

O SENTIMENTO DO ASSISTENTE SOCIAL FRENTE À PAUPERIZAÇÃO DA AÍDS

THE SOCIAL ASSISTANT'S FEELINGS FACING THE DISSEMINATION OF SIDA AMONG THE POOREST

Nicia MG de Oliveira¹, Márcia MT Machado²

RESUMO

A Aids é uma patologia infecciosa que vem preocupando todas as nações do mundo, devido à sua expansão crescente e incontrolada. É uma doença que vem se incorporando na vivência diária dos profissionais Assistentes Sociais, principalmente aos aspectos sociais, com enfoque de destaque na questão da pauperização. Este estudo tem como objetivo, identificar sob a percepção do Assistente Social, seus sentimentos, ao lidar com clientes portadores de HIV/Aids, em situação de pauperização. Consiste num estudo de caráter qualitativo. O método de coleta de dados foi a entrevista individual aprofundada, com roteiro semi-estruturado. Foram entrevistadas seis assistentes sociais que lidam com o paciente portador de HIV/Aids em hospital de referência para doenças infecto-contagiosas de Fortaleza. Através dos resultados emergidos das falas das entrevistadas, destacaram-se alguns aspectos importantes, tais como: a angústia vivenciada por todas as profissionais, o choro fácil referido pela maioria delas; a busca da família como apoio; a busca espiritual como força; o sentimento de culpa pela limitação da ação; o sentimento de impotência frente a questões sociais que extrapolam os limites da atuação; o medo diante da morte iminente do paciente; o despreparo para lidar com a morte; repasse ao paciente de valores e preconceitos intrínsecos, necessidade de suporte de equipe interdisciplinar; necessidade de apoio institucional mais efetivo. Concluímos ser necessário um repensar na atuação da instituição de saúde junto a esses profissionais, buscando enfatizar principalmente algumas estratégias no sentido de aprimorar a dimensão profissional: equipe de profissionais capacitados para trabalhar a saúde mental do trabalhador dentro da instituição; grupo de auto-ajuda por categoria profissional; preparação do profissional que vai iniciar suas atividades na instituição; incentivo a um trabalho interdisciplinar; oficinas para trabalhar temas específicos: tanatologia, stress, troca de experiência, ética, dentre outros.

Palavras chaves: Assistente social, Aids, Pauperização, pobreza

ABSTRACT

Aids is an infectious disease that has been an increasing cause for concern to all nations, due to its growing, uncontrollable expansion. It is a disease that is being incorporated into the daily life of social work professionals, mainly regarding to social aspects, specifically the issue of impoverishment. This study seeks to identify from the social worker's point of view, their feelings upon working with patients infected by HIV/Aids, living in poverty. It is a qualitative study. The data collection method was the individual in-depth interview, with semi-structured script. Six social workers working directly with HIV/AIDS patients were interviewed, in a flagship hospital for infectious and contagious diseases in Fortaleza. Based on the results emerging from the interviewee's statements, some important aspects arise, such as: the anguish felt by all professionals; spiritual quest as a source of strength; the feeling of guilt over the limited impact of actions; the feeling of powerlessness in the face of social issues that go beyond the limits of their work; fear in the face of their patient's imminent death; the lack of preparation for dealing with death; transfer to the patient of intrinsic values and prejudices; the need for an interdisciplinary team for support and the need for more affective institutional support. We concluded that it is necessary to rethink the performance of the health institution concerning these professionals, especially seeking to emphasize some strategies to improve the professional dimension: a team of professionals qualified to deal with the mental health of those working inside the institution; self-help groups for each professional category; the preparation of the professional on the verge of starting work at the institution; incentives for interdisciplinary cooperation; workshops dealing with specific themes, such as thanatology, stress, sharing of experiences and ethics, amongst others.

Keywords: Impoverishment, SIDA; Social services

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 14(1):20-24, 2002

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), denominada como a mais recente pandemia da humanidade, se constitui hoje, um dos mais sérios problemas de saúde pública.

O mais recente boletim epidemiológico do Ministério da Saúde de 2000, notificou desde 1980, até junho de 2000, 190.949 casos da doença, dos quais, 43% são registrados na faixa dos 25 a 34 anos, o que representa a população economicamente ativa do país, trazendo sérias conseqüências sociais e econômicas¹.

Nos estudos mais modernos acerca da ecologia das doenças infecciosas têm-se incorporado uma dimensão de ecologia social, ou seja, tem-se buscado compreender a disseminação do agente causador da

doença, não apenas atribuindo-o a fatores biológicos evolucionistas ou a ecologia dos agentes infecciosos, mas também, como conseqüência da iniquidade social e violência estrutural em acepção ampla: incluindo quaisquer violações dos direitos humanos². Esclarecendo, não existiria uma ecologia "natural" em se tratando de populações humanas, e sim, uma ecologia biológica e social, onde as variáveis sociais são determinantes na ecologia das doenças infecciosas, ou seja, extratos mais pobres e menos assistidos se tornam mais vulneráveis à contaminação dessas doenças por razões tanto biológicas (como baixa imunidade), como sociais (como dificuldade de acesso aos serviços de saúde, residência em locais com infra-estrutura precária ou falta de habitação, baixa escolaridade, fome e outros).

Como não existem dados para avaliar a incidência da epidemia entre os extratos mais pobres da população, a escolaridade tem sido utilizada como uma variável auxiliar na tentativa de se traçar o perfil socioeconômico das populações afetadas.

Embora o percentual de casos com escolaridade ignorada seja eleva-

1 Assistente Social do Hospital São José de doenças infecto contagiosas/ Secretaria de Saúde do Estado do Ceará

2 Enfermeira, mestre em saúde pública da Escola de Saúde Pública do Ceará e do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará

do, até 1982, a totalidade dos casos com escolaridade conhecida era de nível superior ou com até 11 anos de estudo. Nos anos subsequentes, observou-se o aumento da incidência de casos em pessoas de nível de escolaridade mais baixa e em 1999/2000, constatou-se 74% de casos entre os analfabetos ou pessoas de até 8 anos de escolaridade, e apenas 26% em pessoas acima de 11 anos de escolaridade ou curso superior¹. Os dados apresentados, vêm confirmar a tendência de pauperização da epidemia.

Estados emocionais relacionados à infecção pelo HIV, como negação, culpa, revolta e depressão são apontados como grandes responsáveis para impedir o paciente de procurar os benefícios que o tratamento pode lhe proporcionar.

A terapêutica antiretroviral é, na verdade, complexa e de difícil adesão. Os remédios têm efeitos colaterais fortíssimos, sendo indispensável para a plena adesão ao tratamento, que o usuário tenha um bom nível de entendimento e disciplina, associado a uma alimentação de qualidade, exercícios físicos, equilíbrio emocional (apoio afetivo, auto-estima, projeto de vida etc.), enfim, vida saudável, o que pressupõe condições sócio-econômicas, culturais e emocionais razoáveis para manter as exigências mínimas que lhes permitam suportar ou sobreviver ao tratamento.

A maioria dos portadores de HIV/Aids e em especial os atendidos na rede pública, tem necessidades não supridas em outras áreas, que não as da assistência médica. O fenômeno da "pauperização" do perfil das pessoas afetadas pela epidemia, conforme afirma Alcântara³ (1999), ampliará a já enorme necessidade de assistência social nos próximos anos. São pessoas que, em geral, desconhecem seus direitos trabalhistas e previdenciários. Com frequência, desconhecem ou não sabem onde obter os serviços que o setor público e a comunidade têm a oferecer.

É pelo desrespeito a esses direitos e pela sua violação sistemática, que se expande o quadro de desigualdade e exclusão social em nosso país. Busca-se compensar as carências geradas, através de políticas públicas, e entidades de defesa dos direitos humanos. Como as desigualdades a serem enfrentadas extrapolam os recursos materiais e humanos destas instituições e grupos, e como existe constrangimento de natureza estrutural e histórica, consubstanciados na exploração econômica, no racismo, no sexo etc., não se vislumbra a curto e médio prazos, perspectivas de reverter as tendências presentes, de maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV e disseminação da doença nas camadas mais expostas, pauperizadas, e excluídas.

Ao realizar esta pesquisa, buscamos identificar uma temática que abordasse a inquietação vivenciada no cotidiano de nosso universo profissional. Partiu daí a idéia de pesquisar sobre o sentimento do Assistente Social, que lida no seu dia a dia com a problemática da Aids nas camadas de baixa renda, em hospital público habilitado para o tratamento de doenças infecto-contagiosas. Questão que suscita sentimentos contraditórios e conflitantes, merecedores de investigação e aprofundamento.

Desta forma, visando contribuir para a melhoria da atuação profissional e partindo do pressuposto de que o sofrimento gerado pelo sentimento de impotência frente à pauperização da Aids concorre para o *stress* do Assistente Social, buscamos desenvolver esta pesquisa, com o objetivo de identificar, sob a ótica do Assistente Social, seus sentimentos ao lidar com clientes portadores de HIV/Aids.

METODOLOGIA

O estudo foi realizado utilizando a metodologia qualitativa, por sua adequação ao estudo de significados, motivos, aspirações e crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas, próprias do estudo quantitativo⁴.

A pesquisa foi realizada em uma instituição pública em Fortaleza, Ceará, sendo uma unidade de referência no tratamento de doenças

infecto-contagiosas, dentre elas, a Aids. A instituição atende clientes da capital, interior e de outros Estados da Federação.

A amostragem delimitada para a pesquisa abrangeu 06 (seis) profissionais do Hospital-dia, Ouvidoria, plantão em sala de atendimento, chefe do setor e profissionais dos setores D e E, que trabalham na Instituição.

Na investigação proposta, não consideramos relevante a representatividade estatística e a casualização da amostra, pois não foi propósito do estudo a generalização dos resultados para além do grupo estudado. O que se pretendeu colher, foram informações suficientes para a reconstrução do universo simbólico dos informantes, para a obtenção de subsídios que permitissem uma análise aprofundada das falas envolvendo a questão central do tema pesquisado, conforme orientações referidas por (Triviños⁵, 1987; Minayo⁶, 1993).

A técnica de entrevista foi escolhida por ser uma fonte de informação que fornece dados secundários e primários referentes a fatos, idéias, crenças, maneiras de pensar; opiniões, sentimentos, maneiras de sentir; maneiras de atuar; conduta ou comportamento presente e futuro; razões conscientes ou inconscientes de determinadas crenças, sentimentos, maneiras de atuar ou comportamentos⁴.

O instrumento utilizado na pesquisa foi um roteiro com perguntas abertas e fechadas, tendo como base, os objetivos que se pretendeu alcançar. Foi também utilizado como instrumento, um gravador, que permitiu uma real reprodução das falas dos entrevistados.

Os dados coletados foram analisados por meio do estudo das falas dos profissionais selecionados. Foi feito um estudo descritivo, de caráter qualitativo, onde seguimos o modelo de análise proposto por Triviños⁸ (1987), onde o autor define um conjunto de técnicas utilizadas para classificação de conceitos, codificação e caracterização da análise do conteúdo. Os dados coletados foram analisados à luz da literatura específica, seguida de comentários da autora da pesquisa.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados apresentados neste trabalho dar-se-ão, inicialmente, através de exposição de tabelas que ao serem analisadas, estarão perfazendo o perfil dos sujeitos investigados. Numa etapa posterior, será aqui apresentada uma análise descritiva do conteúdo colhido através das falas dos entrevistados, sendo essas falas agrupadas em categorias analíticas, classificadas conforme a temática abordada na pesquisa de campo.

Ao iniciarmos a apresentação dos dados obtidos, consideramos importante identificar os sujeitos investigados, a fim de situarmos as informações cedidas pelos entrevistados dentro de um perfil definido:

TABELA 1

Identificação das assistentes sociais entrevistadas em hospital de referência em doenças infecto-contagiosas de Fortaleza, novembro de 2000

Ent. n°	Idade	Estado Civil	Tempo formada anos	Tempo experiência ano/mês	Experiência anterior HIV/Aids	Função
01	42	casada	17	1 ano	não	resp. Unid. E
02	52	solteira	20	3 anos	sim	recepção
03	43	casada	20	1 a. 4 meses	não	resp. Unid. D
04	43	casada	18	14	não	aconselhamento
05	43	casada	20	5	sim	chefia setor
06	50	casada	20	4 anos	não	ouvidoria

O estudo aqui apresentado realizou-se através de entrevistas a seis Assistentes Sociais que lidam diretamente com o portador de HIV/Aids em Hospital de referência para tratamento de doenças infecto-contagiosas em Fortaleza.

A tabela 1 acima revela que a idade das entrevistadas varia entre 45 e 50 anos e o tempo de formação é bastante similar, entre 18 a 20 anos.

O tempo de experiência de trabalho com HIV/Aids, conforme demonstrado na tabela 1, varia entre 1 e 5 anos e apenas uma das entrevistadas tem bastante tempo de experiência, 14 anos. Das entrevistadas, apenas uma apresenta estado civil de solteira.

Com relação à experiência anterior com HIV/Aids, duas disseram que tiveram experiência antes de irem para este hospital. Uma, através de trabalho voluntário e a outra, trabalhava no Laboratório Central (LACEN), onde se faz a coleta de exames para o HIV, mas sem uma relação direta com o paciente.

Conforme a tabela 1, percebemos que participaram da pesquisa, profissionais das Unidades D e E, específicas ao atendimento de DST/Aids, profissional que atende na recepção, profissional que faz aconselhamento no ambulatório, tanto ao portador, como a quem vai fazer ou receber o teste para o HIV, a ouvidora e a chefe do setor de serviço social.

Profissional Assistente Social e sua Visão da Aids

A Assistência Social enquanto política pública de Seguridade Social é enfatizada por Carvalho⁶(1996) como uma política de proteção social. Uma política de inclusão social, tendo suas ações voltadas para a supremacia ao atendimento às necessidades sociais básicas dos grupos mais vulneráveis da população.

A visão do Assistente Social frente à Aids, que é uma doença de alta complexidade, envolvendo uma gama imensa de complicações sociais, tem sido percebida nesta pesquisa através da fala de todos os profissionais, de forma muito angustiada e sempre relacionada a um contexto de pobreza muito grande, interferindo em suas ações e impossibilitando uma atuação mais conseqüente, como podemos constatar nas seguintes falas:

"...é um paciente sem esperança; um paciente que geralmente, além do HIV, é pobre, tem mil questões que muitas vezes fogem às nossas possibilidades..." Ent. 2

"A angústia maior deste trabalho é a doença em si que é uma coisa gravíssima e o contexto social de exclusão em que o Brasil caminha hoje. Soma duas coisas gravíssimas: um contexto de exclusão completa e uma doença que não é mole, que não tem cura ... e o que a gente pode fazer? Trabalhar só a doença do paciente? Isso angustia a gente. E muito" Ent. 1

Percebeu-se na atuação do Serviço Social, a busca permanente de uma ação intersetorial para suprir as carências sociais que interferem nas possibilidades de superação das dificuldades que a doença oferece. Essa intersetorialidade tem sido alcançada até certo ponto, através do envolvimento de instituições públicas, Organizações Não Governamentais (ONGS) e empresas particulares que prestam doações e parcerias, mas apesar do esforço e das parcerias conseguidas, é visível a insatisfação do profissional. O que está sendo possível oferecer ao paciente e o que é realmente necessário oferecer para suprir suas carências, de modo a que possa superar o sofrimento que a doença lhe impõe, tem sido apontado em todas as falas, como insuficiente, conforme relatos a seguir:

"... é lógico que isso é muito pouco, em relação ao que o paciente realmente precisa, na dificuldade em que o país atravessa [...] nós até que conseguimos dar o apoio que o paciente necessita naquele momento, mas na minha opinião, teríamos que fazer muito mais, mas são questões maiores, conjunturais ..." Ent. 3

"... é aí a grande angústia dos profissionais dessa área. Nós precisaríamos ter um suporte maior para trabalhar, com parcerias que suprissem de fato as carências sociais" Ent. 5

Pauperização x Assistente Social

A relação entre a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e a iniquidade social tem sido pensada por um número reduzido de autores em termos macro-econômicos e macro-políticos. Dentre os poucos, Chequer²(1999), tem incorporado aos modernos estudos acerca da ecologia das doenças infecciosas, uma dimensão de ecologia social, ou seja, compreende ele, que as variáveis sociais determinam, sempre, alterações na ecologia das doenças infecciosas. Deste modo, extratos mais pobres e menos assistidos tornam-se mais vulneráveis à difusão de agentes infecciosos por razões predominantemente biológicas (como pior imunidade), predominantemente sociais (menor capacidade de ter suas demandas atendidas, residência com infra-estrutura precária), no mais das vezes por razões simultaneamente sociais e biológicas⁽⁷⁾.

Concordando com afirmações de Chequer²(1999), percebemos na fala de todas as entrevistadas, a preocupação com o fato da pauperização da Aids. Preocupação esta, apontada tanto em relação à disseminação da doença por dificuldades de acesso aos meios de informação, prevenção e tratamento, como em relação à falta de acesso a necessidades sociais, educação, emprego e participação social. Essas preocupações são enfatizadas nas falas que veremos a seguir:

"O pano de fundo é a falta de educação pra cidadania. Quem está doente é o cidadão que tem uma vida comprometida por questões sócio-políticas, sócio-econômicas, que tem uma vida minada, que não tem emprego [...] é aí que a Aids está crescendo ..." Ent. 1

"... a gente percebe a disseminação da doença em pessoas cada vez mais pobres. E o problema social na verdade é maior do que o vírus em si. Eles perdem o emprego, a moradia e isso é muito preocupante ..." Ent. 5

Adesão ao Tratamento x Pauperização

Na literatura pesquisada não encontramos nenhuma referência clara que relacionasse a dificuldade de adesão ao tratamento antiretroviral e as dificuldades sócio-econômicas dos pacientes. Muitos que tratam do assunto falam da relevância de uma alimentação de qualidade, de uma vida saudável, mas ao tratarem da baixa adesão, não a relacionam a fatores sociais. Essa assertiva é ainda enfatizada em texto – Conceitos e Recomendações Básicas para Melhorar a Adesão ao Tratamento Antiretroviral, quando se refere aos principais problemas envolvidos na adesão ao tratamento, e enfatiza que através de estudo de diversos autores, os aspectos sócio-econômicos e sócio-demográficos, caso analisados isoladamente, não são geralmente fatores preditivos de adesão. Na verdade duas das entrevistadas concordaram com essa afirmativa:

"... na minha prática diária, eu diria que o paciente mais pobre busca essa adesão até mais do que aquele que tem melhor condição. Apesar dos efeitos colaterais tremendos, ele se apega mais. A gente vê que essa relação está muito ligada à opressão. O paciente mais pobre nunca teve muita voz, nem muita vez, então tudo o que o médico disser ele vai fazer." Ent. 1

"Não acho que tenha nenhuma relação de adesão e a condição social [...] tem pobre que adere direitinho, como também tem aquele que nega a doença [...] eu acho que de uma forma geral, depende muito de pessoa pra pessoa." Ent. 6

Apesar das entrevistadas referidas acima não relacionarem adesão às condições sócio-econômicas, ambas são enfáticas em apontar a condição sócio-econômica como determinante no que se refere à resistência e/ou sobrevida ao tratamento, fato constatado em suas falas:

"... é muito mais difícil entre os mais pobres. Ele tem que tomar um remédio tal hora em jejum, outro tal hora com gordura e ele não tem opção, pois está sempre de barriga vazia [...] sem qualidade de vida,

pouco sono. Sem condição de fazer o exercício apropriado, pouca atividade, condição emocional abalada, sem, emprego. "Ent. 1

"Quando o portador é muito carente, é preciso que a gente dê alternativas pra possibilitar a sobrevivência deles" Ent. 6

Embora as afirmativas apontadas acima demonstrem uma certa contradição, no decorrer das entrevistas foram feitos alguns esclarecimentos que as justificaram, levando-nos a perceber que alguns pacientes são capazes de aderir ao tratamento apesar da pobreza, mas devido a fatores sócio-econômicos, como a má nutrição, pois muitos não são capazes de resistirem a esse fator.

No restante das entrevistadas, a condição sócio-econômica do paciente foi apontada com grande relevância, como determinante nas condições de adesão ao tratamento. Essa afirmação é facilmente constatada nos relatos a seguir:

"O paciente pobre é mais difícil de aderir. Eu me lembro que o C do O dizia: quando eu me lembro que tinha fome e tinha que passar a fome com um copo d'água pra poder dormir. Então a pessoa que já está com um problema como o HIV e não tem alimentação e ainda perde noite de sono, como vai ter forças pra tomar a medicação?" Ent. 2

"A adesão é difícil quando há miséria. Como você sabe, os efeitos colaterais da medicação são imensos e isso dificulta a adesão [...] gira muito em termos de condição intelectual ..." Ent.3

"A questão intelectual interfere na adesão. A dificuldade de compreender a medicação" Ent. 4

"Como pode uma pessoa que não tem renda, que foi expulsa do mercado de trabalho, que não tem previdência, aderir ao tratamento dentro das normas que poderiam lhes dar condição de vida?" Ent. 5

O Trabalho em Saúde e o Stress Profissional

O cuidado vendido como força de trabalho é gerador de conflito, pela presença de sentimentos contraditórios. Pitta ⁷ (1991), pontua sentimentos e ansiedades profundos e intensos que o trabalhador de um hospital enfrenta dentro de sua rotina de trabalho. Os trabalhadores do hospital são apontados pelo autor como os elementos de mediação entre o hospital, onde naturalmente são projetados os sentimentos como depressão e ansiedades dos doentes e seus familiares. Desta forma, o risco de ser invadido por ansiedade intensa e incontrolada, está presente na própria natureza do trabalho do profissional de saúde.

A impotência diante da pauperização da Aids é apontada como a principal causa de *stress* nos profissionais pesquisados. Um fato de grande relevância, foi constatar que o sentimento de angústia aparece de forma muito forte e intensa, em vários momentos e em todas as falas. O choro fácil e a tristeza, também parecem ser uma característica comum a todas as entrevistadas. Tal afirmação pode ser constatada nas falas escolhidas dentre as tantas que se apresentam abordando esse tema no decorrer das entrevistas:

"De repente você está tão amarga e não sabe porque é. Eu sinto falta de uma descarga. [...] é um trabalho angustiante [...] a cada dia que passa, em vez de ficar cauterizada com isso, a gente fica mais angustiada ainda. Ent. 1

"... eu me sinto mais do que abalada. Eu podia ter feito mais alguma coisa por ela [...] ultimamente eu tô chorando com muita facilidade. Eu acho que são essas emoções que vão ficando, sabe? A gente vai guardando, guardando e então qualquer coisa a gente fica assim, super emocionada. Ent. 2

"Há situações em que se sente a impotência e se sente frustrada [...] uma vez eu saí daqui e fui pra igreja chorar por situações que eu vivia aqui e me dava aquela coisa ruim, aquela ansiedade, aquela angústia ... Ent. 4

"... às vezes a gente procura um psicólogo, às vezes um neurologista. Porque você começa a se sentir muito abatida. Muitas vezes você gostaria de não estar passando por dentro daquilo ali" Ent. 6

Sofrimento x Satisfação do Trabalho em Saúde

O cuidar de uma pessoa doente na visão de Pitta ⁷(1991), é inserido num contexto social onde a piedade e a solidariedade são sentimentos socialmente valorizados dentro de uma estratégia de sobrevivência da espécie. Desta forma, a sociabilidade que tem na harmonia o seu paradigma e na saúde um elemento indissociável a essa harmonia, este cuidar deverá ter um valor de natureza moral e ética que canalize energias e simpatias.

Reforçando essa assertiva, percebemos no decorrer da pesquisa, o sentimento contraditório que o trabalho em saúde gera nos profissionais. Apesar de todo o sofrimento e *stress* vivenciados no trabalho, todas as pesquisadas são unânimes em afirmar a satisfação pessoal ao perceberem com muita clareza a relevância do trabalho que prestam, o que é facilmente visibilizado quando se referem à visão que têm de sua profissão:

"Tudo o que o Serviço Social faz é importante [...] muitos pacientes chegam aqui pensando que a vida já acabou e através do SS a gente sente eles voltarem à vida Ent 2

"O Assistente Social é um profissional de tanta importância quanto um profissional que cuida da parte clínica [...] porque não é só a doença em si, não é só a infectologia que tem que ser tratada, é todo o contexto que tem que ser visto [...] a doença social às vezes mata mais do que a doença biológica" Ent. 5

Então, percebemos aqui, a satisfação do profissional, apesar de todos os momentos de angústia vivenciados. É um trabalho que dá realização pessoal tanto pelo fato do profissional se sentir útil e necessário, como por ser um trabalho socialmente valorizado, conforme citação acima.

Alternativas para Superar o Stress

Devido à angústia apontada em todas as falas, aparecendo como uma característica comum a todas as Assistentes Sociais entrevistadas, percebemos uma necessidade permanente na busca de estratégias para superar esse sentimento.

Na literatura pesquisada, Pitta ⁸(1991), pontua a necessidade de se utilizar mecanismos de defesa para superar o sofrimento gerado pelo trabalho em saúde. Vamos aqui apresentar algumas estratégias apontadas pelas entrevistadas, neste sentido. Importante destacar que o reforço espiritual apareceu em todas as falas como a principal válvula de escape ao *stress* do trabalho.

Estratégia pessoal

"Eu assisto a minha missa todo dia de manhã antes de vir pra cá e isso me fortalece e também eu viajo todo fim de semana. O lazer no fim de semana me recarrega pra semana" Ent. 5

"Eu acho importante se fortalecer com os outros, com os amigos, participando de reuniões, em contato com alguém pra poder não deixar o balão secar." Ent. 6

Estratégia institucional

Pela ausência de uma estrutura organizada de apoio institucional, muitos profissionais buscam apoio na equipe e em projetos de trabalho grupal:

"A gente conta com a equipe do serviço social, que é muito boa. A equipe de enfermagem também é muito boa" Ent. 1

"Tem o Projeto Crescer com um momento todo criado na perspectiva de levantar a auto-estima do profissional, de tirar o profissional do stress, de fazer com que ele não chegue a esse stress". Ent. 6

Apesar de algumas iniciativas institucionais que possam contribuir para minimizar o *stress* profissional, a ausência de um trabalho significativo, que dê resposta aos questionamentos individuais, que trabalhe essa angústia vivida e *stress* conseqüente, foi destacado por todos os profissionais como uma necessidade merecedora de atenção e para a qual deram algumas sugestões:

"... eu acho que deveria haver a institucionalização dessa demanda (referindo-se ao *stress* profissional) [...] seria um serviço voltado para a saúde mental do trabalhador" Ent. 1

"... um grupo de auto-ajuda entre os profissionais do Serviço Social seria uma sugestão [...] com grupos de estudo, estudo de casos [...] discutir situações que a gente vivencia [...] uma equipe para dividir responsabilidades e decisões". Ent. 4

Trabalho Interdisciplinar e Aids

Torna-se imprescindível a existência de uma equipe multiprofissional atuando de forma interdisciplinar, onde os vários saberes sejam equacionados, os problemas sejam compartilhados e as decisões sejam democratizadas, para dar conta da complexidade humana sem perder de vista a integralidade do paciente.

Foi enfatizado que embora exista uma boa relação entre os profissionais, disponibilidade para ajudar em dúvidas individuais, partilhar necessidades sociais dos pacientes, abertura e espírito cooperativo, destacando-se, neste ponto, a equipe de enfermagem, há ausência de um trabalho realmente interdisciplinar, onde a equipe médica foi apontada como o maior empecilho a essa possibilidade. Esta afirmativa foi destacada nas seguintes falas:

"Não existe trabalho interdisciplinar [...] a gente vai propor no ambulatório [...] só que o médico sempre tá fora. Nunca tem tempo. Há situações por exemplo sobre quebra de sigilo, que tem que ter uma equipe pra decidir e não tem" Ent. 4

"Talvez um trabalho em equipe interdisciplinar seja ainda muito utópico pra nós, devido a alta rotatividade dos profissionais, principalmente médicos [...] se um dia a gente chegar ao ideal do médico perceber a saúde não só como ausência de doença, mas percebendo a relevância do social, talvez ele se integre à equipe e isso já será muita coisa" Ent. 1

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com análise realizada neste estudo, surpreendeu-nos a riqueza das informações e sentimentos expressados pelas assistentes sociais entrevistadas, em termos da vivência destas profissionais em sua prática diária com o paciente portador de HIV/Aids.

Os instantes de entrevista, que ocorreram em ambiente de trabalho, no alojamento de repouso, foram cercados de um clima de abertura e simplicidade, permitindo a expressão de sentimentos muito sinceros e intensos, onde por muitas vezes, em dado momento, o profissional se permitiu chorar, expondo seus sentimentos, sempre cercados de muita angústia pela impotência frente a situações sociais que, de certa forma, extrapolavam os limites de sua atuação profissional.

Alguns aspectos da entrevista se destacaram, chamando a atenção da autora, sendo merecedores de pontuação:

a) A angústia vivenciada por todos os profissionais; b) O choro fácil referido pela maioria deles; c) A busca da família como apoio; d) A busca espiritual como força; e) O sentimento de culpa pela limitação da ação; f) O sentimento de impotência frente a questões sociais que extrapolam os limites de atuação; g) O medo diante da morte iminente do paciente; h) O despreparo para lidar com a morte; i) Repasse ao paciente de valores e preconceitos intrínsecos; j) Necessidade de suporte de equipe interdisciplinar; k) Necessidade de apoio institucional mais efetivo.

Através do que foi observado e apontado, concluímos que o profissional que lida com doença tão complexa e de implicações sociais tão intensas quanto a Aids, são profissionais merecedores de um olhar especial, que os apoie e proteja do *stress* que pode emergir, em conseqüência da angústia vivenciada em seu contexto de trabalho.

A vivência deste trabalho nos levou a algumas reflexões que podem servir como sugestão para futuras iniciativas, no sentido de melhorar a dimensão do profissional dentro de seu ambiente de trabalho:

a) Equipe de profissionais capacitados para trabalhar a saúde mental do trabalhador, dentro da instituição; b) Grupo de auto-ajuda por categoria profissional; c) Preparação do trabalhador que vai iniciar suas atividades na instituição; d) Incentivo a um trabalho interdisciplinar; e) Oficinas para trabalhar temas específicos: tanatologia, *estresse*, troca de experiências, ética, dentre outros.

Esperamos que este trabalho venha despertar nos profissionais de saúde, uma reflexão sobre a Aids não apenas enquanto doença que afeta o corpo, mas sobre a Aids, doença que traz à tona a necessidade de uma visão holística do ser humano na amplitude da promoção à saúde. Um olhar que veja o homem dentro de seu contexto de vida, muitas vezes, contexto de exclusão, preconceito e sofrimento.

Esperamos ainda, o despertar da sensibilidade dos gestores, para um olhar mais sensível na direção desse profissional que tem uma visão ampliada da saúde e que sofre e se angústia por assistir a tanto sofrimento e dor: a dor do corpo, a dor da alma e o sofrimento da exclusão do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO Aids. Brasília, DF: Ministério da Saúde, ano 13, n. 2, jul. 2000. 49 p.
2. CHEQUER, P. Prefácio. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Sobre a epidemia de Aids no Brasil*: distintas abordagens. Brasília, DF, 1999. CONCEITOS e recomendações básicas para melhorar a adesão ao tratamento antiretroviral. [S. l.], [199 -]. Mimeografado.
3. ALCÂNTARA, L. *Aids no Brasil: resposta social à epidemia*. Brasília, DF, 1999. (Caderno de Debates. Coleção Idéias).
4. MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro: HUCITEC, 1993.
5. TRIVIÑOS, N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.
6. CARVALHO, A. *Temas para debates: assistência social x exclusão*. Fortaleza: CRESS, 1996.
7. BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO Aids. Distribuição espacial dos municípios com pelo menos um caso de Aids registrado. Brasília, DF: Ministério da Saúde, ano 13, n. 1, dez. 1999. 56 p.
8. PITTA, A. *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: HUCITEC, 1991.

Endereço para correspondência:

NÍCIA MG OLIVEIRA

Rua Fiscal Vieira, 3355 Apto 103

Bairro Joaquim Távora

60120170- Fortaleza-CE Brasil

E-mail: niciamg@zaz.com.br