acho importante. Mas, aí é um problema e também escapa, também escapa a esse programa. Aí é a estrutura do hospital, o número de psicólogos no hospital. (Técnico 2)

Fale sobre sua carga horária de trabalho.

Tem a questão salarial, né... Então, tem a questão da redução do salário. Eu acho reduzida mesmo.

A carga horária, qual é?

Oficialmente a carga horária é de 24 horas.

Você acha que esta carga horária intervém de alguma forma nas atividades?

Claro que intervém.

Por quê?

Eu acho inclusive que tem uma outra questão onde você acaba, o seu trabalho... Por exemplo, eu estou com um artigo, um livro; aí eu quero estudar alguma coisa, aí chega uma pessoa, quando vê o tempo já passou. Tem aquelas coisas assim, ninguém sabe serviço social assim, coisas que outras pessoas podem estar resolvendo e a pessoas estão solicitando. Acaba você passa sabe? Tem certas coisas assim bobas, às vezes até coisa do bazar, às vezes eu estou até em atendimento, interrompe fulano porque estão querendo comprar roupa no bazar (...). Mas tem outra questão também. Por exemplo, hoje, ela veio pegar a receita, mas dali tem outro ganho. Por exemplo, pegar a receita, ela desmoronou; estava chorando, chorando, chorando, perdeu o companheiro há dois dias atrás e a família ficou com todos os documentos; aí eu fui orientar a questão dos direitos dela, ela foi companheira de (...). (Técnico 3)

Fale sobre sua carga horária de trabalho.

É um trabalho em equipe parcial, existe trabalho em equipe, é. A gente dá continuidade, né, o paciente não fica perdido, a gente dá continuidade, mas, poderia ser mais integrado... Deveria ter mais profissional... Nem deveria ter mais profissionais, é que a nossa carga horária é que não permite... Não é culpa nossa, né... é a situação, cada um vai arrumar sua vida, seu horário de trabalho de acordo com a sua necessidade, já que todo mundo tem outro emprego. Então (...). (Técnico 4)

Por outro lado, há os que, de alguma forma, desenvolvem estratégias pessoais, como a solidariedade dos colegas, a disponibilização do telefone pessoal aos pacientes e à equipe para contatos eventuais e resolução dos problemas. Todavia, deve-se reconhecer a fragilidade dessas estratégias para a resolução de problemas mais complexos.

Fale sobre sua carga horária de trabalho.

Minha carga horária são dois plantões de 12 horas por semana. Não, com relação a minha categoria? Não! E o trabalho que eu desenvolvo também não! Eu acho que tem gente que acha que é uma carga muito pesada 12 horas. Não sei se é

porque eu também estou acostumada, mas eu acho que para o tipo de trabalho que eu desenvolvo, do jeito que eu trabalho... Acho que se eu comecei alguma coisa de manhã, nem sempre eu conseguiria. Na maioria das vezes não dá tempo para ter uma hora de aquilo estar resolvido; e o fato de eu estar na parte da tarde... Eu vou deixar aquele caso resolvido. E eu acho isso bom. (Técnico 7)

Fale sobre sua carga horária de trabalho.

8 horas. Uma vez por semana. Não saberia responder, assim. Ajuda ou dificulta? Se fosse mais tempo, talvez facilitasse, mas em, eu, pessoalmente sou muito dinâmica, sou muito centrada e assim, consigo resolver as questões no período em que estou aqui; ou pelo menos, se não der para resolver todas, instituir uma prioridade e resolver as mais emergentes. Alguma pode ficar para depois, para outra semana, mas não, não posso ver como isso influencia, até porque eu estou, posso estar só fisicamente neste momento, mas posso estar a qualquer momento que precisar em contato telefônico ou via e-mail para resolver. (Técnico 6)

Fale sobre sua carga horária de trabalho.

Por exemplo, o ruim é assim, eu tenho por hábito dar o telefone pro paciente que me preocupa, eu dou o telefone ou eu peço o telefone, entendeu? Se eu precisar que ele faça uma radiografia, eu tenho já médicos, colegas que eu posso: Oh, o meu paciente está indo te procurar, por exemplo, XXX oh, o paciente precisa de uma ultrassonografia. Então a gente tem esse tipo de contato, e telefona para o paciente e tem o meu telefone e eu tenho o dele. A gente se comunica. E outra coisa também, o fato de eu trabalhar em lugares que tem hospital que são acoplados e lugares que não têm, eu encaminho o paciente. Ou ele vai procurar o que eu tiver muita urgência, ele vai procurar um médico no outro dia mais próximo pra fazer o exame que eu precise. Se não for tanto urgente, ele vai naquele dia que eu estiver lá naquele hospital, se for São Gonçalo – Itaboraí, ele vai me procurar em Itaboraí; se for aqui em Niterói, ele vem aqui. Aí eu faço uma tomografia, uma ultrasonografia por aqui. Se eu não tivesse este hospital seria mais complicado. Às vezes eu peço um exame de sangue com urgência e posto de saúde não me dá; ele faz exame de sangue, mas não é urgente. E aí eu encaminho o paciente pra cá no dia que estiver aqui. Se for muito urgente, aí eu peço pra vir em outro médico aqui, ou no Evandro, ou na Desirê, entendeu? Então eu acho importante esse contato. Não é que seja bom, mas eu consigo trabalhar bem com esse esquema, tá. (Técnico 1)

Os dados apontam para a fragilidade dos mecanismos integradores, como ausência de reuniões, tanto com a própria equipe do ambulatório quanto com os outros níveis hierárquicos (direção e estado). A maioria dos entrevistados informa que participa de reuniões quando elas existem, mas que não conseguem precisar quando ocorreu a última reunião no setor, conforme fica explicitado, através dos relatos abaixo:

Você participa de reuniões no setor? Com que frequência?

A gente não tem atualmente. A gente não tem, acho, há uns cinco anos, por aí ou mais. A gente teve uma época em que as reuniões já chegaram a serem mensais, depois pelo menos bimestrais; mas atualmente reunião de equipe mesmo, de toda equipe a gente não tem há uns cinco anos.

E no setor?

Não, no hospital não. Nenhum lugar, nenhum dos lugares que eu trabalho, nenhum dos três eu tenho reunião de AIDS. Nem reunião de serviço, inclusive, eu já trabalhei em lugar que eu pedia muito reunião porque eu via muitas coisas erradas; era em São Gonçalo, e nunca, e mesmo pedindo a coordenação: por favor, faz e nunca fez. Aqui também. (Técnico 1)

Você participa de reuniões no setor? Com que frequência?

Eu participo de reuniões no setor. Infelizmente, quando iniciamos, tínhamos toda semana reunião na direção, com o diretor de divisão médica toda 4ª feira a gente se reunia, aí sim tinha um trabalho muito bom. Nessa 4ª feira à tarde nós nos reuníamos para conversar com a divisão médica que era com o Dr. Candido. Nós discutíamos os casos e nossas angústias e nossos problemas também, porque estávamos iniciando. Hoje raramente tem reuniões no setor de equipe, mas as que têm eu participo de todas; acredito que de seis em seis meses. As reuniões hoje não se discute mais sobre os pacientes; discute mais sobre problema de horário, problema de mau relacionamento um com outro, problema com a direção, e problema como a gente fazia antes, de discutir os pacientes em si não existe mais; reunião para discutir de salário, carga horária, relacionamento entre funcionários. (Técnico 11)

Somente a reflexão da prática permite a superação dos problemas que vão se apresentando rotineiramente. Nesse sentido, a realização de reuniões de serviço, as pedagógicas e os grupos de estudo são o que vão permitir um melhor direcionamento da prática profissional. Outros ganhos secundários também podem ser adquiridos, tais como maior entrosamento da equipe, menor desgaste físico e emocional e maior empenho nas atividades desenvolvidas. Esse estímulo deve partir de todas as instâncias, inclusive da direção do hospital.

3.4 Educação Permanente

A educação permanente pode ser convertida em uma “ferramenta dinamizadora da transformação institucional, facilitando a compreensão, a valoração e a apropriação de novos modelos de atenção” (Ministério da Saúde, 2009) e, neste caso, um modelo mais alinhado à questão da integralidade que priorize alternativas mais integradas e contextualizadas a partir da busca da satisfação do usuário.

3.4.1 A Educação Permanente para os Atores

São vagas as respostas sobre o conhecimento das entidades promotoras e a frequência das capacitações por elas promovidas. Dos onze entrevistados, seis declararam que participam dos cursos, mas não conseguiram dizer a quanto tempo o estado não oferece cursos de capacitação para desenvolvê-los.

Participa de cursos de capacitação para lidar com questões relativas à sua prática profissional? Se sim, quem promove tais cursos? (estado ou Município?) Com que frequência estes cursos acontecem?

Gostaria, mas não. Não acontece. (Técnico 3)

Participa de cursos de capacitação para lidar com questões relativas à sua prática profissional? Se sim, quem promove tais cursos? (estado ou Município?) Com que frequência estes cursos acontecem?

Atualmente, não.

Já teve?

Já, em 2004. (Técnico 4)

A fala do técnico acima merece destaque: sete anos sem reciclagem desconstrói todo o conceito de educação permanente tão duramente conquistado pelos profissionais da área da saúde.

Os técnicos que participam dos cursos que a prefeitura promove possuem vínculo empregatício com a mesma, conforme se pode ver nas entrevistas abaixo:

Participa de cursos de capacitação para lidar com questões relativas à sua prática profissional? Se sim, quem promove tais cursos? (Estado ou Município?) Com que frequência estes cursos acontecem?

Não, não tem acontecido isso, não. Vai ter um curso agora sobre tuberculose, pela Fundação Municipal de Saúde. No estado, dificilmente tem. No estado deve ter uns quatro anos que não tem nada disso, não, ou se tem não chega aqui não.

Mas, você é da prefeitura, não é?

Sim, eu tenho vínculo com a prefeitura de Niterói. (Técnico 1)

Participa de cursos de capacitação para lidar com questões relativas à sua prática profissional? Se sim, quem promove tais cursos? (Estado ou Município?) Com que frequência estes cursos acontecem?

Participo. Participei pela prefeitura algumas vezes. Mas aí, eu não sei dizer direito quantas vezes. Do estado só uma, há muito tempo atrás. Prefeitura, mais.

No caso da prefeitura, é por que você é da prefeitura, não é?

É eu sou da prefeitura. E tem também os que são oferecidos pelos laboratórios. (Técnico 8)

Essa relação entre o município e o estado é muito frágil. O município conta com os serviços do ambulatório de HIV/AIDS do HEAL, pois efetivamente ele compõe a rede de assistência que conforma o município. Contudo, os benefícios da formação continuada não são extensivos à equipe do ambulatório de HIV/AIDS do HEAL. Esse é um dado que se confronta com a própria proposta da educação permanente, inclusiva por natureza, e deixa o município com os “pés de barro de fora”. Quem perde é a clientela do próprio município de Niterói.

A maioria dos técnicos entrevistados relata que se atualizam através de congressos, seminários e publicações. A internet também é uma via de acesso muito utilizada. Entre a classe médica, o conselho também foi muito citado, além dos laboratórios particulares que financiam congressos e abastecem o médico de publicações recentes, organizando eventos científicos e sociais só para eles.

Os laboratórios também têm uma relação muito próxima com os médicos. Desse modo, o financiamento de cursos e congressos sempre é estimulado pelos laboratórios como uma forma de estabelecer uma política de boa vizinhança entre eles e o médico; no entanto, há também uma relação de interesses muito clara entre eles. É o médico que prescreve a medicação que o laboratório tem interesse em vender, e é fato que o remédio só “emplaca” se há anuência da classe médica. Percebe-se, através das entrevistas analisadas, uma relação utilitária entre os médicos e os laboratórios. Os “eleitos” pelos laboratórios para as ofertas de cursos e atualizações são em número reduzido, e que são, possivelmente, aqueles que orbitam em volta do poder, de alguma forma.

Participa de cursos de capacitação para lidar com questões relativas à sua prática profissional? Se sim, quem promove tais cursos? Com que frequência eles acontecem?

(...) Um passado bem longínquo; 10 anos, talvez uns 10 anos a gente não tem mais sistematicamente cursos tanto para abordar como é que se trata. Existem eventos que são feitos pelos laboratórios e que são eventos científicos. Claro, não existem eventos que são feitos pelos laboratórios e que são (...) são regulados pela ANVISA; não é nada irregular; é que eles convidam um grupo, grupos de pessoas para assistirem as palestras de pessoas que vão falar sobre AIDS, ou sobre questões ligadas ao tratamento, efeitos colaterais... é um grupo seletivo, não é institucional não. Nem todos têm acesso a isso. (Técnico 5)

Participa de cursos de capacitação para lidar com questões relativas à sua prática profissional? Se sim, quem promove tais cursos? Com que frequência eles acontecem?

Eu exploro literalmente esses visitantes de laboratório, porque eles vêm aqui não porque eles morrem de amores pela gente; eles vêm aqui porque eles querem que eu use o remédio deles, então eu uso realmente o serviço deles como base de apoio. Como? Ele vem aqui para me mostrar um trabalho, eu digo para ele: olha só, em tal lugar assim, assim que está sendo publicado, assim arranja esse trabalho para mim? E eles trazem. Nunca isso me foi negado. Então, às vezes, eles: há, você quer fazer este curso? A gente paga para você.

E aí, você faz?

Aí, eu faço. (Técnico 9)

O não cumprimento do papel do estado no sentido de realimentar os serviços com uma política de educação permanente, se não afeta a classe médica, incide de forma certa nas outras profissões, os quais os laboratórios particulares não têm interesse algum em cooptar. O estado e o município vêm perdendo terreno enquanto fontes de educação permanente e isso fica evidente, por exemplo, quando muitos entrevistados não conseguem nem precisar há quanto tempo não são “reciclados”.

A questão da retração do estado enquanto fonte de educação permanente, logicamente, rebate no serviço. É a partir daí que se pode entender o total desconhecimento por parte dos técnicos sobre as Estratégias Positivas recomendadas pelo Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2007), bem como o desconhecimento por boa parte da equipe sobre o suplemento do consenso publicado recentemente, que envolve a questão da sorodiscordância (Ministério da Saúde, 2010), conforme é possível constatar abaixo:

Você sabia que neste consenso há recomendações precisas para a questão da sorodiscordância?

Não. (Técnico 7)

Você sabia que neste consenso há recomendações precisas para a questão da sorodiscordância?

Talvez possa até ter, mas não me despertou a atenção. (Técnico 1)

A resposta acima enfatiza que a sorodiscordância ainda não está devidamente problematizada dentro dos ambientes dos serviços de saúde. Contudo, como as normatizações relativas a essa temática já estão batendo à porta dos serviços de saúde, é preciso despertar para os novos tempos: tempos de sorodiscordância.

3.4.2 Treinamentos e Capacitações sobre a Temática da Sorodiscordância

Todos os técnicos são unânimes em dizer que nunca foram atualizados em relação à temática da sorodiscordância. Apenas dois profissionais relatam que já participaram de congressos de saúde coletiva em que essas questões foram arroladas, embora elas tenham sido tratadas, na avaliação deles, de forma superficial.

No entanto, os entrevistados entendem que informações sobre esse tema são bem-vindas. Apenas um técnico declarou não ter interesse em participar de uma capacitação na temática da sorodiscordância e justifica seu desinteresse por não ter nenhum caso de sorodiscordância entre os pacientes que ele assiste – o que está relacionado com a discussão sobre invisibilidade dessa situação, já apontada anteriormente.

Os demais entrevistados consideram que a temática é importante de ser estudada e, entre as razões destacadas, que há certa tendência quanto ao

aumento da sorodiscordância, à possibilidade de enriquecimento a partir da percepção de diversos especialistas e à possibilidade da troca de experiências com outros profissionais:

Você teria interesse em participar de uma capacitação como essa? Por quê?

Sim, porque eu acho que eu mesma, talvez o defeito seja meu. Eu já fui uma médica treinada muitos anos para ser uma médica socorrista. Durante muito tempo, antes de ser médica de HIV, eu trabalhei muitos anos, mais de dez anos, como plantonista. Então o plantonista de pronto socorro ele é focado no paciente. Talvez esse defeito, de não pensar no paciente, no outro, não é só com relação ao HIV; às vezes até uma doença venérea; eu já notei isso. Às vezes eu estou tratando uma sífilis e esqueço que o parceiro tem, entendeu? Talvez seja um defeito de formação meu. Agora, se associado a isso você também não tem um trabalho que fique focando que existe o parceiro, e aí acho que acaba acontecendo que o parceiro... Então, eu gostaria de participar de um programa; que isso ia talvez me despertar mais pra essa deficiência, digamos assim. (Técnico 1)

A entrevista acima retoma uma questão fundamental discutida em outro capítulo: o fato de a formação profissional, principalmente a médica, apresentar um viés fortemente biologicista, centrada na cura e apartada, em certo sentido, da prevenção. A reciclagem de conteúdos facilita o descarte das práticas obsoletas e de termos como “doença venérea”, abolido oficialmente da nomenclatura médica já há algum tempo.

Você teria interesse em participar de uma capacitação como essa? Por quê?

Claro, até porque hoje mudou muito os casos de sorodiscordância, então, a gente vê algumas coisas, explicar que é isso ou aquilo, mas, tem muita coisa a ser explicada em relação à sorodiscordância. Pessoas que se relacionam há anos... a gente explica assim: ah, porque a mulher é mais difícil de contaminar que o homem, mas a gente tem visto agora casos de sorodiscordantes de homens positivos e mulheres... com muita frequência, porque antigamente... não, antigamente não era, só dá.

Homens negativos e mulheres positivas, é isso?

Não, homens positivos e mulheres negativas. Têm aparecido mais casos, porque antigamente era sorodiscordante, mas era assim: mulher positiva e homem negativo. Aquela coisa que homem tem mais facilidade, de homem contaminar a mulher, né, pela questão da mucosa, né, do tipo de relacionamento, pela vascularização, a área da mucosa da mulher é muito maior que a do homem, né, a questão do atrito, a facilidade de penetração do vírus. E hoje, a gente tem visto assim... É o que eu digo, são estes estudos que a gente têm que fazer. A gente teria dados para isso, eu pelo menos na minha prática, com resultados, não sei te dizer o que... mas eu tenho visto o número de casos aumentar, o número de casos de mulheres que tiveram contato com homens positivos e que não se contaminaram. (Técnico 4)

A entrevista acima coloca uma questão curiosa que, se está acontecendo

de fato, pode vir a demonstrar uma mudança no perfil da AIDS, novamente. É claro que são situações pontuais que estão chamando a atenção da equipe, mas a necessidade de mais estudos no âmbito dos serviços fica ainda mais justificada.

Você teria interesse em participar de uma capacitação como essa? Por quê?

Sim, porque eu acho que sempre questões novas vão aparecer e eu acho que o olhar de outro profissional, a forma como cada um está conduzindo isso e até a necessidade da troca, eu acho importante trocar. (Técnico 2)

Do total de onze entrevistados, nove declararam desconhecer as estratégias do Ministério da Saúde denominadas “Estratégias Posithivas”. Os outros dois disseram conhecê-la, mas demonstram claramente que a confundem com outros assuntos:

Conhece as estratégias do Ministério da Saúde, denominadas Estratégias de Prevenção Posithivas? Poderia falar sobre elas?

Sim. São estratégias em que a gente mesmo nos pacientes em que a gente tem já o diagnóstico firmado de HIV e que é um dado na cabeça deles de que a questão do paciente, os dois são positivos, os dois podem transar à vontade porque os dois já têm o vírus isso resolve o problema, na verdade isso é um grande erro. Ou seja, cada vírus tem cepas diferentes, a gente tem a princípio 7 tipos de vírus, tirando o HIV 2 que, dependendo da medicação, (...) ele cria mutação diferentes. Então mesmo quando você tem parcerias, parceria concordante, as questões de prevenção, ela tem que continuar existindo se não a gente cria cepas de vírus multirresistentes, tipo aquelas festas nos Estados Unidos de que sempre esqueço o nome¹¹ em que se convida pessoas com o vírus já resistente; fazem festas sem uso de preservativo, à vontade, e a doença perde o pé nesta história.

Conhece as estratégias do Ministério da Saúde, denominadas Estratégias de Prevenção Posithivas? Poderia falar sobre elas?

Às vezes, o nome assim me confunde, mas... Conheço sim, o último congresso que eu fui de prevenção foi muito focado nisso.

Poderia falar sobre elas?

Ah... Estratégia de Prevenção Posithiva, em relação à avaliação dos testes, não é isso? Então, nesse último congresso foi uma discussão em relação ao teste rápido

¹¹ As festas à que este técnico se refere são festas organizadas para a prática do barebacking. Este termo surgiu nos Estados Unidos e era utilizado originalmente pelos montadores de rodeio. Silva (2009) explica que o termo significa literalmente “cavalgar ou montar sem cela” e passou a ser utilizado pela comunidade gay para designar o sexo sem preservativo. Nestes encontros, a sorologia dos pacientes é encarada com indiferença, mesmo sabendo-se que alguns são portadores do vírus HIV e que pode haver contaminação entre os mesmos. Dentro das justificativas encontradas para esta prática estão a vontade de morrer, a busca pelo prazer, a busca pela liberdade e a negação do uso de preservativo como forma de liberação sexual, entre outros.

diagnóstico e a questão do aconselhamento pré-teste. Então, tem um grupo que defende que quer testar todo mundo, mesmo sem aconselhamento, que o importante é identificar se a pessoa é positiva, né... pra que essa pessoa possa tratar o mais rápido possível. E a outra linha, que é a linha que eu defendo, é que tem que ter aconselhamento, para você estar preparando o paciente para este resultado (...) (Técnico 4)

O que o Ministério da Saúde preconiza com as estratégias positivas transcende a essas situações mencionadas pelos técnicos, conforme já evidenciado anteriormente. Trata-se de uma atenção que integra a assistência e a prevenção aos portadores de HIV/AIDS a partir de um outro enfoque: o enfoque da integralidade da saúde.

3.4.2.1 Questões sobre o Consenso

Sobre as recomendações para reprodução em casais sorodiscordantes, publicadas em 2010 pelo Ministério da Saúde, seis dos onze entrevistados declararam algum conhecimento. Os entrevistados são unânimes em ressaltar a pouca penetração dessas questões no cotidiano dos serviços:

Você conhece as novas indicações do consenso, elaborado pelo Ministério da Saúde e publicado agora em outubro de 2010?

Li isso também; eu li. Já tinha assistido no congresso, apesar de que se fala muito pouco em relação a isso, né; A gente não vê isso no serviço público; eu não conheço, eu não conheço. (Técnico 4)

Você conhece as novas indicações do consenso, elaborado pelo Ministério da Saúde e publicado agora em outubro de 2010?

De outubro, não. De outubro saiu novo consenso? Eu não sabia ainda; a gente não foi informado. A gente recebeu um adendo de 2007-2008; 2010 não. (Técnico5)

Segundo o Ministério da Saúde, os estados e municípios devem informar e capacitar os serviços para as novas recomendações existentes no consenso

2010. No entanto, na prática, isso não tem acontecido, conforme é possível perceber nas falas dos entrevistados.

Sobre as alterações referentes à reprodução assistida indicadas pelo Consenso de 2010, quatro declaram conhecê-las, sendo todos da classe médica. Esse conhecimento, no entanto, restringe-se à orientação quanto à medicação a ser utilizada, especialmente no caso de uma gravidez, seja ela programada ou não. O restante da equipe declara desconhecer ou conhecer parcialmente as recomendações.

Você conhece as novas indicações do consenso, elaborado pelo Ministério da Saúde e publicado agora em outubro de 2010?

Não. (Técnico 3)

Você sabia que neste consenso há recomendações precisas para a questão de sorodiscordância e para a questão da reprodução assistida?

Não. (Técnico 7).

Ministério da Saúde e publicado agora em outubro de 2010?

Último consenso? Conheço dentro do que eu preciso para minha prática. A gente lida muito com(...) (Técnico 8)

É bem verdade que o ambiente dos serviços não favorece a educação como forma de resolução de problemas; mas a perda da visão do todo em nada facilita a superação da fragmentação dos serviços e dos problemas a serem enfrentados pela equipe no dia a dia dos serviços.

Você sabia que neste consenso há recomendações precisas para a questão de sorodiscordância e para a questão da reprodução assistida?

Talvez possa até ter, mas não me despertou a atenção. (Técnico 1)

Despertar a atenção para as questões do Consenso (2010) também é algo fundamental. Afinal, é nele que são encontradas recomendações principais para que qualquer técnico possa atuar com segurança dentro da problemática da AIDS.

Todos os técnicos supõem que haverá alterações da rotina já existente nos ambulatórios a partir das novas orientações presentes no Consenso, embora

nem todos saibam dizer com certeza que tipo de mudanças está por vir.

Você acha que o seu fazer profissional ou a rotina do ambulatório pode ser alterada por estas recomendações?

É uma nova rotina, fazer antirretroviral por 30 dias, no casal sorodiscordante. (Técnico 6)

Você acha que o seu fazer profissional ou a rotina do ambulatório pode ser alterada por estas recomendações?

Vai, com certeza. Eu acho que você vai proteger o outro, né... Que é o que, na verdade, quem mais pode pegar HIV? O parceiro do paciente, a única coisa que sei que é obrigatório, é a vacina de hepatite. A gente não convoca, faz a vacina, trata, encaminha para o tratamento do fígado, mas não pensa no outro, o parceiro dele, se ele tomou vacina? Não sei, talvez seja uma falha minha, de eu não ter pensado tanto no parceiro. (Técnico 1)

Você acha que o seu fazer profissional ou a rotina do ambulatório pode ser alterada por estas recomendações?

(...) tem a questão da reprodução assistida, mas... não dá para a gente preparar muito, porque eu não tenho nem... Eu falei basicamente o que eu ouvi na palestra, o que eu assisti no congresso, mas é muito pouco abordado, hoje ainda. Eu acho muito pouco abordado, hoje ainda. Eu acho muito pouco abordado. Eu, pelo menos aqui em Niterói, eu não conheço nenhum lugar para que eu possa referenciar... Aqui, realmente... porque é trabalhoso, né? Tem que preparar.

Já tem rotina para isso?

Há, tem que criar rotina, não tem rotina para isso porque não é nem abordado isso com o paciente. (Técnico 4)

Um aspecto muito importante que a entrevista acima toca é que a partir das modificações propostas pelo consenso, há ainda a necessidade de se preparar, adequadamente, os diversos técnicos envolvidos na questão, bem como garantir um suporte tecnológico para essa rede de serviços, ou seja, estabelecer fluxos da rotina a serem implementadas, garantir a provisão de material e de espaços equipados.

O lugar a ser referenciado deve ser claro, as relações entre os diversos serviços precisam estar azeitadas. Caso contrário, o próprio técnico se abstém de dar informações, justamente porque elas não se sustentam na realidade da rede de serviços.

Os congressos, as palestras e os seminários fazem parte de uma política de educação permanente. Contudo, uma política efetiva não deve se restringir a

situações pontuais. O aprendizado do profissional nesses cursos precisa ser reelaborado a partir de sua prática no dia a dia dos serviços. Na investigação em questão esta lacuna foi observada.