

Considerações Finais

Esta dissertação teve como objetivo investigar a percepção da assistência a casais sorodiscordantes pelos profissionais de saúde de um ambulatório especializado no município de Niterói (Rio de Janeiro): o ambulatório de HIV/AIDS do Hospital Estadual Azevedo Lima.

Tanto referências das Ciências Sociais e da Saúde Coletiva como estudos que se debruçam sobre as Representações Sociais foram utilizadas de forma a buscar as marcas cognitivas (Spink, 2004) dos profissionais acerca do tema, mas também do conteúdo ideológico que se imbrica a essas marcas. Nesse sentido, o representado, o não representado, o velado, o esquecido, as pausas e as tramas afetivas é que vão garantir o sentido efetivo das entrevistas.

A Sorodiscordância, fenômeno ainda pouco discutido no contexto da Saúde Coletiva, foi apresentada por autores como Remien (2002), Maksud (2007), Polejack (2007), Knauth (2002) e Silva (2007). De uma forma geral, esses autores ressaltaram desencontros entre as políticas de saúde e o cotidiano desses casais, bem como o despreparo dos serviços de saúde para atender às suas demandas. Já Peduzzi (2001), Gomes, Pinheiro e Guizardi (2005), Silva (2002), Ayres (2001) e Mattos (2004) apresentaram suas contribuições para o desenvolvimento do conceito de trabalho em equipe sob a perspectiva da Integralidade.

Esta dissertação apresentou como hipótese central que a cultura institucional e a educação permanente são fatores interferentes quanto à percepção que os profissionais que trabalham no ambulatório de HIV/AIDS do Hospital Estadual Azevedo Lima tem sobre a Sorodiscordância, mais especificamente sobre sua invisibilidade.

Autores como Rivera (1996) e Lourau (2007) ajudaram a embasar o conceito de cultura institucional que este estudo apresentou. Como a noção de implicação (Lourau, 2007) também atinge o investigador e desmistifica a questão

da neutralidade, tudo o que foi considerado aqui foi valorado pelo pressuposto da integralidade, entendendo-a como direito do paciente e dos profissionais. Lourau (2007) também se refere à instituição como “atravessada” de interesses. Nesse sentido, não há como ignorar a convivência nem tão pacífica assim entre modelos distintos de atenção à saúde, os quais são orientados por projetos que lutam no dia a dia por sua hegemonia dentro da Instituição.

É a partir daí que a lógica entre a prevenção e assistência que, deveria ser indissolúvel, vai se rompendo, e os ambulatórios de forma geral, mas, mais especificamente o ambulatório de HIV/AIDS, ficam ressentidos e às vezes esquecem suas características de programa.

Há problemas de toda ordem para serem resolvidos, e o da comunicação se espalha por todas as instâncias. Ele existe no nível ambulatorial, no nível da direção e nos níveis municipal e estadual. Há ainda indefinição de papéis. Não fica claro o que essas instâncias desejam, tampouco, o que têm a oferecer para um bom andamento do programa. Como bem diz uma entrevistada: deveria haver mais “integração entre a estrutura da Secretaria Estadual e a estrutura do hospital”. Saber o que acontece nas duas instâncias e como uma pode contribuir com a outra para a otimização dos trabalhos é imprescindível para uma ação mais assertiva em nível de gestão.

A cultura que existe no hospital, determinada principalmente pela lógica emergencial e curativa, reflete-se no ambiente do ambulatório de HIV/AIDS e, na maioria das vezes, de forma negativa. Esforços isolados para empreender a prevenção de forma dinâmica não bastam.

A investigação demonstrou um hiato entre o ambulatório e a direção do hospital, e as diferentes lógicas de atenção à saúde, preventiva e curativa, parecem favorecer essa apartação. E aí surge a pergunta: como toda essa lógica cindida pode ser reestruturada?

No nível interno do ambulatório, há problemas diversos: de comunicação, de fragmentação da equipe, de relacionamento, de ausência de rotinas e normatizações internas, de falta de profissionais.

Em relação à assistência aos casais sorodiscordantes, muito há por ser

feito. Os dados demonstram conhecimentos escassos e frágeis dentre os profissionais entrevistados. A invisibilidade desse segmento determina a inexistência de uma ação mais efetiva dentro da rede de serviço. Há valores que envolvem a questão, que evidenciam o preconceito e o estigma dentro mesmo dos ambulatórios. Esses valores são mais difíceis de serem modificados, mas, paulatinamente, são passíveis de serem transformados. Uma mudança lenta, como diz Rivera (1996), mas sempre é mudança.

A educação permanente pode contribuir para a superação desses problemas. A realização de reuniões rotineiras de serviço, de grupo e de estudo pode levar à reconstrução da espinha dorsal do trabalho, que atualmente é bem desenvolvido, mas por esforços individuais. No entanto, os processos de baixo para cima costumam surtir efeitos favoráveis, porque são oriundos da prática e das necessidades cotidianas.

Algumas recomendações podem ser indicadas a partir deste estudo:

- Necessidade de uniformização dos saberes da equipe dos profissionais de saúde em relação à temática da sorodiscordância, incluindo o conhecimento das estratégias definidas pelo Ministério da Saúde – como as estratégias de prevenção positiva e as recomendações para reprodução em casais sorodiscordantes/soroconcordantes que desejam engravidar;
- As universidades e a Câmara Técnica de AIDS (CREMERJ) também podem contribuir se forem acionadas pelos serviços de saúde para participar de debates sobre o tema;
- Necessidade de construção de uma rotina clara de referenciação para os casais sorodiscordantes que desejam ter filhos. Pelo fato de essa atividade envolver o estado e o município necessariamente, já não é mais possível que essa rotina seja traçada sem a colaboração dos diversos profissionais de saúde envolvidos diretamente com essa temática. Além disso, a publicização dessa rede de referência é fator imprescindível para o êxito desta estratégia.

Por fim, onde estaria a chave para a resolução das questões aqui mencionadas? A resposta aparece de forma imediata: a chave para as questões

que foram descritas neste estudo está na equipe. Afinal, é ela quem tem a legitimidade para ação e exigir das demais instâncias o cumprimento de suas funções. E tem sido assim por todos esses anos.

A formatação de mudanças é urgente e todos devem fazer a sua parte: estado, município e direção do hospital precisam garantir que o conceito de integralidade não fique aprisionado, como letra morta.

A integralidade das ações deve ser um alvo a ser perseguido por todo o profissional comprometido com a qualidade das ações em saúde. Não se pode descansar, não se pode desistir. Somos todos responsáveis na preparação de um mundo melhor.